



**Universidad  
Europea** MADRID

**ESTUDIO DE CASO  
INTERVENCIÓN EN TRASTORNOS DEL  
ÁNIMO:  
PACIENTE CON SINTOMATOLOGÍA  
ANSIOSO-DEPRESIVA**

---

Máster en Psicología General Sanitaria

---

Autora Alicia Pila Sañudo

Tutor universidad Enrique Gallego  
Tutora prácticas Mireia Cañeque

28 de Febrero de 2022

## Índice

1.	Introducción.....	5
	Breve introducción histórica y conceptualización de los trastornos del ánimo .....	5
	Principales trastornos de ansiedad.....	7
	Principales trastornos de depresión .....	9
	Tratamientos más eficaces .....	12
	Epidemiología .....	14
2.	Identificación del paciente y motivo de consulta .....	16
	Motivo de consulta .....	17
3.	Estrategias de evaluación .....	18
4.	Formulación clínica del caso .....	22
	Hipótesis de origen .....	22
	Hipótesis de mantenimiento .....	23
	Conductas a modificar .....	25
	Conductas a implantar .....	25
	Resultados de los cuestionarios y test de evaluación.....	26
5.	Tratamiento .....	28
	Objetivo general.....	29
	Objetivos específicos .....	29
	Desarrollo de las sesiones.....	29
	Descripción de las técnicas utilizadas .....	32
6.	Valoración del tratamiento .....	35
	Adherencia del tratamiento.....	35
	Comparación medidas pre tratamiento y post tratamiento .....	37
7.	Discusión y conclusiones.....	38
8.	Referencias bibliográficas .....	43
9.	Anexos.....	51

## Resumen

Cada vez es más frecuente que las personas presenten dificultades relacionadas con la gestión de sus emociones afectando a las diferentes áreas de su vida. Las personas que piden ayuda profesional generalmente son tratadas mediante el empleo de farmacología, sin embargo, diferentes estudios muestran que el tratamiento psicológico genera mejoras en el bienestar de los individuos permitiendo el mantenimiento de los resultados a largo plazo.

En este caso único se presenta una mujer de 34 años con sintomatología comórbida de ansiedad y depresión. Se realizó un análisis funcional exhaustivo que permitió identificar las conductas disfuncionales de la paciente mediante entrevistas clínicas, cuestionarios, autoregistros y observaciones personales. La paciente también presentaba un patrón evitativo por un déficit en la autoestima y las habilidades sociales lo que la afectaba negativamente en todas las áreas de su vida. En el presente trabajo se describen las diferentes partes del proceso de terapia desde la entrevista hasta el momento que se encuentra en la actualidad. Este tratamiento se desarrolla según la corriente cognitivo-conductual siendo la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, en adelante) la base de este trabajo. El proceso tuvo una duración de 16 sesiones distribuidas durante seis meses y cuenta con las fases de evaluación, resultados, objetivos, tratamiento y seguimiento. La paciente comunicó una mejoría en su calidad de vida mediante el entrenamiento en asertividad y el uso de herramientas como la activación conductual, autoinstrucciones y ejercicios de mindfulness.

### Palabras clave

Ansiedad, autoestima, depresión, habilidades sociales, terapia cognitivo conductual, terapia de aceptación y compromiso

### **Abstract**

It is increasingly common for people to have difficulties related to the management of their emotions affecting the different areas of their lives. People who ask for professional help are usually treated through the use of pharmacology, however, different studies show that psychological treatment generates improvements in the well-being of individuals allowing the maintenance of long-term results. This unique case presents a 34-year-old woman with comorbid symptoms of anxiety and depression. A comprehensive functional analysis was conducted to identify the patient's dysfunctional behaviours through clinical interviews, questionnaires, self-registration and personal observations. The patient also presented an avoidant pattern due to a deficit in self-esteem and social skills which negatively affected her in all areas of her life. The present paper describes the different parts of the therapy process from the interview to the present time. This treatment is developed according to the cognitive-behavioral current being the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) the basis of this work. The process lasted 16 sessions distributed over six months and includes the phases of evaluation, results, objectives, treatment and follow-up. The patient reported an improvement in her quality of life through assertiveness training and the use of tools such as behavioural activation, self-instructions and mindfulness exercises.

### **Key words**

Anxiety, depression, social abilities, self- esteem, cognitive-behavioral therapy, acceptance and commitment therapy

## 1. Introducción

### Breve introducción histórica y conceptualización de los trastornos del ánimo

En Europa la salud mental es una de las principales preocupaciones de la salud pública. A nivel mundial los trastornos mentales afectan a más de un tercio de la población europea (Encuesta Nacional de Salud, 2017). Así mismo, en España, 1 de cada 4 personas tiene o tendrá algún problema de salud mental a lo largo de su vida. Según los últimos datos del Ministerio de Sanidad, la ansiedad y la depresión están en cabeza representando las principales causas de discapacidad en nuestro país. Además, los datos muestran como la depresión y la ansiedad crónicas se solapan parcialmente siendo más de la mitad de quienes afirma sufrir una de ellas también declara tener afectada otra de las áreas.

En la actualidad, cuando nos referimos a ansiedad y depresión aludimos a la categoría definida según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) como trastornos del ánimo o afectivos, caracterizados por la presencia de alteraciones emocionales consistentes en periodos prolongados de tristeza excesiva (depresión), de excitación o euforia máxima (manía) o de ambos (Coryell, 2020).

Si tratamos hacer una conceptualización de estos términos se puede observar que han sido definiciones dinámicas ya que su categorización ha cambiado en base a factores como la sociedad, evidencias y teorías psicológicas presentes.

### Conceptualización de la ansiedad

Para comenzar a delimitar el término de ansiedad es conveniente conocer la raíz de la palabra. Según la Real Academia Española (RAE), la ansiedad proviene del latín *anxietas* que significa estado de agitación o inquietud (Real Academia Española, 2014). Esta definición se solapa con el término angustia ya que comparten su raíz etimológica (Pichot, 1999). No obstante, ambas opciones podrían usarse como sinónimos (Hanns, 2001). Corrientes como el psicoanálisis y el humanismo tuvieron preferencia por el término angustia, mientras que orientaciones como la cognitivo-conductual se decantan por emplear el término ansiedad.

Remontándonos a los orígenes de las teorías explicativas sobre los indicios de la ansiedad ya en el siglo V filósofos como Platón o Hipócrates hacían referencia a este término como síntomas de inquietud, agitación o angustia. Más adelante, Cullen en el siglo XVIII empleó el concepto de neurosis como una enfermedad basada en una alteración del estado de ánimo consistente en síntomas depresivos y agitación psicósomática. En sus obras, fue desarrollando la definición mediante palabras como hipocondría, histeria o melancolía. En relación con las teorías de Cullen, en el siglo XIX Freud continuó conceptualizando la ansiedad como neurosis (Sarudiansky, 2013). Comenzaron a surgir teorías contrarias cuando Eysenk creó su modelo multidimensional de la personalidad, acuñando el término de neuroticismo en 1978. Este autor determinó que psicosis y neurosis son dimensiones diferentes y además la ansiedad estaría compuesta por dos esferas, siendo la ansiedad-rasgo estática en el tiempo y la ansiedad-estado más fluctuante.

A finales del siglo XX la mayoría de las teorías existentes coincidían en que el término de neurosis por ansiedad se trataba de una sintomatología basada en preocupaciones recurrentes que en ocasiones pueden cursar con síntomas somáticos (Sierra y Ortega, 2003). Finalmente, debido a estudios más empíricos de la ansiedad, desaparece el concepto de neurosis desde la 3ª edición del manual de diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1980) aunque para la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) los trastornos neuróticos continúan manteniendo una relación estrecha con la ansiedad (Sarudiansky, 2021).

Como se explicaba al inicio, al igual que el concepto de ansiedad la definición de depresión ha evolucionado. De hecho, las últimas décadas adquieren especial relevancia en el campo de la psicología por los avances en la sistematización, comprensión, clasificación clínica, tratamiento y seguimiento de la depresión (Chinchilla y Moreno, 2011).

### **Conceptualización de la depresión**

La bibliografía expone que la primera aproximación al concepto de depresión fue gracias a Areteo de Capadocia, pues en el siglo I, fue una de las primeras personas en definir los conceptos de melancolía y manía como extremos de una misma enfermedad. En esta época, Galeno pulió los

conocimientos desarrollados hasta el momento describiendo la melancolía como un exceso corporal de bilis negra provocando en las personas cansancio, tristeza y deseos de morir.

Gracias a la teoría humoral de Hipócrates, se pudo discernir los cuatro temperamentos que conformaban la personalidad. De esta forma, el origen de la melancolía sería el resultado del desequilibrio de los humores corporales, teoría que permaneció en uso hasta el siglo XVII. Con el comienzo del nuevo siglo, aparece por primera vez la palabra “*depression*” en la lengua inglesa. Esta palabra deriva del latín *deprimere* (empujar hacia abajo) (Korman y Sarundiansky, 2011).

Durante el medievo, la filosofía y la religión iban ligadas al desarrollo de la ciencia, por lo que ambas aportaron su definición. Desde el punto de vista de la filosofía, la melancolía se trataba de una “alienación mental sin relación con las funciones corporales pero que impedía un funcionamiento racional”. Por otro lado, el pensamiento religioso argumentaba los trastornos mentales como “una repulsa moral” propia de poseídos y hechizados (Chinchilla y Moreno, 2011).

Más cercano en el tiempo, Kraepelin utiliza el término de *locura depresiva* como una de sus clasificaciones nosológicas. Por otro lado, se le atribuye a Adolf Meyer el reemplazo del término melancolía por depresión. Finalmente, en la década de los 40 la depresión era considerada sólo como un síntoma presente en gran parte de las enfermedades mentales.

Hoy día, las depresiones consisten en un grupo heterogéneo de trastornos afectivos, frente a los que ciertos autores consideran que se tratan de entidades distintas. Siendo para alguno de ellos un criterio dimensional, donde la depresión consiste en un *continuum* donde los extremos componen la expresión psicopatológica. Por lo que el mínimo grado de expresión es considerado *melancolía* y el grado máximo se denomina depresión mayor (Benavides, 2017).

### **Principales trastornos de ansiedad**

Tomando como referencia el Manual de Diagnóstico de Trastornos Mentales vigente (5ed.; DSM 5; Asociación Psiquiátrica Americana, 2013) los trastornos de ansiedad (TA, en adelante) se caracterizan por generar en la persona intensa angustia y/o miedo, acompañado en ocasiones de

síntomas fisiológicos. A continuación, se definen de forma breve los TA con mayor prevalencia en la actualidad:

- TA por separación: Se trata de un trastorno más común en la infancia, aunque no exclusivo de esta época. Consiste en la presencia de miedo excesivo y poco adecuado para la etapa de desarrollo, con origen en la separación de las figuras de apego. La sintomatología debe permanecer al menos 6 meses en adultos y 4 semanas en niños y adolescentes (APA, 2013).
- Mutismo selectivo: es otro TA común en la infancia. Ocurre cuando las personas no hablan en situaciones sociales concretas aunque sean capaces de hablar en otros contextos. Mantiene relación con el TA por ansiedad social y la timidez. Debe descartarse la existencia de déficit intelectual. Para su diagnóstico, los síntomas deben estar presentes al menos un mes excluyendo el primer mes de escolarización en el caso de los niños (APA, 2013).
- Fobia específica: se trata de un miedo desproporcionado al peligro real. Ocurre cuando un estímulo (situación, objeto o persona) considerado amenazador o aversivo está presente. Se considera un diagnóstico si el miedo se mantiene durante al menos seis meses. Las fobias más comunes son a los animales, ambientes naturales, agujas, sangre y situaciones concretas como volar en avión (APA, 2013).
- TA social o Fobia social: temor basado en situaciones sociales donde la persona percibe estar sometido a valoración o escrutinio. Se presentan miedos relacionados como miedo a ser juzgado, miedo a fallar, miedo a no encajar en el grupo entre otros (APA, 2013).
- Trastorno de pánico: episodios repentinos de pánico que cursan con miedo e incomodidad intensa, alcanzando un extremo o pico en pocos minutos. Deben estar seguidos de preocupaciones o inquietud por la posibilidad de que se repita el episodio así como la existencia de cambios repentinos de la persona. Se asocia a síntomas somáticos como sudoración, temblor, sequedad bucal, sensación de ahogo, palpitaciones e incluso pensamientos de muerte o de riesgo potencial de la integridad física (APA, 2013).

- Agorafobia: mantiene una fuerte relación con el trastorno de pánico, dado que los síntomas son iguales pero aparecen en lugares abiertos y/o con mucha afluencia como cines, fiestas o el transporte público entre otros (APA, 2013).
- TA generalizada: es considerado el TA más común en adultos. Se caracteriza por la preocupación relacionada con diferentes eventos o la actividad cotidiana durante la mayoría de los días, siendo necesarios seis meses de duración de estos síntomas para su diagnóstico. Los síntomas asociados son: inquietud permanente, fatiga, dificultades de concentración, tensión muscular y problemas de descanso. La edad promedio para el diagnóstico de este desorden son los 30 años (APA, 2013).

### **Principales trastornos de depresión**

Tomando como referencia el Manual de Diagnóstico de Trastornos Mentales vigente (5ed.; DSM 5; ed. Asociación Psiquiátrica Americana, 2013) se describen de forma abreviada los principales diagnósticos que conforman la categoría de Trastornos Depresivos.

- Trastorno de depresión mayor: se caracteriza por la presencia de la sintomatología depresiva la mayor parte del día. Cursa con síntomas de pérdida de interés o placer por actividades, cambios bruscos de peso, variaciones en el apetito, dificultades del sueño, sensación de fatiga, problemas de concentración y pensamientos de muerte recurrentes, incluyendo ideación suicida sin un plan específico. Los síntomas deben estar presentes como mínimo durante un periodo de dos semanas y representar un cambio respecto al funcionamiento previo del individuo. Además, para el diagnóstico al menos debe estar presente el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés y/o placer (APA, 2013).
- Trastorno depresivo persistente: estado de ánimo depresivo presente la mayor parte del día, durante un mínimo de dos años, en el caso de los niños, un año sería suficiente para el diagnóstico. Presencia de al menos dos o más de los siguientes síntomas: poco apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnia, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de

concentración o dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Además, los dos primeros síntomas deben haber estado presentes de forma continuada durante más de dos meses seguidos (APA, 2013).

- Trastorno disfórico premenstrual: en la mayoría de los ciclos menstruales, deben estar presentes los síntomas la semana previa al ciclo de la menstruación, empezar a mejorar días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer la semana después de la menstruación. Al menos uno de los siguientes debe estar presente: labilidad afectiva intensa, irritabilidad o enfado, estado de ánimo intensamente deprimido, ansiedad y/o tensión. Además de esta categoría debe estar presente al menos uno de estos síntomas: disminución del interés por las actividades habituales, dificultad subjetiva de concentración, intensa falta de energía, cambio importante del apetito, hipersomnia o insomnio, sensación de agobio y/o descontrol y síntomas físicos como dolor mamario, muscular, hinchazón o aumento de peso. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en áreas cotidianas del individuo (trabajo, escuela, relaciones sociales, etc.) (APA, 2013).

### **Etiología desde los modelos psicológicos**

En este apartado se referencian los principales modelos teóricos explicativos de los trastornos de ansiedad hasta el momento:

- Modelo metacognitivo: este modelo explica cómo las personas con ansiedad tienen “preocupaciones sobre las preocupaciones”. De este modo, una creencia metacognitiva lleva a utilizar una preocupación como recurso para lidiar con el malestar. Se pueden distinguir entre creencias metacognitivas negativas, consistentes en pensamientos peligro o falta de control sobre las preocupaciones y por otro lado, las creencias metacognitivas positivas consistentes en el valor de preocuparse y las ventajas de la preocupación como método de afrontamiento de los problemas cotidianos (Garay et al., 2019).

- Modelo de evitación de la preocupación (MEP): se basa en la teoría del miedo en dos fases de Mowrer (1974) y también deriva del modelo de procesamiento emocional de Foa y Kozak (1986). El MEP afirma que la preocupación es una actividad lingüística verbal basada en el pensamiento que inhibe las imágenes mentales vivenciadas y la activación somática y emocional asociadas. Esta inhibición de la experiencia somática y emocional evita el procesamiento emocional del miedo que es teóricamente necesario para una exitosa habituación y extinción (Heckler, 2011).
- Modelos de conducta o basados en las teorías del aprendizaje: explican la forma en que la respuesta de miedo o ansiedad es resultado del condicionamiento clásico u operante. Por otro lado, la teoría de los dos factores o modelo bifactorial mediacional (Mowrer, 1947) afirma lo anterior y resalta el papel del reforzamiento negativo como mantenedor de las fobias (Torres et al., 2017).
- Modelos cognitivos: en estos casos, el aprendizaje no se da por asociación de estímulo condicionado e incondicionado (EC - EI) sino por exposición a sucesos traumáticos mediante condicionamiento vicario o por condicionamiento semántico de padres a hijos (Torres et al., 2017).
- Modelos basados en el procesamiento de la información: la teoría de la red asociativa de Bower desarrolla cómo creamos nodos semánticos que representan emociones. De esta forma, si activamos una emoción concreta es más fácil que recordemos sucesos con esa carga emocional antes que otros de distinta emoción (Torres et al., 2017).
- Teoría de la preparación de Seligman: explica que nuestro cerebro puede realizar asociaciones fóbicas sin la presencia de un estímulo fóbico, mediante cogniciones o sensaciones físicas (Seligman, 1970).
- Teorías psicodinámicas: basadas en las ideas de Freud (1937) la ansiedad es el resultado de la activación de diferentes mecanismos de defensa surgidos por represiones prohibidas a ciertos pensamientos (Freud, 1937).

- Modelo jerárquico de los tres factores: de Barlow (1998) el cual explica el concepto de “alarma” diferenciándolas en verdaderas y falsas por la existencia o ausencia de un estímulo amenazante (Torres et al., 2017).

Por otro lado, se exponen algunos de los principales modelos teóricos explicativos de los trastornos de depresión:

- Modelo cognitivo-conductual: este modelo hace referencia a un cómputo de numerosas experiencias aversivas aprendidas que resultan en la creación de esquemas formados por grupos de pensamientos negativos acerca de sí mismo o el mundo externo y que son activados en una variedad de situaciones (Carrasco, 2017).
- Modelo interpersonal: tiene como principio fundamental que eventos de la infancia temprana influyen en la psicopatología de forma que eventos perturbadores pueden precipitar el trastorno en individuos vulnerables (Carrasco, 2017).
- Modelo psicoanalítico: expone que experiencias traumáticas del niño junto con carencias tempranas y problemas de apego pueden constituir un factor asociado a ciertos tipos de depresión (Carrasco, 2017).

### **Tratamientos más eficaces**

Según los hallazgos encontrados en los diferentes metaanálisis y revisiones sistemáticas en archivos de psicología clínica, indican que tanto la farmacoterapia como la psicoterapia son alternativas viables para el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo y la prevención de las recaídas (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000). En este caso, se va a profundizar sobre el tratamiento psicológico con mayor evidencia demostrada hasta el momento mediante el que toma base este trabajo, la corriente cognitivo conductual. Esta forma de psicoterapia centra su atención en la identificación de las conductas aprendidas y las distorsiones cognitivas que tienen los pacientes ya que se asume que tanto en ansiedad como en depresión existen pensamientos automáticos

disfuncionales que desencadenan emociones y comportamientos negativos. (Álvarez-Mon, Pereira y Ortuño, 2017).

Dentro de las terapias conductuales encontramos la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) incluida por Hayes y Stroschal (2004). La finalidad de esta orientación se basa en alterar el contexto donde surgen los eventos privados aversivos y no en la supresión de estos.

La ACT (Hayes et al., 1999) se desarrolla según los pilares del modelo "hexaflex" basado en los siguientes conceptos:

- *Desesperanza creativa*: trata de dotar a la persona de herramientas más creativas para sustituir el repertorio de evitación empleado para la solución de problemas.
- *Control*: consiste en identificar que esto es el problema y no la solución, se trabaja mediante el trabajo en flexibilidad y la atención al presente.
- *Aceptación*: identificar y moldear el lenguaje interno de la persona el cual que afianza y mantiene el patrón rígido de comportamiento.
- *Yo como contexto vs. yo como contenido*: se basa en el concepto de defusión cognitiva este explica que las personas no se definen exclusivamente por sus pensamientos ya que estos son de carácter automático.
- *Trabajo en valores*: interpretadas como las bases verbales que rigen las metas personales por las que nos guiamos.
  - *Compromiso*: se trata de un análisis personal donde se identifican qué cosas está dispuesta a realizar la persona para poder generar cambios.

Es necesario conocer la conceptualización, definición y prevalencia de los problemas de salud mental comunes en nuestra sociedad. Para terminar con el presente marco teórico, señalar que la importancia de este trabajo reside en la necesidad de la difusión de tratamientos psicológicos eficaces ya que más de la mitad de personas que padecen problemas de salud mental no recibe tratamiento y quienes lo reciben no es el adecuado (Pedro-Cuesta et al., 2018).

## Epidemiología

Teniendo en cuenta la última encuesta de salud realizada en España en el año 2016, se muestra la siguiente información sobre el estado de la salud mental en nuestro país (Pedro-Cuesta et al., 2018).

En el año 2011, el 9,6% de la población adulta refirió tener ansiedad, depresión crónica y otros problemas mentales. Según el punto de corte del cuestionario general de salud autoadministrado (GHQ-12), el 20,4% de la población tenía riesgo de mala salud mental, mientras que según el ítem específico del cuestionario combinado EQ-5D-5L, la ansiedad/depresión afectó al 14,6% de los entrevistados. Otro dato que se considera importante a destacar, es que sólo el 3,4% de los hombres y el 4,1% de las mujeres acudieron a un psicólogo o psicoterapeuta ese año (Pedro-Cuesta et al., 2018). Según los datos de estos informes se prevé un empeoramiento en la salud mental de la población española.

- Relación entre ansiedad y habilidades sociales

La relación entre habilidades sociales (HHSS, en adelante) y ansiedad parece clara y constante, no sólo en adultos sino también en adolescentes y niños. Estudios como el realizado por Carballo et al., (2013) o Lefrancois et al., (2011) demuestran que existe una relación inversa entre ambos constructos, de tal forma que a niveles mayores de HHSS menos ansiedad y viceversa. La explicación puede ser que una elevada ansiedad dificulta la expresión de las HHSS, haciendo que el sujeto se comporte de forma más torpe al establecer contacto con otras personas. También es posible que carencias en HHSS produzcan una mayor ansiedad del individuo en las situaciones sociales. Independientemente de la explicación, se produce una relación bidireccional retroalimentada, por este motivo es frecuente el entrenamiento en HHSS como parte de los programas de tratamiento de la ansiedad (Caballo et al., 2014).

- Relación entre ansiedad y autoestima

Pese a la importancia del constructo de la autoestima en psicología, existen pocos estudios que relacionen este constructo con la ansiedad en la población adulta. Sin embargo, se considera

relevante resaltar dicha interacción dado que diferentes intervenciones psicológicas intervienen sobre la autoestima con el objetivo de reducir la sintomatología ansiosa.

La mayoría de estudios realizados hasta el momento coinciden en la relación inversa entre variables. Por ejemplo, en el estudio realizado por Bano et al., (2012) los sujetos con una autoestima positiva disfrutaban de sus interacciones sociales, mientras que quienes tienen una autoestima negativa sienten menos comodidad en la interacción social. Por otro lado, puntuaciones de diferentes muestras de población adolescente, enseñan que una mayor autoestima se relaciona con una ansiedad menor y viceversa. Este resultado se apoya en diferentes estudios realizados por Caballo et al., (2012) y Caballo et al., (2015) donde se muestra una relación negativa entre la autoestima y la ansiedad. En concreto, a mayor autoestima menores niveles en otras variables, especialmente en la ansiedad rasgo. También coincide con el estudio de Peñaloza (2015) quien observa una correlación negativa entre ambos constructos en población escolar (Caballo et al., 2018).

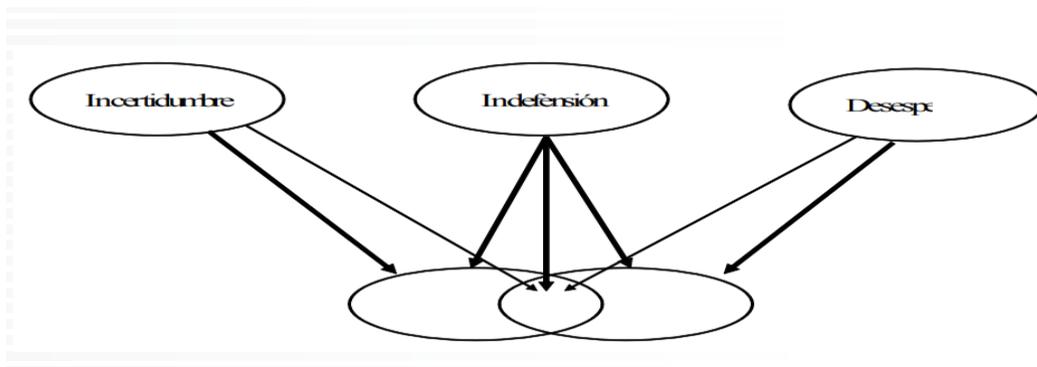
- Comorbilidad ansiedad y depresión

La naturaleza de la asociación entre ansiedad y depresión ha sido ampliamente fundamentada desde diferentes perspectivas como por ejemplo el modelo tripartito de Clark y Watson (1991), la terapia cognitiva de Beck (1989) o desde perspectivas jerárquicas como el modelo de tres factores de Barlow (2000), todos ellos explicados al inicio del presente trabajo.

Gracias al modelo de indefensión aprendida, se puede explicar un fenómeno recurrente en la práctica clínica en que la ansiedad precede a la depresión. De esta forma, una falta de control elevada asociada con incertidumbre lleva al individuo a pensar que nada puede cambiar, es decir, la desesperanza (Cifuentes, de Greiff y Prieto, 2011).

Figura 1

**Representación Gráfica del Modelo de Indefensión-Desesperanza basado en Aloy et al., (1990)**



*Nota:* Modelo basado en las teorías de Aloy et al., (1990) reproducida del artículo “Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo de indefensión desesperanza”

Cifuentes, de Greiff y Prieto (2011).

Para explicar cómo se desarrollan los trastornos afectivos y basándonos en la representación gráfica del modelo de indefensión aprendida, se puede observar que tanto la ansiedad como la depresión comparten la característica psicológica de indefensión (percepción de no control). Lo que ocurre, es que si además de esto predomina la faceta de incertidumbre se presentará ansiedad, mientras que si predomina la desesperanza resultará en depresión. Finalmente, aunque existan pensamientos de indefensión y desesperanza si se mantiene un mayor nivel de incertidumbre frente a eventos negativos, se denomina como trastorno ansioso-depresivo (Cifuentes, de Greiff y Prieto, 2011).

## 2. Identificación del paciente y motivo de consulta

Con el fin de respetar el derecho al anonimato de los casos clínicos, desde este momento se identifica a la paciente como E.

E. es una mujer española de 34 años con pareja estable desde hace 2 años y sin hijos. Tiene un nivel educativo medio-alto, graduada en Técnico Superior de Realización Audiovisual y con dos años de formación en el Grado de Salud Ambiental, en la actualidad se encuentra en situación de desempleo. E. es natural de Andalucía y sus padres continúan viviendo allí mientras que su hermana

vive en Castilla-León. En la actualidad, E. lleva residiendo 2 años en Madrid y conviviendo junto con su pareja de origen canario desde la primavera de 2021.

### **Motivo de consulta**

E. decide comenzar psicoterapia ya que considera sufrir ansiedad desde pequeña. Comenta que el malestar aparece especialmente cuando está rodeada de otras personas. Menciona que en estas situaciones aparecen pensamientos que cuestionan su forma de expresarse afirmando sentirse insegura y sin control. E. indica que en ocasiones tiene dificultades para manifestar sus intereses o establecer límites dado que suele hacer lo que cree que a otras personas les va a hacer sentir mejor. Destaca que ahora es el momento de trabajar la gestión de su ansiedad porque considera que cuando algo le afecta no puede dejar de pensar en ello, lo que le genera gran malestar.

Respecto a las primeras impresiones, E. físicamente es una persona de complexión delgada y actitud retraída, tiene una narrativa pausada, expresión facial de tristeza y mantiene un tono de voz monótono.

E. expone haber realizado psicoterapia por el mismo motivo durante un periodo breve de dos meses, afirmando no obtener resultados. Además puntualiza no haber necesitado tratamiento farmacológico.

Los objetivos y expectativas que refiere tener E. para su proceso de terapia son:

### **Objetivo general**

- Aprender a gestionar su sintomatología ansiosa y estrés

### **Objetivos específicos**

- Trabajar la seguridad y confianza personal
- Practicar habilidades de comunicación asertivas
- Mejorar su autoestima

### 3. Estrategias de evaluación

El proceso terapéutico se estructurará en base a la corriente cognitivo-conductual concretamente será empleada en mayor parte la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Durante la intervención se utilizarán herramientas de otras corrientes psicológicas con el objetivo de potenciar el tratamiento por tanto estas serán complementarias. Durante las cuatro primeras sesiones se ha realizado una entrevista semiestructurada donde se ha recogido la información necesaria sobre las áreas principales de la persona así como su sintomatología. Se han utilizado los siguientes recursos y técnicas de evaluación:

- **Entrevista clínica individual semiestructurada**: en Psicolink cada nuevo paciente accede a la realización de una entrevista personal que se ejecuta en base a una plantilla en la que se recoge la información necesaria para la comprensión del caso. En el caso de E. la entrevista clínica se realizó el 13 de Octubre de 2021. En ella, se recogieron los datos identificativos de la persona como son el nombre y apellidos, fecha de nacimiento, composición familiar, nivel de estudios, profesión, enfermedades, los datos de contacto y de una persona auxiliar para casos de urgencia, además se continúa realizando preguntas sobre las áreas que componen la anamnesis psicológica; motivo de consulta, trabajo y/o formación, relaciones sociales, familia, pareja, alimentación y sueño. En la segunda parte del documento, se reflejan los datos clínicos en relación con la sintomatología de la persona, primero se identifica el motivo de consulta y seguido se recoge información sobre los posibles intentos previos de solución, tratamientos médicos, ocasiones previas de psicoterapia y motivos de consulta de los mismos. Es imprescindible que se detallen todas las anotaciones que permitan comprender los antecedentes y las consecuencias de la situación actual y variables relacionadas con el motivo de consulta de la paciente. Se finaliza la entrevista con el motivo que ha determinado comenzar el proceso de terapia en este momento y recogiendo las expectativas y objetivos de la persona sobre el proceso de terapia ([Anexo 1](#)).

- **Entrevista motivacional:** durante el desarrollo del Máster en Psicología General Sanitaria he podido observar como diferentes profesionales adoptaban este formato de entrevista aportando un estilo propio. El objetivo principal de la misma consiste en inducir al paciente al estado de reflexión personal, por este motivo, en el caso de E. este formato de entrevista no sólo se mantuvo en la primera sesión sino también en las sucesivas sesiones de evaluación psicológica. La entrevista motivacional con E. consistió en emplear técnicas como la reformulación en positivo o la psicoeducación en el lenguaje para que pudiera tomar conciencia de su problemática pudiendo adoptar un rol activo hacia la consecución de los objetivos planteados para generar el cambio personal.
- **Línea de vida (ad hoc):** en esta técnica se pretende exponer a lo largo de una línea horizontal los hitos más relevantes de la vida de la persona mediante la formulación de preguntas por parte del terapeuta. En el caso de E. también consideré realizar de forma paralela una línea donde figurasen las emociones principales con las que recuerda cada etapa. Además, determiné realizar esta actividad de forma conjunta en el contexto de sesión debido a su perfil reservado e introvertido. Mi objetivo como terapeuta fue doble, por un lado conseguir construir un rapport que permitiera un clima de confianza para que pudiera exponerme sus preocupaciones y por otro, fomentar la autorrealización área en este caso muy relacionada con la autoestima ([Anexo 2](#))
- **Genograma familiar:** esta herramienta es habitualmente empleada por la psicología sistémica. Esta perspectiva entiende que el individuo es el resultado de una interacción de diferentes núcleos o sistemas que establecen interacciones entre sí. El objetivo principal del genograma es poder entender de forma visual el tipo de estructura de una familia así como las relaciones entre sus miembros. En este caso, se representaron los datos biográficos de la familia nuclear (3 generaciones), el tipo de relación entre los miembros, los diferentes roles, las normas del hogar y mitos generacionales. Finalmente, se concluyó con una

psicoeducación sobre apego, explicando su definición y función así como las diferentes clases, para que E. pudiera identificar el suyo ([Anexo 3](#))

- **Rueda de la vida (ad hoc)**: este ejercicio tiene un objetivo doble, en primer lugar, que la persona sea objetiva y consciente con su vida y en segundo lugar, que sirva como guía para establecer los objetivos terapéuticos. La persona debe escribir todas las áreas que componen su vida, generalmente se definen: salud, trabajo, familia, amor propio, amor relacional o de pareja, amistades, dinero, estudios y cultura. Sin embargo, se puede añadir algún área más si se considera relevante trabajar en el proceso de terapia. Por cada área, la persona debe de reflexionar y escribir en un papel diferentes cuestiones como por ejemplo “¿Qué significa para ti este área?” “¿Te gustaría cambiar algo?” “¿De qué recursos y limitaciones dispones?” entre otras. Finalmente, se establece un objetivo general entre el terapeuta y el paciente de cada área y se prioriza el orden de intervención sobre los mismos ([Anexo 4](#)).
- **Átomo social**: es una herramienta similar a la rueda de la vida, pero en este caso se explora el área social. De forma visual la persona debe de dibujar un átomo, situando su nombre en el centro. Debe de ir añadiendo círculos alrededor del mismo y escribir los nombres de diferentes personas de su entorno en función de la distancia a la que cree que se encuentran. La finalidad es poder conocer los recursos de apoyo de la persona, crear conciencia y poder generar un cambio de la situación social mediante el planteamiento de objetivos personales.

Con respecto a los test y cuestionarios de evaluación, se realizará una evaluación pre test y post test del proceso terapéutico con el fin de observar la variación de las puntuaciones y establecer nuevos objetivos si fuera necesario.

- **Test STAI** o Cuestionario Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberg et al., 1999). Consiste en un cuestionario autoaplicado de 40 ítems que evalúa ambas dimensiones de la ansiedad, siendo

estas el estado transitorio (ansiedad-estado) y el estado latente (ansiedad-rasgo). En este caso consideré necesario que E. realizará este autoregistro dado que fue su primer objetivo expuesto en la entrevista clínica personal. Con respecto a la fiabilidad del instrumento, es superior a 0,9 en ambas escalas y ha demostrado ser válido para evaluar ansiedad aunque muestra correlaciones con diferentes instrumentos de depresión (Guillén-Riquelme, 2014) ([Anexo 5](#)).

- **Test BDI-II** adaptación española o inventario de depresión de Beck (Beck et al., 1996): Se trata de un instrumento autoaplicado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple diseñadas para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes. Debido al lenguaje no verbal así como ideas pertenecientes a la triada de Beck presentes en E., se sopesó evaluar la sintomatología depresiva para conocer en qué grado estaba presente. La adaptación española del BDI-II tiene una fiabilidad de 0,83 para la escala total aunque presenta problemas de validez discriminante en los ítems que miden ansiedad (Ibáñez et al., 2010) ([Anexo 6](#)).
- **Escala de autoestima de Rosenberg** (Rosenberg, 1965) adaptación española (Echeburua, 1995): La escala incluye 10 ítems que valoran los sentimientos de respeto y adaptación del propio individuo. E. demandó como objetivo específico trabajar durante el proceso terapéutico esta área, por lo que eran necesarias puntuaciones pre-test para medir cambios. La adaptación española cuenta con una fiabilidad test-retest de 0.74 y una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.87, además resulta tener buenas correlaciones entre los distintos ítems y las puntuaciones lo que refleja una validez óptima (Vázquez-Morejón et al., 2004) ([Anexo 7](#)).
- **Cuestionario de apego adulto (CAA-r)** (Melero y Cantero, 2008): Este instrumento se compone de 40 ítems que se agrupan en 4 escalas, siendo estas: baja autoestima, resolución hostil del conflicto, expresividad emocional y autosuficiencia. Este cuestionario nos permite conocer el tipo de apego del individuo. Como expone la bibliografía consultada, la

consolidación del apego en nuestra infancia determina en muchas ocasiones el estilo de afrontamiento que mantenemos en la vida adulta, por ello quería conocer la información sobre el apego de E. . En cuanto a las características psicométricas del cuestionario, muestra una validez de instrumento y constructo satisfactoria en las 4 escalas que evalúa y la fiabilidad global (alfa de Cronbach) es superior a 0,65. ([Anexo 8](#)).

- **Inventario NEO-PI-R**, Revised Personality Inventory (Costa y McCrae, 1992) adaptación española (Sanz y García-Vera, 2009): respecto a su versión breve (NEO-FFI) este instrumento está compuesto por sesenta primeros ítems, siendo doce por factor y evalúa los principales factores de personalidad: neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad. Este inventario tiene como finalidad conocer de forma general la personalidad de las personas, por ello lo considero esencial en la mayoría de procesos terapéuticos. A pesar de la frecuencia del uso de este instrumento es necesario considerar que refiriéndonos a la versión española del test, la fiabilidad del NEO PI-R resulta ser aproximada a 0,5 en las cinco dimensiones que evalúa, siendo la validez cuestionada ya que no cumple con los criterios necesarios planteados según APA (Aluja et al. 2009) ([Anexo 9](#)).

Se adjunta en anexos el cronograma de las sesiones dedicadas a la evaluación psicológica ([Anexo 10](#))

#### 4. Formulación clínica del caso

##### Hipótesis de origen

Esta hipótesis trata de dar explicación del origen y la adquisición de los diferentes problemas presentes en el caso de E. para ello tendremos en cuenta las siguientes variables:

- *Factores de vulnerabilidad o predisposición*: son aquellas variables presentes antes de que se originaran los diferentes problemas. En cuanto al estilo educativo en la infancia, E. ha mantenido una relación cercana con sus padres especialmente con la madre siendo esta fusionada ya que E. expresa tener dificultades para establecer límites con la misma. Por otro

lado, es importante destacar la relación distante que mantiene con su hermana ya que desde la infancia ella tenía el rol de “aplicada” y E. de “distraída”.

- Respecto a las *variables personales o endógenas* de E., muestra una tendencia al pensamiento dicotómico, locus de control externo y de forma continuada presenta tendencia a pensamientos negativos recurrentes. Además, todas las áreas que componen la autoestima (autoimagen, autorefuero y autoconcepto) se encuentran debilitadas. E. mantiene la idea socio-cultural del papel de la mujer a su edad (34 años) la cual debe ser productiva, exitosa, independiente y con hijos. Estas variables junto con la tendencia a la comparación con otras personas y la exigencia personal hacen que mantenga un estilo cognitivo “rumiativo”.
- Finalmente, como *desencadenantes o precipitantes* es importante señalar los siguientes: migración por cambio de comunidad autónoma, pérdida de la relación con la hermana a raíz de mudarse a otra ciudad, relaciones durante la historia de vida que la han hecho sentir “utilizada y ridiculizada”, sensación de carencia de apoyos y relaciones sociales, la reciente convivencia con su pareja y las discusiones frecuentes con el mismo. En el caso de E., se considera importante destacar como precipitante la crisis vital de cambio en la que se encuentra dado que ha pasado de trabajar en su afición a no tener empleo.

### **Hipótesis de mantenimiento**

Se necesita entender qué factores son los que hacen que E. mantenga su sintomatología ansioso depresiva y los constructos de autoestima y habilidades sociales debilitados. En primer lugar, esta problemática viene ocasionada por la hipótesis de origen previamente mencionada. Por otro lado, se complementa con la siguiente información:

E. durante la infancia era una niña que se describe con mucho “mundo interior” por lo que disfrutaba de pasar tiempo a solas y no sentía la necesidad de contar cómo se sentía. Sin embargo, cuando tomaba alguna decisión personal era común que buscara la aprobación de los padres y si

esto no ocurría sentía gran malestar, funcionando como un castigo negativo (C-) respecto a la conducta de expresar su opinión. Esta forma de comportamiento en busca de aprobación se mantuvo durante la adolescencia tratando de “encajar” y cubrir el sentimiento de pertenencia mostrando una gran dedicación en sus relaciones, lo que hacía que estas al final estas “se cansaran de ella” y la apartasen “sintiéndose inferior y ridiculizada” funcionando de nuevo como un castigo negativo (C-). Estas experiencias funcionan como reforzador (R+) de la idea “de no ser suficiente” manteniendo bajo su autoconcepto. Entonces, cuando se expone a situaciones sociales donde deba expresar sus ideas siente incomodidad y nerviosismo tratando de buscar la aprobación en los otros para aliviar el malestar (R-).

En la actualidad, presenta un patrón dependiente ya que el estilo educativo que tuvo se basó en premiar los resultados y no el proceso. Es decir, los padres sólo la reforzaban cuando hacía las cosas “como debían de ser” según sus expectativas. Por un lado, esto desarrolló la necesidad que constantemente la premiasen sus acciones lo que le impidió construir un locus de control interno. Además, E. cuando establece relaciones siente “que esas personas no dan lo suficiente por ella” demandando mayores muestras de amor para creer que de verdad son relaciones que la aprecian, conductas que funcionan como reforzadores de la sintomatología depresiva.

Es necesario destacar que E. cuenta con diversos factores personales y sociales que le pueden ayudar a ganar bienestar: por un lado, cuenta con un amigo de la adolescencia que también ha acudido a terapia y es una persona que siente como apoyo. También tiene una familia estable y atenta a ella, se espera que la relación mejore mediante el trabajo en límites personales y asertividad. Por otro lado, es una persona introspectiva y con un gran interés por la cultura, por ello no tiene dificultad para entender metáforas muy útiles en este caso para conectar con los personajes e identificar sus emociones.

De forma gráfica se adjunta el Análisis Funcional de la conducta del caso de E. ([Anexo 11](#))

**Conductas a modificar**

*Desorganización:* La paciente expone que debido a la cantidad de tiempo libre tiene tendencia a la procrastinación. Desde la primera sesión se pautó el hacerse con una agenda personal donde pudiera escribir los objetivos del día e ir tachando aquellos que cumpla. También se ofreció psicoeducación sobre los ritmos biológicos y se consensuó en sesión horarios de sueño y comidas.

*Evitación de situaciones sociales:* E. presenta un patrón evitativo mantenido por pensamientos que cuestionan sus habilidades comunicativas. Mediante entrenamiento en asertividad y el trabajo conjunto en autoestima se consiguió que de forma progresiva se fuera exponiendo a situaciones sociales.

*Locus de control externo:* E. desde el inicio del proceso presentaba un discurso donde estaba muy presente la responsabilidad de los demás cuando los actos eran malos y la responsabilidad propia cuando estos eran buenos. Empleando diálogo socrático y la estimulación de la reflexión personal, E. pudo darse cuenta de que las relaciones son recíprocas por lo que partiendo de esa base la responsabilidad de que estas funcionen están repartidas entre las personas que las conforman. Desde ahí se estableció el compromiso frente a la terapia pudiendo comenzar a trabajar en objetivos de cambio personal.

**Conductas a implantar**

*Trabajo en autoestima:* E. presentaba déficit en todas las esferas de esta área. En cuanto al autoreforzamiento, E. no se premiaba por las cosas que hacía bien necesitando de otras personas para sentirse aprobada. Esta esfera se trabajó mediante el aumento de tareas reforzantes personales y la reformulación del lenguaje interno. Respecto a la autoimagen, presentaba muchos pensamientos en contra de su valía y su físico. Se identificaron y se establecieron alternativas funcionales de pensamiento. Finalmente en cuanto al autoconcepto, E. al comenzar el proceso tenía dificultades

para identificar sus recursos por lo que se incidió mucho en el trabajo en autoconocimiento e identificación de fortalezas para la construcción de un criterio de opinión personal.

### Resultados de los cuestionarios y test de evaluación

- **STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo** (Spielberg et al., 1999)

Puntuación directa	Percentil
Ansiedad Estado (A/E): 45	95
Ansiedad Rasgo (A/R): 39	89

### Interpretación

En cuanto a los resultados de las prueba autoadministradas, E. presenta niveles muy altos tanto en la ansiedad presente (A/E) como en la ansiedad como constructo más estable (A/R). Basando la interpretación en los percentiles, según los datos aportados podemos afirmar que sólo un 5% de la población presenta una ansiedad estado mayor a E., en cuanto a la ansiedad rasgo, sólo es superada por el 11% de la población. Estos datos explican que E. en el momento de la evaluación se encuentra con una sintomatología ansiosa acusada y además, es un rasgo que se ha mantenido durante su historia vital.

- **BDI: Inventario de depresión de Beck-II** (Beck et al., 1996)

Puntuación directa	Interpretación
35	Depresión grave

Esta puntuación tan elevada en la sintomatología depresiva fue inesperada, por ello se exploró ideación suicida durante la entrevista y también se prestó especial importancia al ítem 9 del inventario "Pensamientos o deseos de suicidio" sin embargo la puntuación del mismo fue de 0 por lo

que bajo el criterio profesional y en base al resto de datos recogidos, la sintomatología depresiva es menos intensa de lo que los datos muestran.

- **Escala de autoestima de Rosenberg** (Rosenberg, 1965)

<b>Puntuación directa</b>	<b>Interpretación</b>
24	Autoestima baja

A pesar de que los objetivos expresados por E. no mencionaran déficit en esta área, gracias al cuestionario pudimos incluirlo como objetivo de tratamiento.

- **Inventario de personalidad NEO de cinco factores** (Costa y McCrae, 1992)

<b>Factores</b>	<b>Neuroticismo</b>	<b>Extraversión</b>	<b>Apertura</b>	<b>Amabilidad</b>	<b>Responsabilidad</b>
<b>Puntuación directa</b>	34	23	21	26	30
<b>Interpretación</b>	MUY ALTO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO

Como se puede observar, E. mostró puntuaciones bajas en todas las esferas de la personalidad a excepción de la dimensión neurótica, con una puntuación muy elevada. Esta puntuación refleja una labilidad emocional consistente en el caso de E. en la tendencia al enfado, la preocupación constante y la inseguridad personal. Es decir, esta esfera representa la sintomatología de ansiedad y depresión que mantiene de forma comórbida.

El nivel de extraversión refleja el déficit en habilidades sociales de E. y por tanto la incomodidad que siente a la hora de gestionar sus relaciones sociales así como situaciones en las que se vea sometida a escrutinio. En cuanto a la apertura a la experiencia, el perfil de E. expone comodidad con lo familiar, rigidez cognitiva y resistencia al cambio. Finalmente, la responsabilidad

como rasgo en E. se explica por la dificultad en el control de los impulsos, dificultad de organización y tendencia a buscar refuerzos inmediatos.

- **Cuestionario de Apego Adulto** (Melero y Cantero, 2008).

Escala	1	2	3	4
<b>Puntuación directa</b>	65	40	29	21
<b>Interpretación</b>	MUY ALTO	MODERADO-ALTO	BAJO	ALTO

Estas puntuaciones nos permiten definir de forma más clara el tipo de apego que presenta E.:

- La escala 1 permite conocer que E. siente baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo en sus relaciones.
- La escala 2 muestra que en ciertas ocasiones tiene dificultades en la resolución eficaz de los conflictos y presenta sentimientos de rencor e ira.
- La escala 3 refleja una inseguridad en los momentos que debe expresar sus sentimientos y también refiere cierta incomodidad en las relaciones sociales y de pareja.
- La escala 4 enseña una lejanía en la percepción de autosuficiencia emocional y una presencia de incomodidad con la intimidad.

Como conclusión, la información recogida durante el proceso de evaluación y el presente cuestionario muestra características compatibles con un estilo de apego ansioso-ambivalente, caracterizado por las emociones de miedo y angustia cuando los cuidadores o figuras de apego no están presentes.

## 5. Tratamiento

La intervención tuvo una duración total de 16 sesiones. La corriente de referencia ha sido de corte cognitivo conductual mediante la práctica principal de la terapia de aceptación y compromiso

(ACT). De forma complementaria en ocasiones el estilo del terapeuta seguirá la corriente humanista para establecer un buen rapport dando peso a la demanda y el rol activo del paciente.

Debido a la sintomatología de E. y bajo criterio profesional decidimos que el proceso de terapia de E. tuviera una frecuencia semanal con sesiones de una hora de duración. En base a la información recogida durante el proceso de evaluación se estableció lo siguiente para el tratamiento psicológico:

### **Objetivo general**

Mejorar la calidad de vida de la paciente mediante la reducción de la sintomatología que presenta dotándola de habilidades y recursos que permitan satisfacer su demanda y prever la psicopatología en el futuro.

### **Objetivos específicos**

- Aprender una gestión más eficaz del estrés y la ansiedad
- Mejorar el estado de ánimo general
- Remitir la necesidad de aprobación
- Establecer un estilo comunicacional asertivo
- Generar autoconocimiento e identificación personal

### **Desarrollo de las sesiones**

El objetivo de la *primera sesión* fue conocer al paciente y el motivo de consulta, también se explicó y se entregó la documentación necesaria para empezar el proceso (consentimiento informado). Durante las *cuatro siguientes sesiones*, se evaluó a E. mediante el desarrollo en sesión de las técnicas de la línea de vida, el genograma y el átomo social. Esta información junto a los diferentes test y cuestionarios que la paciente realizó en el domicilio, permitió establecer los objetivos terapéuticos. Todo el material realizado como tarea, posteriormente se revisaba en las sesiones.

En la *quinta sesión*, se realiza una devolución de la información mediante la explicación del Análisis Funcional. Formulamos las conductas problema existentes así como las conductas que eran necesarias implantar. Como tarea, se pauta la realización de la técnica rueda de la vida. En esta tarea E. pudo calificar la satisfacción de las áreas más importantes de su vida y reflexionar sobre los recursos disponibles para llevar a cabo objetivos terapéuticos sobre cada una de las mismas.

Durante la *sexta y séptima sesión*, se abordó el primer objetivo demandado por E., la gestión de la ansiedad. Por este motivo, empezamos las sesiones con unos minutos de relajación para que posteriormente E. lo implantara en su rutina. Por otro lado, comenzar las sesiones de esta forma mejoraba el estado de arousal de E. permitiendo que la sensación de estrés de las sesiones remitiera. Una vez conseguido este estado de calma, comenzamos a identificar los pensamientos desadaptativos comunes en el día a día de E. Se realizó un registro de los mismos y mediante diálogo socrático establecimos alternativas de pensamiento más funcionales. E. tuvo que emplear esta técnica fuera de sesión registrando los avances en un diario terapéutico personal.

En la *octava y novena sesión*, trabajamos todas las áreas relacionadas con un estado de ánimo bajo, especialmente el constructo de la autoestima. Por ello, realizamos la técnica del espejo, donde E. debía responder a ciertas preguntas de tipo “¿Qué palabras te dices cuando te miras al espejo?” y de esta forma se escribían las respuestas en notas pegadas al espejo. Esta técnica facilitó que E. fuera consciente de su lenguaje interno permitiendo posteriormente crear alternativas de pensamiento más funcionales. Con el objetivo de mantener este lenguaje compasivo fuera de sesión, se aumentó el tiempo diario de autocuidado (R+) dedicando todos los días unos minutos a la realización de una actividad de disfrute personal.

La *décima sesión* fue dirigida a la comprensión de su forma de afrontamiento de los problemas. Por este motivo se explicó las diferencias entre evitación experiencial y la aceptación y compromiso de la experiencia. De esta forma mediante diálogo socrático E. pudo detectar aquellas cosas que perdía de la vida por evitar enfrentarse a las mismas. Creamos un currículum personal

donde E. pudo detectar sus fortalezas y debilidades para poder ser objetiva y consciente con sus capacidades, pudiendo plantear cambios en aquellas facetas que no la generasen bienestar.

La faceta principal sobre la que quería trabajar era sobre su autoexigencia. Por este motivo la *onceava sesión* la dedicamos a realizar ventilación emocional sobre el sufrimiento que le había generado mantener esta faceta personal en el tiempo. De forma combinada se trabajó en duelo por el impacto tan estresante que había sido para E. el despido de su empleo. En este sentido, se trató de que E. identificara el aprendizaje de esa experiencia, buscar recursos que la hagan sentirse más preparada para futuros puestos. También se incidió sobre la flexibilidad cognitiva mediante la defusión entre el “yo sujeto” (E.) y el “yo contexto (E. trabajadora).

Después, con el objetivo de crear motivación se pautó para casa la realización de una carta hacia sí misma donde figuraba la información de los aprendizajes que había tenido gracias a experiencias negativas, la forma de afrontamiento del pasado de estas situaciones y la nueva forma de afrontamiento si esas situaciones se repiten.

Durante el transcurso de la *doceava sesión*, abordamos la psicoeducación en comunicación asertiva y la práctica de habilidades sociales mediante role-playing. E. debía practicar herramientas como la técnica del sándwich o “la regla del yo” en las distintas situaciones sociales de forma que gradualmente se incrementaba la dificultad. En base a estos aprendizajes, se estableció un entrenamiento en solución de problemas para que E. pudiera seguir practicando en situaciones cotidianas fuera de sesión.

En la *sesión trece*, establecimos unos horarios de sueño y ciertas pautas de alimentación. E. expuso en la entrevista que debido al malestar que la generaban sus pensamientos tendía a tener un sueño poco reparador y una alimentación ansiosa. Por ello, tras haber trabajado juntas estos objetivos, se decidió implementar una nueva rutina de bienestar personal.

En la *penúltima sesión*, repasamos los resultados de las técnicas realizadas en la evaluación con la finalidad de repasar los objetivos trabajados. Se realizó un feedback terapéutico con la finalidad de reforzar todo el esfuerzo y el trabajo realizado.

*Al finalizar el proceso*, se motiva a E. a seguir empleando todas las pautas ensayadas. De forma conjunta, identificamos las posibles situaciones de riesgo relacionadas con las conductas problema y establecimos un plan de prevención de respuestas con el objetivo de evitar recaídas.

### **Descripción de las técnicas utilizadas**

Estas fueron las técnicas más empleadas dentro de la orientación cognitivo conductual y las terapias de Tercera Generación:

- Técnica de Defusión Cognitiva: (Teoría de la metacognición): aprender la distinción entre nuestros pensamientos y las facetas que conforman nuestra identidad. No por pensar “soy incapaz” la persona es incapaz ya que los pensamientos son automáticos e incontrolables pero depende de nosotros el afrontamiento de los mismos.
- Técnicas en Gestión Emocional: (relajación, mindfulness y autoinstrucciones) con la finalidad de familiarizarse con situaciones amenazantes y poder afrontarlas desde un estado óptimo de arousal.
- Técnicas en Estilo de Comunicación Asertivo: practicar el decir “no”, realizar peticiones, mantener un lenguaje sereno y claro, usar comunicación no verbal, etc.

La mayor parte del proceso terapéutico fue dirigido a la detección de los pensamientos disfuncionales, la reevaluación cognitiva y el planteamiento de alternativas de pensamientos adaptativos. El éxito de la terapia consiste en que E. pueda tener pensamientos negativos pero que estos no la afecten en su día a día, teniendo diferentes herramientas de gestión y afrontamiento. Este éxito se consigue mediante el trabajo realizado en las áreas personales de E. como son la rigidez cognitiva, el pensamiento dicotómico, el lenguaje hostil hacia sí misma y el trabajo en

autoconocimiento e identidad personal. Durante todo el proceso se recordaba la explicación del concepto de defusión cognitiva con la finalidad de que E. pudiera interiorizar que los pensamientos son un proceso automático y que siempre los tendrá. Sin embargo el poder detectarlos sin juicio, conocer lo que nos suscitan, familiarizarnos con ellos y crear alternativas hará que cambie la funcionalidad de los mismos generando mayor bienestar personal. La práctica de todas las técnicas de gestión emocional y asertividad fuera de sesión se mantiene bajo un proceso de habituación, donde la ansiedad generada al exponernos a situaciones potencialmente peligrosas hace que estas pierdan su naturaleza ansiógena de forma progresiva.

### Cronograma de las sesiones clínicas

SESIÓN	OBJETIVOS	TECNICAS
1	Entrevista evaluación inicial y explicación del tratamiento.	Entrevista semiestructurada Entrevista motivacional NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1992)
2	Evaluación	Línea de vida STAI (Spielberg et al., 1999) BDI (Brown et al., 1996)
3	Evaluación	Línea de vida Genograma Escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965) Cuestionario apego adulto (Melero y Cantero, 2008)
4	Evaluación	Genograma
5	Devolución información mediante Análisis funcional. Planteamiento de objetivos, formulación y tratamiento.	Técnica rueda de la vida
6,7	Aprender una gestión más eficaz del estrés y la ansiedad	Técnica de respiración diafragmática vs. respiración abdominal

---

		<p>Análisis del pensamiento desde ACT (Identificación mensajes desadaptativos y creación de alternativas de pensamiento)</p> <p>Defusión cognitiva y psicoeducación en ansiedad (lo que pienso no determina lo que soy)</p>
<b>8,9</b>	Mejorar el estado de ánimo general	<p>Técnica del espejo (qué veo y cómo me hablo) → diálogo interno</p> <p>Identificación de valores personales</p> <p>Análisis del pensamiento (MODELO ABC)</p> <p>Activación conductual progresiva (aumentando R+)</p> <p>Psicoeducación</p>
<b>10</b>	Remisión de la necesidad de aprobación y trabajo en independencia	<p>Psicoeducación sobre autoestima (autoreforzo, autoimagen y autoconcepto)</p> <p>Diálogo socrático → Evitación experiencial vs. Aceptación emocional</p> <p>Currículum personal (Listado fortalezas y debilidades)</p>
<b>11</b>	Crear flexibilidad cognitiva	<p>Trabajo en compasión y habilidades de gestión emocional</p> <p>“Carta hacia mí misma”</p> <p>Duelo por crisis vital (trabajo)</p>
<b>12</b>	Establecer un estilo de comunicación asertivo	<p>Práctica de técnicas asertivas mediante role-playing → Exposición gradual a situaciones cotidianas de menor a mayor asertividad</p> <p>Entrenamiento en Solución de problemas</p>
<b>13</b>	Mantener rutinas de comida y descanso	Técnicas de control emocional con relajación, mindfulness y autoinstrucciones.
<b>14</b>	Evaluación post-test y comparación de resultados	Resumen técnicas aprendidas y feedback terapéutico
<b>15</b>	Aprender a detectar situaciones de riesgo futuras	Plan de prevención de respuestas

---

---

	en relación con las conductas	
	problema	
<b>16</b>	Seguimiento	Supervisión, información y prevención

---

## 6. Valoración del tratamiento

### Adherencia del tratamiento

El tratamiento tuvo una duración total de 6 meses. Desde el comienzo del proceso se pudo construir una buena alianza terapéutica. E. refiere que la terapia le ha servido de apoyo en su día a día y como aprendizaje para poder seguir gestionando sus emociones de una forma más eficaz. En el ámbito personal, destaca no pasar tanto tiempo prestando atención a pensamientos que la preocupan añadiendo que en caso de que aparezcan sabe gestionarlos para que no interfieran con su rutina. Añade haber comprendido que si toma sus decisiones en base a las expectativas de otras personas, no va a poder ser la persona decidida que le gustaría ser. Por este motivo indica que trata de expresar su opinión en situaciones donde antes no lo hacía. Confiesa que debe seguir cuidando la forma en la que se habla añadiendo que ahora conoce la importancia del lenguaje propio y la relación con la autoestima pero explica que es algo “muy automático”. Aun así, identifica que tiene esta vulnerabilidad y se esfuerza en cambiarlo dedicando más tiempo a los autoreforzamientos. Expone que ahora después de hacer sus obligaciones se premia realizando alguna tarea placentera, siendo sus favoritas leer y pasear. En el área familiar, cuenta el haber identificado que existe una falta de límites en el rol que tiene como hija respecto a su madre. Durante todo el proceso E. se mostró muy colaboradora. Al principio tenía un rol muy demandante debido al locus de control externo que presentaba, sin embargo, tras el análisis funcional y su propia identificación con el patrón evitativo pudo ver que era necesario un cambio conductual para generar diferentes resultados.

*Adquisición habilidades gestión de la ansiedad*

En este sentido, se sigue manteniendo un factor de vulnerabilidad como es la situación de desempleo en la que se encuentra la paciente. Sin embargo, en terapia se ha trabajado la motivación y la identificación de valores para que pueda seguir formándose y mejorar su currículum disminuyendo la sensación de inutilidad tan presente al comenzar la terapia.

De forma general el patrón de Evitación Experiencial desaparece mediante la exposición progresiva a situaciones sociales amenazantes. E. ha cambiado la idea de “evitar para sentirme más segura” por “si evito me pierdo lo que sucede a mi alrededor”. Mediante el diálogo socrático muy presente en todo el proceso, ha interiorizado que para aprender cosas nuevas y estimulantes siempre existe una parte de riesgo (exposición).

#### *Remisión de la necesidad de aprobación*

E. ahora presenta un locus de control interno, asumiendo la responsabilidad de las relaciones y las decisiones personales. En este sentido, cuando se comunica no lo hace poniendo el foco de atención en lo que otros vayan a pensar o decir sino en lo que ella siente que debe hacer mediante la identificación de sus emociones.

#### *Mejora del estado de ánimo general*

La paciente expone haber finalizado el tratamiento sin los síntomas depresivos que presentaba al comienzo (anhedonia, apatía, sentimiento de inutilidad y disminución de la capacidad de toma de decisiones). Como se ha expuesto, estos síntomas afectaban tanto a su contexto como así misma. Debido al trabajo en autoestima y la ganancia en flexibilidad cognitiva mediante la supresión del juicio de los pensamientos, E. afirma sentirse más segura y con mejor estado de ánimo general.

#### *Aumento habilidades asertivas*

Finalmente, en la actualidad E. presenta un estilo de comunicación asertivo. El déficit de asertividad que presentaba desde la adolescencia provocó que durante esta etapa las relaciones

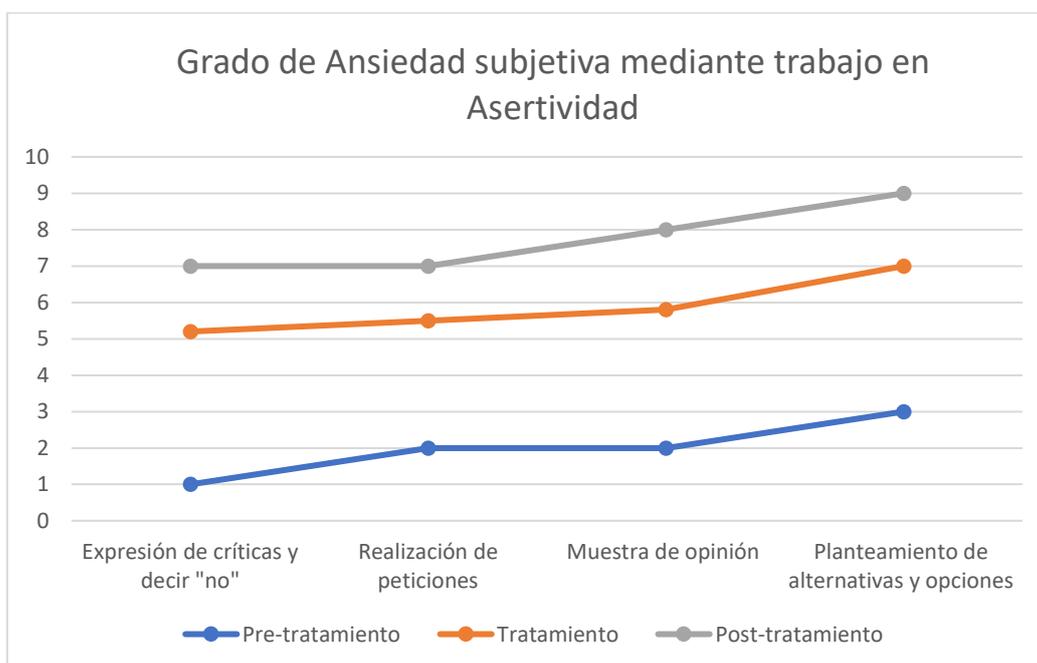
sociales se vieran dañadas. Por este motivo, ahora ha identificado cuales son los resultados de los otros estilos de comunicación que presentaba de forma combinada (pasivo y evitativo). En este sentido, también ha ayudado el que haya identificado e implantado límites personales respecto a la relación con su hermana, padre y madre especialmente. E. actualmente puede afrontar con éxito situaciones que antes la generaban gran malestar (rechaza y realiza peticiones, expresa su opinión personal, propone soluciones, etc.).

### Comparación medidas pre tratamiento y post tratamiento

Después del tratamiento se elaboró un gráfico con los resultados de la variable dependiente. Ya que la sintomatología ansioso-depresiva principalmente se mantenía por el patrón de Evitación Experiencial, se eligió como variable dependiente los “niveles subjetivos de ansiedad” mediante el entrenamiento en asertividad mediante la exposición progresiva (expresión de críticas, muestras de opinión, realización de negaciones...). Las puntuaciones fueron registradas cada sesión mediante la identificación del malestar en una escala 0-10.

**Figura 2**

### Representación Gráfica de las Puntuaciones de Ansiedad a través del Trabajo en Asertividad



En líneas generales, el pronóstico resultó favorable ya que E. sustituyó su patrón evitativo por la apertura a la experiencia. Por otro lado, los rasgos neuróticos que presentaba disminuyeron de forma notable (rumiación, rigidez cognitiva, etc.). También la paciente se expresa mediante un estilo de comunicación mucho más funcional.

El logro de estos objetivos hace que actualmente sienta un mayor bienestar en las diferentes áreas de su vida (familia, trabajo, relaciones sociales, etc.). Un mes después de finalizar el proceso se pudo hacer una primera sesión de seguimiento, sin embargo, para asegurarnos del mantenimiento de los resultados es recomendable la realización de dos sesiones de seguimiento más, preferiblemente a los seis meses y al año.

## **7. Discusión y conclusiones**

Aunque mundialmente la ansiedad y la depresión son enfermedades mentales que resultan ser muy incapacitantes aún sigue siendo un problema el óptimo abordaje de las mismas. La difusión de tratamientos como el expuesto contribuye a la sociedad mediante la accesibilidad a información de calidad sobre salud mental y la optimización de tratamientos ya empleados en las consultas de psicología.

El caso clínico presente expone una sintomatología frecuente en nuestra sociedad. En el caso de E. confluyen diferentes variables que provocan una serie de síntomas resultando en una sensación generalizada de malestar personal. La sintomatología comórbida de ansiedad y depresión provoca que las personas sientan descontrol sobre su rutina afectando a la gestión de las diferentes áreas de su vida.

Frecuentemente, cuando las personas nos encontramos en este estado de malestar, recurrimos al empleo de múltiples soluciones con poca evidencia científica, tardando mucho tiempo en pedir ayuda profesional. Hoy día cada vez hay más campañas que tienen como objetivo la promoción de la salud mental. Esta concienciación facilita la reducción del estigma que hay en esta área y fomenta

que las personas tengan más interés por conocer su forma de comportarse facilitando una óptima gestión de las emociones.

El tratamiento más difundido para el abordaje de los trastornos del ánimo suele ser el farmacológico. Esta práctica resulta efectiva y rápida pero no mantiene los resultados a largo plazo pudiendo generar en algunos casos dependencia a los medicamentos. De forma progresiva, se deja atrás la versión médica y farmacológica como única forma de solución de los problemas de salud mental. En la actualidad sabemos que los trastornos del estado de ánimo muestran mejorías a largo plazo si se combinan con psicoterapia. Lo que es más, casos como el expuesto muestran que en ocasiones no es necesario tratamiento médico.

Los tratamientos cognitivo conductuales (TCC) como en la terapia de aceptación y compromiso (ACT) permiten abordar las creencias y las perspectivas negativas que la persona tiene y las conductas manifiestas que emite. De este modo, se ve que los componentes fundamentales en los tratamientos más usados y más respaldados, TCC y ACT (Gatchel et al., 2007; McCracken & Vowles, 2014; Vowles & McCracken, 2008), son los mismos que se utilizaron en el caso de E., aunque algunas características del marco teórico no coincidan. Diferentes estudios han demostrado la efectividad de la ACT, como lo indica Ruiz (2010) quien afirma que es eficaz en un amplio rango de problemas como la depresión o el trastorno de ansiedad generalizada entre otros ya que los protocolos basados en la aceptación son más efectivos que los que se basan en el control. Investigaciones realizadas por Hayes et al. (2006) demuestran que la intervención en ACT tiene mayor efecto en las conductas problema que aquellas personas que están en grupo control, las que están sometidas a condición placebo, grupos en lista de espera u otros tratamientos, en estudios de ensayos de control aleatorio desde un análisis cualitativo y cuantitativo (Ribero-Marulanda y Agudelo-Colorado, 2016).

El caso de E. es un caso habitual de comorbilidad de sintomatología de ansiedad y depresión. En este proceso se pudo identificar gracias al análisis funcional de la persona, que la ansiedad se

originaba debido a los comportamientos evitativos que utilizaba como forma de afrontamiento de los problemas desde la infancia. Por otro lado, la depresión fue resultado de la sintomatología ansiosa sostenida en el tiempo. Gracias a la evaluación se identificó un comportamiento en E. caracterizado por evitar diferentes situaciones que la produjeran malestar y esto a su vez configuraba sus reglas verbales, valores y metas vitales que la estaban generando malestar. Estas estrategias se extrapolaban en las diferentes áreas de su vida (pareja, familia, trabajo). Además en el NEO-PI-R destacó el rasgo de personalidad neurótico representado por ideas inflexibles sobre sí misma y el contexto provocando un alejamiento de sus valores y dedicando el tiempo a los pensamientos centrados en el pasado o en el miedo al futuro y no al momento presente, como lo descrito en el estudio de Valdivia et al. (2010).

Desde el punto de vista personal, ha sido muy gratificante abarcar un caso tan amplio. He podido familiarizarme con el empleo de la herramienta del análisis funcional que ha sido clave para la estructura de la intervención. En cuanto a las limitaciones de este trabajo, es cierto que se trata de un caso común pero gracias a análisis teórico-prácticos como el expuesto en este trabajo, se puede conseguir que los futuros profesionales de la salud mental adquiramos una base útil para nuestra práctica diaria. También es necesario destacar que los resultados no pueden generalizarse dado que al ser un caso único solo se pueden comparar intracaso y no entre casos. Además la investigación se realizó bajo un corte cuasi experimental, pues se encontraron ciertas dificultades como las situaciones particulares de la vida de E. que afectaron a la continuidad de las sesiones, aspecto que no se pudo controlar durante el proceso. Sólo se pudo realizar una sesión de seguimiento al mes de finalizar la terapia por lo que sería recomendable continuar con las mismas para comprobar que los cambios se mantienen en el tiempo.

Durante toda la terapia se ha cuidado mucho el establecimiento de una relación terapéutica (rapport) de calidad dado que es habitual que en la práctica clínica los pacientes demanden resultados de una forma inmediata. El desarrollo del trabajo mediante la Terapia de Aceptación y

Compromiso (ACT) permitió que desde el primer momento la paciente fuera consciente de la relación entre sus conductas, pensamientos y emociones para la comprensión del problema y la generación del compromiso hacia el cambio.

Por otro lado, ha sido una gran ventaja el haber podido realizar este trabajo durante las prácticas del máster habilitante permitiéndome por un lado garantizar una asistencia de calidad a E. y por otro lado la generación de aprendizaje continuo. El objetivo final de este tratamiento es que la persona se haga independiente de forma gradual mediante la utilización de las estrategias implementadas en terapia. Es importante destacar que en este tipo de casos el proceso no debe mantenerse durante periodos de tiempo extensos ya que puede ser contraproducente generando dependencia terapéutica. Las sesiones de seguimiento serán espaciadas en el tiempo y tendrán una finalidad informativa y preventiva. A futuro sería interesante investigar la eficacia de ACT para terapias grupales con el objetivo de abordar los trastornos del ánimo y generar estrategias de intervención eficaces basadas en el contextualismo funcional (Kohlenberg et al., 2005).

Para finalizar este trabajo, de forma personal me gustaría agradecer la cercanía y el apoyo obtenido durante el desarrollo de las prácticas en el Gabinete de Psicología Psicolink. He podido conocer de primera mano el trabajo del psicólogo general sanitario pudiendo nutrirme de los conocimientos de diferentes compañeros de profesión. Esta experiencia ha permitido que pudiera ver la aplicabilidad y los resultados de todos los conocimientos obtenidos en el máster, generando una mayor confianza como profesional y una mayor seguridad en mi trabajo.

Como conclusión, numerosos estudios demuestran la eficacia de las terapias psicológicas de tercera generación para la intervención en los trastornos del ánimo por lo que el abordaje exclusivamente farmacológico resulta obsoleto. Mediante este trabajo se ha podido observar que el aprendizaje y entrenamiento en técnicas como las aproximaciones sucesivas, mindfulness o el uso de metáforas en consulta permiten que la persona sustituya un estilo de afrontamiento evitativo por

uno más comprometido y conectado a sus metas personales, generando en definitiva un mayor bienestar personal.

## 8. Referencias bibliográficas

- Aceiro, M. A., González Insua, F., Grasso, L., & Delfino, G. I. (2017). Apoyo social percibido a lo largo del ciclo vital: su relación con indicadores de ansiedad y depresión en la vejez. In *IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-067/384>
- Aluja, A., Blanch, A., Sole, D., Dolcet, J. M., & Gallart, S. (2009). Versiones cortas del NEO-PI-R: el NEO-FFI frente al NEOFFI-R. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 17(2), 335-351.
- Álvarez-Mon, M. A., Pereira, V., & Ortuño, F. (2017). Tratamiento de la depresión. *Medicine- Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(46), 2731-2742. <https://doi.org/10.1016/j.med.2017.12.001> .
- Álvaro-Estramiana, J. L., Garrido-Luque, A., & Schweiger-Gallo, I. (2010). Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista internacional de sociología*, 68(2), 333-348. <https://doi.org/10.3989/ris.2008.06.08>.
- American Psychiatric Association (apa) (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3a. ed.)*. Washington, dc: apa.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Barlow, D.H., Esler J.L. y Vitale, A.E. (1998). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias and generalized anxiety disorder. En P.E Nathan, y J.M. Gorman (Eds.). *A guide to treatments that work*. Oxford: Oxford University Press.
- Beck, A. (1979). Terapia Cognitiva de la Depresión. Desclée De Brouwer. *Clínica y Salud*, 22.

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory (BDI-II)* (Vol. 10). Pearson.
- Benavides, P. (2017). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *revistapuce*. <https://doi.org/10.26807/revpuce.v0i0.119>.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., (2018). La autoestima y su relación con la ansiedad social y las habilidades sociales. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 26(1), 23-53.
- Caballo, V. E., Arias, B., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., & Hofmann, S. G. (2015). Psychometric properties of an innovative self-report measure: The Social Anxiety Questionnaire for adults. *Psychological assessment*, 27(3), 997. doi: 10.1037/a0038828.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Arias, B., Hofmann, S. G., & ciso-a Research Team. (2012). The multidimensional nature and multicultural validity of a new measure of social anxiety: The Social Anxiety Questionnaire for Adults. *Behavior Therapy*, 43(2), 313-328.
- Caballo, V. E., Salazar, I., Irurtia, M. J., Olivares, P., & Olivares, J. (2014). *Relación de las habilidades sociales con la ansiedad social y los estilos/trastornos de la personalidad*. Fundación VECA para el Avance de la Psicología Clínica Conductual.
- Cannon, W.B. (1927): The James-Lange's theory of emotion: a critical examination and an alteration. *American Journal of Psychology*, 39(1-2), 106-124. <https://doi.org/10.2307/1415404>.
- Carrasco, A. E. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 51(2), 181-189  
Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28454546004> .
- Cifuentes, C. E. G., de Greiff, E. Á., & Prieto, B. L. A. (2011). Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza. *Psychologia*, 5(1), 59-72  
<https://doi.org/10.21500/19002386.1122> .

Coryell, W. C. (2020, marzo). *Introducción a los trastornos del estado de ánimo*. Manual MSD.

<https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/generalidades-sobre-los-trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo>

Feliú, M. T. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 62-69. ISSN 1695-4238 Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4803018> .

Fernández-Marcos, T., Calero-Elvira, A., & 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*, 2(1). Disponible en:

<http://www.ojs.casosclnicosensaludmental.es/ojs/index.php/RCCSM/article/view/11>

Freud, A. (2018). *The ego and the mechanisms of defence*. Routledge.

Gallegos, W. L. A. (2015). Carl R. Rogers y la terapia centrada en el cliente. *Avances en Psicología*, 23(2), 141-148 <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2015.v23n2.158>.

Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological bulletin*, 133(4), 581.

Guillén Riquelme, A. (2014). *Validación de la adaptación española del State-Trait Anxiety Inventory en diferentes muestras españolas*. Universidad de Granada.

Guillén-Riquelme, A., & Buela-Casal, G. (2014). Metaanálisis de comparación de grupos y metaanálisis de generalización de la fiabilidad del cuestionario State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Revista española de salud pública*, 88(1), 101-112. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000100007> .

- Hanns, L. A. (2001). Posterioridad. *Diccionario de términos alemanes de Freud. Buenos Aires, Editorial Lumen SRL, 364-373.*
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy, 44*(1), 1-25
- Hekler, E. (2011). Modelos teóricos actuales del trastorno de ansiedad generalizada (TAG): revisión conceptual e implicaciones en el tratamiento. Disponible en:  
[https://www.academia.edu/19257983/Modelos\\_teoricos\\_actuales\\_del\\_trastorno\\_de\\_ansiedad\\_generalizada\\_TAG\\_revisi%C3%B3n\\_conceptual\\_e\\_implicaciones\\_en\\_el\\_tratamiento?auto=citations&from=cover\\_page](https://www.academia.edu/19257983/Modelos_teoricos_actuales_del_trastorno_de_ansiedad_generalizada_TAG_revisi%C3%B3n_conceptual_e_implicaciones_en_el_tratamiento?auto=citations&from=cover_page)
- Ibáñez, I., del Pino, A., Olmedo, E., & Gaos, M. T. (2010). Fiabilidad y validez de una versión española del Inventario de Depresión de Beck-II en una muestra de la población general canaria. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 18*(1), 35-56.
- Ildelfonso, B. C. (2017). Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. *Revista electrónica de psicología Iztacala, 20*(1), 239-251.
- Kielholz, P. (1987). *Angustia: Aspectos psíquicos y somáticos*. Ediciones Morata.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., García, R. F., Aguayo, L. V., Parra, A. F., & Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*(2), 349-371.
- Korman, G. P., & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos, 15*(1), 119-145. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339630257005>.

Kuaik, I. D., & De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: revisión y delimitación conceptual. *Summa*

*Psicológica UST*, 16(1), 42-50. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7009167> .

Lefrançois, C., Van Dijk, A., Bardel, M., Fradin, J. y El Massioui, F. (2011). L'affirmation de soi revisitée pour diminuer l'anxiété sociale [Reviewing self-confidence in order to reduce social anxiety].

*Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 21, 17-23.

<https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2010.11.003> .

Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2010). The development of a brief psychodynamic protocol for depression: Dynamic Interpersonal Therapy (DIT). *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24(4), 329-

346. doi: 10.1521/psyc.2011.74.1.41

Macías-Carballo, M., Pérez-Estudillo, C., López-Meraz, L., Beltrán-Parrazal, L., & Morgado-Valle, C.

(2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva

actual. *Neurobiología: Revista electrónica*, 24, 1-11. Disponible en:

[www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/24.html](http://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/24.html) .

McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: model, process, and progress. *American psychologist*, 69(2), 178.

Melero, R., & Cantero, M. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y salud*, 19(1), 83-100. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742008000100004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000100004&lng=es&tlng=es).

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). *Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017*. Serie de informes monográficos 1 - Salud Mental. Disponible en:

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/ense.htm> .

- Pichot, P. (1999). The semantics of anxiety. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 14(S1), S22-S28.
- Ribero-Marulanda, S., & Agudelo-Colorado, L. (2016). La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en dos casos de evitación experiencial. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 29-46. <https://doi.org/10.12804/apl34.1.2016.03>
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2009). Nuevos baremos para la adaptación española del Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R): fiabilidad y datos normativos en voluntarios de la población general. *Clínica y salud*, 20(2), 131-144.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3), 249-280.
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología iberoamericana*, 21(2), 19-28. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133930525003>
- Seligman, M.E.P. (1970): On the generality of the laws of learning. *Psychological Review*, 77, 406-418.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., & Cubero, N. S. (1999). STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Madrid: TEA ediciones.

Test psicológicos, Test de personalidad, Test inteligencia, Test competencias, Test aptitudes, Test

RRHH, Cursos online Psicología, Oposiciones. (s. f.). Recuperado de

[http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/NEO-PI-R\\_WEB.pdf](http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/NEO-PI-R_WEB.pdf).

Torres Pardo, B., Rodríguez López, P., Mascarós Álvarez, L., Serra Pla, J. F., Morer Bamba, B., &

Tajima Pozo, K. (2017). *Manual de Psicología Clínica* (Tomo I) (2a Edición, Vol. 1). APIR

PSICOLOGÍA

Valdivia, S., Sheppard, S., & Forsyth, J. (2010). Acceptance and commitment therapy in an emotional

regulation context. *Emotional regulation and psychopathology: a transdiagnostic approach*

*to etiology and treatment*, 301-338.

Vázquez, F. L., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y

tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, 8(3), 417-449.

Vázquez-Morejón Jiménez, R., Jiménez García-Bóveda, R., & Vázquez Morejón, A. J. (2004). Escala de

autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de*

*Psicología*, 22 (2), 247-255. Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/14009> .

Vowles, K. E., & McCracken, L. M. (2008). Acceptance and values-based action in chronic pain: a

study of treatment effectiveness and process. *Journal of consulting and clinical*

*psychology*, 76(3), 397



## 9. Anexos

### Anexo 1 - Ejemplo de Entrevista Clínica Semiestructurada (Muñoz, 2001)

#### 1. INTERACCION INICIAL

- ❖ *Observar las características de la persona (puntualidad, arreglo personal, movimientos, estado general, cooperación, etc.).*
- ❖ *Si es necesario, inclusión de preguntas de exploración inicial (orientación temporo-espacial, mantenimiento de la atención, memoria etc.).*

#### 2. DELIMITACION DE LOS PROBLEMAS

- ❖ *¿Cuál es el problema por el cual, acude a consulta?*
- ❖ *En la actualidad ¿hay alguna otra situación en su vida que le cause conflicto o preocupación? (Repasar ámbitos principales: familia, trabajo, ocio, etc. Buscar sucesos vitales estresantes en los últimos doce-seis meses) (Lista de problemas).*
- ❖ *De todos los problemas que me ha contado, ¿cuál considera usted más importante o urgente? (Lista de problemas, a ordenar).*

#### 3. ANÁLISIS DE SECUENCIAS ACTUALES

*(Comenzar por el problema más importante de los mencionados por la persona. Las preguntas pueden repetirse por cada problema o puede optarse por dejar algunos para entrevistas posteriores).*

- ❖ *¿Puede describir con exactitud todo lo que ocurre en esas ocasiones? Cuénteme, como en una película, la última vez que le ha sucedido o se ha sentido de este modo.*
- ❖ *¿En qué situaciones o momentos aparece el problema? ¿Qué personas están presentes y que están haciendo? ¿Qué está usted haciendo o pensando justo antes de empezar el problema? ¿Qué siente en esos momentos previos al problema?*

#### 4. HISTORIA CLÍNICA

- ❖ *¿Cuándo le ocurrió el problema por primera vez? ¿Se lo ha contado a alguien o ha buscado ayuda profesional?*
- ❖ *Intente recordar aquella primera ocasión, ¿podría describirla como hemos hecho con la más reciente, como en una película? (Primera secuencia).*
- ❖ *Hábleme un poco de aquella época, ¿Qué hacía usted por aquel entonces? (Recordar ámbitos principales y buscar sucesos vitales estresantes de aquella época).*
- ❖ *Desde entonces, ¿podría decir que el problema ha mejorado o ha empeorado? (Analizar cada periodo de mejoría o recaída, atender a los posibles ciclos, buscar relaciones con procesos vitales estresantes, analizar los posibles efectos de tratamientos anteriores, etc.).*

- ❖ *Intente recordar la ocasión en la que el problema fue peor, mas grave, cuando se sintió peor... ¿puede describirlo como en una película?*
- ❖ *Intente también describir algunas de las situaciones más leves (El problema debe aparecer, pero de forma muy leve).*
- ❖ *¿Han existido ocasiones excepcionales en las que el problema ha aparecido con*

1

GUÍA DE ENTREVISTA CLÍNICA GENERAL (MUÑOZ, 2001). MODIFICADA AL USO.

*alguna particularidad o de forma diferente?*

- ❖ *¿Cómo es la situación actual en relación a las anteriores (Intensidad, frecuencia, duración)?*

#### 5. SITUACIÓN VITAL ACTUAL

- ❖ *Con relación a su situación actual, ¿Cómo es su vida en la actualidad? (Trabajo, estudios, vida familiar, amigos, ocio, vida sexual, sueño, drogas, etc.) (Búsqueda de problemas psicosociales y ambientales que puedan incidir en el problema).*
- ❖ *¿Tiene usted algún problema de salud? ¿Está en tratamiento médico o toma medicamentos para algo?*

#### 6. IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

- ❖ *¿Hasta qué punto está afectando este problema en su vida? (Recordar ámbitos principales y explorar las secuencias del problema, como alcohol, drogas e ideas suicidas).*
- ❖ *¿Se lo ha contado a alguien? ¿A quién? (si no se lo ha contado a nadie ¿Por qué no? (Ver apoyo social).*
- ❖ *¿Cómo han tomado el problema las personas más cercanas a usted? (Ver apoyo social).*

#### 7. ANALISIS DE PROBLEMAS

- ❖ *¿Cuántas veces le ocurre este problema al día, a la semana, etc....?*  
*¿Cómo es la situación actual en relación a las anteriores (intensidad, frecuencia, duración)? (Frecuencia. También indagar en intensidad y duración).*

## 8. OTRAS VARIABLES DE INTERES

- ❖ *¿A quién ha atribuido la aparición de su problema? ¿Y su mantenimiento? (Casualidad percibida, atribuciones).*
- ❖ *¿Hasta qué punto le interesa a usted solucionar este problema? (Motivación para el cambio).*
- ❖ *¿Qué hace usted por sí mismo para solucionar su problema? (Insistir en el por sí mismo) ¿Qué resultado le ha dado o le está dando ahora? (Recursos de autocontrol).*
- ❖ *¿Qué personas cercanas a usted le están ayudando? ¿Quién podría ayudarle? (Ver apoyo social).*
- ❖ *¿Qué espera usted conseguir con esta intervención? ¿Qué espera usted del tratamiento psicológico? (Expectativas de cambio).*

2

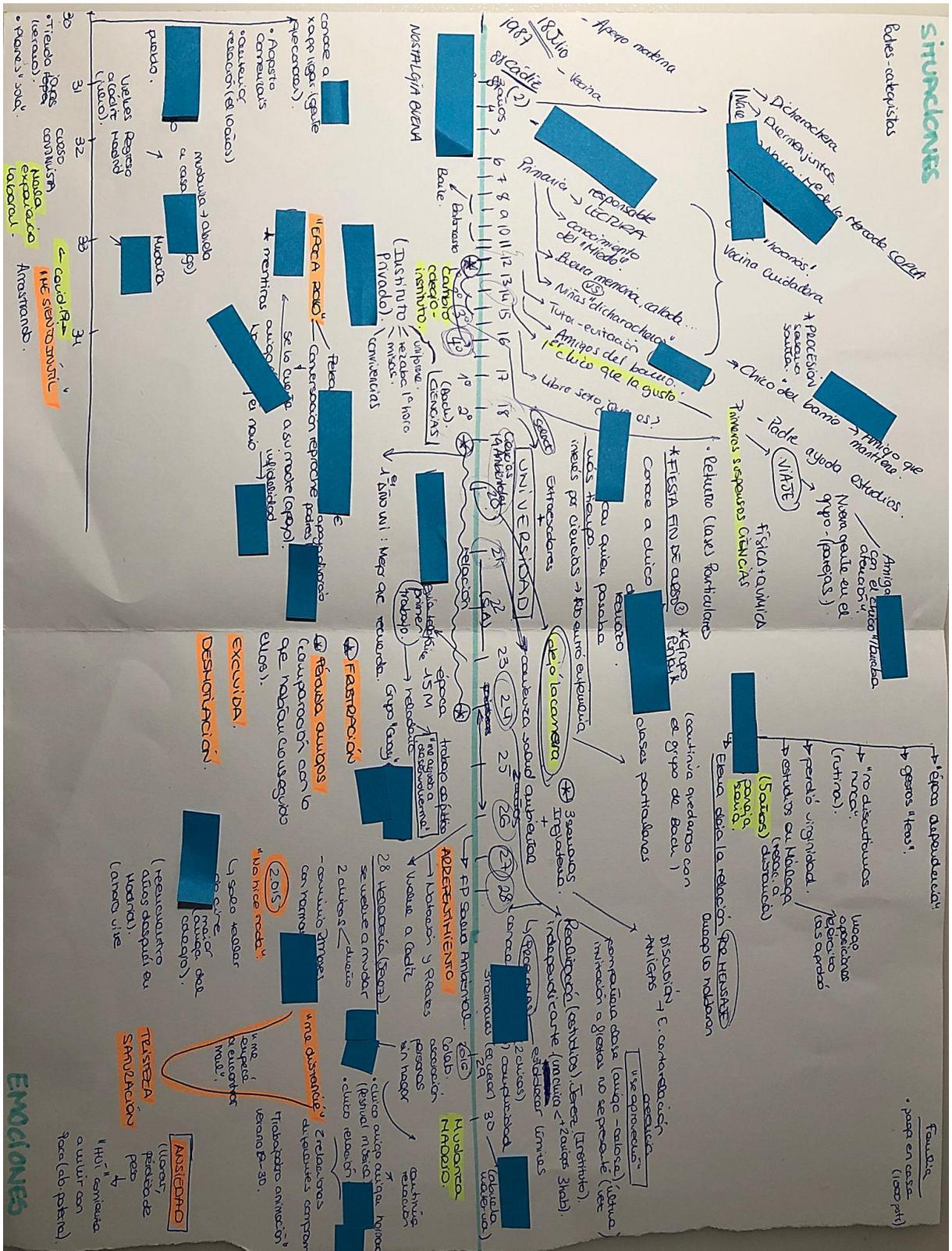
---

GUÍA DE ENTREVISTA CLÍNICA GENERAL (MUÑOZ, 2001). MODIFICADA AL USO.

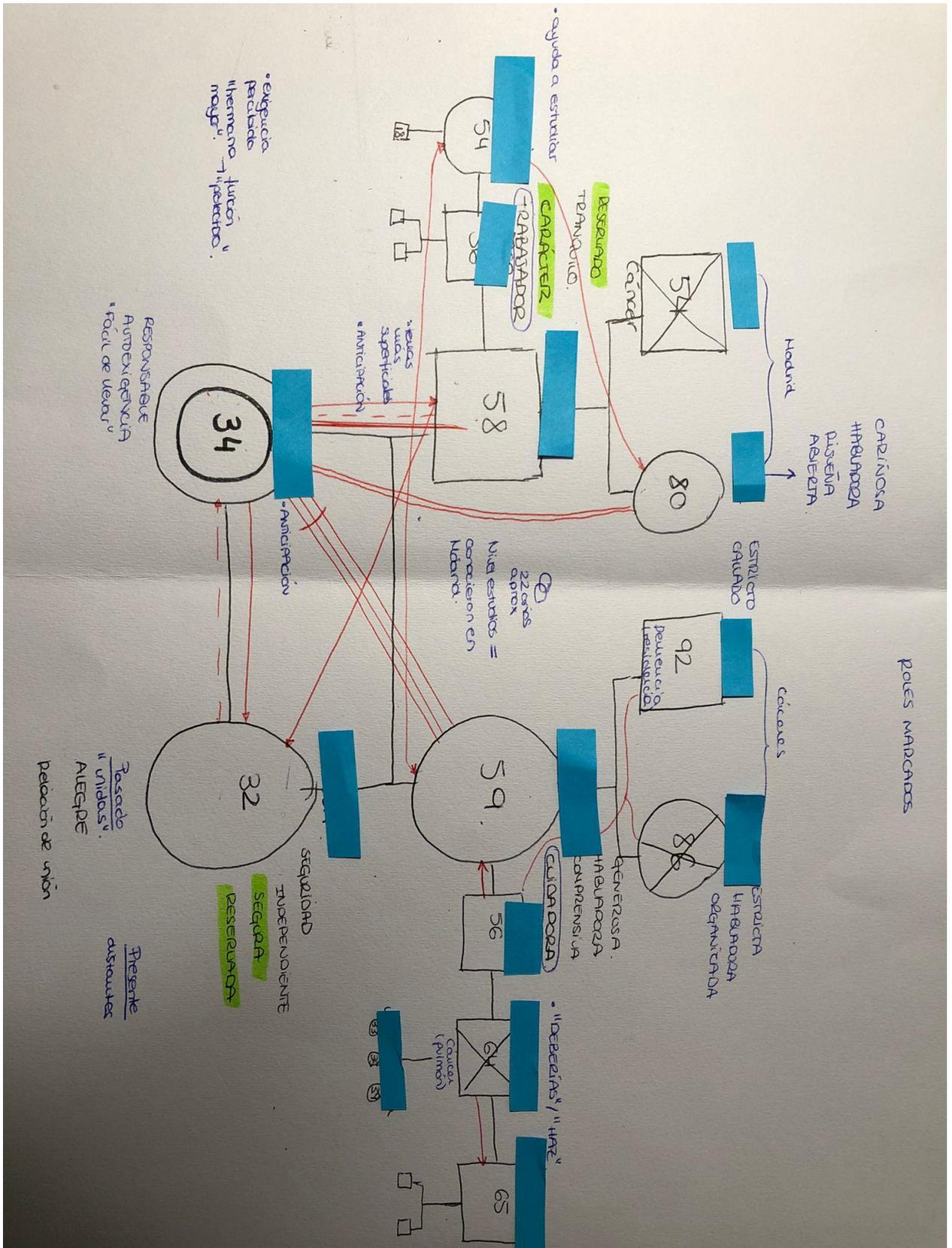
---

9. **Recapitular y devolver la información (Aprovechar para contrastar la información recogida en la persona).**
10. **¿Cómo se siente usted después de haber venido a consulta? ¿Ha sido como usted esperaba?**
11. **Indicar tareas para casa.**

Anexo 2 - Ejemplo Técnica Línea de Vida



Anexo 3 - Ejemplo Técnica Genograma



#### Anexo 4 - Ejemplo Técnica Rueda de la Vida

1. Salud
- Bienestar físico y mental. Tener éxito sería sentirse bien, ligera, no dolida, descansada física y mentalmente
  - Me siento cansada, oxidada, en ocasiones pesada
  - Me gustaría tener un buen ritmo de sueño, mantener un equilibrio comiendo, sentirme vital y activa
  - Dispongo de tiempo libre, espacios abiertos para andar, ejercicios online, ~~para~~ ideas para comer bien y sano, alguien a mi lado que se va a dormir temprano
  - Me propongo ser constante y responsable con mi salud
  - Establecer metas y objetivos a corto plazo. Establecer límites. Limitaciones: Él come mucho. Antojos. Percha, mal tiempo. Sesgana.
  - Salud física 5. Alimentación 7. Sueño 5.
2. Amor propio.
- Es la satisfacción con uno mismo tener éxito sería gustarse, estar a gusto con las decisiones que se toman, hacerlo con seguridad y no dejarse influenciar por los demás.
  - Me siento insegura de mis decisiones.
  - Me gustaría ir más segura de mi misma, de que hago las cosas bien, que soy válida, divertida, buena.
  - terapia. La gente que me rodea. Los resultados de mis actos.
  - Me propongo ser más optimista, ver las cosas desde otro prisma y tener más seguridad en mi misma.
  - Atreviéndome a hacer cosas y a expresarme para poder ver los resultados. Limitaciones: Yo.
  - Calificación: 3.

### 3. Amor en relaciones

- Relación con otra persona. Estar a gusto, poder hablar de todo, con respeto, tener ganas de estar juntos y poder estar separados, tener un proyecto en común. Comprensión.
- Algunas veces que me apenan, que algo va a salir mal. Fallos en la comunicación. Ganas. Incertidumbre
- La forma en que nos comunicamos. Estar más relajada y no tan obsesionada con todo lo que sucede
- Tengo ganas de que salga bien. Veo futuro. Ejercicios, apertura de mente
- Tener una relación sana donde me sienta a gusto comunicándome sin temor a un enfado
- Aprendiendo a expresar mis ideas y siendo firme en mis convicciones. Que se ponga a la defensiva. ~~Me~~ miedo a provocar una situación incómoda.
- 7.

### 4. Familia

- La gente más cercana que siempre está ahí. Sentirse muy a gusto, apoyada en todo
- Arropada. confortable
- Sentirme más a gusto con mi hermana, como amigas
- Poder hablar más con mi padre. Ponerle algunos límites a mi madre. Soltarme.
- <sup>recursos?</sup> Poner límites, atravesarme a hablar, encontrar cosas en común. Encontrar un punto medio entre estar aquí todo el rato y fuera
- Buena comunicación. confianza en mi misma. Yo misma. Inseguridad, poca paciencia
- 8

## 5. Amistades

- Amistad es tener un apoyo y alguien con quien pasarlo bien. Éxito es que no se pierda la relación a pesar de las circunstancias. Saber que para las buenas y las malas estamos aquí. ↳ FLEXIBILIDAD.
- Nostalgia, soledad
- Me gustaría tener cerca a mis amigos de siempre y tener a alguien cerca con quien contar.
- Tengo gente válida aquí; tengo RSS, whatsapp, videollamadas...
- Cuidar a la gente que tengo lejos y estar más pendiente de la cercana.
- Tomando la iniciativa con planes concretos. Limitaciones: las circunstancias de cada uno, yo misma.
- 5

## 6. Trabajo

- Ganarse la vida por sí misma. Éxito es estar a gusto y sentirse realizado en el trabajo que se hace.
- Frustración, inseguridad
- Me gustaría tener más estabilidad tanto temporal como económica, y encontrar algo que me satisfaga.
- Contactos, cursos...
- Encontrar algo que me llene y poner toda mi voluntad para conseguirlo.
- Investigando qué tiene buenas salidas y descartando lo que no me guste, formándome y buscando prácticas. Limitaciones: económicas para formación y yo misma, por no saber decidir y edad.
- 3

## 7. Dinero

- Medio para subsistir. Éxito sería no tener que preocuparse por él.
- Me siento inquieta, temerosa.
- Tener más estabilidad económica y poder ahorrar.
- Encontrar trabajo y ganarlo. Gastar un poco menos
- 
- 
- S

## 8. Estudios y cultura

- ~~Tener~~ medios para conseguir acceso al trabajo, mantener conversaciones... Éxito sería ~~tener~~ que tener cierto nivel de estudios o cultura sirviera para algo
- (Podría haber aprovechado mejor mi tiempo). Generalmente satisfecha  $\rightarrow$  culpabilidad
- Me habría gustado atinar con mis estudios y dedicarme a ellos
- Dispongo de otros estudios o cursos, apoyo...
- Encontrar algo que me guste y centrarme
- Herramientas de gestión del tiempo. Procrastinación
- S, porque en cuanto a cultura estoy bastante satisfecha

TAREA:

**Anexo 5 - Cuestionario Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo (Spielberg et al., 1999)**

**STAI**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

**A-E**

**LEA DETENIDAMENTE LAS INSTRUCCIONES**

Seguidamente va a encontrarse con una serie de frases de las que se utilizan para describirse a uno mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor como SE SIENTE USTED EN ESTE MOMENTO. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando aquella respuesta que mejor describa como se siente usted ahora.

**RECUERDE = 0 CASI NUNCA, 1 A VECES, 2 A MENUDO, 3 CASI SIEMPRE**

1.- Me siento calmado.....	0	1	2	3
* 2.- Me siento seguro.....	0	1	2	3
3.- Me siento 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 ahora preocupado 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 cómodo.....	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 SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES Y HA SEÑALADO UNA SOLA RESPUESTA**

Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases

**A-R**

**INSTRUCCIONES**

A Continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que mejor indique como se SIENTE USTED HABITUALMENTE, EN LA MAYORÍA DE LAS OCASIONES. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa como se siente usted generalmente.

**RECUERDE = 0 CASI NUNCA, 1 A VECES, 2 A MENUDO, 3 CASI SIEMPRE**

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 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 SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES Y HA SEÑALADO UNA SOLA RESPUESTA**

Anexo 6 - Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck et al., 1996).

**BDI-II**

NOMBRE ..... FECHA .....

EDAD ..... SEXO ..... ESTADO CIVIL .....

PROFESION ..... ESTUDIOS .....

**INSTRUCCIONES:** Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

<b>1. Tristeza</b> 0. No me siento triste habitualmente ① Me siento triste gran parte del tiempo 2. Me siento triste continuamente 3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo	<b>5. Sentimientos de culpa</b> 0. No me siento especialmente culpable ① Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo 3. Me siento culpable constantemente
<b>2. Pesimismo</b> 0. No estoy desanimado sobre mi futuro ① Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes ② No espero que las cosas mejoren 3. Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán	<b>6. Sentimientos de castigo</b> 0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo 1. Siento que puedo ser castigado 2. Espero ser castigado ③ Siento que estoy siendo castigado
<b>3. Sentimientos de fracaso</b> 0. No me siento fracasado 1. He fracasado más de lo que debería ② Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso 3. Me siento una persona totalmente fracasada	<b>7. Insatisfacción con uno mismo</b> 0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo ① He perdido confianza en mí mismo ② Estoy decepcionado conmigo mismo 3. No me gusta
<b>4. Pérdida de placer</b> 0. Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes 1. No disfruto de las cosas tanto como antes ② Obtengo muy poco placer de las cosas que he hecho o debería haber hecho 3. No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba	<b>8. Auto-críticas</b> 0. no me critico o me culpo más que antes 1. Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser 2. Critico todos mis defectos ③ Me culpo por todo lo malo que sucede

14 Puntuación Página 1  
 Continúa en la página siguiente

**A CONTINUACIÓN LE ENUMERAMOS UNA SERIE DE SITUACIONES, SEÑALE EN QUE GRADO DESCRIBEN SUS SENTIMIENTOS O FORMA DE COMPORTARSE EN LAS RELACIONES**

	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	BASTANTE EN DESACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	ALGO DE ACUERDO	BASTANTE DE ACUERDO	COMPLETAMENTE DE ACUERDO
1. Tengo facilidad para expresar mis sentimientos y emociones	1	2	3	4	5	6
2. No admito discusiones si creo que tengo razón	1	2	3	4	5	6
3. Con frecuencia, a pesar de estar con gente importante para mí me siento sólo/a y falta de cariño	1	2	3	4	5	6
4. Soy partidario/a del "ojo por ojo y diente por diente"	1	2	3	4	5	6
5. Necesito compartir mis sentimientos	1	2	3	4	5	6
6. Nunca llego a comprometerme seriamente en mis relaciones	1	2	3	4	5	6
7. Si alguien de mi familia o un amigo/a me lleva la contraria, me enfado con facilidad	1	2	3	4	5	6
8. No suelo estar a la altura de los demás	1	2	3	4	5	6
9. Creo que los demás no me agradecen lo suficiente todo lo que hago por ellos	1	2	3	4	5	6
10. Me gusta tener pareja, pero temo ser rechazado/a por ella	1	2	3	4	5	6
11. Tengo problemas para hacer preguntas personales	1	2	3	4	5	6
12. Cuando tengo un problema con otra persona, no puedo dejar de pensar en ello	1	2	3	4	5	6
13. Soy muy posesivo/a en todas mis relaciones	1	2	3	4	5	6
14. Tengo sentimientos de inferioridad	1	2	3	4	5	6
15. Valoro mi independencia por encima de todo	1	2	3	4	<del>5</del>	6
16. Me siento cómodo/a en las fiestas o reuniones sociales	1	2	3	4	5	6
17. Me gusta que los demás me vean como una persona indispensable	1	2	3	4	5	6
18. Soy muy sensible a las críticas de los demás	1	2	3	4	5	6
19. Cuando alguien se muestra dependiente de mí, necesito distanciarme	1	2	3	4	5	6
20. Cuando existe una diferencia de opiniones, insisto mucho para que se acepte mi punto de vista	1	2	3	4	5	6

	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	BASTANTE EN DESACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	ALGO DE ACUERDO	BASTANTE DE ACUERDO	COMPLETAMENTE DE ACUERDO
21. Tengo confianza en mí mismo	1	2	3	4	5	6
22. No mantendría relaciones de pareja estables para no perder mi autonomía	1	2	3	4	5	6
23. Me resulta difícil tomar una decisión a menos que sepa lo que piensan los demás	1	2	3	4	5	6
24. Soy rencoroso	1	2	3	4	5	6
25. Prefiero relaciones estables a parejas esporádicas	1	2	3	4	5	6
26. Me preocupa mucho lo que la gente piensa de mí	1	2	3	4	5	6
27. Cuando tengo un problema con otra persona, intento hablar con ella para resolverlo	1	2	3	4	5	6
28. Me gusta tener pareja, pero al mismo tiempo me agobia	1	2	3	4	5	6
29. Cuando me enfado con otra persona, intento conseguir que sea ella la que venga a disculparse	1	2	3	4	5	6
30. Me gustaría cambiar muchas cosas de mí mismo	1	2	3	4	5	6
31. Si tuviera pareja y me comentara que alguien del sexo contrario le parece atractivo, me molestaría mucho	1	2	3	4	5	6
32. Cuando tengo un problema, se lo cuento a una persona con la que tengo confianza	1	2	3	4	5	6
33. Cuando abrazo o beso a alguien que me importa, estoy tenso/a y parte de mí se siente incómodo/a	1	2	3	4	5	6
34. Siento que necesito más cuidados que la mayoría de las personas	1	2	3	4	5	6
35. Soy una persona que prefiere la soledad a las relaciones sociales	1	2	3	4	5	6
36. Las amenazas son una forma eficaz de solucionar ciertos problemas	1	2	3	4	5	6
37. Me cuesta romper una relación por temor a no saber afrontarlo	1	2	3	4	5	6
38. Los demás opinan que soy una persona abierta y fácil de conocer	1	2	3	4	5	6
39. Necesito comprobar que realmente soy importante para la gente	1	2	3	4	5	6
40. Noto que la gente suele confiar en mí y que valoran mis opiniones	1	2	3	4	5	6

## Anexo 7 - Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965)



## ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG – RSES

Entendemos por autoestima la consideración positiva o negativa de uno mismo, siendo en castellano más tradicional la expresión amor propio. La Escala de Autoestima de Rosenberg ha sido traducida a 28 idiomas, y validada interculturalmente en 53 países. Este test es una escala profesional utilizada en la práctica clínica para valorar el nivel de autoestima (Test de Rosenberg). La autoestima es la valoración que tenemos de nosotros mismos, de nuestra manera de ser, de quienes somos. Es la valoración que hacemos del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad.

Nombre: \_\_\_\_\_, EDAD: \_\_\_\_\_ años. Fecha: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** En cada pregunta ha de elegir una sólo respuesta.

Intente responder el test de forma sincera, es a usted mismo a quien ayuda con su propia sinceridad.

## COMIENZA EL TEST:

- |   |  |
|---|--|
| <p>1. Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás.</p> <p><input checked="" type="radio"/> a.- Muy de acuerdo</p> <p><input type="radio"/> b.- De acuerdo</p> <p><input type="radio"/> c.- En desacuerdo</p> <p><input type="radio"/> d.- Muy en desacuerdo</p> | <p>6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.</p> <p><input type="radio"/> a.- Muy de acuerdo</p> <p><input checked="" type="radio"/> b.- De acuerdo</p> <p><input type="radio"/> c.- En desacuerdo</p> <p><input type="radio"/> d.- Muy en desacuerdo</p>    |
| <p>2. Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.</p> <p><input type="radio"/> a.- Muy de acuerdo</p> <p><input checked="" type="radio"/> b.- De acuerdo</p> <p><input type="radio"/> c.- En desacuerdo</p> <p><input type="radio"/> d.- Muy en desacuerdo</p>                 | <p>7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.</p> <p><input type="radio"/> a.- Muy de acuerdo</p> <p><input checked="" type="radio"/> b.- De acuerdo</p> <p><input type="radio"/> c.- En desacuerdo</p> <p><input type="radio"/> d.- Muy en desacuerdo</p> |
| <p>3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.</p> <p><input type="radio"/> a.- Muy de acuerdo</p> <p><input checked="" type="radio"/> b.- De acuerdo</p> <p><input type="radio"/> c.- En desacuerdo</p> <p><input type="radio"/> d.- Muy en desacuerdo</p>  | <p>8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.</p> <p><input checked="" type="radio"/> a.- Muy de acuerdo</p> <p><input type="radio"/> b.- De acuerdo</p> <p><input type="radio"/> c.- En desacuerdo</p> <p><input type="radio"/> d.- Muy en desacuerdo</p>      |
| <p>4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.</p> <p><input type="radio"/> a.- Muy de acuerdo</p> <p><input type="radio"/> b.- De acuerdo</p> <p><input checked="" type="radio"/> c.- En desacuerdo</p> <p><input type="radio"/> d.- Muy en desacuerdo</p>                     | <p>9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.</p> <p><input type="radio"/> a.- Muy de acuerdo</p> <p><input checked="" type="radio"/> b.- De acuerdo</p> <p><input type="radio"/> c.- En desacuerdo</p> <p><input type="radio"/> d.- Muy en desacuerdo</p>       |
| <p>5. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.</p> <p><input type="radio"/> a.- Muy de acuerdo</p> <p><input type="radio"/> b.- De acuerdo</p> <p><input checked="" type="radio"/> c.- En desacuerdo</p> <p><input type="radio"/> d.- Muy en desacuerdo</p>                    | <p>10. A menudo creo que no soy una buena persona.</p> <p><input type="radio"/> a.- Muy de acuerdo</p> <p><input type="radio"/> b.- De acuerdo</p> <p><input checked="" type="radio"/> c.- En desacuerdo</p> <p><input type="radio"/> d.- Muy en desacuerdo</p>            |

**Anexo 8 - Cuestionario de Apego Adulto (Melero y Cantero, 2008)****CUESTIONARIO DE APEGO ADULTO**  
(Melero, R. y Cantero, M.J., 2008)**CÓMO CUMPLIMENTAR EL CUESTIONARIO**

- A continuación encontrará una serie de afirmaciones, rodee el número que corresponda al grado en que cada una de ellas describe sus sentimientos o la forma de comportarse en sus relaciones.
- Puede que no encuentre la respuesta que defina exactamente lo que siente, en ese caso marque la respuesta que más se aproxime a sus sentimientos. **LA REACCIÓN INICIAL A CADA UNO DE ESTOS ENUNCIADOS SUELE SER LA RESPUESTA.**
- Para responder a las afirmaciones, utilice la siguiente escala de respuesta

COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	BASTANTE EN DESACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	ALGO DE ACUERDO	BASTANTE DE ACUERDO	COMPLETAMENTE DE ACUERDO
1	2	3	4	5	6

**A CONTINUACIÓN LE ENUMERAMOS UNA SERIE DE SITUACIONES, SEÑALE EN QUE GRADO DESCRIBEN SUS SENTIMIENTOS O FORMA DE COMPORTARSE EN LAS RELACIONES**

	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	BASTANTE EN DESACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	ALGO DE ACUERDO	BASTANTE DE ACUERDO	COMPLETAMENTE DE ACUERDO
1. Tengo facilidad para expresar mis sentimientos y emociones	1	2	3	4	5	6
2. No admito discusiones si creo que tengo razón	1	2	3	4	5	6
3. Con frecuencia, a pesar de estar con gente importante para mí me siento sólo/a y falto de cariño	1	2	3	4	5	6
4. Soy partidario/a del "ojo por ojo y diente por diente"	1	2	3	4	5	6
5. Necesito compartir mis sentimientos	1	2	3	4	5	6
6. Nunca llego a comprometerme seriamente en mis relaciones	1	2	3	4	5	6
7. Si alguien de mi familia o un amigo/a me lleva la contraria, me enfado con facilidad	1	2	3	4	5	6
8. No suelo estar a la altura de los demás	1	2	3	4	5	6
9. Creo que los demás no me agradecen lo suficiente todo lo que hago por ellos	1	2	3	4	5	6
10. Me gusta tener pareja, pero temo ser rechazado/a por ella	1	2	3	4	5	6
11. Tengo problemas para hacer preguntas personales	1	2	3	4	5	6
12. Cuando tengo un problema con otra persona, no puedo dejar de pensar en ello	1	2	3	4	5	6
13. Soy muy posesivo/a en todas mis relaciones	1	2	3	4	5	6
14. Tengo sentimientos de inferioridad	1	2	3	4	5	6
15. Valoro mi independencia por encima de todo	1	2	3	4	<del>5</del>	6
16. Me siento cómodo/a en las fiestas o reuniones sociales	1	2	3	4	5	6
17. Me gusta que los demás me vean como una persona indispensable	1	2	3	4	5	6
18. Soy muy sensible a las críticas de los demás	1	2	3	4	5	6
19. Cuando alguien se muestra dependiente de mí, necesito distanciarme	1	2	3	4	5	6
20. Cuando existe una diferencia de opiniones, insisto mucho para que se acepte mi punto de vista	1	2	3	4	5	6

	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	BASTANTE EN DESACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	ALGO DE ACUERDO	BASTANTE DE ACUERDO	COMPLETAMENTE DE ACUERDO
21. Tengo confianza en mí mismo	1	2	3	4	5	6
22. No mantendría relaciones de pareja estables para no perder mi autonomía	1	2	3	4	5	6
23. Me resulta difícil tomar una decisión a menos que sepa lo que piensan los demás	1	2	3	4	5	6
24. Soy rencoroso	1	2	3	4	5	6
25. Prefiero relaciones estables a parejas esporádicas	1	2	3	4	5	6
26. Me preocupa mucho lo que la gente piensa de mí	1	2	3	4	5	6
27. Cuando tengo un problema con otra persona, intento hablar con ella para resolverlo	1	2	3	4	5	6
28. Me gusta tener pareja, pero al mismo tiempo me agobia	1	2	3	4	5	6
29. Cuando me enfado con otra persona, intento conseguir que sea ella la que venga a disculparse	1	2	3	4	5	6
30. Me gustaría cambiar muchas cosas de mí mismo	1	2	3	4	5	6
31. Si tuviera pareja y me comentara que alguien del sexo contrario le parece atractivo, me molestaría mucho	1	2	3	4	5	6
32. Cuando tengo un problema, se lo cuento a una persona con la que tengo confianza	1	2	3	4	5	6
33. Cuando abrazo o beso a alguien que me importa, estoy tenso/a y parte de mí se siente incómodo/a	1	2	3	4	5	6
34. Siento que necesito más cuidados que la mayoría de las personas	1	2	3	4	5	6
35. Soy una persona que prefiere la soledad a las relaciones sociales	1	2	3	4	5	6
36. Las amenazas son una forma eficaz de solucionar ciertos problemas	1	2	3	4	5	6
37. Me cuesta romper una relación por temor a no saber afrontarlo	1	2	3	4	5	6
38. Los demás opinan que soy una persona abierta y fácil de conocer	1	2	3	4	5	6
39. Necesito comprobar que realmente soy importante para la gente	1	2	3	4	5	6
40. Noto que la gente suele confiar en mí y que valoran mis opiniones	1	2	3	4	5	6

**Anexo 9 - Inventario de Personalidad Reducido (NEO-PI-R) (Costa y McCrae, 1992)**

**NEO FFI**  
**Inventario NEO reducido de Cinco Factores**  
 Copyright by P.T. Costa, Jr. & R.R. McCrae

**Instrucciones**

Por favor, lea cuidadosamente estas instrucciones antes de empezar para marcar bien sus respuestas. Este cuestionario consta de 60 frases. Lea cada una con atención y marque la alternativa (A, B, C, D o E) que mejor refleje su acuerdo o desacuerdo con ella. Marque:

- A. Si la frase es completamente falsa en su caso, o Si está en **total desacuerdo** con ella.
- B. Si la frase es frecuentemente falsa en su caso, o Si está en **desacuerdo** con ella.
- C. Si la frase es tan cierta como falsa, si no puede decidirse, o Si usted se considera **neutral** en relación con lo que se dice en ella.
- D. Si la frase es frecuentemente cierta, o Si usted está de **acuerdo** con ella.
- E. Si la frase es completamente cierta, o Si está **totalmente de acuerdo** con ella.

Vea los dos ejemplos (E1 y E2) que vienen aquí debajo y cómo se ha contestado.

<b>E1</b>	Me gustaría pilotear una nave espacial	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E2</b>	A la hora de vestir prefiero los tonos oscuros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La persona que ha contestado a estos ejemplos ha indicado que está en total desacuerdo (letra A) con la frase E1, porque no le gustaría pilotear una nave espacial, y está **de acuerdo** con la frase E2, porque frecuentemente prefiere los tonos oscuros para vestir (letra D).

Por tanto, no hay respuestas ni hay respuestas "correctas" ni "incorrectas". Conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible.

Dé una respuesta a todas las frases. Asegúrese de que marca cada respuesta en la línea correspondiente a la misma frase y en la opción que mejor se ajuste a su manera de ser.

No olvide anotar sus datos personales antes de contestar las frases.

<b>Nombre</b>		<b>Sexo</b>	HOMBRE	MUJER	<b>Edad</b>	AÑOS
<b>Nivel Educativo</b>	ESO	Bachiller	Universidad	<b>Puesto</b>	<b>Equipo</b>	

	A. En total desacuerdo	B. En desacuerdo	C. Neutral	D. De acuerdo	E. Totalmente de acuerdo	
1	A menudo me siento inferior a los demás.	A	B	C	<input checked="" type="radio"/> D	E
2	Soy una persona alegre y animosa.	A	B	<input checked="" type="radio"/> C	D	E
3	A veces cuando leo una poesía o contemplo una obra de arte, siento una profunda emoción o excitación.	A	<input checked="" type="radio"/> B	C	D	E
4	Tiendo a pensar lo mejor de la gente.	A	B	C	<input checked="" type="radio"/> D	E
5	Parece que nunca soy capaz de organizarme.	A	B	<input checked="" type="radio"/> C	D	E
6	Rara vez me siento con miedo o ansioso.	A	<input checked="" type="radio"/> B	C	D	E
7	Disfruto mucho hablando con la gente.	A	B	<input checked="" type="radio"/> C	<input checked="" type="radio"/> D	E
8	La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí.	A	B	C	<input checked="" type="radio"/> D	E
9	A veces intimidado o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero.	<input checked="" type="radio"/> A	B	C	D	E
10	Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada.	A	B	<input checked="" type="radio"/> C	D	E
11	A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores.	A	<input checked="" type="radio"/> B	C	D	E
12	Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente.	A	<input checked="" type="radio"/> B	C	D	E
13	Tengo una gran variedad de intereses intelectuales.	A	B	<input checked="" type="radio"/> C	D	E
14	A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero.	<input checked="" type="radio"/> A	B	C	D	E
15	Trabajo mucho para conseguir mis metas.	A	B	<input checked="" type="radio"/> C	D	E
16	A veces me parece que no valgo absolutamente nada.	A	B	C	<input checked="" type="radio"/> D	E
17	No me considero especialmente a legre.	A	<input checked="" type="radio"/> B	C	D	E
18	Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y en la naturaleza.	A	B	C	<input checked="" type="radio"/> D	E
19	Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear.	A	B	C	D	<input checked="" type="radio"/> E
20	Tengo mucha auto-disciplina.	A	<input checked="" type="radio"/> B	C	D	E
21	A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza.	A	B	<input checked="" type="radio"/> C	D	E
22	Me gusta tener mucha gente alrededor.	A	B	<input checked="" type="radio"/> C	D	E
23	Encuentro aburridas las discusiones filosóficas.	A	B	<input checked="" type="radio"/> C	D	E
24	Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar.	A	<input checked="" type="radio"/> B	C	D	E
25	Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias.	A	B	C	D	<input checked="" type="radio"/> E
26	Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar.	A	B	C	D	<input checked="" type="radio"/> E
27	No soy tan vivo ni tan animado como otras personas.	A	B	C	D	<input checked="" type="radio"/> E
28	Tengo mucha fantasía.	A	B	C	<input checked="" type="radio"/> D	E
29	Mi primera reacción es confiar en la gente.	A	B	C	<input checked="" type="radio"/> D	E
30	Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez.	A	B	C	<input checked="" type="radio"/> D	E
31	A menudo me siento tenso e inquieto.	A	B	C	D	<input checked="" type="radio"/> E
32	Soy una persona muy activa.	A	B	<input checked="" type="radio"/> C	D	E
33	Me gusta concentrarme en un sueño o fantasía y, dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades.	A	B	<input checked="" type="radio"/> C	D	E
34	Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador.	<input checked="" type="radio"/> A	B	C	D	E
35	Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago.	A	B	C	<input checked="" type="radio"/> D	E
36	A veces me he sentido amargado y resentido.	A	B	C	<input checked="" type="radio"/> D	E
37	En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros.	A	B	C	<input checked="" type="radio"/> D	E
38	Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana.	A	<input checked="" type="radio"/> B	C	D	E
39	Tengo mucha fe en la naturaleza humana.	A	B	<input checked="" type="radio"/> C	D	E
40	Soy eficiente y eficaz en mi trabajo.	A	B	C	<input checked="" type="radio"/> D	E
41	Soy bastante estable emocionalmente.	A	<input checked="" type="radio"/> B	C	D	E
42	Huyo de las multitudes.	A	B	<input checked="" type="radio"/> C	D	E
43	A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas.	A	B	C	<input checked="" type="radio"/> D	E
44	Trato de ser humilde.	A	B	C	<input checked="" type="radio"/> D	E
45	Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo.	A	B	<input checked="" type="radio"/> C	D	E
46	Rara vez estoy triste o deprimido.	A	<input checked="" type="radio"/> B	C	D	E
47	A veces reboso felicidad.	A	B	<input checked="" type="radio"/> C	<input checked="" type="radio"/> D	E
48	Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos.	A	B	C	<input checked="" type="radio"/> D	E
49	Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna.	A	B	C	<input checked="" type="radio"/> D	E
50	En ocasiones primero actúo y luego pienso.	A	<input checked="" type="radio"/> B	C	D	E
51	A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento.	A	B	C	<input checked="" type="radio"/> D	E
52	Me gusta estar donde está la acción.	A	B	C	D	<input checked="" type="radio"/> E
53	Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países.	A	B	C	D	<input checked="" type="radio"/> E
54	Puedo ser sarcástico y mordaz si es necesario.	A	B	C	D	<input checked="" type="radio"/> E
55	Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender a ninguna.	A	B	C	<input checked="" type="radio"/> D	E
56	Es difícil que yo pierda los estribos.	A	B	<input checked="" type="radio"/> C	D	E
57	No me gusta mucho charlar con la gente.	A	B	<input checked="" type="radio"/> C	D	E
58	Rara vez experimento emociones fuertes.	A	B	C	<input checked="" type="radio"/> D	E
59	Los mendigos no me inspiran simpatía.	A	<input checked="" type="radio"/> B	C	D	E
60	Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer.	A	<input checked="" type="radio"/> B	<input checked="" type="radio"/> C	D	E

RODEE UNA DE LAS RESPUESTAS

¿Ha respondido a todas las frases?

 SÍ  NO

¿Ha respondido fiel y sinceramente a las frases?

 SÍ  NO

FIN DE LA PRUEBA

**Anexo 10 - Cronograma Sesiones de Evaluación Psicológica**

SESIÓN Y FECHA	TÉCNICAS EMPLEADAS	TAREAS PARA CASA
Sesión 1 13/10/2021	Entrevista clínica semiestructurada	NEO-PI-R
Sesión 2 22/10/2021	Entrevista motivacional Línea de vida	STAI - autoregistro Línea de vida
Sesión 3 27/10/2021	Línea de vida Átomo social	BDI II - autoregistro Escala de autoestima de Rosenberg
Sesión 4 03/11/2021	Genograma	Cuestionario de apego adulto Rueda de la vida
Sesión 5 10/11/2021	Devolución de la información recopilada en la entrevista y los test psicológicos (Análisis funcional, formulación, objetivos y tratamiento).	Técnica de relajación: respiración diafragmática vs. respiración abdominal

**Anexo 11 - Análisis Funcional de E.: Antecedentes, Conductas problema y Consecuencias**

ANTECEDENTES	CONDUCTAS PROBLEMA	CONSECUENCIAS
<b><u>Externos y remotos:</u></b>	<b><u>Motoras:</u></b>	<b><u>Corto plazo:</u></b>
-Educación con altas expectativas sobre el rol como hija mayor	-Evitación de situaciones sociales -Emplear redes sociales cuando siente malestar	-Evitación de situaciones (R-) -Reducción del malestar de forma temporal (R-)
-Educación en colegio religioso (normas estrictas)	-Descuido de la alimentación cuando siente ansiedad	-Sentimientos de inutilidad y tristeza (C+)
-Relación con M. su mejor amiga del colegio finaliza y 15 años después se reencuentran en Madrid	<b><u>Emocionales y Fisiológicas:</u></b> -Bruxismo -Llorar -Malestar estomacal	-Dificultad para mantener un sueño reparador (C+) -Recordar preocupaciones (C+) -Sensación de bienestar (R+)
-Relación con la que fue su mejor amiga N. en el instituto termina	-Contracturas musculares -Aumento tasa cardíaca especialmente en situaciones sociales	-Realización de tareas distractoras (R+)
-Rechazo de la primera declaración de amor que hizo a un chico	-Incomprensión	<b><u>Medio y largo plazo:</u></b> -Disconformidad con su imagen y autoconcepto (C+)

---

-Primer trabajo en heladería “abusivo y precario” laboralmente  
 -Pérdida amigos de la universidad al dejar el grado  
 -Residencia de 3 semanas un verano en Inglaterra y discusión con sus amigas acompañantes  
 -Comienza grado en ciencias ambientales y al año abandona  
 -Su amiga en el grado de realización no se presenta en una invitación de E. a una fiesta y finaliza la relación  
 -Contratación como continuista por confusión de currículum

-Rabia e ira  
**Cognitivas:**  
 -Pensamiento circular  
 -Miedo  
 -Culpabilidad  
 - “Tengo que gustar a la gente”  
 - “La gente piensa que soy lenta en responder cuando hablan conmigo”  
 - “Digo cosas sin sentido”  
 - “Tengo 34 años y estoy sin trabajo”  
 - “Soy incapaz de hacer algo bien”  
 - “No valgo para nada”

-Distanciamiento relaciones sociales (C-)  
 -Disminución de la autoestima (C-)  
 -Dificultad habilidades sociales (C-)  
 -Sensación incompreensión por parte de la pareja (C+)  
 -Estancamiento laboral (C+)  
 -Sensación distanciamiento familia (C+)  
 -Incertidumbre al futuro (C+)  
 Mantenerse en la “zona de comfort” (R-)

**Externos y recientes:**

-Despido laboral  
 -Problemas comunicación pareja

**Internos:**

-Dificultad de adaptación paso del colegio al instituto.  
 -Comienza grado en ciencias ambientales y al año abandona  
 -E. deja la relación de 5 años con su primera pareja mediante un mensaje de texto  
 -Año 2015 recuerda “no hacer nada”

---

**Anexo 12 - Carta escrita por E. hacia sí misma para la Realización del Cierre Terapéutico**

Hola [REDACTED] Soy tú.

Soy una persona inquieta, con ganas de hacer muchas cosas, de estar en muchos sitios y de ser de muchas maneras. Que hace muchas listas, de lo que tiene que hacer, de lo que ha hecho, de lo que le gustaría hacer, y luego no hace la mitad y se frustra. Porque no me concentro en una y ya estoy pensando en otra. Y así, con todo esto, no sé quién soy, ni lo que quiero ser.

Soy una persona permanentemente insatisfecha. También sé que soy curiosa e inquieta. Aunque todas las cosas que quiero hacer me aburren y no quiera hacer nada al final, en el fondo no soy una seta y me gusta moverme, salir de la rutina y probar cosas nuevas. ~~Para siempre~~. El problema es que siempre me pregunto si sería más feliz haciendo otra cosa.

Me gustaría que dejaras atrás el miedo; a pensar que si te decides por un camino no hay marcha atrás, a "perder" el tiempo, a plantarte ante la gente con tus propias decisiones y creencias, al que dirán o pensarán, a sus reacciones y las consecuencias de no dejarte manejar, a hacer todo por los demás y nunca por ti.

Quiero ser la persona que sé que soy, volver a convertirme en ella. No pensar las cosas antes de decidir por si es una chorrada; ser aventurera y atrevida; hacer el payaso, reírme de todo y

no tomarlo tan en serio; ser creativa y e invertir más tiempo en esas cosas que me hacen sentir bien. Quiero ser más decidida, desinhibida y despreocupada.

Hacerlo es más difícil, es mucho tiempo de permitir que la gente se tome la libertad de opinar y dejar que me afecte y transmitirlo con mi cara o mis respuestas a la defensiva. Pero lo principal es dejarse llevar por el instinto. Sabes cuándo quieres hacer algo, cómo quieres comportarte. Sabes qué te pide el cuerpo. Empieza por seguir tu instinto y ya se verá cómo afrontar las consecuencias.

Al final te da más rabia haber dejado de ser quien te apeste y ver que otra gente es "feliz" porque tú no te has "entrometido" en su vida y su forma de hacer las cosas, dando tu opinión, haciendo algo que les descoloca, en fin, interviniendo en lugar de callar o decir "vale". No siempre vas a obtener algo negativo de alzar la voz, y si lo obtienes más de una vez, a lo mejor no te conviene estar ahí. Porque así se aprenden las cosas. A base de palos. Pero mejor llevarte un palo y despertar a estar siempre a expensas de otros.

Así, he aprendido a no seguirle el rollo a la gente para no molestar; a mirar primero por mí misma; a que si me hacen un feo tengo que plantarme y si me hacen dos tengo que mandar a la mierda; a hablar los problemas para resolver malentendidos; a que

Si quiero algo de alguien que no actúa tengo que dar el primer paso; a valorar a la gente que tengo (ahora lejos); a hacerle caso a las red flags y no justificarse; a no conformarme con lo que no me hace sentir bien; a no bailar de el agua a un tío porque me hace caso; a que nadie es indispensable.

Muchas las has aprendido. Ahora toca ponerlas en práctica.

TÚ puedes,

