



Estudio de Caso: Ansiedad e Ira desde la Terapia Cognitivo Conductual

Máster de Psicología General Sanitaria

Autor: Francisco Rivera Rufete

Tutora académica: Concepción Serrador-Díez

Fecha de realización del trabajo: febrero 2023

Nº palabras: 11424

Agradecimientos

Agradecer todo el apoyo, esfuerzo y paciencia infinita a mi familia: Inma, Carmen y Fran. Ellos son brújula que guía mi camino, la inspiración para caminar hasta lo alto de la montaña y el mayor consuelo cuando algo sale mal.

A mi tutora, Concha Serrador-Díez. Hay personas que inspiran, y asistir a una clase de ella hace que uno confirme que está haciendo lo que quiere hacer.

A Elena e Irene, grandes profesionales del Centro de Psicología PsicoEca. La vocación de enseñar se manifiesta en conductas del día a día, y en ellas, esas conductas están constantemente presentes.

Y a mis compañeras de camino, Marta y Simona. A veces te pones como objetivo lograr una meta recorriendo un camino, y al finalizar, te das cuenta de que es más importante lo que te has encontrado recorriéndolo que la propia meta.

Resumen

El trastorno de ansiedad es destacado en nuestra sociedad por su elevada prevalencia, llegando, con datos de 2017, a un 6,7% de la población española con tarjeta sanitaria. Además, no en todos los casos se termina buscando ayuda profesional. La ansiedad crea en la persona dificultades en su día a día, tanto a nivel fisiológico, cognitivo y conductual. En el caso que nos ocupa el consultante refería un problema de ansiedad que venía acompañado con ira. Tanto la esfera personal como la familiar se vio afectada por la ansiedad y las conductas operantes de evitación que predominan en él. Se hizo un abordaje de este caso desde el marco de la Terapia Cognitivo Conductual, a través de dieciséis sesiones, finalizadas a petición del consultante. Estas sesiones se dividieron en: cuatro de evaluación, una de devolución, diez de intervención y una de cierre. La intervención se personalizó a través del análisis funcional realizado durante la evaluación para determinar las conductas problema, así como las respuestas operantes y refuerzos que obtiene. Se recomendó una sesión de seguimiento al mes de la finalización de la terapia.

Palabras clave

Análisis funcional, ansiedad, evitación, terapia cognitivo-conductual, ira.

Abstract

Anxiety disorder stands out in our society due to its high prevalence, reaching 6.7% of Spanish population with a health card, as per data obtained in 2017. Moreover, not in all cases it ends up seeking professional help. Anxiety generates difficulties in the person's day-to-day life, both, at physiological, cognitive and behavioral level. In the present case, the patient reported an anxiety problem accompanied by anger. Both the personal and family spheres were affected by the anxiety and operant avoidance behaviors that predominated in him. This case was approached from the framework of Cognitive Behavioral Therapy, through sixteen sessions, which were finalized as per the patient request. These sessions were divided into: four evaluation sessions, one debriefing session, ten intervention sessions and one closing session. The intervention was personalized through the functional analysis performed during the assessment to determine the problem behaviors, as well as the operant responses and reinforcers obtained. A follow-up session was recommended one month after the end of therapy.

Keywords

Anger, anxiety, avoidance, cognitive-behavioral therapy, functional analysis.

Índice

1.	Introducción.....	6
1.1	Conceptualización de la ansiedad	6
1.2	Estilo de Afrontamiento y Habilidades Sociales	8
1.3	Análisis Funcional y Terapia Cognitivo-Conductual	8
2.	Identificación del paciente y motivo de consulta	12
3.	Estrategias de Evaluación.....	13
4.	Formulación clínica del caso.	16
4.1.	Variables Disposicionales	16
4.1.1.	Variables Disposicionales del Entorno	16
4.1.2	Variables Personales	17
4.1.3	Factores de Protección.....	17
a.	Hipótesis de Origen y Mantenimiento	17
4.2.1	Hipótesis de Origen.....	17
4.2.2	Hipótesis de Mantenimiento.....	20
5.	Tratamiento	23
6.	Valoración del tratamiento	30
6.1.	Adherencia al tratamiento	30
6.2.	Consecución de objetivos	30
7.	Discusión y conclusiones.....	35
7.1	Discusión.....	35
7.2.	Valoración personal	37
8.	Referencias bibliográficas	38
9.	ANEXOS.....	42

Índice de Figuras

Figura 1 Análisis Funcional: Hipótesis de Origen del Motivo de Consulta “Ansiedad y Conductas de Evitación”	18
Figura 2 Análisis Funcional: Hipótesis de Origen del Motivo de Consulta “Agitación Verbal con Ira y Discusiones con su Pareja”.	19
Figura 3 Análisis Funcional: Hipótesis de Mantenimiento del Motivo de Consulta “Ansiedad y Conductas de Evitación”	20
Figura 4 Análisis Funcional: Hipótesis de Mantenimiento del Motivo de Consulta “Ansiedad y Conductas de Evitación”	21
Figura 5 Puntuaciones directas del cuestionario STAI pre y post tratamiento	31
Figura 6 Percentiles del cuestionario STAI pre y post tratamiento	31
Figura 7 Puntuaciones directas del cuestionario Inventario de Asertividad de Rathus (1973) pre y post tratamiento.....	33

Índice de Tablas

Tabla 1 Puntuación del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (State-Trait Anger Expression Inventory, STAXI-2; Spielberger, 1999)	14
Tabla 2 Cronograma de las sesiones, objetivos, técnicas utilizadas y tareas para el consultante recomendadas entre sesiones.	24
Tabla 3 Ejemplos de verbalizaciones sobre pensamientos pre y post tratamiento	32

1. Introducción

1.1 Conceptualización de la ansiedad

La ansiedad es una de las llamadas “emociones negativas”, junto con la ira, la tristeza y el enfado, que más se han estudiado, pues es una emoción que puede influir en el proceso salud-enfermedad (Vindel, 2010). Siguiendo a Vindel (2010), la ansiedad es una señal de alerta de nuestro organismo, un sistema de alarma que nos avisa de procesos, situaciones o amenazas que pueden desestabilizarnos. Así, la ansiedad predispone al organismo ante una situación amenazante o de peligro y prepara al organismo ante ello. La ansiedad, ante las amenazas, capacita a la persona para “actuar ante ellas mediante una serie de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales (Vindel, 2004, citado en Vindel et al., 2011). Este proceso, adaptativo y de supervivencia, ayuda a la persona a sobrevivir y defenderse. Pero este se puede volver desadaptativo cuando se producen errores, como, por ejemplo, en el procesamiento de la información que hace valorar si la situación es o no amenazante o peligrosa, por una incorrecta percepción de los acontecimientos, o simplemente, influenciado por otras emociones. Como respuesta, siguiendo a Vindel (2011), son varias las formas de reacción que podría tener una persona, como puede ser, miedo a reacciones emocionales, presentar evitaciones a tales situaciones o sufrir una elevada activación fisiológica.

Así, como señala Vindel (citado en Kuaik & de la Iglesia, 2019), una situación ansiosa se puede mantener debido a variables cognitivas, y a su vez, las variables cognitivas pueden ser modificadas por estados de ansiedad. También el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) hace referencia a la ansiedad como “una respuesta ante una amenaza futura” (p. 189).

Según la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP, en su informe de diciembre de 2020 realizado con datos clínicos de 2017. Este informe muestra que el trastorno referido a la salud mental que más se da en la población, concretamente en un 6,7 % de la población con tarjeta sanitaria española, es el trastorno de ansiedad P74, siguiendo la clasificación Cie-10 (Organización Panamericana de la Salud, 2020), siendo un problema con frecuencia relativamente estable entre los 35 y los 84 años (Miguel-García et al., 2021). Así, el trastorno de ansiedad supera la tasa de casos de trastorno depresivo (4,1% de la población) o trastorno del sueño (5,4% de la población).

Al contrario de lo esperado, las personas con trastornos de ansiedad generalizada no suelen buscar ayuda inmediata a su problema en comparación con otros trastornos mentales (Noyes et al., 1992, citado en Caballo, 2007).

Cuando se produce un episodio de ansiedad, el organismo pone en marcha procesos para estar alerta ante los estímulos amenazantes y responder. Cuando este proceso es desadaptativo, es decir, cuando la ansiedad está “caracterizada por la percepción de una amenaza sin existir un estímulo peligroso o por una percepción del riesgo muy alejada del peligro real, pueden aparecer diversos síntomas” (Megías et al., 2012). Caben destacar síntomas de componente fisiológico, como taquicardia, hiperventilación, aumento de tensión muscular, problemas de sueño, etc.; síntomas con componente emocional, como inquietud, inseguridad, terrores o miedos; y síntomas con componente conductual, como evitación o escape de situaciones que generan ansiedad, hiperactividad motora o conductas desadaptativas orientadas a disminuir otra sintomatología, como abuso de sustancias. Por otra parte, “el límite entre la ansiedad normal y patológica se encuentra en la duración, intensidad y cantidad de estímulos que son capaces de evocar en nosotros dicha respuesta” (Gil & Cano, 2001).

En el caso que nos ocupa, el paciente refiere sintomatología fisiológica de agitación y problemas de sueño; conductas de evitación de situaciones que le producen ansiedad en el componente conductual y aparición de pensamientos irracionales en el componente cognitivo.

Siguiendo con las “emociones negativas” citadas por Vindel (2010), la ira tiene como definición más extendida la dada por Izard (1993), la cual se describe como una emoción que aparece cuando no se puede conseguir o satisfacer una necesidad o meta, produciendo una situación de bloqueo en la persona que experimenta esta emoción. Así, como mecanismo de defensa, la ira moviliza a la persona a responder mediante un ataque a la situación que considera amenazante, mientras que la ansiedad movilizaría a la persona a una evitación de la situación. En el caso de la ira, siguiendo a Pérez (2008), tendría un “significado comunicacional”, de forma que tendría como objetivo una función social, por lo que la persona que manifiesta ira buscaría un refuerzo con ello.

Respecto a la forma de afrontar esta emoción, existirían, según Johnson (citado en Pérez, 2008) tres estilos a la hora de afrontar la ira: la “ira interna”, la “ira externa” y el “control de la ira”. En el primero, la “ira interna”, la persona experimenta la emoción de una forma interna a través de furia o rabia, y trata de suprimir estos sentimientos procurando no expresar, de forma externa, la emoción de ira. En el segundo caso, “la ira externa”, la persona externaliza a través de conductas agresivas la ira, ya sean físicas o verbales. Estas conductas pueden estar dirigidas hacia la propia persona, hacia otras personas o a otros elementos del ambiente. Y, finalmente, el estilo de afrontamiento referido como “control de la ira”, la persona trata de disminuir los sentimientos que puedan florecer, como la furia, la rabia, o la sintomatología fisiológica de ansiedad, para disminuir intensidad y duración. Al mismo tiempo busca posibles soluciones al motivo que ha provocado la ira. Así, se encuentra en este tercer estilo de afrontamiento una forma adaptativa del manejo de la ira.

1.2 Estilo de Afrontamiento y Habilidades Sociales

En cuanto a los estilos de afrontamiento, siguiendo a Castanyer (2010), las personas pueden tener un estilo de afrontamiento no asertivo (o pasivo), agresivo o asertivo. Dependiendo de cada uno de ellos, existirán diferencias en patrones de pensamiento, comportamiento y sentimientos/emociones. El primer estilo de afrontamiento, el estilo no asertivo o pasivo, está referido a personas que no defienden su punto de vista, derecho y/o intereses, pero sí el de los demás. El segundo estilo, el agresivo, se refiere cuando existe una exacerbación de la defensa del punto de vista individual, menospreciando e invalidando el punto de vista de otro. Y finalmente, el tercer estilo, el asertivo, la persona defiende su punto de vista e intereses respetando el de los demás. En el caso que nos ocupa, el paciente ejercerá en un contexto un estilo de afrontamiento no asertivo (pasivo), mientras que en otro contexto totalmente diferenciado ejercerá un estilo de afrontamiento agresivo.

No es lo mismo hablar de asertividad que de habilidades sociales. Siguiendo a García Grau et al. (2019) la asertividad engloba una serie de habilidades sociales para poder defender el punto de vista de uno y respetar al mismo tiempo el de otro. Pero existen más habilidades sociales, más allá de las utilizadas para ser asertivos, como “hacer un cumplido” o “realizar una autorrevelación”. Así, las habilidades sociales serían un conjunto de conductas y estrategias que permiten a la persona desarrollar satisfactoriamente interacciones sociales, de forma que salga beneficiado tanto la persona que las ejecuta, como el propio entorno en el que está. Son, por tanto, “comportamientos o conductas específicas y necesarias para interactuar y relacionarse con el otro de forma afectiva y exitosa” (Choque y Chirinos, 2009, citado en Esteves Villanueva et al., 2020).

Poniendo el foco en la asertividad, en los casos en los que la persona muestra un estilo de afrontamiento no asertivo (o pasivo) o un estilo agresivo, es necesario realizar un entrenamiento en habilidades sociales para conseguir un estilo de afrontamiento asertivo. Así, el Entrenamiento en Habilidades Sociales, es “un conjunto de procedimientos conductuales orientados a la adquisición, desarrollo y modificación de habilidades que permitan mantener interacciones sociales satisfactorias” (García Grau et al., 2019).

1.3 Análisis Funcional y Terapia Cognitivo-Conductual

En primer lugar, interesa del caso el poder hacer una evaluación inicial desde un punto de vista funcional, más que desde una perspectiva topográfica. De esta manera, se abordará la conducta en función de las contingencias que se establecen con el entorno. De esta forma se puede personalizar la fase de tratamiento en función de la persona, y no teniendo que ejecutar un programa de intervención estandarizado.

Para ello se realiza un Análisis Funcional, el cual, siguiendo a Haynes & O'Brien (1990), se define como: la identificación de relaciones funcionales importantes, controlables y causales aplicables a un conjunto

específico de comportamientos objetivo para un cliente individual. Para su uso, según Froxán-Praga (2020), es imprescindible diferenciar entre estímulo(E) como elemento que provoca una reacción, y respuesta (R), como fracción discernible del comportamiento. Existen diferentes tipos de estímulos. En primer lugar, en el condicionamiento clásico, un estímulo incondicionado (EI) será aquel que produce el organismo per se, es común en todos los organismos, mientras que el estímulo condicionado (EC) es aquel que, siendo en un principio un estímulo neutro, es decir, un estímulo que por sí mismo no produce ningún tipo de respuesta, al emparejarse con un estímulo incondicionado (EI) va a producir una respuesta (R) similar a la que produce, por sí solo, el estímulo incondicionado (EI). En cuanto a las respuestas, la respuesta incondicionada (RI) es aquella que se produce de forma innata ante un estímulo incondicionado (EI), mientras que la respuesta condicionada (RC) es la respuesta que se presenta tras un estímulo condicionado (EC), similar a la respuesta incondicionada (RI), pero que no se produciría si no se hubiera realizado previamente el emparejamiento entre el estímulo incondicionado (EI) y el estímulo condicionado (EC). En el condicionamiento operante, aparece el estímulo discriminativo (Ed), como aquel que “al presentarse, eleva la posibilidad de que la clase de comportamiento se repita, porque ante su vigencia ha sucedido la clase de consecuencia reforzadora” (C. H. García, 2001); y el estímulo consecuente (Ec), que está orientado a los castigos o refuerzos que se puedan presentar tras la conducta del individuo. Así, El refuerzo será todo aquello que aumente la probabilidad de que la conducta se repita, mientras que el castigo, al contrario, disminuirá la probabilidad de repetición de la conducta. El refuerzo puede ser positivo (R+) cuando, con la conducta, se consigue un elemento apetecible, o negativo (R-), cuando, con la conducta, se elimina un elemento aversivo. En cuanto al castigo, puede ser positivo (C+) cuando se añade un elemento aversivo y negativo (C-) cuando se elimina un elemento apetitivo. Estos elementos son las variables funcionales, pero además de éstas, existen las variables disposicionales, las cuales, siguiendo a Froxán-Parga (2020) , son aquellas que van a favorecer la aparición de la conducta, pudiendo ser estas variables tanto internas de la persona, como externas, referidas al contexto.

Realizado el análisis funcional, se opta en el caso por un tratamiento basado en la terapia cognitivo-conductual (TCC). La TCC aparece de forma destacada entre los tratamientos con apoyo empírico para los trastornos de ansiedad en adultos (Chambless & Ollendick, 2001, citado en Stewart & Chambless, 2009). Estas terapias son, siguiendo a Labrador, Echeburúa y Becoña (2000, citado en Pérez et al., 2013), tratamientos de elección por los beneficios que aportan, el mantenimiento de esos beneficios, así como la nula iatrogenia que generan.

También se puede considerar la relación que existe entre la ansiedad y el afrontamiento que realiza la persona. Tanto personas ansiosas como no ansiosas pueden utilizar estrategias de afrontamiento similares. Pero, atendiendo a las personas ansiosas, como estrategias de afrontamiento, “suelen usar más la evitación y el escape” (Leandro, 2004).

Así, la intervención psicológica, siguiendo a Vindel (Cano-Vindel et al., 2011) va dirigida a la reestructuración de sesgos cognitivos, disminuir la activación fisiológica de la persona y ajustar conducta mediante exposición. Además, para abordar los estilos de afrontamiento y las habilidades sociales, se utilizará el entramiento en habilidades sociales. Este entrenamiento “es un tratamiento cognitivo conductual en el que se aplican un conjunto de técnicas cuyo objetivo es mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales (Segrin, 2009, citado en M. I. D. García et al., 2017). De esta forma, con estas premisas, y en función de los objetivos que se plantean en cada caso, se utilizarán las siguientes técnicas:

- Psicoeducación. Con esta técnica se enseña y educa al consultante sobre su afectación. Así, la persona, según Tena Hernández (2020), “cuando mejor conozca sus propias dificultades personales o el proceso patológico que padece, mejor lo puede afrontar, más recursos propios puede poner en juego y por lo tanto mejor calidad de vida puede llegar a tener”.
- Entrenamiento en respiración profunda. Esta técnica consigue disminuir de forma consciente la frecuencia respiratoria y el ritmo cardíaco. Además, es efectiva para cuando se desea mantener la calma y reducir el nivel de ansiedad, por lo que puede ser controlada por la propia persona (Martínez-González et al., 2018). Su explicación y ejecución es sencilla y fácil de practicar por el paciente en casa entre sesiones.
- Reestructuración cognitiva. Las técnicas de reestructuración cognitiva están centradas en la identificación y cambio de las cogniciones (creencias irracionales, pensamientos distorsionados o autorverbalizaciones negativas) que están determinado o manteniendo el problema (Fernández et al., 2012). Encontramos la Terapia Racional Emotiva de Ellis (Ellis, 1962) y la Terapia Cognitiva de Beck (1979) (Toro Tobar, 2013) como dos técnicas representativas de reestructuración cognitiva. En el caso se utiliza el Modelo ABC de Ellis para realizar psicoeducación en creencias y pensamientos, ya que, siguiendo a Fernández et al., (2012), un activador (A) no deriva directamente en una consecuencia, en una conducta o en una emoción (C), sino que existe la interpretación intermedia a través de creencias o pensamientos (B) que matizarían esa respuesta. Así, con la psicoeducación como apoyo, se pretende identificar creencias irracionales o pensamientos que generan una conducta disfuncional, y, a través de ejemplos planteados, se trata de buscar creencias y pensamientos alternativos para modificar la conducta. Respecto al Modelo de Ansiedad de Beck, se trabajará en el sistema de creencias, así como en identificar distorsiones cognitivas.
- Entrenamiento en Habilidades Sociales. Tiene como objetivo enseñar conductas interpersonales apropiadas para mejorar la competencia interpersonal de los individuos en clases específicas de situaciones sociales (Caballo, 2008). En el caso que nos ocupa será necesario dotar de herramientas adecuadas al paciente para relacionarse, tanto verbales como no verbales.

- Exposición con prevención de respuesta. Es un tratamiento de elección en los trastornos de ansiedad por su eficacia. En la técnica de inundación como técnica de exposición, siguiendo a Méndez y Olivares 2001) basta para provocar la extinción de un elemento fóbico la presentación de los estímulos que generan ansiedad, con una prevención de respuesta. Así, primero se hace esta exposición en imaginación para, posteriormente, planificar exposiciones sin prevención de respuesta en entorno real. Se pueden utilizar técnicas de exposición en vivo o en imaginación, siendo más eficaz la primera.
- Detención del pensamiento. Este método se ha demostrado efectivo para algunos tipos de pensamientos (Fernández et al., 2012). Se emplea para contrarrestar el pensamiento obsesivo o de preocupación (Caballo, 2007). Además, es una técnica que el paciente, ensayando dos o tres veces al día, en menos de una semana puede tener control de esta.
- Resolución de problemas. El objetivo de la técnica es, siguiendo a Olivares et al., (2018) que la persona pueda conseguir herramientas que le permitan poder abordar problemas que le suceden en su entorno con el mayor grado de posibilidad de conseguirlo de forma óptima

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

Para cumplir con la Ley Orgánica de Protección de datos y con el Código Deontológico de la Psicología (Consejo General de la Psicología de España), se omitirá el nombre completo del consultante y se utilizará la inicial "J."

J., varón de 35 años con residencia en la Provincia de Toledo. J. era padre de dos hijos, un niño de 10 años y una niña de 8 años. J. estaba casado desde 2020 con su actual pareja. Los hijos son de una relación anterior, que terminó en 2017. Desde 2017 hasta 2020 J. y sus hijos han vivido con los padres de J. Desde que contrajo matrimonio con su actual pareja en 2020, convivía en su domicilio propio con su esposa y sus hijos, estos últimos en regímenes quincenales. J. trabajaba en una cadena de producción, teniendo un turno de trabajo fijo de lunes a viernes, de 7 a 17 horas. J. tenía una formación profesional y nivel socioeconómico medio.

J. expresaba dos motivos de consulta. En primer lugar, refería problemas de ansiedad y conductas de evitación respecto a su expareja, la madre de sus hijos, además de presencia de pensamientos negativos sobre la posible pérdida de la custodia de sus hijos. Estos pensamientos florecían en el momento en el que tenía que realizar alguna acción en referencia a su expareja, como, por ejemplo, atender a alguna solicitud por parte de su expareja, hacerle algún favor, o tener que poner alguna norma a sus hijos. Conjuntamente a la aparición de estos pensamientos, empezaba a mostrar sintomatología fisiológica de ansiedad, algo que refería como negativo al no poder controlar. Las estrategias que aplicaba el consultante ante tal situación eran, por un lado, evitar que su expareja le realizara alguna petición, y cuando es imposible controlar que no le realizara petición alguna, por ejemplo, en el momento en el que tenían que hacer el intercambio de los hijos por la custodia quincenal, accedía a sus peticiones para evitar un conflicto. Además, evitaba realizar alguna acción correctiva con sus hijos que pudiera provocar en éstos una mala imagen de sí mismo como padre, y así, los hijos podrían comentar aspectos negativos sobre él cuando estaban con la madre, y dar un posible motivo para que su expareja pudiera reclamar judicialmente la custodia total de los hijos, según J.

Además, también refería otro problema circunscrito a su actual pareja, como segundo motivo de consulta. Manifestaba que, a la hora de mantener conversaciones sobre sus hijos con su pareja, emergía la emoción de ira, manifestándose a través de aparición de pensamientos negativos sobre la influencia que podía tener su esposa en la educación de sus hijos, agitación verbal e incapacidad de controlar impulsos manifiestos en su lenguaje, provocando fricciones en la relación con su esposa. Respecto a este motivo de consulta, J. utilizaba la agitación verbal como herramienta para disminuir su ansiedad, y el distanciamiento y evitación de comunicación con su mujer como respuesta a su forma de comunicación.

3. Estrategias de Evaluación

En el presente caso, se ha usado para obtener la información necesaria, la entrevista abierta. El uso de la entrevista abierta se ha utilizado durante toda la evaluación (primeras cuatro sesiones de cincuenta minutos con periodicidad semanal) para “a) especificar el motivo de la demanda por parte del consultante, b) establecer las condiciones históricas y actuales potencialmente relevantes, y c) fijar los objetivos para atender la demanda” (Moreno & Ramirez, 2019). Además de la entrevista, se han utilizado autorregistros para obtener información relevante del paciente (Anexo 2). Respecto a los autorregistros, son una de las herramientas se utilizan para evaluar conductas que de forma más frecuente. Así, como apuntó Avía (1981) (citado en Ballesteros ,2013), el autorregistro supone “un doble proceso consistente, por un lado, en atender deliberadamente a la propia conducta (generalmente en el momento de producirse ésta) y, por otro, registrarla mediante algún procedimiento establecido”. Podemos encontrar distintas formas de recogida de información (papel, digital, notas de voz, etc.), y en este caso se optó por usar lápiz y papel impreso para su recogida. Antes de utilizar esta técnica, se mostró al consultante cuál es era el objetivo de realizarlo, dentro del marco de la evaluación, y se pusieron ejemplos de cómo se rellenaba, de forma que el terapeuta pudiera evaluar la comprensión de la herramienta por parte del consultante. Una vez comprobado que se sabía rellenar, el consultante llevaba consigo el documento proporcionado por el terapeuta en sesión durante todo el día para poder anotar situaciones en el autorregistro cuando fuera necesario, aunque en alguna ocasión, J. recogió la información a través de notas en el móvil, las cuales compartió con el terapeuta a través del correo electrónico del centro PsicoEca. Para complementar información, se utilizó, además, un autoinforme. El uso del autoinforme está muy generalizado, pues “puede ser considerado como la más amplia categoría metódica en la evaluación psicológica” (Ballesteros, 2013). El autoinforme permite conocer aproximaciones tanto objetivas como subjetivas de la persona. En este caso, se utilizó el autoinforme de PsioEca “Historia Biográfica” (Anexo 3). Al igual que en los autorregistros, se explicó la herramienta en sesión para que el consultante planteara las dudas que pudiera tener. Finalmente, se usaron cuestionarios para realizar la evaluación inicial del paciente. Los cuestionarios son herramientas comúnmente utilizadas “ayuda en la identificación de problemas; como instrumentos de contraste de hipótesis y confirmación por convergencia del diagnóstico; y como medidores del cambio a lo largo del tratamiento”(López et al., 2019). Los cuestionarios utilizados se explicaron en consulta. Una primera tanda de cuestionarios se realizó durante una de las sesiones de evaluación, pues al utilizar este formato, es importante repasar previamente con el consultante cómo son los cuestionarios, su estructura, y explicar detenidamente las instrucciones. Al comprobar el adecuado cumplimiento, otra serie de cuestionarios se enviaron como tareas entre sesiones durante la evaluación, con propósito de optimizar los tiempos de la sesión. En el caso se utilizaron los siguientes cuestionarios y escalas:

- **Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo** (State-Trait Anger Expression Inventory, STAXI-2; Spielberger, 1999). Adaptación española Miguel Tobal et al. (Tobal & Cano-Vindel, 2001). Con este inventario se puede

realizar la evaluación de la experiencia, expresión y control de la ira. También se evalúa la ira como estado y como rasgo. La escala está compuesta por un total de 49 ítems, los cuales se contestan con cuatro opciones de respuestas, desde el 1 hasta el 4. Esta escala presenta un coeficiente de consistencia interna de 0,82 puntos para la esca de rasgo de ira, y un coeficiente de 0,89 putos para la escala de estado de ira (Tobal & Cano-Vindel, 2001). En este inventario J. obtuvo la puntuación mostrada en la Tabla 1.

Tabla 1

Puntuación del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (State-Trait Anger Expression Inventory, STAXI-2; Spielberger, 1999)

Escala/Subescala	Puntuación Directa	Nivel/Percentil
Estado	30	Moderado
Expresión Física	10	Moderado
Expresión Verbal de la Ira	14	Alto
Rasgo	33	95
Temperamento de Ira	16	95
Reacción de Ira	17	80
Expresión Externa de Ira	14	85
Expresión interna de Ira	16	85
Control externo de la Ira	9	≤ 5
Control interno de la Ira	8	15
Índice de expresión de la Ira	49	95

- **Inventario de Asertividad de Rathus** (Rathus, 1973). Este inventario está compuesto por 30 ítems. Cada uno de ellos se puntúa en un intervalo desde +3, (“muy característico de mí, muy descriptivo”) hasta la puntuación de -3 (“Muy poco característicos de mí, nada descriptivo”). Cuanto más alta es la puntuación, más tiende el sujeto a una alta habilidad social, siendo lo opuesto cuanto más baja es la puntuación obtenida. El inventario tiene una fiabilidad test-retest buena, de 0,76 a 0,86 y una alta consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.73 a 0,86 (Caballo et al., 2014). En este inventario J. obtuvo una puntuación de cero, correspondiente a una posición media en asertividad.
- **Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)** (Spielberger, 1986). Adaptación Española: Buela-Casal et al.(Buela-Casal et al., 2011). Consta de dos subescalas, las cuales evalúan, por separado, ansiedad rasgo y ansiedad estado. La versión española presenta un alfa de Cronbach de 0,93. La validez en cuanto a su estructura interna, la cual hace referencia a la dimensión de ansiedad estado positiva, dimensión de ansiedad estado

negativa, ansiedad rasgo positiva, y negativa), así como también en su validez de criterio, con una correlación de Spearman de 0,79. En esta escala J. obtuvo la siguiente puntuación:

- Ansiedad rasgo: Puntuación tipificada de 38.
- Ansiedad estado: Puntuación tipificada de 43.
- Los resultados muestran que presenta una ansiedad tanto rasgo como estado elevada.

Toda la información que se fue recogiendo durante las cuatro sesiones, se incluyó en la historia clínica del paciente, de forma que, tras las cuatro sesiones de evaluación, con toda la información obtenida en las entrevistas, autoinformes, autorregistros y cuestionarios, se preparó un informe de devolución, en el cual, se plasmó el análisis funcional del caso, uno para cada motivo de consulta, y se hizo una explicación de esta evaluación al paciente, incluyendo en este informe los resultados obtenidos en los cuestionarios, así como la interpretación de estas puntuaciones. Este informe fue utilizado durante la sesión de devolución, donde se explicaba al consultante el objetivo y resultado de las herramientas utilizadas, qué es un análisis funcional y las partes que lo componen, y cómo, ante determinadas situaciones, operaba de una forma u otra, manteniéndose estas conductas por reforzadores. Esta información, adaptada a la comprensión del consultante, hace que entienda su problema y tenga más capacidades para consensuar, junto con el terapeuta, tanto los objetivos de tratamiento como las técnicas más adecuadas, para usar en la intervención, y conseguir así los objetivos propuestos. Al terminar la sesión, y con los objetivos consensuados entre ambas partes, se entregó una copia de este informe al consultante.

4. Formulación clínica del caso.

Tras la evaluación, se realizó un análisis funcional. Para diferenciar los motivos de consulta, este proceso se operativizó para cada uno de ellos.

4.1. Variables Disposicionales

En la sesión de devolución, se explicó la importancia de las variables disposicionales, es decir, aquellas variables que aumentan la probabilidad de aparición de la respuesta. Siguiendo a Pardo Cebrián y Calero Elvira (2016), éstas afectan directamente al problema, aun no teniendo carácter funcional. Además, la explicación ayuda al consultante a entender su problemática.

4.1.1. Variables Disposicionales del Entorno

Respecto al motivo de consulta referente a ansiedad y conductas de evitación con su expareja eran:

- Custodia compartida. Los hijos estaban quince días con cada progenitor. La custodia compartida les fue otorgada a pesar de que su expareja pidió la custodia total. Al fallar hacia una custodia compartida, la expareja de J. mostró su disconformidad.
- Trabajo demandante de su expareja. Ella no tenía flexibilidad en su trabajo para atender eventos, como llevar a media mañana a uno de los hijos al médico, o acudir a una reunión en el centro escolar. Ante estas situaciones, pedía a J. que se encargara de ello, para lo cual J. tenía que pedir permisos en el trabajo o faltar al mismo.
- Control de la expareja sobre la crianza de los hijos. La expareja de J. no tenía pareja, y los niños convivían solamente con ella en el periodo quincenal que le correspondía por la custodia compartida. La expareja de J. era conocedora del matrimonio de J. actual. Ante esto, realizaba un control de la educación de sus hijos e imponía a J. que su esposa no se involucrara en la educación de estos, y de hacerlo, estaría ejerciendo una educación en contra de lo que deseaba, y esto podría ser un motivo para poder solicitar la custodia total de los hijos, según ella.
- Involucración de la pareja de J. en la crianza de los hijos. La esposa no trabajaba de forma remunerada fuera de casa. Se dedicaba a las tareas de organización y limpieza del hogar. Entre estas tareas estaba cuidar y mantener a los hijos de J. en alimentación e higiene, mientras él no estaba en casa por motivos laborales, encargándose de las compras y comidas, de llevarlos y recogerlos del colegio, además de ayudar en las tareas escolares para casa.

Para el segundo motivo de consulta, la agitación verbal con ira y las discusiones con su pareja, eran:

- J. y su pareja actual no tenían hijos en común.

- La esposa de J. se encargaba de mantener y sustentar a los hijos de J. cada quince días, tanto en temas de hogar como en temas escolares o logísticos.
- La esposa de J. se sentía partícipe de la educación de sus hijos al ser un núcleo familiar.
- La madre de los hijos de J. puso a J. la norma de que solamente él se tenía que encargar de la educación de sus hijos.

4.1.2 Variables Personales

Para la primera demanda, ansiedad y conductas de evitación, eran:

- Importancia que daba J. a ser padre y vivir con sus hijos.
- Estilo de afrontamiento pasivo en la relación con su expareja.
- Regla interna “tengo que ser buen padre” y miedo por la creencia de poder perder la custodia de sus hijos.

Respecto al segundo motivo de consulta, agitación verbal con ira y discusiones con la pareja, se presentaban las siguientes variables personales:

- Temor a perder la custodia de los hijos. Esta creencia era consecuencia de las advertencias que le hacía su expareja desde la resolución del juicio hasta hoy, no teniendo estas advertencias fundamento legal.
- Estilo de afrontamiento agresivo con su pareja

4.1.3 Factores de Protección

Los factores de protección que dispone J. eran:

- Familia de J., especialmente sus padres. Eran un recurso de ayuda cuando J. necesitaba que se ocuparan de sus hijos si él no podía o no podía su esposa.
- Familia de su esposa, principalmente sus suegros, por el apoyo económico que le prestaba en algunas ocasiones.

a. Hipótesis de Origen y Mantenimiento

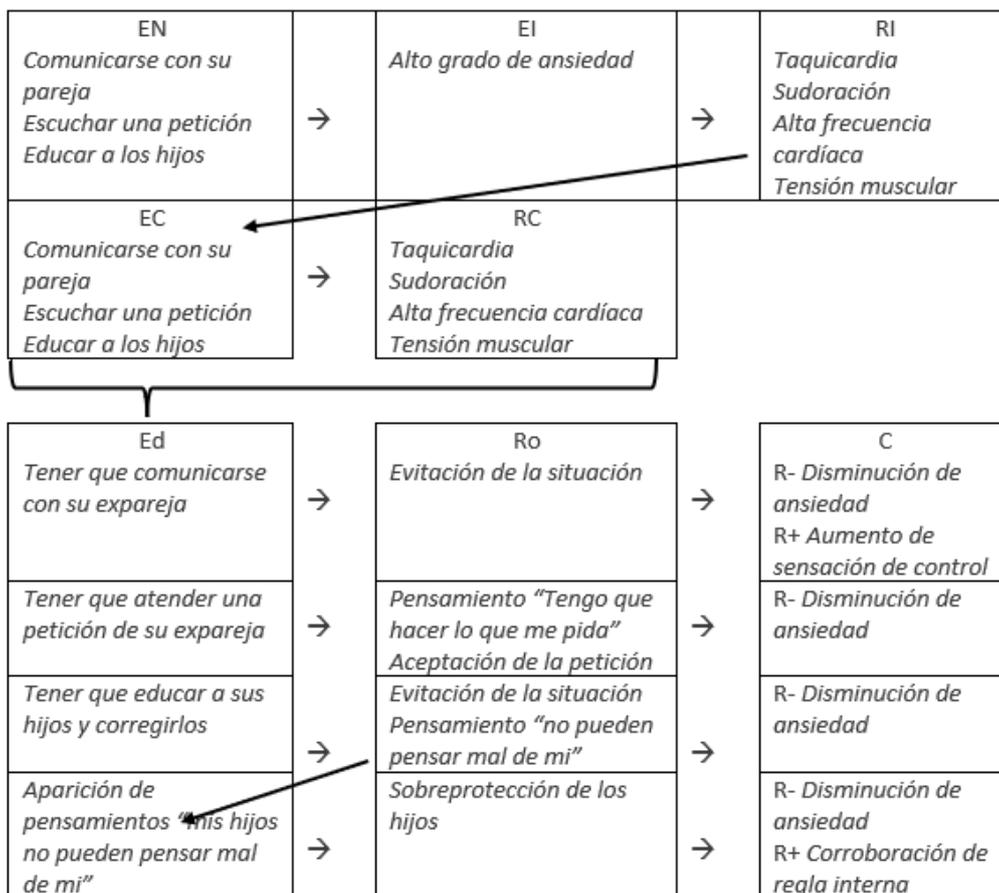
4.2.1 Hipótesis de Origen

Respecto al primer problema o motivo de consulta, ansiedad y conductas de evitación, comenzó en el momento de la separación y la celebración del juicio para establecer la custodia de los hijos. En esas

semanas, J. sufrió presión debido a la insistencia e intentos que tuvo su expareja, a través de amenazas y comentarios previos al juicio, para conseguir la custodia completa. Como se muestra en la Figura 1 (ver Figura 1), situaciones como tener una conversación con su expareja, atender una petición o tener que implantar una corrección en sus hijos a través de un castigo, se convertían en elementos que generaban ansiedad a J. y provocaban malestar en él.

Figura 1

Análisis Funcional: Hipótesis de Origen del Motivo de Consulta “Ansiedad y Conductas de Evitación”.

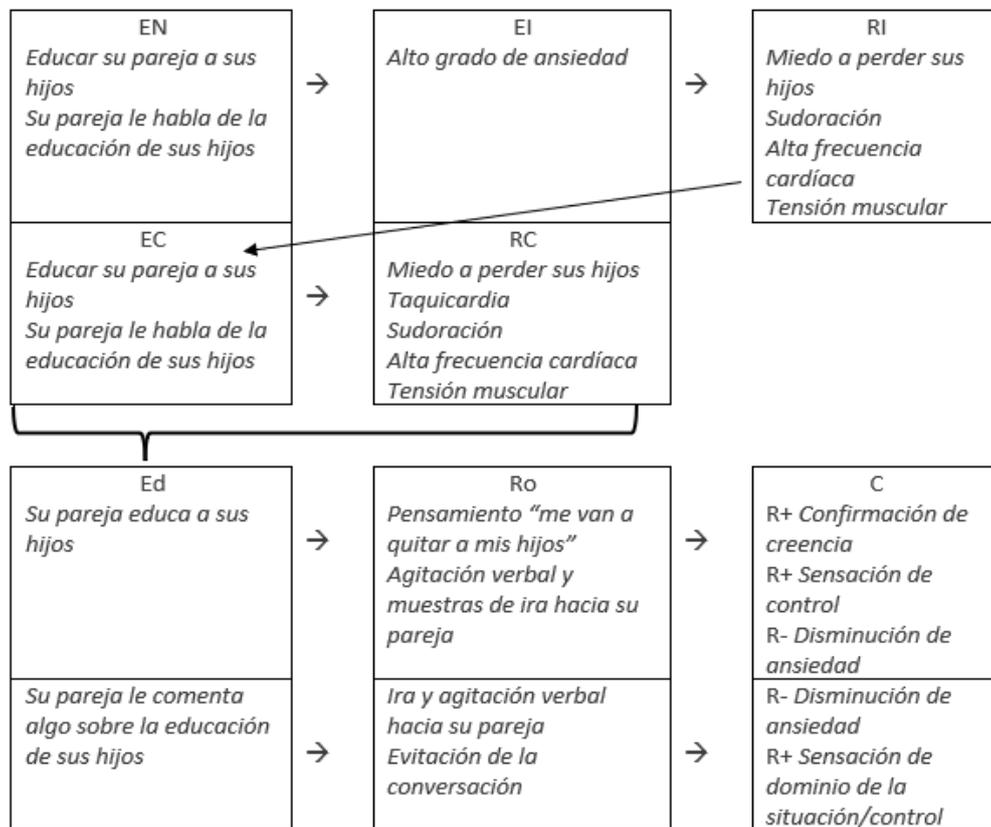


Nota: EN: Estímulo neutro; EI: Estímulo incondicionado; RI: Respuesta Incondicionada; EC: Estímulo condicionado; RC: Respuesta condicionada; Ed: Estímulo discriminativo; Ro: Respuesta Operante; C: Consecuencia; R+: Refuerzo positivo; R-: Refuerzo negativo.

Respecto al segundo motivo de consulta, agitación verbal con ira y discusiones con su pareja, el origen se encontraba en el momento en el que la expareja era conocedora del nuevo matrimonio, y que sus hijos convivieran con su nueva pareja, su esposa. Así, la expareja prohibió a J. la implicación de su esposa en la crianza de sus hijos, y si interfiriese, lucharía para quitarle la custodia compartida e intentar obtener la custodia completa de sus hijos. Así, eventos como la participación de su esposa en la educación de sus hijos, o el hecho de que su esposa le hiciera comentarios sobre la educación de éstos, provocaba en J. respuestas de ansiedad e ira, ante las cual generaba conductas operantes, tal como podemos ver en la Figura 2.

Figura 2

Análisis Funcional: Hipótesis de Origen del Motivo de Consulta “Agitación Verbal con Ira y Discusiones con su Pareja”.



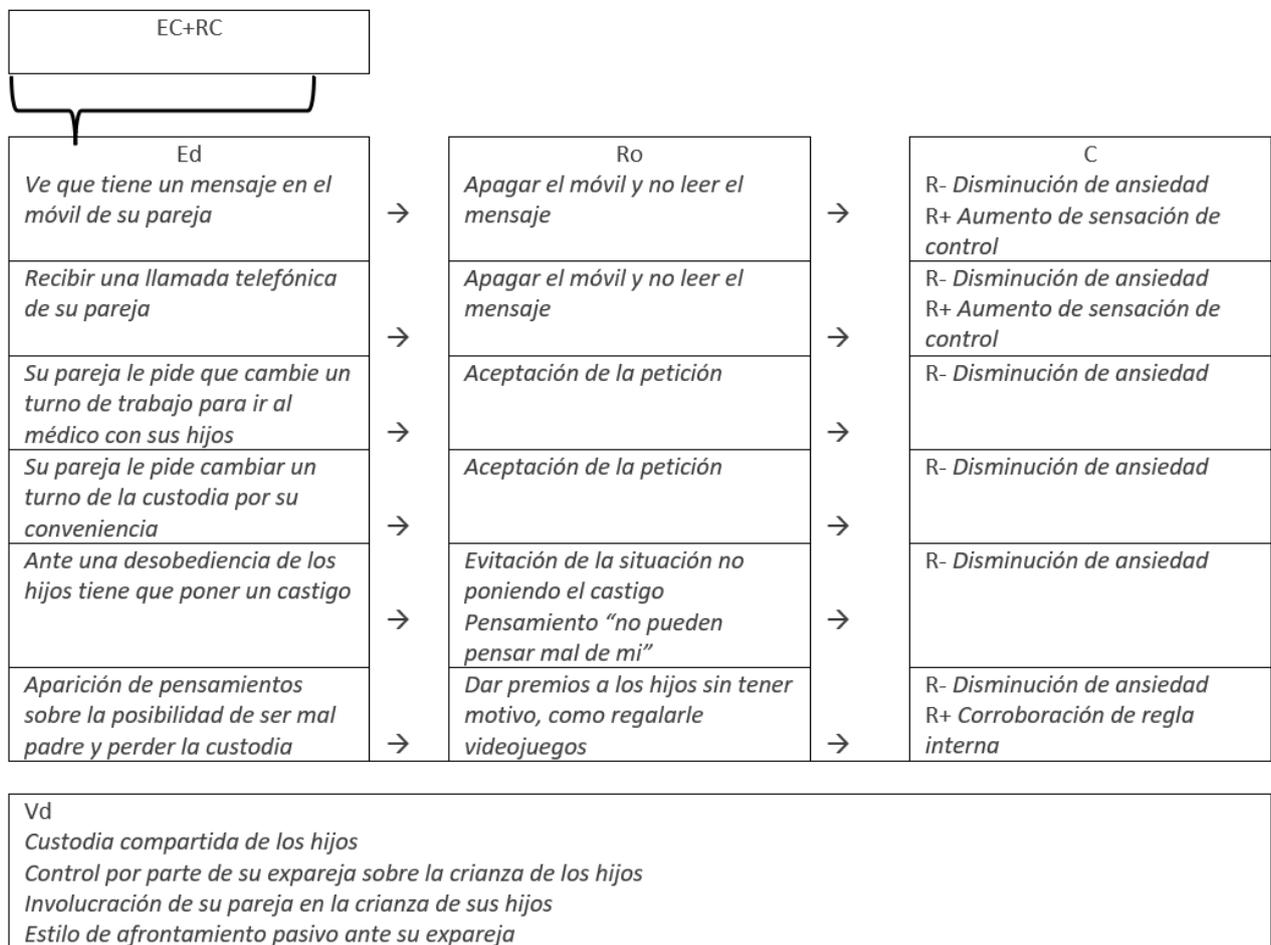
Nota: EN: Estímulo neutro; EI: Estímulo incondicionado; RI: Respuesta Incondicionada; EC: Estímulo condicionado; RC: Respuesta condicionada; Ed: Estímulo discriminativo; Ro: Respuesta Operante; C: Consecuencia; R+: Refuerzo positivo; R-: Refuerzo negativo.

4.2.2 Hipótesis de Mantenimiento

Respecto al primer motivo de consulta, ansiedad y conductas de evitación, las conductas problema sucedían en distintos contextos. Existen diferentes respuestas operantes dadas por J. ante distintos estímulos discriminativos, así como diversas consecuencias que obtenía J. a través de esas conductas (Ver Figura 3).

Figura 3

Análisis Funcional: Hipótesis de Mantenimiento del Motivo de Consulta “Ansiedad y Conductas de Evitación”.

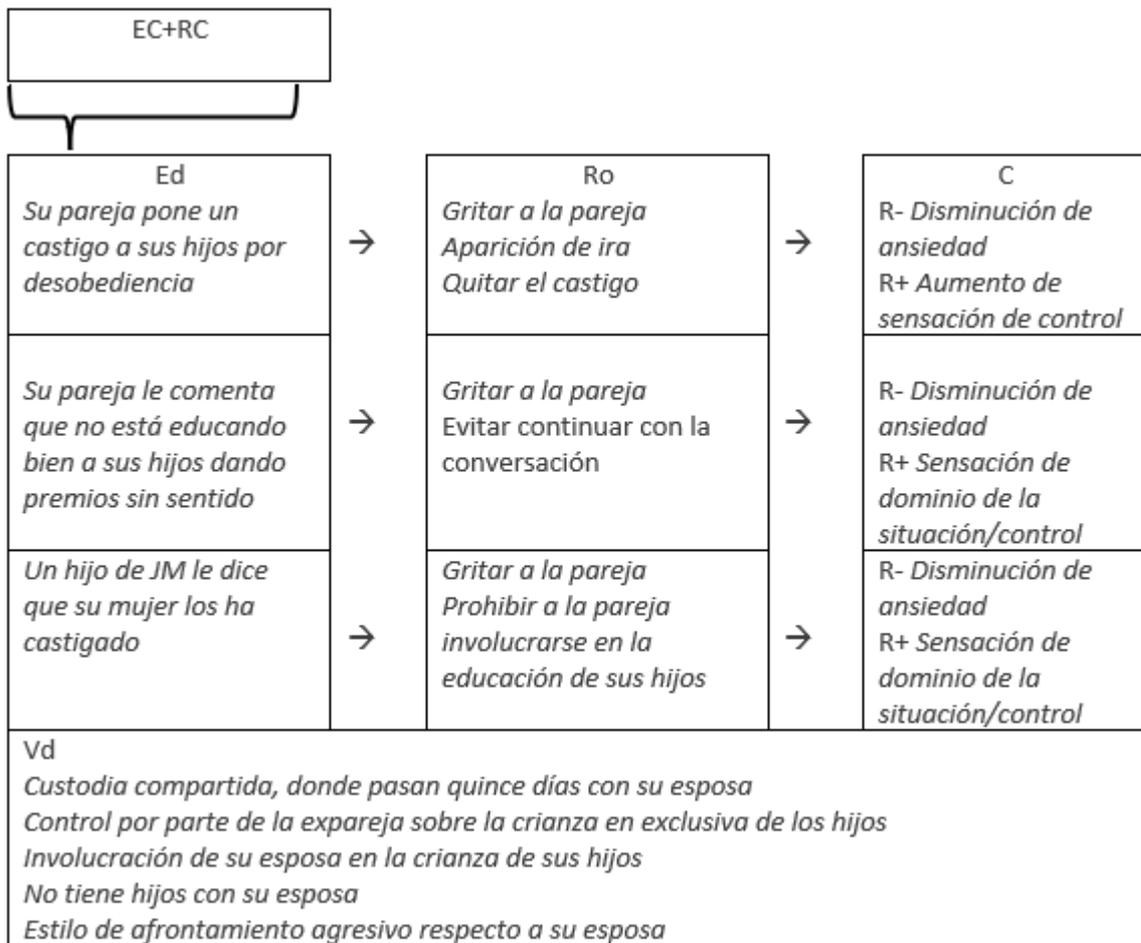


Nota: EN: Estímulo neutro; EI: Estímulo incondicionado; RI: Respuesta Incondicionada; EC: Estímulo condicionado; RC: Respuesta condicionada; Ed: Estímulo discriminativo; Ro: Respuesta Operante; C: Consecuencia; R+: Refuerzo positivo; R-: Refuerzo negativo; Vd: Variable disposicional.

Respecto al segundo motivo de consulta, agitación verbal con ira y discusiones con su pareja, se muestra igualmente el análisis funcional en la Figura 4 (ver Figura 4).

Figura 4

Análisis Funcional: Hipótesis de Mantenimiento del Motivo de Consulta “Ansiedad y Conductas de Evitación”.



Nota: EN: Estímulo neutro; EI: Estímulo incondicionado; RI: Respuesta Incondicionada; EC: Estímulo condicionado; RC: Respuesta condicionada; Ed: Estímulo discriminativo; Ro: Respuesta Operante; C: Consecuencia; R+: Refuerzo positivo; R-: Refuerzo negativo; Vd: Variable disposicional.

Se establecieron los siguientes objetivos y técnicas dirigidas a conseguirlos:

- Reducir/diminuir la ansiedad, a través de:

- Psicoeducación sobre ansiedad: funcionamiento y desarrollo.
 - Respiración profunda o diafragmática.
- Modificar pensamientos irracionales. Con esto se pretendía actuar frente a los pensamientos que aparecían en J. sobre la posibilidad de perder la custodia o el pensamiento sobre la imposibilidad de participar en la educación de sus hijos de su pareja. Para lograrlo se usaría la siguiente técnica:
 - Reestructuración Cognitiva.
- Entrenar en habilidades sociales y estilo de afrontamiento asertivo. De cara a poder establecer un estilo de afrontamiento asertivo tanto en sus interacciones con su pareja como con su expareja, se realizaría un entrenamiento en habilidades sociales y estilo de afrontamiento con las siguientes herramientas
 - Psicoeducación en Habilidades sociales y estilos de afrontamiento.
 - Entrenamiento en conductas asertivas.
- Eliminar conductas de evitación. Se utilizaría para cumplir este objetivo:
 - Exposición con prevención de respuesta.
- Eliminar conductas de agresión verbal e ira. Se usarían las siguientes herramientas:
 - Psicoeducación en emociones.
 - Detención del pensamiento.
- Adquirir herramientas para ayudar a educar a sus hijos. Esto se haría a través de las siguientes herramientas:
 - Psicoeducación en el uso de refuerzos y de castigos.
 - Simulación de situaciones en las que tiene que actuar con sus hijos.

5. Tratamiento

La intervención se realizó con Terapia Cognitivo Conductual. El proceso terapéutico con J. tuvo una duración de dieciséis sesiones, comenzando en octubre de 2022 y terminando en enero de 2023. Las sesiones tuvieron una frecuencia semanal, existiendo semanas sin sesiones debido a enfermedad del paciente, y vacaciones de Navidad. Todas las sesiones tenían una duración aproximada de 60 minutos, y entre sesiones, se invitaba al paciente a realizar tareas y/o lecturas recomendadas para apoyar o continuar el trabajo que se hacen en las sesiones presenciales.

Las cuatro primeras sesiones se dedicaron a realizar la evaluación de las distintas conductas problema, además de utilizar las primeras sesiones para fomentar la alianza terapéutica y crear vínculo con el usuario. Se propusieron tareas entre consultas para optimizar tiempos, como, por ejemplo, cuestionarios y autorregistros. En cuanto a los cuestionarios, se realizó el primero en sesión para observar la capacidad y destreza del usuario para realizarlos, y solventar alguna duda sobre su realización. Al comprobar la óptima realización, los siguientes se enviaron para realizar entre sesiones, con el objetivo de optimizar tiempos.

En la quinta sesión se realizó una devolución al paciente de la información recabada durante la evaluación, y desde la sexta hasta la decimoquinta sesión se realizó intervención. La sesión decimosexta se dedicó a realizar un cierre de la terapia por decisión del usuario, al referir haber completado suficientemente los objetivos planteados. Además, se encuentra un tema económico en esta decisión. Se programa una sesión de seguimiento tras un mes finalizada la última sesión. Era importante programar esta sesión para comprobar el mantenimiento de los resultados obtenidos en la fase de intervención, así como corregir posibles desviaciones de uso de las técnicas o herramientas que se habían suministrado al consultante.

Aunque el tratamiento en sí comenzó en la sesión número seis, desde la primera sesión se trabajó por parte del terapeuta en la creación de vínculo terapéutico, pues, siguiendo a Corbella & Botella (2003), la alianza terapéutica va a influir en el desarrollo del proceso terapéutico, y esta alianza influirá, positiva o negativamente, en la consecución de los objetivos que se tengan para tal tratamiento.

El cronograma de las sesiones se puede ver en la Tabla 2 (ver Tabla 2).

Tabla 2

Cronograma de las sesiones, objetivos, técnicas utilizadas y tareas para el consultante recomendadas entre sesiones.

Sesión	Objetivo	Técnica	Tareas del consultante entre sesiones
1	<p>Evaluación. Conocer al paciente y sus motivos de consulta, así como el establecimiento del marco y fomento de la alianza terapéutica.</p> <p>Comentar con el usuario las características del Centro PsicoEca, método de trabajo y la orientación del proceso terapéutico.</p> <p>Responder las dudas que el consultante tenga en esta primera sesión.</p>	Entrevista semiestructurada.	Completar el autoinforme "Historia biográfica" (ver Anexo 3). Autorregistro de Situaciones (Anexo 2).
2	Evaluación. Repasar autoinforme "Historia Biográfica" para profundizar en áreas personales, familiares, sociales y laborales.	Entrevista semiestructurada y autorregistro.	Completar el cuestionario Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (State-Trait Anger Expression Inventory, STAXI-2; Spielberger,

- Revisar Autorregistro de Situaciones, analizando cada una de las situaciones traídas a consulta.
- Cumplimentar del cuestionario Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, 1986).
- 3 Evaluación. Profundizar en su vida en pareja y en su relación pasada y actual, así como el funcionamiento de la familia. Entrevista semiestructurada y cuestionario Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Autorregistro de situaciones (Anexo 2).
- Buscar variables disposicionales y factores de protección.
- Revisar el Autorregistro de Situaciones, analizando cada una de las situaciones traídas a consulta
- 4 Evaluación. Analizar el área laboral y social del consultante. Entrevista semiestructurada y autorregistro.
- Revisar el Autorregistro de Situaciones traídas a consulta.
- 1999) y el Inventario de Asertividad de Rathus (Rathus, 1973).

5	Devolver a través de Análisis Funcional y resultados de los cuestionarios la información obtenida en las sesiones de evaluación, así como establecer los objetivos terapéuticos.	Entrevista.	Realizar una reflexión sobre la información transmitida en la devolución y escribir un correo al terapeuta comentado sus conclusiones.
6	Disminuir la ansiedad y activación fisiológica del usuario.	Psicoeducación, utilizando ejemplos y definiciones. A través del diálogo, buscar ejemplos en el día a día del consultante. Entrenamiento en respiración profunda. Práctica de la respiración en sesión e instrucciones para la realización de esta técnica en casa.	Práctica diaria de respiración profunda. Se recomienda hacerla dos veces al día, y se puede realizar en compañía de otra persona, como su pareja.
7	Identificar y modificar pensamientos desadaptativos y creencias irracionales.	Psicoeducación del sistema de creencias a través del Modelo ABC de Ellis para identificar y cuestionar pensamientos desadaptativos. Reestructuración Cognitiva.	Autorregistro de Pensamientos Desadaptativos (ver Anexo 4). Se explica el Autorregistro poniendo ejemplos de posibles pensamientos-
8	Revisar el autorregistro de Pensamientos Desadaptativos que trae el usuario.	Reestructuración Cognitiva, Parada de Pensamiento y Debate Socrático.	Autorregistro de Pensamientos Desadaptativos (Anexo 4) y práctica

- | | | | |
|----|--|---|--|
| | Cambiar pensamientos desadaptativos y creencias irracionales. | | de Parada de Pensamiento. Se explica el autorregistro poniendo ejemplos de posibles pensamientos. |
| 9 | Entrenar en habilidades sociales, conductas asertivas y estilos de afrontamiento para optimizar la comunicación del usuario con su pareja, su expareja y sus hijos. | Psicoeducación sobre habilidades sociales y estilos de comunicación.
Entrenamiento en conductas asertivas. | Autorregistro de Estilo de Comunicación (ver Anexo 5). Se explica el autorregistro poniendo ejemplos de posibles situaciones. |
| 10 | Revisar el Autorregistro de Estilo de Comunicación para analizar el estilo comunicativo del usuario en diferentes situaciones, contextos y con diferentes personas.

Entrenar en habilidades sociales, conductas asertivas y estilos de afrontamiento. | Entrenamiento en conductas asertivas.
Simulación de situaciones de comunicación para poner en práctica las conductas asertivas entrenadas. | Autorregistro de Estilo de Comunicación (Anexo 4). |
| 11 | Eliminar conductas de evitación del usuario con su expareja. | Psicoeducación y exposición en imaginación con prevención de respuesta. Se preparan situaciones que pueden ocurrir durante la semana donde el usuario se pueda exponer. Estas situaciones son las de más baja intensidad para el usuario. | Exposición a situaciones de más baja intensidad. Se ponen ejemplos en sesión de las que pueden ser situaciones de baja intensidad para el usuario. |

			controlar el grado de exposición del consultante. Respiración profunda.
12	Revisar situaciones en las que ha podido exponerse, y continuar trabajando la eliminación de conductas de evitación del usuario con su expareja.	Se continúa con la exposición en imaginación con prevención de respuesta de situaciones con más alta intensidad.	Exposición a situaciones y respiración profunda.
13	Revisar situaciones expuestas por el usuario y consecuencias. Eliminar conductas de agresión verbal e ira con su pareja.	Psicoeducación de emociones, parada de pensamiento y resolución de problemas.	Autorregistro de Estilo de Comunicación (Anexo 5) centrado en las interacciones con su pareja. Práctica de parada de pensamiento.
14	Revisar el Autorregistro de Estilo de Comunicación con su pareja y eliminar conductas de agresión verbal e ira con su pareja.	Retomamos parada de pensamiento, pues el usuario no lo ha practicado entre semana. Simulación de situaciones de comunicación con su pareja.	Práctica de parada de pensamiento.

- | | | | |
|----|---|---|---|
| 15 | Eliminar conductas de agresión verbal con su pareja y entrenamiento en uso de refuerzos y castigos con sus hijos. | Simulación de situaciones de comunicación.
Psicoeducación sobre uso de refuerzos con sus hijos, poniendo ejemplos y situaciones del usuario. | Realización de los cuestionarios para post-test. Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (State-Trait Anger Expression Inventory, STAXI-2; Spielberger, 1999), Inventario de Asertividad de Rathus (Rathus, 1973) y cuestionario Escala Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). |
| 16 | Cerrar la terapia. Revisar los objetivos que se han tratado en consulta, así como recomendar pautas para el mantenimiento de los objetivos conseguidos. | Entrevista semiestructurada. | |
-

6. Valoración del tratamiento

Para evaluar y realizar una valoración del tratamiento, existen dos importantes aspectos a tener en cuenta para ello: la adherencia al tratamiento y la consecución de los objetivos planteados tras la evaluación. Vemos los dos puntos independientemente.

6.1. Adherencia al tratamiento

Entendemos la adherencia al tratamiento como el proceso por el cual la persona que sigue un tratamiento realiza las acciones necesarias para la consecución de este, teniendo en este proceso importancia tanto el destinatario de la terapia, como el terapeuta. Siguiendo a Nieto y Pelayo (2009), existen tres momentos en los que la adherencia al tratamiento es clave. El primer momento, es conseguir que la persona que tiene un problema solicite o busque ayuda de un profesional. En este punto, el terapeuta no interfiere. El segundo momento es mantener al demandante involucrado con el tratamiento planificado; y un tercer momento que sería que la persona mantuviera a lo largo del tiempo los cambios conseguidos o los objetivos cumplidos a lo largo del tiempo. La TCC facilita la adherencia terapéutica, disminuye las recaídas y ayuda a la persona a manejar las consecuencias psicosociales de la enfermedad, modificando el estilo de vida (Oviedo Neria, 2018). En el caso que nos ocupa, el consultante ha estado implicado desde el momento de la evaluación en la consecución de los objetivos, mostrándose participativo en las sesiones y realizando las tareas recomendadas durante todos los periodos entre las distintas sesiones, exceptuando la parada de pensamiento, todo ello tanto por la predisposición de él como por el vínculo creado por el terapeuta. Por lo tanto, creo que ha existido adherencia al tratamiento por parte del consultante, hecho que facilita la concesión de los objetivos obtenidos, sin poder conocer hoy si éstos se mantienen a lo largo del tiempo.

6.2. Consecución de objetivos

Durante las diez sesiones propias de tratamiento (sesión seis a la sesión quince), se han trabajado los diferentes objetivos que se plantearon tras la evaluación realizada. A continuación, vemos en qué medida se han conseguido cada uno de estos objetivos consensuados con el consultante:

- Reducir/disminuir la ansiedad. Respecto a este objetivo, se puede ver la comparación de los resultados del cuestionario STAI en la evaluación y al final del tratamiento en sus puntuaciones directas (ver Figura 2) así como en los percentiles (ver Figura 3).

Figura 5

Puntuaciones directas del cuestionario STAI pre y post tratamiento

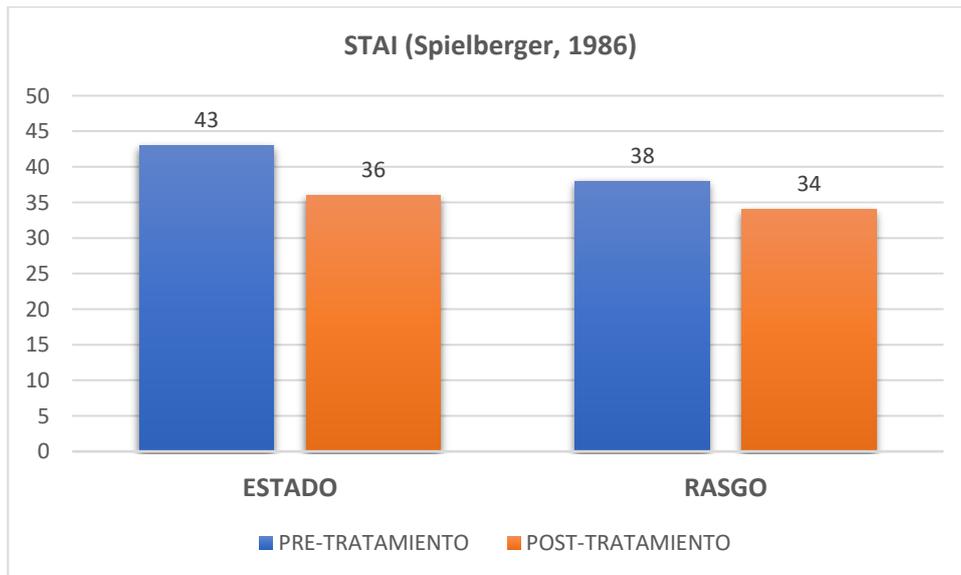
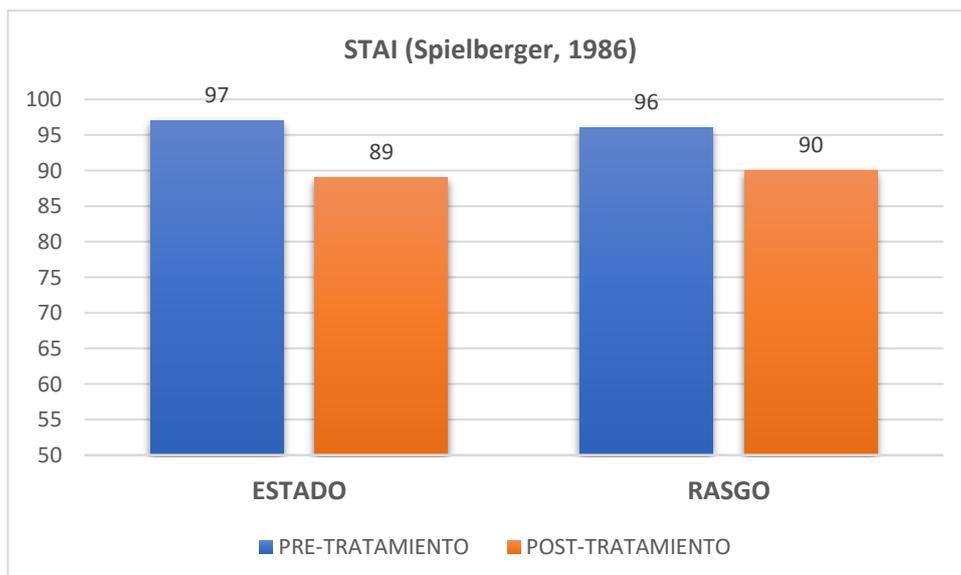


Figura 6

Percentiles del cuestionario STAI pre y post tratamiento



Además de estos resultados, el consultante verbaliza «no tengo taquicardia ni siento como si me faltara el aire» cuando ve un mensaje de texto en su móvil de su expareja, o cuando «hablo con mi mujer sobre mis hijos».

- Modificación de pensamientos irracionales. Una vez trabajada la ansiedad, y practicado por parte del consultante respiración profunda, se puede trabajar en sus pensamientos irracionales y creencias. Se llevó a cabo psicoeducación y reestructuración cognitiva, técnicas con las cuales, al final del tratamiento, el consultante cambió verbalizaciones sobre sus pensamientos iniciales, como podemos ver en la Tabla 3.

Tabla 3

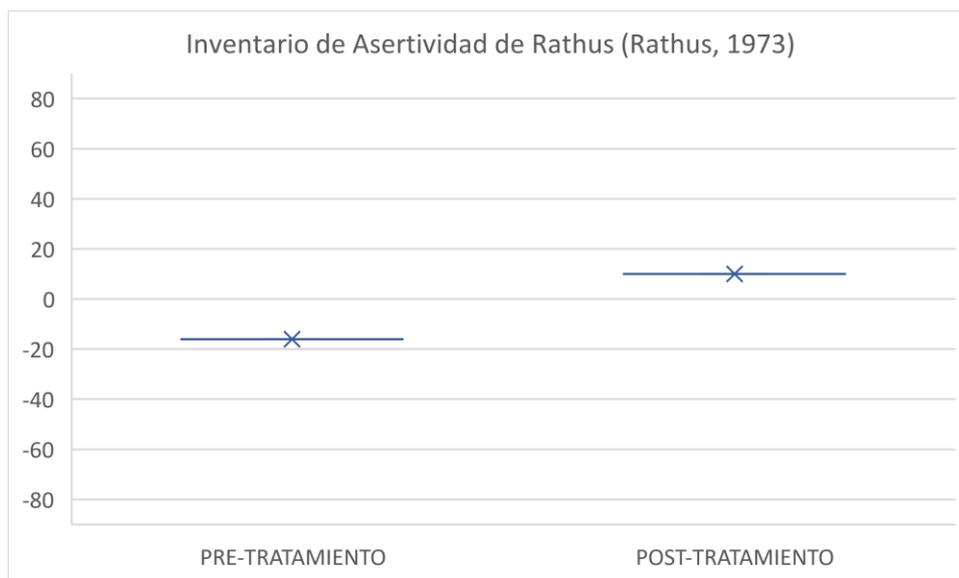
Ejemplos de verbalizaciones sobre pensamientos pre y post tratamiento

Verbalizaciones pre tratamiento	Verbalizaciones post tratamiento
«En cualquier momento mi expareja puede pedir la custodia total y quitarme a mis hijos» (Sesión 1)	«Para pedir la custodia total de mis hijos debe tener argumentos sólidos, y no los tiene» (Sesión 8)
«Si mi mujer educa a mis hijos, será un motivo más para que mi expareja me quite a mis hijos» (Sesión 2)	«Los niños conviven conmigo y con mi mujer, por lo tanto, ella también educa los niños, pues vivimos todos juntos. Además, ella quiere lo mejor para ellos» (Sesión 8)
«¡No puedo castigar a mis hijos! Imagínate que luego van a su madre y le dicen que soy un “mal padre”» (Sesión 2)	«Si tengo que castigar a uno de mis hijos, lo tengo que hacer, igual que cuando los premios, pues eso es parte de su educación, y soy su padre. Si su madre se enfada, le explicaré los motivos» (Sesión 9)
«Cuando mi pareja viene a comentarme algo de mis hijos, corto la conversación enseguida, pues eso sería algo que la madre de mis hijos no aprobaría» (Sesión 2)	«Cuando mi mujer viene a decirme algo de mis hijos, tengo que escucharla, pues ella quiere como yo, lo mejor para ellos» (Sesión 9)

- Entrenamiento en habilidades sociales y estilo de afrontamiento asertivo. Se ha trabajado a través de la psicoeducación y ejercicios de simulación en diferentes situaciones. Con estas herramientas el consultante fue capaz de exponerse a situaciones de su día a día, de forma positiva, aumentando así tanto su bienestar psicológico como social. Logró llevar a cabo una comunicación más funcional con la que no se generaba la ansiedad que se producía al principio. De esta manera, ha expresado su punto de vista de forma calmada respetando el punto de vista de la otra persona. Esto, apoyado por la reestructuración cognitiva que se realizó previamente, tuvo como resultado el poder realizar comunicaciones con su esposa, además de poder defender sus intereses frente a su expareja. Además, podemos ver cómo ha mejorado la puntuación en el cuestionario Inventario de Asertividad de Rathus (1973). Lo podemos ver en la Figura 4.

Figura 7

Puntuaciones directas del cuestionario Inventario de Asertividad de Rathus (1973) pre y post tratamiento



Nota: El gráfico representa la puntuación obtenida en el cuestionario, la cual puede comprender entre -90 (mínima asertividad) y +90 (máxima asertividad).

- Eliminar conductas de evitación. Como se vio en las hipótesis de origen y mantenimiento, el consultante presentaba conductas de evitación (Respuestas Operantes), tales como apagar el móvil para no ver mensajes de su expareja, aceptar las peticiones que su expareja le hacía (evitaba confrontarse con ella), evitaba poner un castigo a su hijo o evitaba mantener una conversación con su mujer por un tema de los hijos. Tras la psicoeducación y la exposición con prevención de

respuesta, el consultante, a lo largo de las sesiones se ha expuesto a todas estas situaciones no realizando la conducta de evitación. En el caso de “apagar el móvil y no leer el mensaje”, a la finalización del tratamiento, el consultante sigue refiriendo ansiedad cuando ve una notificación en su teléfono, y procrastina la acción todo lo que puede.

- Eliminar las conductas de agresión verbal e ira. A través de la psicoeducación sobre emociones e ira, y ejemplarizando su ira como un volcán que está a punto de estallar y que podemos saber cuándo atendiendo a los terremotos previos, el consultante, apoyado por la parada del pensamiento, ha controlado su ira en los momentos en los que ha tenido que mantener una conversación con su pareja, siendo el motivo de esta comunicación una reflexión, demanda o consejo de su pareja sobre sus hijos. Ha ayudado a conseguir este objetivo la reestructuración previa que se realizó, así como disminuir el nivel de ansiedad en J.
- Adquirir herramientas para ayudar a educar a sus hijos. Este es el último objetivo trabajado a través de la psicoeducación sobre refuerzos y castigos, y a través de ejemplos generales y concretos del día a día de sus hijos. Falta evaluar el resultado de este objeto, pues al terminar la terapia, no se ha realizado seguimiento de la aplicación que ha tenido esta psicoeducación. En la sesión de seguimiento que se pretende realizar un mes concluida la terapia, se evaluará el grado de consecución que tiene este objetivo.

De esta manera se ve cómo los objetivos planteados con el consultante en la sesión de devolución se han ido cumpliendo, a falta de conocerlo en el último. Si el consultante mantiene la implicación y adherencia al tratamiento que ha mostrado durante las sesiones de tratamiento, es posible que este último objetivo también se cumpla. Además, de igual forma, cabe pensar, por esta implicación y adherencia, que también se cumpla el tercer punto que vimos al principio del apartado, que la persona mantuviera a lo largo del tiempo los cambios conseguidos o los objetivos cumplidos a lo largo del tiempo.

7. Discusión y conclusiones

7.1 Discusión

En este trabajo se plantea un caso de ansiedad e ira, el cual se aborda desde la Terapia Cognitivo Conductual. Los trastornos de ansiedad están caracterizados por la presencia de miedo y de preocupaciones, produciéndose estas emociones en presencia de un estímulo o una situación que potencialmente no es peligrosa para la persona. Además, actualmente, los trastornos de ansiedad tienen una alta prevalencia en nuestra sociedad. Se estima que el 3,6 % de la población mundial sufre de un trastorno de ansiedad a fecha de 2015, siendo quizás, más preocupante, que esta cifra aumenta cada año, reflejando un incremento de 14,9% desde el 2005 debido, sobre todo, al crecimiento y envejecimiento de la población (World Health Organisation, 2017). A falta de nuevos datos de la Organización Mundial de la Salud, estas cifras habrán crecido a causa de la pandemia producida por COVID-19. En años venideros podremos confirmar esta hipótesis con las nuevas actualizaciones del informe.

Además del problema que supone los trastornos de ansiedad, en el caso que se trata en este trabajo, aparece también ira, emoción que, siguiendo a Sanford y Rowatt (2004), puede afectar negativamente a las relaciones interpersonales, pudiendo agravar más la problemática del consultante, pues las relaciones del consultante con su pareja están afectadas.

Para el abordaje de este caso se tomó como referencia la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Esta decisión es tomada ya que la TCC, en los trastornos de ansiedad, es considerada de primera opción, tanto por su eficacia clínica como por la facilidad que tiene para su implementación (Arch et al., 2012, Tolin, 2010, citados en Diaz & Diaz, 2020).

A la hora de diseñar la intervención del caso, en lugar de utilizar un programa de intervención estandarizado, se han usado técnicas en función de las hipótesis explicativas del caso a través del Análisis Funcional. De esta manera, usando técnicas contrastadas empíricamente se ha abordado de forma personalizada los problemas del consultante. Además de utilizar el Análisis Funcional, se han usado cuestionarios antes y después de la intervención para evaluar cuantitativamente el resultado del tratamiento.

Tras las dieciséis sesiones semanales de una hora duración con el consultante (cuatro de evaluación, una de devolución y establecimiento de objetivos, diez de tratamiento y una de cierre), el consultante ha mostrado mejoría en los objetivos planteados, disminuyendo su ansiedad, modificando y sustituyendo pensamientos irracionales, aumentando sus habilidades sociales, eliminando conductas de evitación y disminuyendo su agresión verbal e ira.

No obstante, aun teniendo estos resultados positivos, el caso posee una serie de limitaciones. La primera de ellas se refiere a la duración del tratamiento. El consultante decidió, por motivos económicos, terminar el tratamiento en la sesión decimoquinta al considerar que los objetivos que se habían planteado estaban suficientemente cubiertos, todo ello apoyado por los avances que había tenido en los dos motivos de consulta por los que solicitó ayuda. El consultante realizó verbalizaciones tales como «no me veía capaz de poder imponer una opción mía a mi expareja» o «mi mujer me dice que ha notado mucho el cambio en mí, que ya no dejo salir al monstruo que salía cuando me comentaba algo de los niños». El poder realizar conductas que anteriormente evitaba, con nula o mínima ansiedad, y comprobar que hasta su pareja le reforzaba positivamente sobre el avance que había tenido en su comunicación con ella, hizo que tomara la decisión de dar por finalizado el tratamiento. Aun así, se realizó una decimosexta sesión de cierre gratuita, pues aunque los resultados que se habían obtenido eran positivos, era muy recomendable hacer una recopilación de todo el proceso: se recordó cuál era su punto inicial, retomando el análisis funcional; se recordaron los objetivos propuestos al inicio del tratamiento, se repasaron las técnicas y herramientas que se trabajaron en las diferentes sesiones, y se dieron al consultante una serie de recomendaciones para mantener las conductas modificadas, ya que creo que se podría haber dedicado más tiempo a consolidar avances en objetivos tales como “eliminar las conductas de evitación” y el “control de la ira y la agresión verbal”. Aunque se trabajaron en sesión, las exposiciones en su día a día han sido limitadas y, aun siendo favorables las que ha tenido, hubiera sido aconsejable evaluar la reacción del consultante en otras, así como examinar si el nivel de ansiedad que se redujo inicialmente se mantenía o volvía a aumentar en alguna situación. Esta falta de seguimiento se intenta compensar citando al consultante para una evaluación al mes del final del tratamiento, con objetivo de realizar un seguimiento. En este momento se podría responder a algunas de estas cuestiones.

Además del marco de la Terapia Cognitivo Conductual, desde un punto de vista integrador, se podrían haber añadido, tanto en la fase de evaluación como en la de tratamiento, técnicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). En ACT, a la hora de diseñar un proceso de intervención, se parte de la premisa que “el problema del cliente no es tener ciertos pensamientos o sentimientos que se valoran negativamente, sino que el problema viene dado por el modo en el que la persona reacciona ante esos eventos privados”(Páez-Blarrina et al., 2006). La ACT puede ser un buen complemento, “ya que engloba métodos basados en el modelo de flexibilidad psicológica como medio para promover cambios de comportamiento consistente con los valores personales” (Hayes, Stroschal y Wilson, 1999, citados en Diaz & Diaz, 2020). En la fase de evaluación, el terapeuta, a través de la entrevista, pudo comprobar la alta importancia que le daba el consultante al valor de ser padre en particular, y a la familia en general. Un valor se refiere a aquellas cualidades que la persona selecciona para orientar y dar sentido a su vida. Y además de los valores, la ACT plantea que los problemas que pueda tener el consultante producen conductas de evitación, con el fin de no experimentar el malestar de las situaciones en las que está presente este problema. En el caso que nos

ocupa, vemos cómo el consultante posee unos valores definidos y manifiesta respuestas operantes como conductas de evitación. Así, se podría trabajar con J., apoyando a las técnicas utilizadas en el caso, a fomentar acciones sobre esas conductas de evitación tomando una dirección hacia sus valores, sirviendo estos valores como reforzadores.

Desde esta perspectiva, se podría haber añadido en la fase de evaluación el cuestionario Cumplimentación del Formulario Narrativo de Valores (Hayes et al., 2005) y el VLQ-2 (Wilson et al., 2010). Además, para la clarificación de valores se podría haber realizado el ejercicio experiencial del funeral (Wilson & Luciano, 2014). Con ello se hubiera tenido en la evaluación los valores de J. de una forma más estructurada.

En cuanto al proceso de intervención, en las primeras sesiones de tratamiento, junto a la psicoeducación en ansiedad realizada, se podría haber realizado un ejercicio de desesperanza creativa, así como uno de clarificación de direcciones valiosas. Estos ejercicios hubieran apoyado la exposición que realizaría el consultante posteriormente durante el proceso de intervención, y en su vida habitual después.

7.2. Valoración personal

En este trabajo se aborda un caso de ansiedad con conductas de ira. Se ha elegido este caso por ser un caso representativo de la problemática que podemos encontrar a diario en nuestra sociedad. Esta extensa prevalencia hace que el término “ansiedad” salte de las consultas para ser utilizados en el día a día de las personas, en blogs, redes sociales, etc. Este hecho hace que muchas personas tomen iniciativa para poder hacer frente a esta ansiedad. Pero puede que no recurran a fuentes profesionales, por lo que podría tener, incluso, efectos contrarios a los deseados. Por otro lado, el hecho de tener un tema presente en el día a día de la sociedad, como es el caso de la ansiedad, puede ayudar a que ese tema se normalice y no se estigmatice. Esta normalización hace que cada vez sea más frecuente buscar soluciones profesionales. Por tanto, este caso es un ejemplo de lo que podemos encontrar en las agendas de cualquier terapeuta.

Trabajar como coterapeuta en este caso me ha brindado una doble oportunidad. Por un lado, poder participar como observador de la planificación de un proceso de intervención personalizado desde el inicio, donde todas las horas dedicadas a la teoría que he tenido a lo largo de mi formación, se han visto materializadas en algo tan importante como ayudar a una persona a resolver los problemas que trae a consulta. Esto da sentido a muchos esfuerzos realizados previamente. Y, por otro lado, poder experimentar algo menos tangible en las lecturas, que es la importancia que tiene el vínculo terapéutico en el proceso de intervención. Cuando ese vínculo se crea, la confianza depositada en el terapeuta optimiza y potencia toda la eficacia de las técnicas que se utilicen.

De forma personal, me queda agradecer la oportunidad de colaborar en el centro PsicoEca y tener la experiencia de ser coterapeuta.

8. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association, D.-5 T. F. & A. P. A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*.
- Ballesteros, R. F. (2013). *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos*. Pirámide.
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., y Seisdedos Cubero, N. (2011). Cuestionario de ansiedad estado-rasgo: Adaptación española. TEA ediciones.
- Caballo, V. E. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1). Siglo Veintiuno de España.
- Caballo, V. E. (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 2). Siglo Veintiuno de España.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Olivares, P., Irurtia, M. J., Olivares, J., y Toledo, R. (2014). Evaluación de las habilidades sociales: estructura factorial y otras propiedades psicométricas de cuatro medidas de autoinforme. *Behav Psychol*, 22(3), 375-399.
- Cano-Vindel, A., Dongil-Collado, E., Salguero, J. M., y Wood, C. M. (2011). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. *Informació Psicològica*, 102.
- Castanyer, O. (2010). *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. Desclée de Brouwer.
- Corbella, S., y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: Historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2).
- Díaz, M. S., y Díaz, N. S. (2020). *Una perspectiva contextual: act para trastornos de Ansiedad*. In XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-007/654>
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Stuart.
- Esteves Villanueva, A. R., Paredes Mamani, R. P., Calcina Condori, C. R., y Yapuchura Saico, C. R. (2020). Habilidades Sociales en adolescentes y Funcionalidad Familiar. *Comuni@cción: Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo*, 11(1). <https://doi.org/10.33595/2226-1478.11.1.392>
- Fernández, M. Á. R., García, M. I. D., y Crespo, A. V. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer Madrid.

- Froxán-Parga, M. X. (Coord.). (2020). *Análisis funcional de la conducta humana*. Ediciones Pirámide.
- García, C. H. (2001). El refuerzo y el estímulo discriminativo en la teoría del comportamiento. Un análisis crítico histórico-conceptual. *Revista latinoamericana de psicología*, 33(1), 45-52.
- García Grau, E., Fusté Escolano, A., Ruiz Rodríguez, J., Arcos, M., Balaguer Fort, G., Guzmán Pérez, D., y Bados López, A. (2019). *Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales*. Dipòsit Digital Universitat de Barcelona, Col·lecció OMADO, document de treball.
- García, M. I. D., Fernández, M. Á. R., y Crespo, A. V. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Gil, A., y Cano, A. (2001). Aplicación de técnicas cognitivo conductuales en un caso de ansiedad generalizada. *Revista Psiquiatría. com*, 5(3).
- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (2005). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. 1999. *New York: Guilford*.
- Haynes, S. N., & O'Brien, W. H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10(6). [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90074-K](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90074-K)
- Izard, C. E. (1993). *Organizational and motivational functions of discrete emotions*. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 631–641). The Guilford Press.
- Kuaik, I. D., & de la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42-50.
- Leandro, P. (2004). Estilos de afrontamiento y nivel de ansiedad. *Comunicación presentada en: 5º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis*. <http://psiqu.com/1-2549>
- López, M. M., Benito, B. A., y Herrero, S. P. (2019). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Síntesis.
- Martínez-González, L., Olvera Villanueva, G., y Villarreal-Ríos, E. (2018). Efecto de la técnica de respiración profunda en el nivel de ansiedad en adultos mayores. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 26(2), 99-104.
- Megías, A., Maldonado, A., Catena, A., y Cándido, A. (2012). Dos modos de entender la influencia emocional en psicología del tráfico. *Securitas Vialis*, 4(3), 143-152. <https://doi.org/10.1007/s12615-012-9064-x>
- Méndez, F. X., y Olivares, J. (2001). Técnicas de modificación de conducta. *Behavior modification techniques*. Madrid: Biblioteca Nueva, 160-165.
- Miguel-García, F., Calvo-Reyes, M. C., y Rodríguez-Cobo, I. (2021). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros

- clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021. En *BDCAP Series 2. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad.*
- Moreno, C., y Ramirez, I. M. (2019). *Evaluación Psicológica. Proceso, Técnicas y Aplicaciones en Áreas y Contextos.* Sanz y Torres.
- Nieto, L., y Pelayo, R. (2009). Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a ésta, como objeto de la psicología de la salud. *Revista Académica e Institucional, Páginas de la UCPR.,* 85, 61-75.
- Olivares, J., Macià, D., Rosa, A.I., y Olivares-Olivares, P. J. (2018). *Intervención psicológica: Estrategias, técnicas y tratamientos.* Ediciones Pirámide.
- Organización Panamericana de la Salud; (2020). *eCIE-Maps - CIE-10.* 8ª edition.
- Oviedo Neria, M. (2018). Psicología de la salud y adherencia al tratamiento. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula,* 5(9). <https://doi.org/10.29057/esat.v5i9.2879>
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez Martínez, O., Valdivia-Salas, S., y Luciano Soriano, M. del C. (2006). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica.* Universidad de Almería. <http://hdl.handle.net/10481/38011>
- Pardo Cebrián, R., y Calero Elvira, A. (2016). Dificultades en la intervención psicológica de un caso clínico complejo de ansiedad y obsesiones: la importancia del análisis funcional. *Análisis y Modificación de Conducta,* 41(163-64). <https://doi.org/10.33776/amc.v41i163-64.2763>
- Pérez, M. (2008). Aproximaciones a la emoción de ira: de la conceptualización a la intervención psicológica. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción,* 11.
- Pérez, M., Fernández, J. R., Fernández, C., y Amigo, I. (2013). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos.* Ediciones Pirámide.
- Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy,* 4(3), 398-406. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(73\)80120-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(73)80120-0)
- Sanford, K., y Rowatt, W. C. (2004). When is negative emotion positive for relationships? An investigation of married couples and roommates. *Personal Relationships,* 11(3). <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2004.00086.x>
- Stewart, R. E., y Chambless, D. L. (2009). Cognitive-Behavioral Therapy for Adult Anxiety Disorders in Clinical Practice: A Meta-Analysis of Effectiveness Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 77(4). <https://doi.org/10.1037/a0016032>
- Tena Hernández, F. J. (2020). Psicoeducación y salud mental. *Revista científicosanitaria,* 4(3), 36-45.

- Tobal, C., y Cano-Vindel, S. (2001). Inventario de expresión de ira estado-rasgo (STAXI-2). Tea Ediciones.
- Toro Tobar, R. A. (2013). Terapia cognitiva para fobia social: consideraciones desde el modelo cognitivo de Beck. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 8(2).
- Vindel, A. C. (2010). Ansiedad, estrés, emociones negativas y salud. *Atrapados por el estrés*. ©RÍTICA. Nº 968, 12-16
- Wilson, K. G., y Luciano, M. C. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Ediciones Pirámide.
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. (2010). The valued living questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *Psychological Record*, 60(2). <https://doi.org/10.1007/BF03395706>
- World Health Organisation. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. *World Health Organization*.

9. ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento Informado



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROCESO TERAPÉUTICO

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

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

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

LAS CITAS

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

COMUNICACIONES

- Cualquier cambio o modificación podrá ser efectuado mediante correo electrónico psicologia@psicoeca.com
- Para enviar un correo al profesional en asunto se indicará "A la atención del (nombre del terapeuta)" o seguir el hilo de correo que le envíe el terapeuta.

CONFIDENCIALIDAD

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

En Torrejón de Ardoz, a

FDO.

USO Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS CLÍNICOS

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

CONFIDENCIALIDAD

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

Anexo 2

Autorregistro de Situaciones

FECHA Y HORA	SITUACION ¿Qué estaba haciendo en ese momento? ¿Dónde estaba, con quién y qué sucedía? ¿En qué lugar?	EMOCION ¿Qué emociones sintió? En una escala del 0 al 10 ¿cómo de intenso lo sintió?	PENSAMIENTOS ¿Qué le vino en ese momento a la cabeza (recuerdos, imágenes, ideas, etc.)? ¿En qué grado del 0 al 10 pensó que esos pensamientos eran reales?	CONSECUENCIAS ¿Después de ese momento qué fue lo que sucedió?

Anexo 3

Historia Biográfica

HISTORIA BIOGRÁFICA

Fecha: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Trata de describir con tus palabras qué dificultad o dificultades tienes y cómo afectan a tu vida.

¿Hace cuánto tiempo tienes estas dificultad/es? ¿A qué edad estimas que se iniciaron?

¿Con qué frecuencia te ocurre aproximadamente (mensual, semanal, diaria...)?

En la actualidad, ¿qué crees que puede estar causando tus dificultades?

¿Hay factores que las inician o **empeoran**?

(Describe los)

- Momentos del día

- Personas

- Lugares

- Situaciones

¿Hay factores que las amortiguan o **mejoran**?

(Describe los)

- Momentos del día

- Personas

- Lugares

- Situaciones

¿Quién te aconsejó venir?

¿Tienes algún problema de carácter médico que pueda interferir, contribuir y/o intensificar tus dificultades actuales?

- SÍ** (especifique cuál): _____
- NO**

Señala los síntomas que padeces actualmente (rodea el número):

1. Dolores de cabeza	7. Ataques de pánico	13. Ideas de suicidio
2. Dolores de estómago	8. Fatiga	14. Temblor
3. Alteración del apetito (aumento / disminución)	9. Dificultades p8ara disfrutar	15. Pensamientos negativos /repetitivos
4. Tristeza y/o apatía	10. Tensión muscular	16. Ahogos
5. Mareos y/o desmayos	11. Pesadillas	17. Miedos
6. Alteración del sueño (aumento / disminución)	12. Dificultades de concentración	18. Tics

19. Otros: _____

REFERENCIA A TRATAMIENTOS ANTERIORES

¿Has buscado tratamiento psicológico, psiquiátrico o médico anteriormente?

SÍ* (especifique de qué tipo): psicológico psiquiátrico médico

NO

*En caso de que hayas buscado tratamiento anteriormente, escribe en orden cronológico la especialidad profesional de quien te atendió (endocrinología, psiquiatría, cardiología...) y el tratamiento que te prescribió:

Fecha	Especialidad	Tratamiento
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Actualmente, ¿tomas alguna medicación?

SÍ (especifique cuál): _____

NO

Especifica tu consumo, pasado y actual, de las siguientes sustancias:

° Alcohol: Pasado _____ Actual _____

° Tabaco: Pasado _____ Actual _____

° Marihuana/Hachís: Pasado _____ Actual _____

° Otras sustancias (cocaína, etc.): Pasado _____ Actual _____

EXPECTATIVAS SOBRE LA TERAPIA Y MOTIVACIONES

¿Qué interés tiene para ti seguir un tratamiento psicológico en este momento?

¿Te ha costado mucho decidirte a acudir a un/a psicólogo/a?

Después de una primera entrevista, ¿crees que la terapia te puede servir?

¿En qué crees que puede ayudarte?

¿Cuánto tiempo estimas que puede durar la terapia?

¿Qué desearías cambiar en tu vida? ¿Qué crees que puede impedirte cambiar?

DATOS FAMILIARES

Indica la edad de cada uno de tus familiares y describe el carácter y la relación con cada uno de ellos:

Edad	Descripción del carácter	Relación
Padre:		
Madre:		
Hermanos:		
Hijos:		
Otros:		

¿Cómo fue el ambiente familiar durante tu infancia?

¿Qué personas viven contigo en el hogar actualmente?

¿Piensas que el origen de tus dificultades está relacionado, en algún aspecto, con tu ambiente familiar?

- SÍ*** especifica
- NO**

RELACIÓN DE PAREJA / SEXUALIDAD

¿Tienes pareja estable?

- SÍ** (fecha de inicio de la relación): _____
- NO**

¿Convives con tu pareja?

- SÍ** (¿desde cuándo?): _____
- NO**

Indica la edad y describe el carácter y la relación con tu pareja:

¿Consideras que su vida erótica/sexual (en pareja o de forma individual) se ha visto afectada por tu problema?

- SÍ** (¿en qué?): _____
- NO**

Indica el grado de satisfacción con tus relaciones eróticas/sexuales **antes** de que se iniciase el problema que te trae a terapia:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Indica el grado de satisfacción con tus relaciones eróticas/sexuales en la **actualidad**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ASPECTOS SOCIALES E INTERESES

¿Qué te gusta hacer en tus **días libres**? ¿Cómo te gusta **divertirte**?

¿Qué grado de facilidad tienes para **conocer gente y relacionarte** con los demás?

¿Tienes dificultades para **profundizar o mantener** las relaciones de amistad?

¿Hay actualmente alguna persona de tu entorno social con la que tengas problemas o **interfiera en tu vida** de alguna forma?

¿Hay alguien de tu entorno que te esté ayudando a **superar tus dificultades**? ¿De qué forma lo está haciendo?

Indica tu grado de satisfacción con tus **relaciones sociales**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

INFORMACIÓN ACADÉMICA

¿A qué tipo de colegio y/o instituto fuiste? ¿Cómo fueron tus resultados académicos?

¿Cómo te adaptaste a la situación escolar?

¿Cuál es tu formación después de los estudios obligatorios?

INFORMACIÓN PROFESIONAL

¿Trabajas en la actualidad? Describe tus funciones.

¿Tienes dificultades en tu entorno laboral (relaciones con compañeros, jefes, carga de trabajo...)?

¿Cuáles son los aspectos que **más** te gustan y los que **menos** de tu trabajo actual?

¿Qué aspiraciones laborales tienes?

Anexo 4
Autorregistro de Pensamientos Desadaptativos.

Fecha y hora	Situación que ha producido la aparición de la emoción desagradable (¿qué estabas haciendo?)	Pensamiento que aparece en esa situación.	Malestar que provoca (0-10)	Pensamiento alternativo	Malestar que provoca (0-10)

Anexo 5*Autorregistro de Estilo de Comunicación*

Fecha y hora	Situación en la que me he comunicado.	Pensamiento que aparece en esa situación.	Emoción que se produce tras el pensamiento	¿Qué estilo de comunicación he utilizado?	¿Qué resultados he obtenido?