



Perspectiva funcional en un caso de ansiedad e inflexibilidad psicológica

Máster de Psicología General Sanitaria

Autora: Julia Elena Rodríguez García

Tutora: Rebeca Pardo Cebrián

Madrid, febrero de 2023

Resumen

Mario es un hombre de 49 años de origen español, arquitecto, vive con su mujer, sus dos hijos y su hija adolescentes. Acude voluntariamente a un centro de psicología clínica de Madrid, debido al malestar y el miedo que le causan las sensaciones físicas de la propia ansiedad. En el pasado tuvo episodios de ataques de pánico, actualmente el malestar tiene una frecuencia de una vez al mes y refiere tener miedo a morir cuando ocurre, lo cual le lleva a buscar causas médicas, comprobaciones y anticipaciones. Se describe como muy intolerante y esta inflexibilidad le lleva a tener conflictos en relación con sus hijos y su hija. El estudio de caso se enmarca dentro del análisis de conducta y aportaciones desde las terapias de tercera generación. El período de análisis consta de 11 sesiones quincenales de 60 minutos cada una. Tras la evaluación se observan tres áreas a intervenir: condicionamiento interoceptivo, inflexibilidad psicológica y dificultades en las habilidades parentales. El tratamiento consistió principalmente en el uso de técnicas como el moldeamiento verbal, psicoeducación y exposición a sensaciones interoceptivas. Para la valoración del cambio terapéutico se usa principalmente un registro de la conducta verbal del consultante pre y post tratamiento. Los resultados muestran una buena adherencia al tratamiento y un cambio significativo en las tres áreas: se contra-condicionan las sensaciones interoceptivas, una mayor flexibilidad en sus vivencias, así como nuevos repertorios de conducta en el ámbito familiar. Se aportan algunas líneas de trabajo bajo una visión feminista y su justificación.

Palabras Clave

Ansiedad, ataque de pánico, condicionamiento interoceptivo, inflexibilidad psicológica, habilidades parentales, análisis de conducta, conducta verbal.

Abstract

Mario is a 49 year old Spanish architect, who lives with his wife and his three teenage children. He voluntarily attends a clinical psychology center in Madrid, due to the discomfort and fear caused by the physical sensations of his own anxiety. In the past she had episodes of panic attacks, currently the discomfort has a frequency of once a month, and he refers to being afraid of dying when it happens, which leads him to look for medical causes, checks and anticipations. He describes himself as very intolerant and this inflexibility leads to conflicts with her sons and daughter. The case study is framed within the framework of behaviour analysis and contributions from third generation therapies. The analysis period consists of 11 biweekly sessions of 60 minutes each. After the evaluation, three areas for intervention were observed: interoceptive conditioning, psychological inflexibility and difficulties in parenting skills. Treatment consisted mainly in the use of techniques such as verbal shaping, psychoeducation and exposure to interoceptive sensations. For the assessment of therapeutic change, a record of the consultant's verbal behaviour pre- and post-treatment is mainly used. The results show a good adherence to the treatment and a significant change in the three areas: interoceptive sensations are counter-conditioned, a greater flexibility in their experiences, as well as new behavioural repertoires in the family environment. Some lines of work under a feminist vision and their justification are provided.

Keywords

Anxiety, panic attack, interoceptive conditioning, psychological inflexibility, parenting skills, behavior analysis, verbal behavior.

Índice de Contenido

Resumen	2
Abstract	3
1. Introducción	6
1.1. Análisis de conducta	6
1.2. La ansiedad y la inflexibilidad psicológica	8
1.3. Perspectiva feminista	11
2. Identificación del consultante y motivo de consulta	13
3. Estrategias de evaluación	14
3.1. Entrevista clínica	14
3.2. Autorregistros	15
3.3. Cuestionarios	15
3.4. Registro de la conducta verbal del consultante	17
4. Formulación clínica del caso	19
4.1. Análisis funcional del problema	19
4.2. Resultados de los Cuestionarios	26
4.3. Descripción de las dificultades y objetivos	27
5. Tratamiento	28
6. Valoración del tratamiento	34
6.1. Adherencia al tratamiento	34
6.2. Valoración de los objetivos terapéuticos	35
6.3. Resultados de los cuestionarios pre-post	38
7. Discusión y conclusiones	40
8. Referencias	45
9. Anexos	50
9.1. Anexo A. Cláusula de consentimiento expreso de pacientes	50
9.2. Anexo B. Registro del cambio cualitativo de verbalizaciones tipo en terapia	52
9.3. Anexo C. BDI-II. Inventario de depresión de Beck	54
9.4. Anexo D. STAI. Inventario de ansiedad estado-rasgo	56
9.5. Anexo E. WHOQOL-BREF. Escala de calidad de vida	58
9.6. Anexo F. IUS. Escala de intolerancia a la incertidumbre	60
9.7 Anexo G. ASI. Índice de sensibilidad a la ansiedad	62

Índice de Tablas

Tabla 1. Autorregistro de situaciones generadoras de malestar	15
Tabla 2. Categorización de la conducta verbal del consultante	18
Tabla 3. Puntuaciones iniciales en los distintos cuestionarios	26
Tabla 4. Objetivos y técnicas de intervención	29
Tabla 5. Cronograma de las tareas entre sesiones	33
Tabla 6. Puntuaciones pre y post tratamiento en los distintos cuestionarios.....	39

Índice de Figuras

Figura 1. Cadenas clásicas de la hipótesis de origen	21
Figura 2. Cadenas clásicas y operantes de la hipótesis de mantenimiento 1.....	22
Figura 3. Cadenas clásicas y operantes de la hipótesis de mantenimiento 2.....	24
Figura 4. Cadenas clásicas y operantes de la hipótesis de mantenimiento 3.....	25
Figura 5. Puntuaciones pre y post tratamiento en el DBI-II, STAI, IUS y ASI.....	40
Figura 6. Puntuaciones pre y post tratamiento en el WHOQOL-BREF	40

1. Introducción

Se expone a continuación de la literatura actual las ideas principales relacionadas con la demanda y las dificultades por las que Mario acude a consulta: la ansiedad y la inflexibilidad psicológica. El proceso terapéutico se enmarca dentro del análisis de conducta, desde donde se conceptualizan y explican las dificultades psicológicas en el centro de psicología de Madrid al que acude Mario. Se plantean además algunas líneas para integrar en el modelo de trabajo la visión feminista y su justificación.

1.1. Análisis de Conducta

Los objetivos del análisis de conducta son describir, explicar y predecir la conducta objeto de estudio que mejor se ajuste a las características del consultante (aspectos biográficos, ideográficos, contextuales y funcionales), a través de relaciones de contingencias, es decir, atendiendo a la función de sus comportamientos en interacción con las variables ambientales, considerando repertorios básicos de conducta que, se postula, han sido instaurados a través de la historia de aprendizaje del individuo. Estas relaciones se determinan en base a las hipótesis que se establezcan. Y es en base a estas cadenas funcionales que se hace la elección del tratamiento y las técnicas a emplear, es decir un modelo claro explicativo de la tecnología utilizada (Froxán, 2020; Fernández, 2013).

Desde esta perspectiva conductual, donde se entiende la psicología como la ciencia de la conducta, parece relevante definir qué es conducta para que no lleve a equívocos. La conducta no es únicamente aquello visible por un observador externo. Esta dicotomía de los eventos públicos (visibles) y los eventos en cubierto (de carácter mental o internos) es un error categorial, esta distinción en cuanto a su accesibilidad hace referencia al observador y no al fenómeno en sí. Por tanto los procesos mentales deben ser explicados como una conducta en sí y no como explicación de la conducta observable. La conducta no es algo esencial perteneciente al sujeto, sino una propiedad relacional, por ello se refiere a estos eventos no como algo que el sujeto “es”, sino que el sujeto “se comporta regularmente”. Cabe mencionar que cuando se ha generalizado una forma de estar o de

actuar en el mundo, no se hace alusión a algo esencial e intocable del sujeto, sino que es causa de su historia de aprendizaje, incluso cuando aparezcan cualidades desadaptativas, la explicación de dichos comportamientos está determinada por posibles beneficios secundarios (por ejemplo refuerzo social), pero que en cualquier caso, tiene la capacidad de ser modificable y son explicables bajo las leyes de aprendizaje (Freixa, 2003).

Skinner en su obra *Conducta Verbal* (1957), ya planteaba el estudio sobre la conducta gobernada por reglas entendidas como estímulos alteradores de funciones. A pesar de que a día de hoy continua el debate, desarrollos recientes desde las terapias contextuales de tercera generación como la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP, por sus siglas en Inglés) desarrollada por Kohlenberg y Tsai, plantea que en la clínica, al igual que tenemos acceso a la problemática del consultante a través de la palabra, es por medio de ella que podemos modificarla, donde las verbalizaciones de terapia en ocasiones son la problemática en sí mismo, y es necesaria su modificación por su carácter referencial a elementos no presentes. Desde la FAP se postula que el comportamiento del consultante en contexto clínico es en muchas ocasiones ideográfico del comportamiento en entorno natural, y que el cambio en la conducta verbal en terapia afectará significativamente al comportamiento fuera de la sesión. Se enfatiza el abordaje de los problemas de forma experiencial en sesión, basándose en el análisis funcional y el moldeamiento verbal del consultante a través de aproximaciones sucesiva a verbalizaciones más adaptativas con contingencias de refuerzo, y castigando las verbalizaciones desadaptativas (Kohlenberg et al., 2005; Pardo, 2019).

La relevancia de la conducta verbal del sujeto en terapia se explica porque es el instrumento principal de trabajo en sesión, y por la equivalencia funcional de la palabra y su referente, es decir, en cuanto al control que tienen determinadas reglas verbales sobre la conducta demorada. Por ello en el presente trabajo se usa la conducta verbal del sujeto como herramienta y medida del cambio clínico, donde el cambio en las verbalizaciones dentro de terapia implica un cambio conductual fuera de sesión (Pardo, 2019; Ruiz, 2011).

1.2. La Ansiedad y la Inflexibilidad Psicológica

Cada vez es más habitual encontrarnos en la práctica clínica personas que acuden a terapia debido a la ansiedad. Según los datos recogidos por el ministerio de sanidad, en las historias clínicas de atención primaria, el problema de salud mental con mayor prevalencia es el trastornos de ansiedad o ansiedad clínicamente significativa, el cual afecta al 6,7% de la población, y la cifra alcanza un 10,4% al incluir “signos/síntomas de ansiedad”. La frecuencia es relativamente estable en población adulta de 35 a 84 años de edad (Subdirección general de información sanitaria, 2021); y según datos de la World Health Organization a raíz de la pandemia del COVID-19, los problemas de ansiedad se dispararon con un aumento del 25 % entre la población mundial (WHO, 2022).

La ansiedad es una respuesta emocional fundamental adaptativamente para los seres humanos. Todas las personas sentimos un grado moderado de la misma, ya que permite estar sensibles al entorno, con un grado adecuado de motivación y nivel de activación para hacer frente a las diferentes situaciones de la vida. Una cualidad muy relevante e importante funcionalmente es su naturaleza anticipatoria para señalar posibles peligros o amenazas. Esta respuesta puede de ser desadaptativa cuando la frecuencia, intensidad o duración se manifiesta de una manera poco ajustada al entorno o anticipa un peligro irreal, sea este externo o interno (Sierra et al., 2003; Sandín y Chorot, 2011).

Dentro de la clasificación actual de los trastornos de ansiedad desde la clasificación del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (en sus siglas en inglés DSM-V), un fenómeno común es el ataque de pánico, es decir, periodos discretos de miedo o malestar intenso, de aparición súbita, acompañado frecuentemente de una sensación de peligro inminente, sensaciones físicas características y un impulso de escapar, que llegan a su máxima intensidad en minutos (Botella et al., 2013; American Psychiatric Association [APA], 2014). El DSM-V describe un listado de 13 síntomas cognitivos y/o somáticos, donde se deben observar por lo menos cuatro (APA, 2014). Si se identifican menos de 4 síntomas, se denominan ataques de síntomas limitados (Botella et al., 2013). Estudios sobre los ataques de pánico en población no clínica muestran que son

comunes entre la población no clínica, y que estos parecen tener características similares al trastorno de pánico (Sandín y Chorot, 2011).

Desde el momento en el que se experimenta un primer episodio de pánico pueden ocurrir cambios notables en el comportamiento, acompañado comúnmente de una preocupación intensa por posibles nuevos ataques y componentes cognitivos de las posibles consecuencias catastróficas (Calero, 2010) como miedo a morir, volverse loco o perder el control (Sandín y Chorot, 2011), y suelen diferenciarse de otros trastornos de ansiedad en una mayor vigilancia hacia las propias sensaciones corporales (Ehlers y Margraf, 1989; Sandín y Chorot, 2001 en Sandín y Chorot, 2011).

Una cuestión que pudiera ser relevante es la intolerancia a la incertidumbre y plantear la utilidad o inutilidad de la preocupación y los motivos que pueden llevar a una persona a emitir este tipo de comportamiento. Estudios en los últimos años en este sentido alumbran una serie de fenómenos como: las personas que se preocupan pueden tener una tendencia a la hipervigilancia, interpretar acontecimientos ambiguos cómo amenazantes, estimaciones de riesgo elevadas, mayor disponibilidad de escenarios negativos y mayor lentitud a la hora de tomar decisiones ante estímulos ambiguos. Preocuparse puede aumentar la sensación de control sobre la incertidumbre y las sensaciones interoceptivas, pero no abordar el problema necesariamente, por lo que el grado en que una persona presenta intolerancia a la incertidumbre puede contribuir al desarrollo y mantenimiento de la preocupación y la ansiedad, valoraciones erróneas sobre la amenaza y el afrontamiento disfuncional consecuente (Freeston et al., 1994b).

La clasificación del DSM-V, surge del intento de aplicar el modelo médico al ámbito de la psicología. Sin embargo, al ser categorías de carácter descriptivo y tautológico de los problemas psicológicos, es decir, el paciente tiene una etiqueta porque cumple una serie de síntomas y tiene una serie de síntomas porque tiene una etiqueta, estas no llegan a explicar la causa del problema. Asimismo, no todas las conductas “ansiosas” desarrollan una misma topografía ni todas las intervenciones son igual de válidas para todos los sujetos con una misma clasificación diagnóstica (Duran, 2011). Por ello en el presente trabajo se utiliza la clasificación en entidades clínicas

específicas y discretas, como el que establece actualmente en el DSM-V, por interés práctico para organizar el conocimiento y hacer referencia a la prevalencia de la ansiedad en la población general (Sandín y Chorot, 2011). Para el resto de la conceptualización y explicación de la problemática del consultante se emplea una perspectiva analítico-funcional.

Una alternativa a la clasificación sindrómica son las categorías diagnósticas funcionales, como por ejemplo la evitación experiencial y el seguimiento inadecuado de reglas. Dichas dimensiones apuntan a procesos psicológicos relevantes subyacentes a diferentes topografías de fácil vinculación con su tratamiento (Hayes et al., 1996).

Entendiendo la ansiedad desde el punto de vista de las terapias contextuales, hay una baja disposición a experimentar eventos privados aversivos valorándolos como inaceptables, de manera que determinadas emociones incómodas se predicen, evalúan y evitan verbalmente, llevando a la persona a utilizar estrategias de afrontamiento basadas en la evitación experiencial de manera pública o en cubierta (supresión, control o neutralización). Se observan esfuerzos de control por tener razón, ser congruente con la visión verbal de sí mismo, sentirse bien, etc., donde el contacto con las ideas pasadas y futuras rigen cada vez más el comportamiento. Con el tiempo estas topografías de evitación experiencial de ansiedad, a pesar de funcionar a corto plazo, generan más ansiedad, y estas estrategias inflexibles se vuelven más rígidas. El sujeto se aleja de acciones valiosas, de otras fuentes de reforzamiento, del contacto con los elementos presentes (insensibilidad a las contingencias), reduciendo el abanico de comportamientos y un empobrecimiento de otras áreas vitales (Levin et al., 2014; Kohlenberg et al., 2005).

Diversos estudios han demostrado que la flexibilidad psicológica es clave para el tratamiento de la ansiedad (Groppa, 2022). Asimismo, existen pruebas de que la ausencia de flexibilidad hacia las propias experiencias está relacionada con la ausencia de salud en general. En cuanto a los trastornos de ansiedad se refiere, una característica común es la inflexibilidad psicológica con respecto a las respuestas que implican el miedo a la propia ansiedad (Kashdan y Rottenberg, 2010).

Por ello es importante para la comprensión de la salud mental el concepto de la flexibilidad psicológica. Se trata de un concepto que hace referencia a procesos dinámicos del sujeto en interacción con sus diferentes contextos y abarca una amplia gama de capacidades humanas para: reconocer y adaptarse a las demandas del ambiente, cambiar de mentalidad o de repertorio de comportamiento cuando estas estrategias no están siendo funcionales, mantener un equilibrio entre los diferentes dominios de la vida (deseos, necesidades y ámbitos vitales contrapuestos), ser consciente, abierto y comprometido con comportamientos congruentes con valores propios (Kashdan y Rottenberg, 2010).

1.3. Perspectiva Feminista

Los problemas psicológicos y la conducta gobernada por reglas guardan una relación importante. Las reglas entendidas en muchos casos como descripciones verbales de contingencias definidas por los sistemas sociales (un discriminativo que describe la relación entre una conducta y sus consecuencias). Lo cual es una forma de adaptación al medio y que a la vez puede ser causa del propio sufrimiento (Clavijo, 2004). Parece entonces de gran relevancia identificar algunas características del sistema social hegemónico y cómo los roles de género pueden estar influyendo como se explica a continuación.

Vivimos en un sistema social patriarcal, sexista y androcéntrico, que toma como elemento neutro lo masculino atribuido a los hombres y está por encima de lo femenino atribuido a las mujeres (González, 2013).

Bajo una mirada feminista, con el fin de no reproducir normatividad heteropatriarcal en consulta, es necesario identificar los patrones de socialización de género, es decir, normas, valores y expectativas que son interiorizadas como naturales, donde lo masculino se construye en contraposición a lo femenino y toda muestra de lo femenino es castigada en cuanto que hombre (González, 2013). Patrones de socialización que evidencian pautas de comportamiento diferenciales y por tanto modificables, y no esencias femeninas o masculinas (Alonso-Vega et al., 2020).

Desde un punto de vista feminista de la historia, se pone en relieve el discurso social imperante, donde se ha ido especializando “el hombre” en la racionalización y la individualidad, lo cual cumple un papel importante en el empoderamiento, y ha sido socialmente valorado, reconocido y visibilizado. Relegando los cuidados, la pertenencia y la construcción de los vínculos históricamente a “las mujeres”. Todos damos valor a nuestras emociones y redes de apoyo, sin embargo, estas quedan relegadas al ámbito privado, cuyo papel ha sido menos reconocido socialmente (Hernando, 2018).

El límite de tiempo y energía invertido por una persona en el trabajo está determinado por la cantidad de recursos que necesita poner en la creación y sostén de las propias redes emocionales. Cuanto más se deleguen estas funciones a otras personas, menos límites para el crecimiento individual, lo cual conlleva un mayor poder y privilegio a nivel social e individualidad (Hernando, 2018).

Es necesaria una reflexión crítica, que reivindique el valor de tomar conciencia del mundo emocional propio y de las necesidades del entorno (identificación y expresión emocional de uno mismo y de los demás), al igual que la razón y la individualidad (de uno mismo y de los demás), de manera que permita tomar decisiones racionales más eficaces. De continuar perpetuando este mecanismo de individualidad, cabe esperar que se continúen perpetuando las desigualdades de género y las estrategias inconscientes de pertenencia (Hernando, 2018).

A la hora de llevar a cabo una terapia con hombres, es importante alumbrar a las dificultades de identificación, expresión emocional y los cuidados de las redes afectivas, desde un punto de vista feminista, como se trata de hacer en el presente caso. Asimismo, no debemos centrarnos únicamente en los efectos negativos individuales de los mandatos sociales, pues se corre el riesgo de dejar de lado el bienestar de las personas que les rodean. Es decir, revisar de forma crítica cómo es sentir, pensar y comportarse como hombre, incluyendo los consecuentes privilegios sobre la mujer (Bonino, 2002; Morales, 2020).

2. Identificación del Consultante y Motivo de Consulta

Para respetar la privacidad del consultante según la Ley Orgánica de Protección de Datos y el código deontológico profesional, los datos personales han sido modificados. En adelante se hará referencia al consultante como Mario.

Se presenta el caso de Mario, un hombre de 49 años, de origen español, arquitecto y de nivel sociocultural alto. Casado, con dos hijos y una hija adolescentes. Muy correcto en su apariencia y discurso. Acude voluntariamente a un centro de psicología conductista de Madrid del que tiene buenas referencias. Anteriormente probó otras terapias las cuales abandonó.

Hace 6 años tuvo un episodio donde se desmayó, y desde hace 1 año y medio empezó a tener posibles ataques de pánico nocturnos (que él no refiere con este nombre). También tiene pequeñas taquicardias desde hace 3 ó 4 años, las relaciona con eventos emocionantes o actividades que sencillamente son excitantes (como un partido de baloncesto o jugando a la playstation).

Cuando tiene taquicardias se le queda el dolor en el pecho unos días hasta que remite. Los episodios tienen una frecuencia de una vez al mes, y refiere tener miedo a morir cuando ocurren. En ocasiones puntuales tiene sensaciones incómodas de atragantamiento e intenta masticar más despacio.

Se centra en posibles causas médicas o físicas, comprobaciones de salud y anticipaciones constantes. Mario acude al médico y le detectan un problema gastrointestinal que puede tener alguna relación con dichas taquicardias (déficit de DAO), por lo que evita comer ciertas cosas. Las exploraciones del corazón no detectan ningún problema orgánico. Durante el proceso terapéutico tiene un posible ataque de epilepsia indefinido. En el momento de iniciar la terapia utiliza un pulsioxímetro para controlar su frecuencia cardíaca y evita determinadas situaciones que le emocionan mucho.

A nivel laboral menciona tener cierto estrés debido a un proyecto, pero no es muy consciente de cómo el estrés y ansiedad pueden estar afectándole.

Reconoce tener pensamientos anticipatorios por todo y rumia desde siempre. Se describe como una persona muy intolerante para ciertas actitudes y extremo en plantear sus opiniones. Esta inflexibilidad aparece en diversos contextos (social, laboral, etc.), aunque es dentro de la familia donde tiene más repercusiones negativas.

Respecto a su familia construida, dice tener buenas relaciones en general. Se define como padre controlador. Anticipa el futuro de sus hijos, muy centrado en la educación y corrección de lo que hacen. Esto genera dinámicas de enfado en casa y le provocan una sensación de quemazón y dolor en el pecho (esternón) el cual relaciona con las taquicardias. Toca y comprueba esa zona como un hábito.

En cuanto a su familia de origen, recuerda haber tenido una educación rígida por parte de su padre, el cual fue operado de una arritmia. Su hermano está casado y Mario tiene un conflicto familiar importante con su cuñada.

3. Estrategias de Evaluación

Tras la exposición del caso, se describe el proceso de evaluación y los instrumentos de medida. La evaluación psicológica está presente en todas las etapas del proceso terapéutico y los instrumentos han sido seleccionados en función de la demanda del caso (Caballo, 2008).

3.1. Entrevista Clínica

La utilidad de la entrevista es indiscutible en el primer contacto con la persona dentro del ámbito clínico, por su flexibilidad y por ser un medio adecuado para el establecimiento de una buena relación terapéutica. Permite dirigir el ritmo, la secuencia de las preguntas, profundizar en aquellas áreas más relevantes, así como el establecimiento de un acuerdo formal con la persona. Está presente en el continuo evaluación-intervención (Fernández, 2013; Botella et al., 2013).

Una vez cumplimentado el consentimiento informado, se recogen los datos suficientes para la realización de una evaluación inicial a lo largo de las tres primeras sesiones. Para ello se utiliza fundamentalmente la entrevista clínica, de la cual se recoge la mayor parte de la información: demanda del consultante; datos de su historia personal, clínica, laboral y familiar; así como

información relevante para determinar el inicio, desarrollo y mantenimiento de la conducta problema.

3.2. Autorregistros

El objetivo principal de los autorregistros es obtener información detallada de la persona en su entorno natural y de los factores que influyen en el desarrollo y mantenimiento de la problemática. A pesar de sus limitaciones, hacer registros de los momentos ansiosos permite el acceso a información más válida que pedirle al consultante que recuerde retrospectivamente eventos pasados, ya que se puede sobrestimar o subestimar la frecuencia e intensidad de los mismos. Se introduce los autorregistros con tres propósitos diferentes: como instrumento de evaluación, como herramienta terapéutica (analizando dichos registros en sesión) y como medida para evaluar el cambio (Botella et al., 2013).

En las primeras sesiones se le pide a Mario que lleve un autorregistro entre sesiones de los momentos de malestar lo más cercano en tiempo al episodio en cuestión. En la quinta sesión se le pide un autorregistro de pensamientos exigentes, absolutistas o catastrofistas (tabla 1).

Tabla 1

Autorregistro de situaciones generadoras de malestar o pensamientos exigentes

Situación	¿Qué siento?	¿Qué pienso?	¿Qué hago?

3.3. Cuestionarios

Para la medida y valoración del cambio terapéutico se utiliza una batería de cuestionarios pre y post tratamiento consistentes en: BDI-II (Inventario de Depresión de Beck), STAI (Inventario de Ansiedad estado-rasgo), WHOQOL-BREFF (Escala de Calidad de Vida), IUS (Escala de Intolerancia a la Incertidumbre), y ASI (Índice de Sensibilidad a la Ansiedad). Esta batería es autoadministrada por el consultante en la 6ª sesión (debido a que el proceso de terapia se inicia previo a la elaboración del presente trabajo) y un mes después de la última sesión descrita en el presente trabajo.

BDI-II. Inventario de Depresión de Beck

Es un instrumento de medición de sintomatología depresiva, su utilidad como herramienta para el diagnóstico diferencial de la depresión es una cuestión pendiente de investigación y en ningún caso el objetivo del presente trabajo. Consta de 21 ítems donde el sujeto tiene que elegir entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas. Presenta índices adecuados de fiabilidad (coeficiente alfa de fiabilidad es de 0,89) y validez (coeficientes de correlación convergente de 0,68, discriminante de 0,36 y buenos resultados de validez de criterio y validez factorial) (Sanz et al., 2005; Beck et al., 2013) (Anexo C).

STAI. Inventario de Ansiedad estado-rasgo

Escala de 40 ítems, 20 cada una de las dos escalas, que miden la frecuencia con la que se experimentan reacciones de ansiedad. Se valoran en escalas tipo Likert de cuatro puntos, en la escala ansiedad-estado las categorías van desde “nada” (0) a “mucho” (3) y en la escala ansiedad-rasgo las categorías van desde “casi nada” (0) a “casi siempre” (3). Los datos de fiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach para los ítems de ansiedad rasgo son es de 0,90 y para la ansiedad estado 0,94 (Fuentes et al., 2013; Guillén-Riquelme et al., 2014; Spielberger et al., 1986) (Anexo D).

WHOQOL-BREF. Escala de Calidad de Vida

Proporciona un perfil de calidad de vida percibida por la persona en 4 dimensiones: Salud física, salud, psicológica, relaciones sociales y ambiente. Consta de 26 ítems. En cada uno de los ítems la persona tiene que elegir entre un conjunto de cinco alternativas ordenadas de menor a mayor acuerdo de la afirmación que le precede. Los datos de fiabilidad (consistencia interna medida por el alfa de Cronbach para la escala total de 0,90. Oscila entre 0,8 el dominio físico y 0,55 el dominio social) de y validez (coeficiente de correlación de Pearson entre 0,42 y 0,54), muestran que la versión abrevia proporciona una alternativa adecuada a la evaluación de los perfiles de dominio mediante el WHOQOL-100 (World Health Organization, 1998; World Health Organization, 2004; Lucas-Carrasco et al., 2011) (Anexo E).

IUS. Escala de Intolerancia a la Incertidumbre

La escala evalúa la tendencia a reaccionar negativamente a situaciones y eventos inciertos. Es inaceptable y debería evitarse, le perjudica seriamente, provoca frustración, induce estrés e inhibe la acción. Determina 3 factores sobre ideas sobre la incertidumbre: Incertidumbre generadora de inhibición (IGI), Incertidumbre de desconcierto e imprevisión (IDI) e Intolerancia a la incertidumbre (II). Consta de 27 ítems sobre la incertidumbre, reacciones sobre situaciones ambiguas, inseguridad e intentos de controlar el futuro. Con 5 alternativas de respuesta donde 1 refiere a “nada característico de mí” hasta 5 “extremadamente característico de mí”. La fiabilidad medida a través del coeficiente alfa de Cronbach de la escala total es de 0,91. La fiabilidad test-retest para el total de la escala es de 0,68. La validez convergente y discriminante muestran correlaciones de orden 0 tipo Pearson (González et al., 2006; Botella et al., 2013; Freeston et al., 1994a) (Anexo F).

ASI. Índice de Sensibilidad a la Ansiedad

A través del mismo se lleva a cabo una cuantificación del miedo a la ansiedad. Consta de 16 ítems, en una escala de 0 a 4 el grado de acuerdo con cada uno de los ítems. El ASI cuenta con un buen respaldo experimental, traducido a diez idiomas y diferentes estudios transculturales. La versión española muestra propiedades psicométricas de fiabilidad medidos a través del coeficiente alfa de Cronbach de la escala total es de 0,84. La validez convergente con miedos es de 0,46, ansiedad 0,38 y discriminante con afecto positivo -0,03, extraversión -0,05 y psicoticismo -0,04 (Botella et al., 2013; Sandín et al., 2005; Reiss et al., 1986) (Anexo G).

3.4. Registro de la Conducta Verbal del Consultante

Se lleva a cabo un registro de la conducta verbal del consultante, categorizada a partir del análisis funcional descritas en la tabla 2, con el fin de evaluar el progreso. No trata de demostrar ni podríamos inferir que es el tratamiento es el que provocó el cambio, sino observar si se producen cambios o mejorías en la línea de los objetivos terapéuticos propuestos. El registro lo realiza una observadora externa a través de video grabación de las sesiones.

Tabla 2*Categorización de la conducta verbal del consultante*

Categoría	Descripción tipo
Verbalizaciones anti-terapéuticas.	<p>Verbalizaciones en sesión de conductas que desempeñan un papel importante en el mantenimiento del problema tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No seguimiento de instrucciones dentro y fuera de sesión. - Comprobaciones de salud. - Evitación o abandono de situaciones. - Pensamientos anticipatorios y/o catastróficos. - Reglas absolutistas, inflexibles, autoexigentes o intransigentes. - Exigencias hacia el mundo. - Inflexibilidad en la educación parental (instrucciones a sus hijos, correcciones, gritos, broncas, juicios... “el chapas” *) - Perfeccionismo (pensamiento sesgado hacia el error o el fallo...) - Evitación de la inseguridad, la incertidumbre o la falta de control.
Verbalizaciones pro-terapéuticas.	<p>Verbalizaciones en sesión de conductas que desempeñen un papel importante en una mejoría en función de los objetivos del tratamiento tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento de instrucciones dentro y fuera de sesión. - Exposiciones a sensaciones interoceptivas. - Toma de conciencia de la propia problemática. - Identificación de los disparadores. - Flexibilidad psicológica. - Flexibilidad en la educación parental (verbalizaciones positivas hacia sus hijos, alternativas a la conducta tipo “el chapas” *) - Conductas que le acerquen a la persona que quiere ser, congruente con sus valores. - Expresión emocional.

*Nota**. Se hace un “acuerdo” verbal, entre Mario y la terapeuta, donde se identifica bajo la etiqueta de “el chapas” a un conjunto de conductas de Mario en relación a sus hijos que se han convertido en un hábito o manera de relacionarse: “decirles como son las cosas”, “explicarles”, “decir lo que tienen que hacer”, “darles consejos”, etc.

4. Formulación Clínica del Caso

Se expone en este apartado el análisis funcional, los resultados de los cuestionarios antes del tratamiento, la descripción de las dificultades y los objetivos del tratamiento.

4.1. Análisis Funcional del Problema

Variables Disposicionales del Problema

- A. La experiencia subjetiva de Mario en cuanto a su propia socialización de género, es decir, reforzamiento contingente del estereotipo de hombre, donde toda muestra de lo femenino puede ser castigado en cuanto que hombre, es decir, se presupone que hubo contingencias de castigo a la hora de emitir conductas de pedir ayuda, muestras de vulnerabilidad, debilidad, tristeza, etc. Lo cual conlleva una dificultad para reconocer y expresar emociones.
- B. Haber recibido un estilo educativo parental estricto y rígido, el cual es su referente y modelo de su estilo parental. Favorece determinados valores y reglas verbales rígidas de cómo debe ser el mundo, cómo debe ser un buen padre, lo que está bien y mal, etc. Las cuales fueron condicionadas apetitivamente. Por otro lado, los errores están condicionados aversivamente lo cual genera intolerancia ante lo que él considere error o fracaso, favoreciendo la exigencia y el perfeccionismo.
- C. Haber tenido un desmayo y cierta vulnerabilidad biológica-psicológica, es decir, características personales y del sistema de crianza en el que se desarrolló, por la cual puede tener cierta predisposición a padecer algunos síntomas físicos.
- D. Padre operado de una arritmia, aumenta la posibilidad de padecer alguna afección médica y fomenta conductas de comprobación de salud como tocarse el pecho, acudir al médico, buscar información, etc.
- E. Tener posibles diagnósticos médicos y algunas indicaciones para el tratamiento de los mismo que obstaculizan las pautas para la consecución de los objetivos en terapia como son: no hacer deporte debido al bajo peso puede dificultar la exposición a sensaciones interoceptivas; necesidad de un control de la alimentación debido al diagnóstico de “déficit

de DAO” dificulta la disminución de las conductas de control además de favorecer la rigidez psicológica. Todo ello, sumado a un posible diagnóstico de “epilepsia indefinida”, refuerza la conducta de buscar explicaciones médicas a su problemática.

- F. Tener éxito laboral y en la jerarquía de la empresa estar arriba. Un entorno laboral donde la inflexibilidad, la exigencia y la corrección son conductas reforzadas positivamente, mantiene la idea de que su manera de estar en el mundo conduce al éxito.
- G. Familia numerosa e hijos preadolescentes. Lo cual lleva a tener conflictos y discrepancias con ellos. Esto es leído por el consultante como falta de respeto, generando conductas como elevar la voz, desvalorizar y generalizar. Así como castigos ante muestras de “debilidad” como el llanto por parte de su hijo pequeño.

Variables Disposicionales Favorecedoras del Cambio

Buena relación con su pareja. Buena red social. Mucha motivación por el cambio. Creencia de que el proceso terapéutico es importante y necesario. Nivel socioeconómico medio.

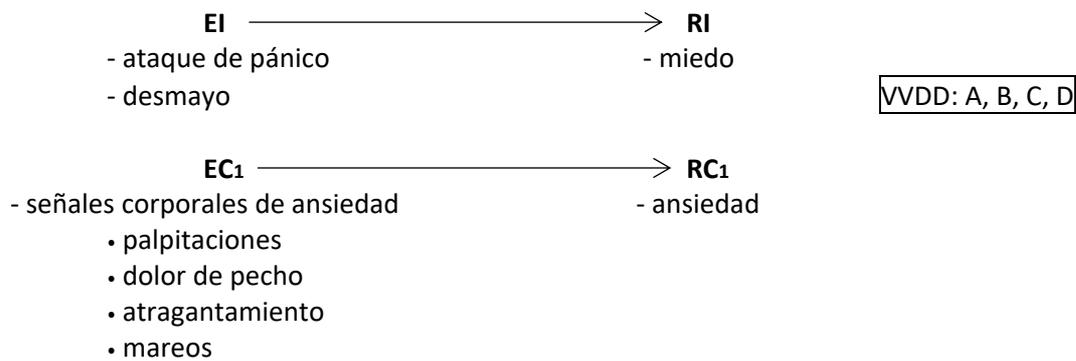
Hipótesis de Origen

La hipótesis de origen del problema de Mario en cuanto al condicionamiento de sus propias señales corporales o condicionamiento interoceptivo se sitúa en los primeros ataques de pánico nocturnos, inesperados e incontrolables, lo cual le genera indefensión e incertidumbre. Todo ello activa en Mario el miedo ante un posible problema médico, a su vez este pensamiento le genera una mayor activación fisiológica, condicionando aversivamente las señales corporales. De esta manera la propia respuesta de ansiedad (palpitaciones, dolor en el pecho, mareos, etc.) se convierte en un estímulo condicionado de una respuesta condicionada de más ansiedad. Se detallan estas cadenas de condicionamiento clásico en la figura 1.

Factores como el hecho de que operaran de corazón a su padre, una baja tolerancia a la incertidumbre, una elevada necesidad de control y la propia experiencia de vulnerabilidad física determinados por la su historia de aprendizaje, pueden haber influido en el condicionamiento de las sensaciones interoceptivas con una respuesta de más ansiedad.

Figura 1

Cadenas clásicas de la hipótesis de origen



Nota. EI = Estímulo Incondicionado. RI = Respuesta Incondicionada. VVDD = Variables disposicionales que afectan a las cadenas. EC = Estímulo Condicionado. RC = Respuesta Condicionada.

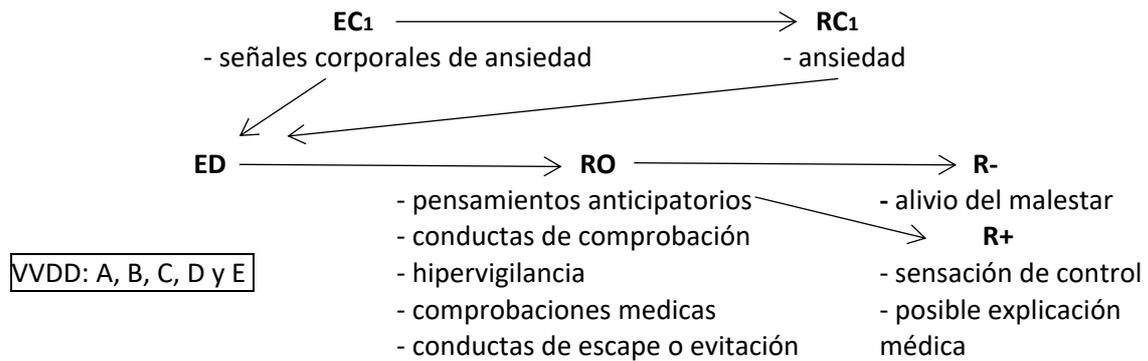
Hipótesis de Mantenimiento 1. Condicionamiento Interoceptivo

Con el objetivo de aliviar o reducir el malestar y ante la necesidad de hacer alguna interpretación de lo sucedido, aparecen las conductas de control como la anticipación de consecuencias, control de la alimentación, hipervigilancia de las sensaciones corporales y comprobaciones médicas (ponerse un pulsioxímetro, tocarse el pecho, ir al médico o buscar información). Asimismo, aparecen conductas de evitación y/o escape de actividades o eventos que le provoquen una activación del sistema nervioso como son subir escaleras, jugar a la playstation, ver partidos en baloncesto. De manera que se fortalece la idea de que hay que seguir controlando puesto que es lo que está causando la disminución de malestar, es decir, la cadena se ve reforzada positivamente a corto plazo por una falsa sensación de control, posibles explicaciones médicas y

reforzada negativamente por el aliviando el malestar, sin embargo, las consecuencias a largo plazo son que el problema se mantiene o incluso aumenta. Se detallan estas cadenas en la figura 2.

Figura 2

Cadenas clásicas y operantes de la hipótesis de mantenimiento 1



Nota. EC = Estímulo Condicionado. RC = Respuesta Condicionada. VVDD = Variables
disposicionales que afectan a las cadenas. ED = Estímulo Discriminativo. RO = Respuesta
Operante. R- = Refuerzo negativo. R+ = Refuerzo positivo.

Durante el proceso de terapia, los estados de salud de Mario, (semanas donde ha padecido un desmayo o aumento de las sensaciones físicas de ansiedad) le dificultan el poder descansar bien por las noches y se intensifica el miedo y la preocupación por la salud, aumentando las conductas de comprobación, hipervigilancia de las sensaciones corporales y pensamientos anticipatorios.

Hipótesis de Mantenimiento 2. Patrón de Conducta Disfuncional en la Relación Paternofilial

Para explicar el origen de los problemas en las relaciones paternofiliales se refiere a toda la historia de aprendizaje y la socialización de género de Mario, que a día de hoy podemos observar en conductas de inflexibilidad psicológica, seguimiento rígido de reglas y una baja tolerancia a la incertidumbre, que conllevan: pensamientos anticipatorios (rumia), conductas de control, perfeccionismo, corrección del mundo y de sí mismo. Y una falta de habilidades relativas a aspectos emocionales básicos, como pueden ser la falta de reconocimiento de las necesidades y emociones tanto propias como ajenas. Condicionando determinados comportamientos de sus hijos adolescentes con una respuesta condicionada de ira y ansiedad. Todo ello, junto con el condicionamiento interoceptivo, provoca que ante determinados comportamientos de los hijos,

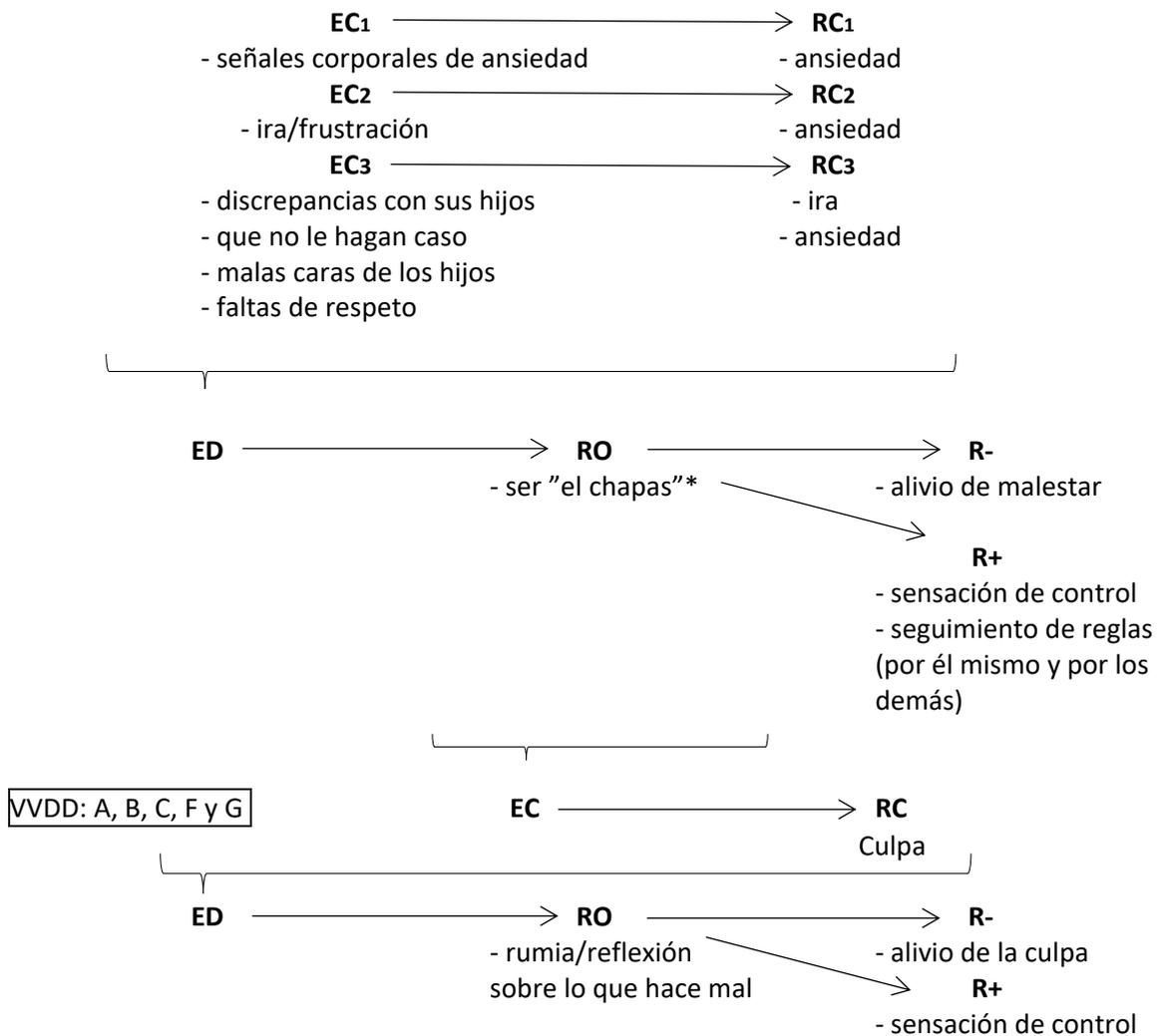
Mario emita una respuesta operante del tipo: de corregir, explicar, gritar, marcar límites, decirles como son las cosas, decir lo que tienen que hacer, dar consejos, etc. (durante la terapia se hace un “acuerdo” verbal, entre Mario y la terapeuta, donde se identifica bajo la etiqueta de “el chapas” a este tipo de conductas en relación con sus hijos, de ahora en adelante nos referiremos a este tipo de comportamientos como “el chapas”). Estas conductas se ven reforzadas negativamente por el alivio de malestar y positivamente por el seguimiento de reglas de cómo deberían de ser las cosas y la sensación de control. Cuanto más pendiente esté del estímulo que le activa, mayor y más temprana puede ser la activación.

Por otro lado, verse de esta manera en relación con sus hijos le genera culpa. La búsqueda de la perfección y la corrección del mundo también lo aplica a sí mismo, por lo que revisa y rumia lo que hace “mal”, conducta que se refuerza positivamente por la sensación de control y negativamente por el alivio de la culpa. Se detallan estas cadenas en la figura 3.

En la cuarta sesión su hijo mayor se va a vivir fuera del país durante un año. Esta distancia física es una variable motivadora de establecimiento, observándose un aumento de conductas de control y comprobación parental como mensajes de whatsapp, y la aparición de otras morfologías como el uso de una aplicación que le da información de la ubicación en tiempo real de su hijo.

Figura 3

Cadenas clásicas y operantes de la hipótesis de mantenimiento 2



Nota. EC = Estímulo Condicionado. RC = Respuesta Condicionada. VVDD = Variables

dispositivas que afectan a las cadenas. ED = Estímulo Discriminativo. RO = Respuesta

Operante. R- = Refuerzo negativo. R+ = Refuerzo positivo.

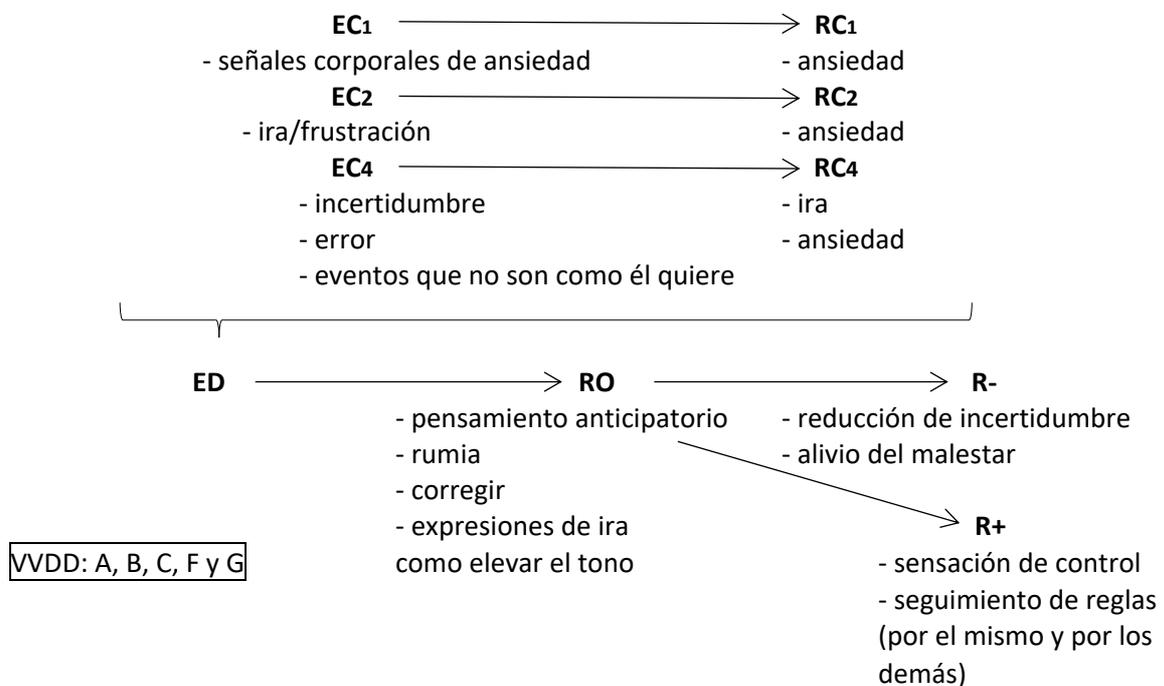
Nota.* Se hace un "acuerdo" verbal, entre Mario y la terapeuta, donde se identifica bajo la etiqueta de "el chapas" a un conjunto de conductas de Mario en relación a sus hijos que se han convertido en un hábito o manera de relacionarse: corregir, explicar, gritar, marcar límites, decirles como son las cosas, decir lo que tienen que hacer, dar consejos, etc.

Hipótesis de Mantenimiento 3. Inflexibilidad Psicológica

Ante el malestar que le genera la incertidumbre y la baja tolerancia al error o que las cosas no ocurran como él quiere, Mario emite respuestas operantes de control como pensamientos anticipatorios, rumia y expresiones de ira como subir el tono; estas conductas que se ven reforzadas positivamente por la sensación de control y el seguimiento de sus propias reglas; y se ven reforzadas negativamente por el alivio del malestar y la reducción de la incertidumbre. Es decir, que la inflexibilidad que en un primer momento muestra con sus hijos, también aparece en otros contextos como en la familia amplia o en el ámbito laboral. Se detallan estas cadenas en la figura 4.

Figura 4

Cadenas clásicas y operantes de la hipótesis de mantenimiento 3



Nota. EC = Estímulo Condicionado. RC = Respuesta Condicionada. VVDD = Variables

disposicionales que afectan a las cadenas. ED = Estímulo Discriminativo. RO = Respuesta

Operante. R- = Refuerzo negativo. R+ = Refuerzo positivo.

Cuando Mario siente ira o frustración, estas funcionan como variable motivacional de establecimiento de la conducta de huida o evitación, de manera que le cuesta identificar en sí mismo la emoción, es decir, experimenta un sesgo de la atención, de manera que pasa inadvertida su propia experiencia de dichas emociones y es más sensible e intolerante ante el manejo de la ira o frustración de sus hijos, proyectando de esta manera su malestar en los demás. También aumenta la atención a su estímulo temido, las taquicardias y el dolor en el pecho, cuanto más irritado o frustrado se encuentre, por lo que se sorprende tocándose el pecho a menudo e incluso viendo esta conducta en fotografías.

4.2. Resultados de los Cuestionarios

A continuación, se muestran las puntuaciones de los distintos cuestionarios administrados al inicio del tratamiento (Tabla 3), donde se observan puntuaciones dentro de la norma. Cabe destacar la puntuación ligeramente por encima de la media del ASI en la escala somática, lo cual refiere al grado en que la persona interpreta los síntomas de ansiedad como amenazantes.

Tabla 3

Puntuaciones iniciales en los distintos cuestionarios

Cuestionario	Categoría	Resultados	Puntuaciones de corte
BDI-II	-	6	Baremo: 0-63 Inferior a 13: mínima
STAI	Ansiedad estado	12	Baremo: 0-60 (centil 50: 19)
	Ansiedad Rasgo	18	Baremo: 0-60 (centil 50: 19)
WHOQOL-BREF	Salud física	88	Baremos de: 0-100
	Salud psicológica	75	Puntuaciones altas - mejor
	Relaciones interpersonales	69	percepción
	Entorno	81	
IUS	II	44	Baremo: 27-135 (media: 55,6)
	IGI	31	Baremo: 16-80 (media: 31,4)
	IDI	13	Baremo: 11-55 (media: 24,4)
ASI	Total	13	Baremo: 0-64 (media: 18)
	Somática	9	Baremo: 0-28 (media: 7,8)
	Cognitiva	0	Baremo: 0-20 (media: 3,1)
	Social	4	Baremo: 0-16 (media: 7,2)

Nota. II = Intolerancia a la Incertidumbre. IGI = Incertidumbre Generadora de Inhibición. IDI =

Incertidumbre Desconcierto e Imprevisión.

4.3. Descripción de las Dificultades y Objetivos

Condicionamiento a las Sensaciones Interoceptivas

Miedo y preocupación por la salud y por señales corporales de ansiedad, lo cual conlleva: pensamientos anticipatorios, respuestas de evitación ante situaciones temidas, hipervigilancia ante las sensaciones corporales de ansiedad, conductas de seguridad y comprobaciones médicas.

Objetivos.

- Aumentar la tolerancia a las sensaciones de ansiedad, consiguiendo que dejen de ser estímulos condicionados de respuestas condicionadas de ansiedad.
- Disminuir los operantes de control (comprobaciones, anticipaciones e hipervigilancia), recuperando actividades y funcionamiento diario.

Inflexibilidad Psicológica

Inflexibilidad psicológica, seguimiento rígido de reglas y baja tolerancia a la incertidumbre que conllevan: pensamientos anticipatorios (rumia), conductas de control, perfeccionismo, corrección del mundo y de sí mismo.

Objetivos.

- Aumentar tolerancia a la incertidumbre, reducir operantes encubiertas de control (anticipaciones y rumia) y aumentar respuestas atencionales a elementos presentes.
- Aumentar el abanico de respuestas disponible ante eventos antecedentes de malestar provocados por diversas situaciones que no se ajustan a sus reglas, de manera que sus respuestas sean más ajustadas a cada contexto particular y se mantengan en el tiempo mediante refuerzo positivo.

Dificultades en las Habilidades Parentales

Patrón de comunicación disfuncional en la relación paternofilial. Inflexibilidad en la educación parental basado en dar instrucciones y corregir.

Objetivos.

- Incorporar un modelo de educación parental más ajustado a sus valores. Aumentar la conciencia sobre cómo se quiere mostrar en la familia en cuanto a la expresión afectiva y sostén emocional de los demás.
- Disminuir el seguimiento estricto de reglas.
- Aumentar, en la interacción con sus hijos, la escucha activa, empatía y acompañamiento cuando lo requiera.
- Aumentar las muestras de afecto e interés con sus hijos.
- Reducir discusiones y respuesta de control ante lo que no se ajuste a sus reglas.

5. Tratamiento

El tratamiento consiste en 11 sesiones de 60 minutos cada una, con una periodicidad quincenal, a fecha de hoy el proceso continúa en activo. Mario acude presencialmente por primera vez al centro de psicología en junio de 2022. Las 3 primeras sesiones se dedican principalmente a la evaluación, explicación de la evaluación y se acuerdan los objetivos. Tras un parón de mes y medio debido a las vacaciones de verano, se reanuda la terapia.

La psicoeducación se desarrolla a lo largo de todo el proceso. Se explican conceptos importantes sobre la ansiedad, la inflexibilidad, la intolerancia a la incertidumbre y la funcionalidad de las conductas implicadas en el mantenimiento del problema, los beneficios que obtiene con ellas y las consecuencias a corto y largo plazo que le ocasionan.

El moldeamiento verbal se utiliza de manera transversal, donde se pone a prueba sus creencias para flexibilizar el patrón rígido de seguimiento de reglas: lo correcto e incorrecto, el afrontamiento de la frustración, el concepto de falta de respeto, la intransigencia, etc. Se refuerza en terapia verbalizaciones que se aproximen a los objetivos y se favorece la extinción de aquellas que se alejen. Para aumentar la motivación por el cambio y acercarse cada vez más al modelo de padre o persona que quiere ser, se anticipa el coste de respuesta y los beneficios a largo plazo, que

compiten con los reforzadores que ejercen influencia en el momento actual, de manera que los cambios sean más apetitivos para él.

También se hace una lectura de proceso periódica, donde se recapitulan los avances, las áreas trabajadas y las áreas que quedan por trabajar, con el objetivo de generar una operación motivadora de cumplimiento de las tareas.

En la tabla 4 se detallan las técnicas empleadas para la consecución de los objetivos en las tres áreas identificadas.

Tabla 4

Objetivos y técnicas de intervención

Objetivos	Técnicas
- Aumentar la tolerancia a las sensaciones de ansiedad.	- Psicoeducación; explicaciones funcionales en sesión y verbalizaciones motivadoras.
- Disminuir los operantes de control, recuperando actividades y funcionamiento diario.	- Exposición a sensaciones corporales de ansiedad con prevención de respuesta. - Moldeamiento verbal. - Autoinstrucciones. - Operativizar mecanismos de control e identificar disparadores.
- Aumentar tolerancia a la incertidumbre, reducir operantes encubiertas de control (anticipaciones y rumia) y aumentar respuestas atencionales a elementos presentes.	- Psicoeducación; explicaciones funcionales en sesión y verbalizaciones motivadoras. - Moldeamiento verbal. - Autoinstrucciones. - Entrenamiento en discriminación; entrenamiento en respuestas alternativas y de control de la activación y exposición.
- Aumentar el abanico de respuestas disponible ante eventos antecedentes de malestar.	- Técnicas de autocontrol emocional (discriminar disparadores de ira, tiempo fuera y autoinstrucciones)
- Incorporar un modelo de educación parental más ajustado a sus valores.	- Psicoeducación; explicaciones funcionales en sesión y verbalizaciones motivadoras.
Aumentar la consciencia sobre cómo se	- Moldeamiento verbal.

quiere mostrar en la familia en cuanto a la expresión afectiva y sostén emocional de los demás.	- Autoinstrucciones.
- Disminuir el seguimiento estricto de reglas.	- Técnicas de autocontrol emocional (discriminar disparadores de ira, tiempo fuera y autoinstrucciones)
- Aumentar en la interacción con sus hijos la escucha activa, empatía y acompañamiento.	- Entrenamiento en habilidades de escucha activa, empatía, comprensión y muestras de afecto: modelado, role-playing y exposición.
- Aumentar las muestras de afecto e interés con sus hijos.	- Planificación de actividades agradables. Aprender a disfrutar y jugar.
- Reducir discusiones y broncas.	

A continuación, se detalla un cronograma y descripción de las técnicas empleadas.

Primera, Segunda y Tercera Sesión

Con el objetivo de que las señales corporales dejen de causar más ansiedad, se hace psicoeducación de conceptos importantes como: mitos o creencias sobre la ansiedad, la curva de la ansiedad, las comprobaciones, la hipervigilancia, las anticipaciones, la rumia y las conductas de escape o evitación.

Con este mismo objetivo también se propone la exposición a las sensaciones interoceptivas en vivo en situaciones donde éstas son de baja intensidad. Se operativizar mecanismos de control y se identifican disparadores concretos como: la incertidumbre, las discusiones, las faltas de respeto y la actividad física.

Cuarta Sesión

Las pautas médicas como no hacer deporte en un mes, modifican las tareas de exposición planificadas. Además de que Mario dice encontrarse mucho mejor en esta área y la relación con sus hijos es algo que le preocupa más en el momento.

Ante la marcha de su hijo mayor a Canadá, dice encontrarse demasiado pendiente de él, y verse a sí mismo haciendo eso le genera mucho malestar. Se operativizar mecanismos de control y se identifican disparadores y se hace entrenamiento es discriminación. Para aumentar el abanico de

respuestas y las muestras de afecto, se hace entrenamiento en habilidades de escucha activa, empatía y comprensión y se usa la técnica de modelado.

Es consciente de su intransigencia y a la vez el saberse así hace que sea intransigente y punitivo consigo mismo, diciéndose cosas como “soy tonto”. Cada vez que falla se trata muy mal, por lo que experimentar en primera persona la empatía, comprensión y escucha activa en el contexto terapéutico es algo transversal en su proceso.

Quinta y Sexta Sesión

Hace una exposición durante la semana (jugar a la playstation), y la abandona cuando empieza a sentirse tenso al experimentar la taquicardia. Se le explica la curva de la ansiedad y el impacto que tiene el abandono de la tarea.

Mediante los autorregistros de pensamientos absolutistas o inflexibles tipo “debería de...” “tiene que ser...” se trabaja principalmente las relaciones paternofiliales. Para ello, además del moldeamiento verbal, se realiza psicoeducación con explicaciones funcionales sobre la influencia que el miedo, la incertidumbre y la necesidad de control ejercen en la conducta de “dar la chapa”. Se utilizan técnicas de autocontrol emocional como discriminar disparadores de ira, para posteriormente aplicar técnicas como el tiempo fuera y autoinstrucciones. Por último, se formulan objetivos concretos en cuanto el modelo de padre que quiere ser (flexible, natural, mejor comunicación y conversaciones más fluidas con sus hijos), pautando modificaciones concretas: Parar ante el primer impulso de emitir conductas de “el chapas”. Ampliar la expresión afectiva. Buscar intereses comunes. Se refuerza también el incorporar verbalizaciones de lo que valora respecto a sus hijos y no sólo la fijación en lo malo o la corrección. Se usan las técnicas de modelado, role-playing y exposición con prevención de respuesta de corregir o controlar.

Séptima Sesión

En la séptima sesión acude al servicio de urgencias tras experimentar varios desmayos, bradicardias (frecuencia cardíaca baja) y sensación de irrealidad durante la semana. Los médicos le comentan que puede ser un ataque de epilepsia indefinido (ataque paroxístico) y que el estrés

podría estar afectando. Desde el ataque paroxístico tiene cierta sensación de irrealidad y está más pendiente de las sensaciones fisiológicas. Sigue acudiendo al médico y haciéndose pruebas para descartar posibles condiciones médicas. También menciona que algo parecido le había ocurrido anteriormente hace como unos 6 años. Es llamativo como Mario comenta esta experiencia quitándole importancia. Evitando la debilidad física y la vulnerabilidad. Se propició el espacio para validar la experiencia real de lo acontecido (estar mal, ser vulnerable, necesitar más cariño, tener miedo, etc.).

Octava, Novena y Décima Sesión

En la octava sesión cuenta que ha tenido algún episodio de ansiedad y registra estos momentos. Se da cuenta del impulso de evitar ir a determinados espacios como el teatro y finalmente decide exponerse a pesar del malestar.

Se profundiza en la identificación de disparadores, estas pueden ser internas (sensaciones en el pecho, ira, etc.) o externas (que no sigan mis normas, que cometan errores, la impuntualidad, etc.) y se propone buscar un equilibrio entre las reacciones adaptativas que queremos generar y las que salen por costumbre. Se pone mucha atención al moldeamiento verbal en sesión y al reforzamiento de diferencial. Parece que corregir y acoger a sus hijos son conductas incompatibles. Se propone comprender y experimentar en sesión la compatibilidad entre estos dos objetivos, de manera que las técnicas y las habilidades de la terapeuta se dan juntas. Verbalizaciones del terapeuta del tipo: “¿qué has identificado hasta ahora y has sido capaz de hacer diferente?, ¿has podido aplicar alguna pauta de lo que hemos hablado?, ¿si te vieras desde fuera te gustas?” ayudan a discriminar verbalizaciones positivas hacia sí mismo.

Se usan técnicas de modelado y role-playing de la interacción con sus hijos en situaciones registradas y se especifica el uso del tiempo fuera a través de “la metáfora del semáforo” (si está en rojo es mejor no comunicar, e indicar que no se está disponible). En el periodo de tiempo fuera se le recomienda distraerse o utilizar alguna técnica de respiración con el objetivo de disminuir la ira.

Además, se le insta a identificar el pensamiento detrás de la emoción y transformar las exigencias en preferencias.

Se recomienda un documental (“Beyond Men and Masculinity” de Alex Gabbay) sobre masculinidades con el objetivo de identificar y poner conciencia a elementos de la socialización de género que pudieran estar influyendo en su problemática.

Undécima Sesión

La exposición a sensaciones interoceptivas planificada para esta sesión se pospone debido a su condición médica, durante la semana tiene esofagitis aguda (inflamación del esófago), lo que le provoca mucho dolor al comer y al respirar. En el hospital le inyectan alguna medicación.

En la tabla 5 se detallan las tareas propuestas y/o acordadas a llevar a cabo entre una sesión y otra.

Tabla 5

Cronograma de las tareas entre sesiones

Sesión	Tareas entre sesiones
1-3	- Autorregistro de malestar. - Pensar sobre el análisis funcional y ver si se ajusta a su vivencia.
Vacaciones de verano de mes y medio.	
4	- Autorregistro de malestar. - Se explica y pauta tareas de exposición de intensidad moderada–baja como jugar a la playstation hasta que se habitúe.
5 y 6	- Autorregistro de pensamientos exigentes, absolutistas o catastrofistas (anticipando resultados negativos), fijándose en la inflexibilidad. - Identificar disparadores de la conducta de “el chapas” o respuestas de ira. - Aplicar las habilidades practicadas en sesión en contexto real. - Reflexión sobre el concepto de “error”.
7	- Autorregistro de pensamientos exigentes, absolutistas o catastrofistas (anticipando resultados negativos), fijándose en la inflexibilidad. - Identificar disparadores de la conducta de “el chapas” o respuestas de ira.
8 y 9	- Autorregistro de situaciones de ansiedad. - Detectar qué pensamientos hay detrás de la conducta de enfado. Y buscar uno alternativo, si no encuentra uno alternativo trabajarlo en sesión. Tirar del hilo y detectar la regla que está gobernando la conducta. - Trabajar el modelo de escucha activa y validación.
10	- Se le sugiere ver el documental sobre masculinidades.
11	- Provocar alguna exposición, se plantean diversas situaciones donde poder sentir estas sensaciones y exponerse. - Reflexionar sobre como generalizar lo aprendido a la familia amplia.

Seguimiento

Las grabaciones de las sesiones llegan hasta la undécima sesión a pesar de que el proceso sigue en activo. A continuación, se plantea una propuesta de seguimiento.

Respecto al condicionamiento a las sensaciones interoceptivas, se plantea hacer una sobreexposición en sesión, de manera que aprenda experiencialmente en el contexto terapéutico cómo actuar en esos momentos e ir preparando el alta.

Respecto a la inflexibilidad psicológica y la conducta gobernada por reglas rígidas, se propone:

- Identificar de qué manera este comportamiento está reforzado en otros ámbitos de su vida.
- Trabajar más en profundidad la rumia. Funcionalidad de aliviar la incertidumbre, anticipación, control... Trabajo en discriminación y con el foco atencional.

A nivel familiar se plantea hacer un seguimiento de puesta en práctica de lo aprendido, y facilitar la generalización de los avances a otras áreas, para ello se propone:

- Identificar cambios ¿qué haces ahora que no hacías antes?
- Repaso de los progresos y sus posibles causas.
- Fomentar la relación entre la consecuencia y la acción.

Por último, se plantea una programación de actividades agradables y valorar de qué manera ha estado o está presente en su vida.

6. Valoración del Tratamiento

Se continua con la valoración de la adherencia al tratamiento y de cada uno de los tres objetivos propuestos.

6.1. Adherencia al Tratamiento

El tratamiento tiene una duración de 7 meses, incluyendo las vacaciones de verano, actualmente Mario sigue acudiendo a terapia. La alianza terapéutica se establece desde el primer contacto y se consolida a lo largo de las sesiones. Se observa confianza, una actitud colaborativa, expectativas de éxito, acuerdo en los objetivos, etc. a través de verbalizaciones tipo: "Me parece

genial que se ajusten objetivos de forma tan clara”, “Me ha impresionado”, “Me ha parecido muy interesante”, “vale, yo te hago caso a todo”.

La batería de cuestionarios la entrega cumplimentada al centro en la misma semana que se le entrega tanto la inicial como la final. Realiza todas y cada una de las tareas propuestas, trae todos los autorregistros pertinentes escritos en un cuaderno y no faltó a ninguna de las sesiones. Con el objetivo de flexibilizar su manera de mirar el mundo y no promover la incorporación de nuevas reglas rígidas, las pautas se flexibilizan a lo largo de las sesiones. De este modo Mario elige, junto con la terapeuta, sus compromisos y tareas a llevar a cabo entre sesiones con verbalizaciones tipo: “¿qué tareas te pones tú?”, “¿en qué vas a trabajar de aquí al próximo día?”, “¿en qué has estado trabajando esta semana?”, moldeando esta respuesta cuando era necesario.

El histórico de abandonos terapéuticos previos lleva a Mario a escoger una terapia más estructurada. En este sentido la lectura de proceso periódica, de los avances y la estructura de cada sesión son también operaciones motivadoras de cumplimiento de las tareas y de adherencia al tratamiento. Favorece la sensación de control, seguridad y confianza tanto del proceso como de la terapeuta.

La información verbal de la terapeuta anticipando las posibles causas y consecuencias de determinadas conductas, así como adelantar los beneficios que conlleva la realización de las tareas propuesta, son operaciones motivadoras de establecimiento que influyen en el aumento de la adherencia al tratamiento, el cumplimiento de todas las tareas y el seguimiento de pautas, aún con el alto coste a corto plazo que conllevan.

Con todo lo anterior expuesto se genera un entorno de confianza y seguridad donde con el paso de las sesiones Mario puede expresarse de forma abierta, natural, espontánea y sin temor a ser juzgado, conductas que además forman parte de los objetivos terapéuticos.

6.2. Valoración de los Objetivos Terapéuticos

Se observan cambios significativos en la consecución de los tres objetivos propuestos. Para la medida de valoración del cambio producido se usa principalmente un registro pre y post

tratamiento de las verbalizaciones en terapia, en el anexo B se detallan por áreas las verbalizaciones de Mario a lo largo del proceso, donde se observan cambios significativos en el contenido. Estos cambios se materializan en logros que se detallan a continuación en función de los objetivos propuestos por áreas.

Objetivos Relacionados con el Condicionamiento a las Sensaciones Interoceptivas

En las primeras sesiones ya se observan cambios respecto al inicio de la terapia. Hace exposiciones en vivo durante el verano a actividades como correr o subir escaleras. Asimismo, tras indicarle la función que cumple el controlar la frecuencia cardíaca en el mantenimiento del problema y a pesar de tener pequeñas taquicardias durante el día, decide abandonar el uso del pulsioxímetro antes del verano.

El identificar y reconocer los factores que influyen en su problemática permite a Mario enfrentar las situaciones temidas, disminuyendo las conductas de comprobación, hipervigilancia, anticipaciones, rumia y las conductas de escape o evitación. Motivando a Mario a poner la atención a elementos presentes.

En la cuarta sesión dice haber tenido despertares nocturnos debido a las palpitations, y se plantea que las preocupaciones y el estrés pueden estar influyendo.

En la séptima sesión registró dos situaciones (ir al teatro y un partido de futbol en la radio) donde identifica picos de ansiedad, pero sin ataque de pánico, siguió las indicaciones exponiéndose a las situaciones y no hubo recaída en las conductas de comprobación.

En la novena sesión se le pregunta: “En este punto ¿cuál es tu percepción en cuanto a la tolerancia a las sensaciones físicas? ¿Se ha ido el temor?”. Mario responde: “Siempre te quedan esas sombras de las sensaciones, piensas: ¿y si...?, pero no dejo de hacer cosas. Eso queda ahí, no va a más. No se ha ido el temor, pero no tiene nada que ver a cómo era...”.

En la onceava sesión verbaliza estar muy contento, porque a lo largo de esa semana, se encuentra con alguna situación donde anteriormente hubiera tenido ansiedad y conductas de comprobación, y no le ocurrió. A pesar de que no se hizo la exposición en sesión, se postula que

dicha sobreexposición no generaría la respuesta condicionada de ansiedad. Lo cual se explica por los cambios ya mencionados, el entorno seguro y el hecho de saber que el aumento de la tasa cardíaca es provocado por el ejercicio.

Objetivos Relacionados con la Inflexibilidad Psicológica

Se hace consciente del patrón que rige, en muchas ocasiones, el malestar que le genera que las cosas se salgan de su idea de lo correcto y la inflexibilidad en su manera de mirar el mundo.

Parece que el mundo también le devuelve esta mirada y reconoce cómo su padre fue el ejemplo de esta inflexibilidad llevada al extremo. A medida que se producen cambios significativos en su vida cotidiana, relaciona su manera inflexible de ver el mundo con los síntomas de la ansiedad. Identifica mecanismos de control, anticipaciones y rumia como mecanismo para evitar la incertidumbre.

Aceptando cada vez más las propias limitaciones y abandonando en repetidas ocasiones el intento de control.

Se observan avances en autocontrol al discriminar los disparadores de ira y ansiedad y la necesidad de poner la mirada en los cuidados físicos y psicológicos. Pone conciencia y se cuestiona el valor detrás de cada acción con autoinstrucciones del tipo “¿para qué hago esto?, ¿qué pensamiento hay detrás? Se observan así avances en los dos objetivos propuestos en esta área.

Objetivos Relacionados con las Habilidades Parentales

En la novena sesión, a la pregunta: “¿Crees que lo que te queda por avanzar a nivel familiar va en la misma línea?”. Mario responde: “Sí, siempre que sea consciente lo iré cambiando. Siento que es un cambio radical... quizá un observador externo no lo notaría, pero yo sí”.

En la décima sesión se le pregunta: “Si escribiéramos en un registro el número de veces que te encuentras con ira, ¿cómo sería?”. Mario responde: “No registraría tanta... había un tiempo en el que me sentaba en la mesa con mi familia y no aguantaba nada, iba a atacar... ahora ya no tiene nada que ver... creo que ayuda un poco todo, me voy encontrando mejor físicamente, hay cosas que ya no tienen tanto peso, la relación humana es distinta, entiendo lo que estaba ocurriendo... y hace que todo fluya mejor... pero sé que es un proceso”.

En la décima sesión se le pregunta: “Respecto a tu familia, verte a ti mismo en un rol diferente como padre, donde hubiera espacio para el afecto y comprensión... ¿Cómo vas con ese objetivo?”. Mario responde: “En relación a mi hijo mayor... está costando menos ahora y creo que tiene mucho que ver con mi actitud” “...el año pasado... hablaba poco, te sientes peor” “Te quedas con un rol de cómo debe ser... y te vas liberando”. A la pregunta: “¿Qué habría hecho el Mario antiguo?”, responde: “quizá lo mismo, pero no me habría dado cuenta”.

Con todo esto, se cumplen los objetivos propuestos, de manera que se amplían las habilidades parentales, ajustadas a sus valores y al modelo de padre quiere ser, generando un mayor número de topografías de afecto y reduciendo así mismo conductas de control y discusiones.

6.3. Resultados de los Cuestionarios Pre-Post

En este apartado se muestran las puntuaciones pre y post de los distintos cuestionarios para la medida y valoración del cambio. Estos son entregados en la 6ª sesión para la medida pre (debido a que el proceso de terapia se inicia previo a la elaboración del presente trabajo), y un mes después de la última sesión descrita en el presente trabajo para la media post, el tratamiento continúa en activo.

Los resultados en el DBI-II, STAI y ASI muestran disminución respecto de los niveles iniciales, apoyando las conclusiones descritas en la valoración de los objetivos terapéuticos con medidas cualitativas. Por otro lado, se observa un aumento en los niveles obtenidos en la medida de la intolerancia a la incertidumbre del IUS respecto al inicio y una disminución de la calidad de vida percibida en el área de la salud física, psicológica y relaciones interpersonales a través del WHOQOL-BREF (ver tabla 6). Posibles explicaciones para estos resultados son:

- IUS: Variables médicas que pudieran estar afectando a su estado de salud. La aparición de algo parecido a ataques epilépticos que le provocaban pérdida de conocimiento, que los médicos no supieron diagnosticarle, por lo que aumenta la incertidumbre.

- WHOQOL-BREF: Al tomar más conciencia de sus habilidades de comunicación y expresión afectiva, del entorno y de su relación con el mismo, ha podido discernir que hay más relaciones de las que él pensaba y que las habituales no son tan satisfactorias.

Tabla 6

Puntuaciones pre y post tratamiento en los distintos cuestionarios

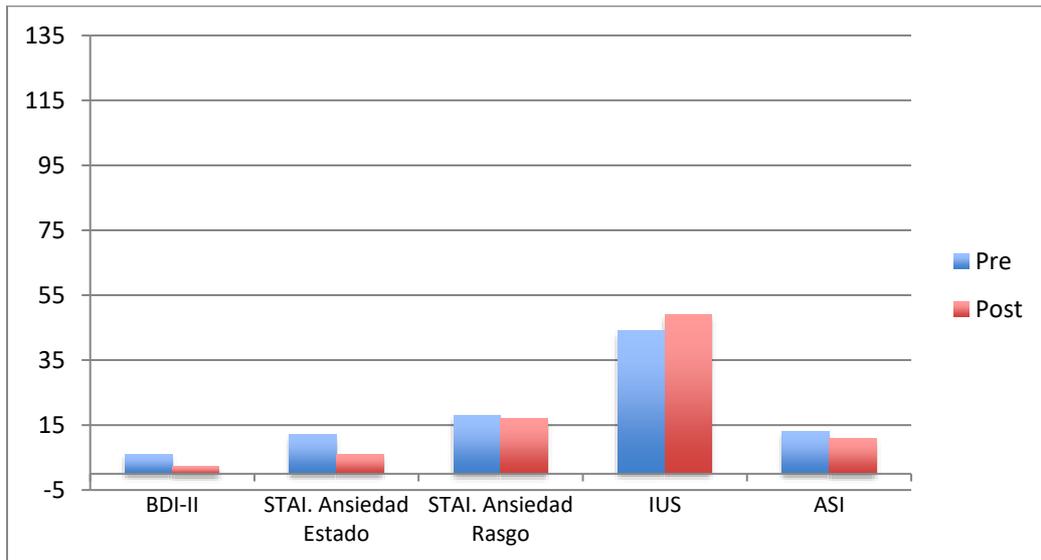
Cuestionario	Categoría	Pretratamiento	Postratamiento
BDI-II		6	1
STAI	Ansiedad estado	12	6
	Ansiedad Rasgo	18	17
WHOQOL-BREF	Salud física	88	81
	Salud psicológica	75	69
	Relaciones interpersonales	69	56
	Entorno	81	88
IUS	II	44	49
	IGI	31	33
	IDI	13	16
ASI	Total	13	11
	Somática	9	7
	Cognitiva	0	0
	Social	4	4

Nota. II = Intolerancia a la Incertidumbre. IGI = Incertidumbre Generadora de Inhibición. IDI = Incertidumbre Desconcierto e Imprevisión.

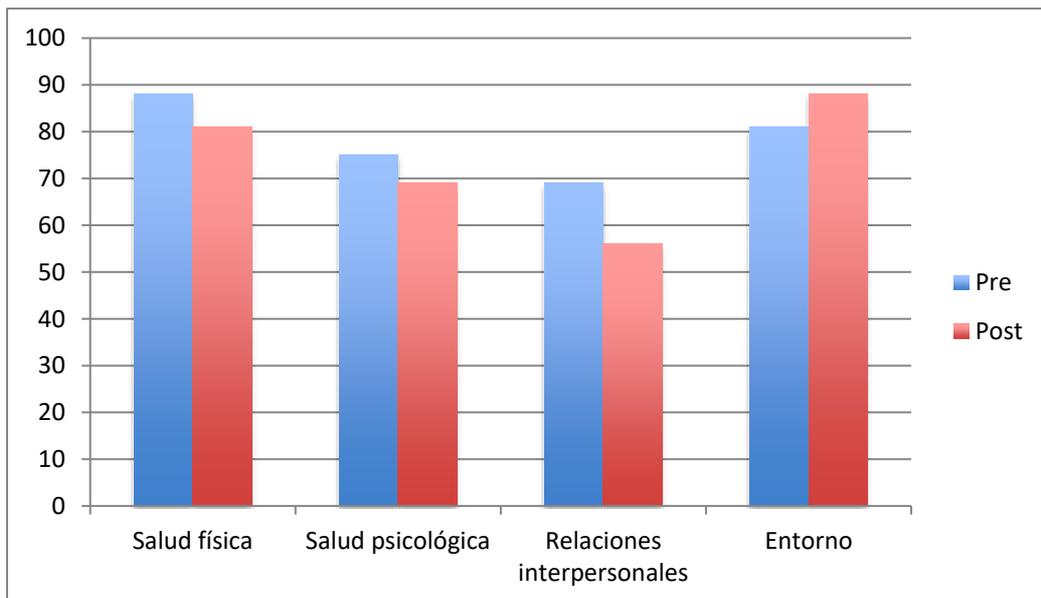
A continuación, se incluye una gráfica comparativa de los resultados de los cuestionarios, antes y después del tratamiento, para facilitar su interpretación (figura 5 y figura 6).

Figura 5

Puntuaciones pre y post tratamiento en el DBI-II, STAI, IUS y ASI

**Figura 6**

Puntuaciones pre y post tratamiento en el WHOQOL-BREF



7. Discusión y Conclusiones

El objetivo del presente trabajo fue exponer el desarrollo de la evaluación, intervención y medidas de eficacia del proceso terapéutico del caso de Mario. Se observó tres áreas de trabajo relacionadas con sus dificultades: la ansiedad, la inflexibilidad psicológica y las dificultades en las relaciones paternofiliales. El análisis de los resultados obtenidos tras la intervención pone de

manifiesto una mejoría significativa en las tres áreas problemáticas, donde el rol activo, la implicación y motivación de Mario durante todo el proceso de terapia han sido factores fundamentales para el buen desarrollo del proceso, así como la posibilidad de una mayor profundización puesto que el proceso continúa en activo.

Tras el tratamiento, sentir taquicardia no le impide seguir funcionando en la vida, siendo capaz de tomar decisiones diferentes, recuperando funcionamiento diario y disminuyendo los operantes de control como las comprobaciones o la hipervigilancia hacia las propias sensaciones, las cuales tenía condicionadas con más ansiedad. Manifestó una mayor flexibilidad en su manera de experimentar las propias experiencias, abriéndose a otras posibilidades de interpretar los acontecimientos. Respecto a sus habilidades parentales se observó una disminución de conductas de control y corrección, así como una mayor toma de conciencia de la importancia en la identificación de las propias emociones y de cómo estas influyen a la hora de relacionarse, principalmente con sus hijos. Los logros alcanzados confirmaron las hipótesis de origen y mantenimiento planteadas, ya que los objetivos fueron establecidos en base a ellas.

Para producir un cambio profundo, generalizando los progresos a otras áreas y mantener en el tiempo los logros alcanzados, estos fueron explicitados en sesión y se reforzó de forma contingente cada avance, indicando el camino a seguir para provocar cambios fuera de sesión. En esta línea, es importante que la respuesta de ira y enfado deje de estar condicionada a maneras de estar diferentes a sus ideales, donde las sensaciones de ansiedad se disparan ante estos eventos. Se postula que para ello sería necesario generar nuevas reglas flexibles, nuevas formas de comportarse ante estos eventos, así como reflexiones acerca de sus valores y de cómo quiere tratar al mundo y a sí mismo.

Se deduce cierto nivel de inconsciencia de su propia socialización de género. Reconoce ciertos estereotipos de hombre donde la vulnerabilidad está castigada y lo identifica en amigos suyos, sin embargo, no identifica su dificultad para mostrar o compartir su propia vulnerabilidad o el rechazo a que otros hombres lo hagan, esto se observa en verbalizaciones donde a pesar de

rechazar abiertamente la masculinidad hegemónica, él niega que ello le pueda influir o tenga algo que ver con él. Es una negación de la evidencia, pues es algo inherente a la propia socialización de género y no cuestionable individualmente (González, 2013; Hernando, 2018). El hecho mismo de que considere “llorones” a hombres de su familia denota rechazo hacia la expresión de vulnerabilidad o tristeza, posicionándose a sí mismo en un lugar ajeno, como si la socialización de género nada tuviera que ver con él. También hace referencia al castigo social consecuente por parte de su grupo de iguales de no seguir los estereotipos de género, sin embargo, atribuye su propia incapacidad al comportamiento de los otros. Esta negación pudiera dificultar la generalización de los cambios a otras áreas de su vida (González, 2013; Hernando, 2018).

Por otro lado, Mario comparte con sus amistades los beneficios que tiene el acudir a terapia y les anima a hacer lo mismo. Verbalización a partir de la cual se aprovechó en su favor para motivar a ser el modelo de masculinidad que le gustaría representar y que desea para sus hijos y amigos. Esto fue un trabajo que se planteó en cuanto a importancia de la empatía en la familia y las consecuencias en la autoestima de los demás, principalmente de su hijo menor.

Desde el análisis funcional, se pudo describir, explicar y predecir la conducta problema, identificando las áreas a intervenir, atendiendo a la función que éstas cumplían en la vida del consultante (Froxán, 2020; Fernández, 2013). Desde la perspectiva de las terapias contextuales se dilucidaron topografías de evitación experiencial de la propia ansiedad que, a pesar de generar una ilusión de ser eficaces, a largo plazo eran generadoras de más ansiedad, volviéndose además estas estrategias cada vez más rígidas (Levin et al., 2014; Kohlenberg et al., 2005). Respecto a la inflexibilidad psicológica, fue importante trabajar la capacidad de estar en contacto con elementos presentes, adaptarse a las demandas del entorno, generar nuevos repertorios de conducta y mantener un equilibrio entre los diferentes dominios de la vida (Kashdan y Rottenberg, 2010). También fueron relevantes para el proceso algunos elementos que influían en el mantenimiento de la problemática como el seguimiento rígido de reglas (Hayes et al., 1996), la intolerancia a la incertidumbre (Freeston et al., 1994b) y la socialización de género (Hernando, 2018). Gracias a este

nivel de detalle explicativo y no meramente descriptivo se pudo elaborar un programa de intervención con objetivos concretos y personalizados (Froxán, 2020; Fernández, 2013), dado que no todas las conductas “ansiosas” presentan la misma topografía, ni todas las intervenciones son igual de válidas para todos los sujetos con una misma clasificación diagnóstica (Duran, 2011).

Desde la perspectiva conductual los procesos mentales fueron tratados como una conducta más, de manera que fueron modificados y explicadas bajo las leyes de aprendizaje (Freixa, 2003). Algunas aportaciones desde las terapias contextuales fueron relevantes para el caso en cuanto al control que tienen determinadas reglas verbales sobre la conducta demorada. Por ello la conducta verbal del consultante durante las sesiones fue un elemento clave tanto para el tratamiento, a través del moldeamiento verbal por medio del reforzamiento diferencial, así como para la evaluación del tratamiento, como muestra la tabla comparativa de las verbalizaciones antes y después del tratamiento del anexo B que denotan un cambio cualitativo significativo en cuanto al entendimiento de su propia problemática (Kohlenberg et al., 2005; Pardo, 2019; Ruiz, 2011).

Para la evaluación del caso se usó una batería de cinco cuestionarios para la obtención de medidas cuantitativas. Las puntuaciones de tres de ellos apoyaban los resultados obtenidos a través de las verbalizaciones del consultante, sin embargo, en dos de ellos las puntuaciones obtenidas indican lo contrario, se postularon varias explicaciones para su interpretación, como la presencia de un posible ataque epiléptico sin diagnosticar, lo que pudo provocar un aumento en la incertidumbre al no descartar una posible causa orgánica, y un aumento de la conciencia en la importancia del mundo emocional y relacional, valorándolas no tan positivamente como indicaba al comienzo. Sin embargo, el hecho de que los cuestionarios iniciales se administraron en la sexta sesión, es decir, una vez que el tratamiento ya se había iniciado, y que, para la medida post, el tratamiento no había finalizado, se concluye que la comparativa de los cuestionarios pre y post no es una medida fiable. Por todo ello, para el presente trabajo el valor de los mismos es casi simbólico, y sirve como muestra de un supuesto de medidas cuantitativas fiables de cambio para la valoración de un tratamiento.

Se plantean algunas líneas de debate a la hora de integrar en contexto terapéutico una visión feminista. Es necesario hacer explícita las consecuencias que pudiera tener, para una persona socializada como hombre, perpetuar o salirse del marco de lo esperable en concreto en el trabajo con masculinidades; los privilegios en cuanto que hombres; las contingencias reforzantes de su cumplimiento; los castigos sociales de la desviación de lo normativo, principalmente por su grupo de iguales o de él hacia otros. Lo cual lleva a perpetuar los privilegios y a alejar al hombre de todo contacto con lo femenino, como es la vulnerabilidad (González, 2013; Hernando, 2018).

Es relevante como terapeutas reconocer las diferencias entre el beneficio individual del consultante y la responsabilidad colectiva de la importancia de poner luz a las desigualdades. Un trabajo en esta línea podría suponer un cambio en el comportamiento del consultante en beneficio de otros, los descendientes, cónyuges, familiares, amistades, comunidades y sociedades. A pesar de que no sea una demanda del consultante que acude a terapia y que dicha perspectiva pueda ser vivida como contraria a sus intereses personales, pudiendo poner en peligro la alianza terapéutica y un posible abandono terapéutico. Promover el cambio por el bienestar individual, sin olvidar el bienestar social.

8. Referencias

- Alonso-Vega, J., Ávila Herrero, I., Núñez de Prado-Gordillo M., y Pereira X. G. (2020). Análisis de la conducta y prácticas culturales. En Froxán Parga, M. X. (Ed.), *Análisis funcional de la conducta humana: Concepto, metodología y aplicaciones* (pp. 239-273). Ed. Pirámide.
- American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425657>
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory (BDI-II). Adaptación española: Sanz, J., y Vázquez, C., (2011) Madrid: Pearson Educación, S.A. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Bonino Méndez, L. (2002). Masculinidad hegemónica e identidad masculina. *Dossiers feministes* (6), 7-35. <https://raco.cat/index.php/DossiersFeministes/article/view/102434>.
- Botella C., Villa H., García-Palacios A., Baños R. Y Perpiñá C. (2013). La evaluación del trastorno de pánico y la agorafobia. En Caballo, V. E. (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicopatológicos: Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. (pp. 403-445). Ed. Pirámide.
- Caballo, V. E. (2008). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Ed. Pirámide.
- Calero, A., Bados, A. (2010). Protocolo de intervención clínica para los problemas de pánico y agorafobia. *Universidad Autónoma de Madrid*. <https://www.uam.es/uam/media/doc/1606899112245/protocolo-panico-agorafobia.pdf>
- Clavijo, A. (2004). La definición de los problemas psicológicos y conducta gobernada por reglas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36 (2) 305-316. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80536209>
- Durán, P. L. (2011). Algunas consideraciones sobre la adopción del modelo médico en psicología: el caso de las terapias empíricamente fundamentadas. *Revista colombiana de psicología*, 20(1), 107-115. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80419035004>

- Fernández, R. (2013). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos* (2a. edición). Ed. Pirámide.
- Freeston, H. M., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., y Ladouceur R. (1994a). IUS. Escala de Intolerancia a la Incertidumbre. Adaptación española de González, Ibáñez, Peñate, Díaz y Díaz (1998). Ed. Piramide. <https://doi.org/10.1037/t011110-000>
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994b). Why do people worry?. *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
- Freixa iBaqué, E., (2003). ¿Qué es conducta?. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(3), 595-613. http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-89.pdf
- Froxán Parga, M. X. (2020). *Análisis funcional de la conducta humana: Concepto, metodología y aplicaciones*. Ed. Pirámide.
- Fuentes I., Alarcón A., Cabañas S. y Capafons A. (2013). Evaluación del trastorno por ansiedad generalizada. En Caballo, V. E. (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicopatológicos: Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. (pp. 507-518). Ed. Pirámide.
- González, M., Cubas, R., Rovella, A., y Darías, M., (2006). Adaptación española de la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre: Procesos cognitivos, ansiedad y depresión. *Psicología y Salud*, 16(002), 219-233. https://www.researchgate.net/publication/26472825_Adaptacion_espanola_de_la_Escala_de_Intolerancia_hacia_la_Incertidumbre_procesos_cognitivos_ansiedad_y_depresion
- González San Emeterio, A. (2013). *Perspectiva feminista y gestalt*. [Tesina, Asociación Española de Terapia Gestalt].
- Groppa, J. (2022). Flexibilidad Psicológica, Ansiedad y COVID-19. Una revisión bibliográfica. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara*, 7(0), Art. 0. <https://doi.org/10.32351/rca.v7.305>

- Guillén-Riquelme, A., y 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>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152>
- Hernando, A. (2018). *La Fantasía de la individualidad: Sobre la construcción sociohistórica del sujeto moderno*. ED. Traficantes de sueños.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*, 30(7), 865–878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Ferro, R., Valero, L., Fernández, A., y Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 5 (2), 349-371. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33750209>
- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of contextual behavioral science*, 3(3), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.003>

- Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K., y Power, M. J. (2011). Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. *Aging & mental health*, 15(5), 595–604.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2010.548054>
- Morales Albarrán, O., Luján Acevedo, F., Calvo González, E., Molina Herrero, A. (abril, 2020). Abordaje terapéutico de las masculinidades. *Voces Invisibles*.
<https://vocesinvisibles.home.blog/2020/04/17/abordaje-terapeutico-de-las-masculinidades/>
- Pardo Cebrián, R. (2019). *El debate en reestructuración cognitiva: análisis de los mecanismos terapéuticos de cambio clínico*. [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Madrid].
<http://hdl.handle.net/10486/689733>
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., y McNally R. J. (1986). Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI). Ed. Pirámide. <https://doi.org/10.1037/t00033-000>
- Ruiz Sancho, E. M. (2011). *Una aproximación funcional al estudio de la interacción verbal en terapia*. [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Madrid]. <http://hdl.handle.net/10486/6675>
- Sandín, B. Y Chorot, P. (2011). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad / Síndromes clínicos de la ansiedad. En Belloch, A. (Ed), *Manual de Psicopatología* (Edición revisada, Vol. II, pp. 43-91). McGraw-Hill España.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P. y Santed, M. A. (2005). Propiedades psicométricas del índice de sensibilidad a la ansiedad. *Psicothema*, 17(3), 478-483.
<https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8352>
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M. y Vazquez, C. (2005). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Salud y Clínica*, 16(2), 121-142.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180616104001>
- Sierra, J. C., Ortega, V., Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: Tres Conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., y Cubero, N.S. (1986). STAI: Inventario de ansiedad estado-rasgo. Madrid: TEA ediciones (2011)
- Subdirección general de información sanitaria. (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*. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria [BDCAP] Series 2. Sistema nacional de salud. Ministerio de sanidad.
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
- World Health Organization. (1998). *Programme on Mental Health : WHOQOL user Manual*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77932>
- World Health Organization. (2004). WHOQOL-BREF. Escala de Calidad de Vida. Adaptación: Lucas-Carrasco.
- World Health Organization. (2 de marzo de 2022). *Mental health and covid-19: Early evidence of the pandemic's impact*. World Health Organization. https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1

9. Anexos

9.1. Anexo A

Cláusula de consentimiento expreso de pacientes

Cláusula de consentimiento expreso de pacientes

En aras a dar cumplimiento al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y siguiendo las Recomendaciones emitidas por la Agencia Española de Protección de Datos (A.E.P.D.),

SE INFORMA:

- Los datos de carácter personal solicitados y facilitados por Usted, son incorporados a un fichero de titularidad privada cuyo responsable y único destinatario es XXXX.
- Solo serán solicitados aquellos datos estrictamente necesarios para prestart adecuadamente el servicio sanitario, pudiendo ser necesario recoger datos de contacto de terceros, tales como representantes legales, tutores, o personas a cargo designadas por los mismos.
- Como profesionales de la sanidad, garantizamos que todos los datos recogidos cuentan con el compromiso de confidencialidad y cumplen con las medidas de seguridad establecidas legalmente. Bajo ningún concepto susodichos datos seran cedidos o tratados por terceras personas -físicas o jurídicas- sin el previo consentimiento del paciente, tutor o representante legal, salvo en aquellos casos en los que fuere imprescindible para la correcta prestación del servicio.
- Una vez finalizada la relación entre la empresa y el paciente, los datos serán archivados y conservados durante un periodo de tiempo mínimo de 5 años desde la última visita, tras lo cual, podrán continuar archivados, o en su defecto, serán devueltos íntegramente al paciente o autorizado legal, o destruidos por procedimientos seguros que garanticen la confidencialidad de la información sensible.
- Los datos facilitados serán incluidos en el tratamiento denominado Pacientes de XXXX, con la finalidad de gestionar el tratamiento médico, emitir facturas, gestiones relacionadas con el paciente, contacto, manifiestos de consentimiento, etc.
- Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación, limitación, oposición y portabilidad, indicándolo por escrito a XXXX, con domicilio en, XXXX.
- Los datos personales facilitados podrán ser cedidos por XXXX a las entidades que prestan servicios a la misma.
- Mediante el presente documento también MANIFIESTA que AUTORIZA a XXXX a realizar la grabación en vídeo de la intervención psicológica que tenga con usted con objeto de que

pueda ser estudiada y, eventualmente, utilizada con fines educativos y de entrenamiento.

Todos los profesionales que pudieran ver la grabación respetarán la privacidad, protegiendo el anonimato. Las grabaciones serán custodiadas por la terapeuta como responsable del material.

Además de las cláusulas anteriores, le solicitamos el consentimiento para:

ACEPTO que XXXX me remita comunicaciones informativas a través de e-mail, SMS, sistemas de mensajería instantánea como Whatsapp, con el objetivo de mantenerme informado/a del desarrollo de las actividades propias del servicio contratado, enviarme recordatorios de mis citas, así como remitirme informes relativos a la prestación asistencial acordada entre ambas partes.

ACEPTO Y SOLICITO EXPRESAMENTE, la recepción de comunicaciones comerciales por vía electrónica (e-mail, Whatsapp, bluetooth, SMS), por parte de XXXX, sobre productos, servicios, promociones y ofertas de mi interés.

ACEPTO que mi Historia clínica, debidamente anonimizada, pueda ser utilizada con fines de investigación académica por parte de nuestros alumnos en prácticas.

En _____, a _____ de _____ de 20 _____

Nombre y apellidos: _____

DNI: _____

(El paciente)

Fdo.:

Anexo B

Registro del cambio cualitativo de verbalizaciones tipo en terapia

Objetivo	Verbalizaciones mantenedoras del problema. Previas al tratamiento	Verbalizaciones proterapéuticas. Posteriores al tratamiento
Condicionamiento a las sensaciones interoceptivas	<ul style="list-style-type: none"> - “no sé si huí, pero...” - “he notado el corazón, me desperté a las 6:30” - “fue lamentable ver las fotos y verme con la mano en el pecho” - “huí de la llamada” - “he vuelto a estar pendiente del cuerpo. Estoy más tenso” - “no paro... soy una centrifugadora” - “es como un leve estrés continuo” - “es super complicado los cuidados psicológicos” (en referencia a sentir vulnerabilidad) 	<ul style="list-style-type: none"> - “ostras, voy a aprender a que puede que pasen estas situaciones incomodas” - “entender lo que estaba ocurriendo... esto hace que todo fluya mejor, pero sé que es un proceso” - “no me activa, no me pone nervioso, pero sí que me hace más consciente” - “o sea... no es intentar evitar pensar en la sensación sino dejarla que esté” - “hace un año me llega a pasar esto y estoy peor”
Inflexibilidad psicológica	<ul style="list-style-type: none"> - “haz las cosas bien” - “si sigues así...” - “me he acostumbrado a pensar así” - “no me siento identificado con ese rol de hombre” - “el desprecio o desdén en una conversación es una falta de respeto, te hace sentir mal” - “algún paso estoy dando, pero hay algo que lo frena” - “yo no creo que esconda especialmente los sentimientos” - “yo soy cero testosterónico” - “mi mujer me dijo: no sé cómo eres capaz de vivir en tu cabeza” - “soy intransigente” - sobre los pensamientos inflexibles responde: “soy muy yo” - “estoy más en el futuro, en la incertidumbre...” - “hay cierta incertidumbre que me genera mucho malestar” 	<ul style="list-style-type: none"> - “a lo mejor es verdad que hay mucha autoexigencia en mí” - “¿cómo no voy a pisar esos charcos si llevo tanto tiempo haciéndolo?” - “cuando digo cosas quizás quiero estar por encima del resto y no sólo corregir” - “el Mario del pasado hubiese...” - “se me ve más contento” - “creo que tiene mucho que ver con mi actitud” - “el otro día me vi un poco pesadito... y me he dicho ¿en qué estás entrando?” - “mi sensación es que antes cualquier cosa me cargaba, me pasaba el día entero cargado con mucho reproche” - “es normal cagarla, porque llevo haciéndolo toda la vida, llevo una mochila de muchos años” - “hubo un momento que me noté más pesadito, porque estuvimos viendo seguros y estuve controlando. Me di cuenta de cómo me comportaba y vi que no servía para nada”

Objetivo	Verbalizaciones mantenedoras del problema. Previas al tratamiento	Verbalizaciones proterapéuticas. Posteriores al tratamiento
Habilidades parentales	<ul style="list-style-type: none"> - “y yo educándole desde aquí como un enfermo mental” - “he estado demasiado pendiente de él” - “si lo sé no le mando a Canadá” - “sé cómo quiero educar a mi hijo” - “¿qué hace...?” “debería de...” - “prefiero darle un consejo serio de cómo actuar” - “no me sale en ese momento la parte amorosa” - “también me pasa con mi hija, me dice -joder, siempre me echas la charla- “. - “ahora soy el instructor y el director de orquesta” - “no soy capaz de tener una conversación con mi hija... siento que mis hijos me lo tienen que poner fácil” - “si me hubieras hecho caso cuando te di el consejo...” - “ellos tampoco muestran interés por mi vida” - “hay veces que ya sé que va a ir mal la conversación por cómo está sentado en la mesa, pues me parece una falta de respeto, una dejadez” - “ponte recto, coño” - “me decepciona por su tipo de respuesta” - “me sale sólo dar un consejo de cómo yo actuaría” - “el desprecio en una conversación, el pasotismo, hacerte sentir mal, eso me parece una falta de respeto” - “respondo de manera automática” - al preguntarle si ha intentado apagar la voz del juicio responde: - “uf, qué difícil” - “me pone de los nervios” 	<ul style="list-style-type: none"> - “me acuerdo mucho de lo que me dijiste de escuchar sin juzgar” - “estas semanas las conversaciones con mi hijo son más divertidas” - “me he dado cuenta de que esta parte faltaba, más de cariño” - “le dije - estoy súper orgulloso de ti... te quiero un montón-” - “aún ahora pongo puntos en la mesa, pero no me incapacita para que dentro de 10 min pueda contar algo positivo” - “estoy más tranquilo... recuerdo que antes me sentaba en la mesa a comer e iba a atacar, no aguantaba” - “me reconozco en el rol de padre proveedor” - “¿qué camino elijo?” - “me ocurren reacciones hacia algunos comportamientos de niño pequeño. Luego lo pienso, reflexiono y digo... si es normal que se comporten así. Cuando es algo obsesivo, lo anoto” - “le llamé, no me lo cogía y empecé a pensar lo peor, me agobié un poco. Luego empecé a pensar opciones alternativas, quizá se ha olvidado el móvil, o no lo está mirando, o está haciendo otra cosa. Ahí me calmé” - “le di muchos abrazos y besos” - “no quiero cambiar al padre alegrías... la sensación es que cabe todo” - “me di cuenta, me retiré, luego volví al ruedo, estaba más frío, más serio” - “me gusta exponerme. Estoy siendo consciente de qué es lo que he hecho mal” - “además se lo dije: te quiero un montón” - “yo anteriormente sabía todo lo que habían hecho mal, me preparaba, me cargaba. Y esta vez, la cosa se queda ahí, no me lo guardo... una noche tuvimos una conversación magnífica” - “lo voy viendo, según lo hablo las cosas van encajando” - “antes si me enfadaba me tiraba siglos enfadado, ahora no, ahora hago una broma y a lo siguiente” - “estar pendiente de las necesidades de los niños... por ejemplo, darle un abrazo o decirle que me gustó el abrazo”

9.2. Anexo C.

BDI-II. Inventario de depresión de Beck

BDI-II¹

En este cuestionario aparecen 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 que se has sentido durante la última semana, incluido el día de hoy. Rodee con un círculo el número que se encuentra 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, elija el número más alto. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección. Asegúrese también de no haber elegido más de una respuesta para cada grupo, particularmente en los elementos 16 y 18.

- | | |
|---|---|
| <p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste habitualmente.</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 Me siento triste continuamente.</p> <p>3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p> | <p>6. Sentimientos de castigo</p> <p>0 No creo que esté siendo castigado.</p> <p>1 Siento que puedo ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p> |
| <p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desanimado sobre mi futuro.</p> <p>1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.</p> <p>2 No siento que las cosas mejoren.</p> <p>3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas solo empeorarán.</p> | <p>7. Insatisfacción con uno mismo</p> <p>0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.</p> <p>1 He perdido confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusto.</p> |
| <p>3. Sentimientos de fracaso</p> <p>0 No me siento fracasado.</p> <p>1 He fracasado más de lo que debería.</p> <p>2 Cuando miro hacia atrás, veo fracaso tras fracaso.</p> <p>3 Me siento una persona totalmente fracasada.</p> | <p>8. Autocríticas</p> <p>0 No me critico o me culpo más que antes.</p> <p>1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.</p> <p>2 Critico todos mis defectos.</p> <p>3 Me culpo de todo lo malo que sucede.</p> |
| <p>4. Pérdida de placer</p> <p>0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.</p> <p>1 No disfruto de las cosas tanto como antes.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> | <p>9. Pensamientos o deseos de suicidio</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.</p> <p>1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.</p> <p>2 Me gustaría suicidarme.</p> <p>3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad</p> |
| <p>5. Sentimientos de culpa</p> <p>0 No me siento especialmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable constantemente.</p> | <p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por cualquier cosa.</p> <p>3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p> |

¹ Beck (2011). Adaptación: MMA (2013).

11. Agitación
- 0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.
 - 1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.
 - 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.
 - 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo
12. Pérdida de interés
- 0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.
 - 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
 - 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
 - 3 Me resulta difícil interesarme en algo.
13. Indecisión
- 0 Tomo las decisiones más o menos como siempre.
 - 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
 - 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
 - 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
14. Inutilidad
- 0 No me siento inútil.
 - 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.
 - 2 Me siento inútil en comparación con otras personas.
 - 3 Me siento completamente inútil.
15. Pérdida de energía
- 0 Tengo tanta energía como siempre.
 - 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
 - 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
 - 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.
16. Cambios en el patrón de sueño
- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
 - 1 Duermo algo más de lo habitual.
 - 1 Duermo algo menos de lo habitual.
 - 2 Duermo mucho más de lo habitual.
 - 2 Duermo mucho menos de lo habitual.
 - 3 Duermo la mayor parte del día.
 - 3 Me levanto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.
17. Irritabilidad
- 0 No estoy más irritable de lo habitual.
 - 1 Estoy más irritable de lo habitual.
 - 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.
 - 3 Estoy irritable continuamente.
18. Cambios en el apetito
- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
 - 1 Mi apetito es algo menor de lo habitual.
 - 1 Mi apetito es algo mayor de lo habitual.
 - 2 Mi apetito es mucho menor que antes.
 - 2 Mi apetito es mucho mayor que antes.
 - 3 He perdido completamente el apetito.
 - 3 Tengo ganas de comer continuamente.
19. Dificultad de concentración
- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
 - 1 No puedo concentrarme tan bien como siempre.
 - 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
 - 3 No puedo concentrarme en nada.
20. Cansancio o fatiga
- 0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.
 - 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
 - 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
 - 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.
21. Pérdida de interés por el sexo
- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
 - 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
 - 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
 - 3 He perdido completamente el interés por el sexo.

9.3. Anexo D. STAI. Inventario de ansiedad estado-rasgo

STAI²

AUTOEVALUACIÓN A-E

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

0 = Nada	1 = Algo	2 = Bastante	3 = Mucho
----------	----------	--------------	-----------

		Nada	Algo	Bastante	Mucho
		0	1	2	3
1	Me siento calmado				
2	Me siento seguro				
3	Estoy tenso				
4	Estoy contrariado				
5	Me siento cómodo (estoy a gusto)				
6	Me siento alterado				
7	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras				
8	Me siento descansado				
9	Me siento angustiado				
10	Me siento confortable				
11	Tengo confianza en mí mismo				
12	Me siento nervioso				
13	Estoy desasosegado				
14	Me siento muy "atado" (como oprimido)				
15	Estoy relajado				
16	Me siento satisfecho				
17	Estoy preocupado				
18	Me siento aturdido y sobreexcitado				
19	Me siento alegre				
20	En este momento me siento bien				

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

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

² Spielberger, Gorsuch y Lushene (1986). Adaptación: TEA (2011).

AUTOEVALUACIÓN A-R

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

0 = Casi nada	1 = A veces	2 = A menudo	3 = Casi siempre
---------------	-------------	--------------	------------------

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

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

9.4. Anexo E. WHOQOL-BREF. Escala de calidad de vida

WHOQOL-BREF⁴

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor, lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal	Un poco mal	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	2	3	4	5

2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?

Muy insatisfecho	Un poco insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
		1	2	3	4	5
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?					
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
5	¿Cuánto disfruta de la vida?					
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?					
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?					
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?					
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico o su alrededor?					

⁴ OMS (2004). Adaptación: Lucas-Carrasco (1998).

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto es usted capaz de experimentar o fue capaz de hacer ciertas cosas en LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS.

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
		1	2	3	4	5
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?					
11	¿Es usted capaz de aceptar su apariencia física?					
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
13	¿Cuánto de disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?					
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?					
15	¿Es usted capaz de desplazarse de un lugar a otro?					

Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuán satisfecho o bien" se ha sentido en varios aspectos de su vida en LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS.

		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
		1	2	3	4	5
16	¿Cuán de satisfecho está con su sueño?					
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?					
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?					
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?					
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?					
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?					
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?					
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?					
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?					
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?					

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS.

26. ¿Con qué frecuencia tiene usted sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

9.5. Anexo F. IUS. Escala de intolerancia a la incertidumbre

Evaluación del trastorno por ansiedad generalizada

ESCALA DE INTOLERANCIA HACIA LA INCERTIDUMBRE (IUS)

(*Intolerance of Uncertainty Scale, IUS*; Freeston, Rhéaume, Letarde, Dugas y Ladouceur, 1994)*

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de afirmaciones que demuestran cómo pueden reaccionar las personas ante la incertidumbre de la vida. Por favor, lea cada una de las frases atentamente y conteste a cada una de ellas teniendo en cuenta la siguiente escala:

Nada característico de mí	Poco característico de mí	Moderadamente característico de mí	Muy característico de mí	Extremadamente característico de mí
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1. La incertidumbre me impide tener una opinión firme.					
2. Estar inseguro/a sobre algo me desorganiza.					
3. La incertidumbre hace intolerable la vida.					
4. Es injusto no tener garantías de que las cosas vayan a salir bien en la vida.					
5. No puedo estar tranquilo/a mientras no sepa lo que va a suceder al día siguiente.					
6. La incertidumbre me produce inquietud, ansiedad o estrés.					
7. Los imprevistos me molestan mucho.					
8. Es frustrante para mí no tener toda la información que necesito.					
9. La incertidumbre me impide disfrutar plenamente de la vida.					

* Traducido y adaptado por González, Ibáñez, Peñate, Díaz y Díaz (1998).

2 / Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos

	1	2	3	4	5
10. Se debería prever todo para evitar las sorpresas.					
11. Un pequeño imprevisto puede arruinarlo todo, incluso con la mejor de las planificaciones.					
12. Cuando llega el momento de actuar, la incertidumbre me paraliza.					
13. Estar inseguro implica no poder figurar entre los mejores.					
14. Cuando estoy indeciso/a no puedo seguir adelante.					
15. Cuando estoy indeciso/a no puedo funcionar muy bien.					
16. A diferencia de mí, los demás siempre parecen saber hacia dónde dirigen sus vidas.					
17. La incertidumbre me hace vulnerable, infeliz o triste.					
18. Quiero saber siempre qué me depara el futuro.					
19. No soporto que me cojan por sorpresa.					
20. La más mínima duda me puede impedir actuar.					
21. Tendría que ser capaz de organizar todo de antemano.					
22. La incertidumbre me produce falta de confianza en mí mismo/a.					
23. No entiendo cómo otras personas parecen tan seguras y decididas acerca de su futuro.					
24. La incertidumbre me impide dormir bien.					
25. Debo alejarme de toda situación incierta.					
26. Las ambigüedades de la vida me causan estrés.					
27. No soporto estar indeciso/a acerca de mi futuro.					

9.6. Anexo G. ASI. Índice de sensibilidad a la ansiedad

Evaluación de trastornos de pánico y agorafobia

ÍNDICE DE SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD (ASI)

(Reiss, Peterson, Gursky y McNally, 1986)

Nombre: _____ Código/DNI: _____

Edad: ____ Género: Mujer Hombre. Entrevistador: _____

Diagnóstico: _____ Fecha: _____

PD =

Conteste al siguiente cuestionario rodeando con un círculo la alternativa (0, 1, 2, 3, 4) que mejor refleje el grado en que está de acuerdo con cada uno de los enunciados que se indican a continuación, teniendo en cuenta la siguiente gradación:

0	1	2	3	4
Nada en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Procure contestar a todas las frases de acuerdo con su propia experiencia. No obstante, si alguna de las frases se refiere a algo que usted no ha vivido o experimentado nunca, conteste en función de lo que usted piense que podría sentir si hubiera tenido tal experiencia. Por favor, conteste a todas las frases.

2 / Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos

1. Para mí es importante no dar la impresión de estar nervioso/a.	0	1	2	3	4
2. Cuando no puedo mantener mi mente concentrada en una tarea, siento la preocupación de que podría estar volviéndome loco/a.	0	1	2	3	4
3. Me asusto cuando siento que tiemblo.	0	1	2	3	4
4. Me asusto cuando siento que me desmayo o me mareo.	0	1	2	3	4
5. Es importante para mí mantener el control de mis emociones.	0	1	2	3	4
6. Me asusto cuando mi corazón late de forma rápida.	0	1	2	3	4
7. Me resulta embarazoso o molesto que mi estómago haga ruidos.	0	1	2	3	4
8. Me asusto cuando tengo náuseas (sensación de vómito).	0	1	2	3	4
9. Cuando noto que mi corazón está latiendo muy deprisa, me preocupa que pueda tener un ataque cardíaco.	0	1	2	3	4
10. Me asusto cuando no puedo respirar hondo o respiro con dificultad.	0	1	2	3	4
11. Cuando me molesta el estómago, me preocupa que pueda estar seriamente enfermo/a.	0	1	2	3	4
12. Me asusto cuando soy incapaz de mantener mi mente concentrada en una tarea.	0	1	2	3	4
13. Cuando siento que tiemblo, la gente suele darse cuenta.	0	1	2	3	4
14. Las sensaciones corporales poco habituales (raras) me asustan.	0	1	2	3	4
15. Cuando estoy nervioso/a me preocupa que pueda estar mentalmente enfermo/a.	0	1	2	3	4
16. Me asusto cuando estoy nervioso/a.	0	1	2	3	4

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA.