



**ESTUDIO DE CASO: INTERVENCIÓN EN UNA
PACIENTE CON SINTOMATOLOGÍA
COMPATIBLE CON ANSIEDAD SOCIAL**

Máster de Psicología General Sanitaria

Autor/a: Eva Saura Bastida

Tutor/a clínico: Mireia Cañequé Grau

Tutor/a académico: Valeria Moriconi

28 de Febrero de 2023

Nº palabras: 10.216

Resumen

El trastorno de Ansiedad Social es uno de los trastornos más habituales en poblaciones clínicas, presentando una alta comorbilidad con diferentes trastornos. Este trabajo revela un estudio del caso clínico de una paciente de 21 años con sintomatología compatible con ansiedad social. La paciente solicita terapia refiriendo como motivo de consulta sintomatología ansiosa. Las diferentes estrategias de evaluación se componen de técnicas e instrumentos que valoren el deterioro en las diferentes áreas de su vida. El análisis funcional expuesto permite establecer los objetivos psicoterapéuticos necesarios para su intervención. La propuesta de abordaje de tratamiento más eficaz es desde la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). El proceso psicoterapéutico abarca un total de 20 sesiones en un período de 6 meses. Se confirma que la paciente alcanza de forma satisfactoria los objetivos propuestos, encontrando una mejoría significativa. Sin embargo, se recomienda una derivación del caso para el alcance de una remisión total de la sintomatología experimentada por la paciente.

Palabras clave: Ansiedad social o fobia social, estilo de apego, Terapia Cognitivo Conductual, Terapia de Aceptación y Compromiso y somatización.

Abstract

Social anxiety disorder is one of the most common disorders in clinical populations, presenting a high comorbidity with different disorders. This work reveals a clinical case study of a 21 year old female patient with symptomatology compatible with social anxiety. The patient requests therapy referring as reason for consultation anxious symptomatology. The different evaluation strategies are composed of techniques and instruments that assess the impairment in the different areas of her life. The functional analysis presented above allows the establishment of the psychotherapeutic objectives necessary for her intervention. The most effective treatment approach is Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT). The psychotherapeutic

process covers a total of 20 sessions over a period of 6 months. It is confirmed that the patient reaches satisfactorily the proposed objectives, finding a significant improvement. However, a referral of the case is recommended for the achievement of a total remission of the symptomatology experienced by the patient.

Keywords: Social anxiety or social phobia, attachment style, Cognitive Behavioral Therapy, Acceptance and Commitment Therapy and somatization.

Índice de contenido

1. Introducción.....	7
2. Identificación del paciente y Motivo de consulta.....	12
3. Estrategias de Evaluación.....	14
4. Formulación clínica del caso	21
5. Tratamiento	30
6. Valoración del tratamiento	35
7. Discusión	38
8. Conclusiones y limitaciones	41
9. Referencias.....	43

Índice de Tablas

Tabla 1. <i>Cronograma de las sesiones de evaluación</i>	15
Tabla 2. <i>Análisis topográfico de la paciente</i>	24
Tabla 3. <i>Inventario de Síntomas SCL-90-R</i>	26
Tabla 4. <i>Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)</i>	27
Tabla 5. <i>Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)</i>	27
Tabla 6. <i>Cuestionario de Apego Adulto (CAA)</i>	28
Tabla 7. <i>Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)</i>	29
Tabla 8. <i>Objetivos generales y específicos del tratamiento de la paciente</i>	29
Tabla 9. <i>Cronograma de las sesiones de tratamiento</i>	34

Índice de Figuras

Figura 1. <i>Pre-test y post-test. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. (STAI)</i>	35
Figura 2. <i>Pre-test y pos-test. Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)</i>	36
Figura 3. <i>Pre-test y post-test. Inventario de Síntomas SCL-90-R</i>	37

Índice de Anexos

Anexo 1. <i>Consentimiento Informado</i>	50
Anexo 2. <i>Genograma Familiar</i>	52
Anexo 3. <i>Átomo social</i>	53
Anexo 4. <i>Gráfica de la Línea de Vida</i>	54
Anexo 5. <i>Rueda de la Vida</i>	55
Anexo 6. <i>Autorregistro</i>	56
Anexo 7. <i>Inventario de Síntomas SCL-90-R</i>	57
Anexo 8. <i>Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)</i>	58
Anexo 9. <i>Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)</i>	59
Anexo 10. <i>Cuestionario de Apego Adulto (CAA)</i>	60
Anexo 11. <i>Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)</i>	61

Abreviaturas

Organización Mundial de la Salud: OMS

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social: MSCBS

Encuesta Europea de Salud en España: EESE

Real Academia Española: RAE

Trastorno de Ansiedad Social: TAS

American Psychiatric Association: APA

Fobia Social: FS

Grupo No Control: NC

Terapia Cognitivo Conductual: TCC

Terapia de Aceptación y Compromiso: ACT

Trastorno de Evitación Experiencial: TEE

Introducción

La salud mental hoy en día está en el ojo del huracán. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), tras la pandemia de COVID-19, solamente en el primer año la depresión y la ansiedad han aumentado más de un 25%, siendo más comunes en mujeres (7,7%) que en hombres (3,6%) (OMS, 2022). Los datos aportados por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) a partir de la última Encuesta Europea de Salud en España (EESE) realizada en 2020 sitúan la ansiedad y la depresión entre los problemas de salud mental más frecuentes. Hasta un 5,84% de la población mayor de 15 años ha sido diagnosticada con trastorno de ansiedad crónica, diferenciando un 3,5% hombres y un 8,06% mujeres (EESE, 2020).

Se observa que los trastornos de ansiedad son la problemática más frecuente en salud mental presente en la mayoría de la población. Es importante conocer la evolución histórica del concepto de ansiedad para así entender su significado en la actualidad. El término en cuestión proviene del latín “anxietas” que significa estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo (Real Academia Española [RAE], 2022).

Entre los trastornos de ansiedad existen diversos diagnósticos que tienen en común la presencia de un miedo o ansiedad excesiva con alteraciones conductuales asociadas. En concreto, el Trastorno de Ansiedad Social (TAS), según la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) (American Psychiatric Association [APA], 2014), se denomina también como fobia social, siendo su característica principal miedo o ansiedad intensa frente a una o varias situaciones sociales donde el temor principal es el de ser evaluado o juzgado de forma negativa por parte de los demás. Estas situaciones pueden enmarcar interacciones sociales como mantener conversaciones, poder ser observado realizando tareas o tener que actuar ante otras personas. Los sujetos que padecen este trastorno tienden a evitar aquellos acontecimientos sociales que les generan esta sintomatología. Esta ansiedad es desproporcionada a la amenaza real que plantea el contexto, además de ser persistente y tener una duración de seis o más meses. La

ansiedad o evitación genera un malestar significativo que puede deteriorar varias áreas de la persona y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de ninguna sustancia, como tampoco se puede explicar mejor por otro trastorno mental.

La primera y la segunda edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales encuadran las fobias dentro de una única categoría apoyándose en el psicoanálisis. El autor Nichols (1974) delimitó la Fobia Social (FS) caracterizándola por su gran susceptibilidad a la crítica por parte de los demás o de uno mismo, junto con una anticipación aprensiva a ser observado o evaluado en situaciones sociales que pueden ser amenazantes. A pesar de sus aportaciones a la literatura científica, la ansiedad o fobia social no es reconocida como una entidad diagnóstica hasta la publicación de la tercera edición del DSM (Safir, 2014).

Un 13% de la población sufre ansiedad social en algún momento de su vida. Este trastorno perjudica con una prevalencia anual aproximada del 9% en mujeres y un 7% en hombres. Se encuentra, después de la depresión y el alcoholismo, como uno de los trastornos más habituales en poblaciones clínicas, con una prevalencia entre el 3 y 13% (Olivares-Olivares et al., 2015). Existe también evidencia científica de que la Fobia Social repercute significativamente sobre el rendimiento académico en la persona (Fernández-Sogorb et al., 2018).

Los pacientes con TAS presentan una gran facilidad de poseer trastornos comórbidos, relacionado con la búsqueda de tratamientos, el agravamiento de los síntomas y su resistencia al tratamiento. En un alto porcentaje de los casos, la comorbilidad influye sobre el curso clínico del trastorno, incidiendo tanto en un diagnóstico erróneo como empeorando en su curso o tratamiento (Murillo y Rodríguez, 2016).

La depresión juega un papel principal en la comorbilidad con el trastorno de ansiedad social, alcanzando tasas entre el 35 y 70%. Cuando el paciente puntúa alto en ansiedad generalizada u otros trastornos de ansiedad es importante que se descarte la depresión como trastorno principal (Nicolini, 2020).

La ansiedad social presenta una tasa de comorbilidad del 33% tendiendo a agruparse junto con otros trastornos como la ansiedad generalizada y la fobia específica (Ranta et al., 2015). La fobia específica es uno de los trastornos de ansiedad con mayor comorbilidad entre el 14 y el 60% y, el trastorno de ansiedad generalizada presenta una comorbilidad entre el 0,6 y el 27% (Koyuncu et al., 2019).

En algunas investigaciones se observa que el trastorno dependiente de la personalidad es el más común con un 61%, dificultando la probabilidad de que remita la ansiedad social. A su vez, se ha visto que la timidez guarda una relación directamente proporcional con la ansiedad social, mientras que la autoestima tiene una relación indirecta. De este modo, la inhibición conductual y la autoestima influyen sobre la relación entre la timidez y la ansiedad social (Ran et al., 2018).

Pacientes con trastorno de ansiedad social presentan mayor puntuación en autocrítica y dependencia, sin embargo, menor puntuación en autoestima (Iancu et al., 2015). También se ha visto en un estudio que la autoestima implícita varía a través de las situaciones sociales en función de la amenaza social. Además, esta variación se produce de manera opuesta en comparación con los individuos sin trastornos mentales (grupo No Control, [NC]). Ambos grupos no difirieron en la autoestima implícita en una situación diseñada como no amenazante. En cambio, tras la inducción de la amenaza social mediante el anuncio de un discurso improvisado, la autoestima implícita fue significativamente menor en el grupo de ansiedad social que en el grupo NC (Hiller et al., 2017).

Miniati et al. (2017) hablan de la estrecha relación entre el apego en la infancia y la posibilidad de manifestar trastornos de ansiedad en edad temprana y, por ende, prolongarse en la etapa adulta. Experimentar estados disociativos en la niñez, debido a un estilo de apego inseguro, puede influir en la predisposición a desencadenar síntomas de ansiedad en etapas posteriores.

El estilo de apego inseguro puede favorecer el desarrollo de distintas psicopatologías y ejercer relación directa con la sintomatología ansiosa. El apego en la adultez se vincula con el tipo de apego experimentado en la infancia con su cuidador principal. Parece relevante entender que haber crecido bajo un estilo de apego inseguro-ansioso puede generar un impacto en la manera de

relacionarse en la vida adulta, buscando reconocimiento por parte de los demás, sufrir ansiedad por separación, inestabilidad emocional y ansiedad (Campos-Uscanga et al., 2019).

Según Taylor et al. (2000), encontró en su investigación una fuerte relación entre el estilo de apego inseguro y niveles altos de síntomas psiquiátricos en personas con síntomas físicos inexplicables. Asimismo, una investigación (Campos-Uscanga et al., 2019) aportó datos apreciables donde los estilos de apego inseguros pueden incrementar los niveles de somatización y ansiedad, aumentando la probabilidad de solicitar asistencia médica. Este trastorno implica grandes costes tanto para la persona como económicamente para los sistemas de salud pública, viéndose agravado por la elevada comorbilidad que presenta. Esta conducta de acudir al médico de cabecera para solicitar ayuda médica por la presencia de síntomas físicos, que no tienen una explicación orgánica, conforma un estilo de comportamiento en búsqueda de atención y plausible con un estilo de apego ansioso (Taylor et al., 2000).

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es referida como uno de los tratamientos más adecuados para la Fobia Social (Hunger et al., 2019). Parece que su combinación con otras técnicas aumenta la calidad de vida de la persona. Esta terapia se apoya en técnicas como la terapia cognitiva, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de relajación (Bados y García, 2010).

La terapia cognitivo conductual se centra en modificar aquellos pensamientos desadaptativos que presenta el paciente para así poder aceptar los síntomas con los que convive y aportándole nuevas herramientas adaptativas que le permitan tener una mayor funcionalidad en su día a día (Hunger et al., 2019). Según Moreno (2016), tras la aplicación de la TCC en pacientes con TAS, se observaron cambios en las regiones corticales de los pacientes asociado a un mayor control cognitivo de los pensamientos, conductas y emociones negativas. También se observaron modificaciones en las estructuras límbicas involucradas en la fisiopatología de la ansiedad y mejoría en el procesamiento emocional.

A pesar de que las intervenciones cognitivo-conductuales son el tratamiento por excelencia para este trastorno, se han encontrado ciertas limitaciones. Es importante apoyarse en otras corrientes como la tercera generación de la terapia de conducta, la cual ha evolucionado exponencialmente en los últimos años. Con base en la revisión de la literatura desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), ésta se sostiene sobre un modelo transdiagnóstico centrado en el trastorno de evitación experiencial (TEE). Se entiende la evitación experiencial como un recurso inflexible y persistente de la persona donde existe la necesidad de controlar los pensamientos o sensaciones que puedan ser considerados como desagradables. De esta manera la ACT anima al individuo a enfocarse en metas u objetivos que puedan ser enriquecedores en su historia personal. Diversos estudios han demostrado que la ACT consigue resultados satisfactorios para el tratamiento de la ansiedad social (Hernández, 2019). Según Hayes et al. (2015), es importante destacar que la ACT utiliza un análisis de la conducta apoyada en el lenguaje y la cognición a través de la teoría del marco relacional. De esta manera, se consigue una mayor flexibilidad cognitiva y conductual utilizando el lenguaje para cambiar el contenido psicológico y las estrategias puestas en práctica, dejando la persona de evitar y escapar de las situaciones para dirigirse hacia sus propios valores, aunque eso implique experimentar malestar a corto plazo, para así promover su aceptación.

La alianza terapéutica es una herramienta fundamental que ayuda a conseguir un mejor pronóstico que favorezca el desarrollo de intervenciones más efectivas. Hay que tener en cuenta como el estilo de apego juega un papel importante en la relación entre paciente y terapeuta para así conseguir dinámicas relacionales y poder reconocer aquellos patrones de apego. De esta manera la capacidad de poder confiar y abrirse con el terapeuta puede mejorar las habilidades sociales del paciente en cuanto a tener relaciones más abiertas y menos conflictivas dentro y fuera de terapia (Berry & Danqua, 2016).

El estudio del caso tiene como objetivo conseguir mejorar la calidad del paciente en las diferentes áreas de su vida. Reducir la sintomatología compatible con la ansiedad social. Trabajar en la evitación experiencial producida por pensamientos intrusivos y creencias irracionales relacionadas

con el miedo o ansiedad a verse expuesto o juzgado en situaciones sociales. A su vez, se busca revisar la literatura existente más reciente en los últimos 10 años en trastornos de ansiedad social en población adulta, para así establecer la terapia desde un abordaje integral que considere las posibles relaciones existentes con los diferentes vínculos de apego, las variables familiares y el temperamento compatible con el caso abordado. De esta manera, encontrar la metodología más adecuada con el caso de estudio para así conseguir una correcta adherencia al tratamiento y una disminución de la sintomatología de la paciente. Y, por supuesto, establecer una relación terapéutica que empuje esta adherencia que se busca y una mayor predisposición de la paciente para con la terapia.

Identificación del Paciente y Motivo de Consulta

En el presente trabajo, con el fin de respetar el derecho al anonimato, desde este momento se identifica a la paciente como S. Mujer española, natural de Madrid, de 21 años, soltera y sin hijos.

S. llega al centro Psicolink solicitando terapia psicológica al referir experimentar sintomatología ansiosa. Destaca sufrir momentos de angustia puntuales que le generan un malestar que asocia a situaciones sociales en las que se siente “presionada” o en las que cita “no sentir tener el control”, tales como: relacionarse con chicos a nivel sentimental y en planes de ocio con sus amistades. Verbaliza la preocupación por ser evaluada de forma negativa por parte de los demás. Apunta percibir una tendencia a compararse con los demás a nivel físico y una necesidad de reconocimiento. Expone estar vinculado con la presencia de pensamientos intrusivos negativos y una baja autoestima. Afirma que le afecta en su estado de ánimo recibir juicios de su madre sobre su imagen corporal, citando que le “insiste en mejorar su alimentación comparándola con el físico de su hermana mayor”. A su vez, expresa sufrir síntomas físicos de dolor gastrointestinal. Comenta que ha realizado varias pruebas médicas para descartar cualquier posible causa orgánica. Según expresa S. su médico de cabecera le ha recomendado hacer psicoterapia tras descartar un origen orgánico en

su sintomatología. Estudia Psicología y puntualiza haber “identificado sus síntomas en los últimos dos años”. Motivo por el que ha querido iniciar un proceso psicoterapéutico por primera vez y tras la recomendación de su médico. Indica experimentar náuseas y dolores de estómago que derivan en la necesidad de defecar de manera inminente. Describe que estas deposiciones carecen de consistencia y se refiere a ellas como “diarrea”. Comenta sentir “ansiedad” por el hecho de “perder el control” y la necesidad de huir de la situación en la que se encuentra.

En el área familiar explica que convive con sus padres J.L. y G. y, su hermano mayor J. en Madrid, mientras que su hermana mayor C. está independizada en la misma localidad con su pareja. Indica mantener una buena relación con su familia, aunque manifiesta sentirse “distanciada” de ellos, verbalizando que “al ser la más pequeña no tiene mucha relación con sus hermanos, aunque tampoco con sus padres”. Resalta la dificultad para comunicarse con su madre, y admite pasar tiempo aislada en casa en su habitación.

En cuanto al área sentimental, cuenta haber mantenido una relación con E., explicando que ahora es su mejor amigo. Informa que la relación decidió terminarla E., exponiendo que ya no tenían sentimientos el uno hacia el otro. No obstante, puntualiza que la ruptura le generó una sensación de “alivio” al no seguir enamorada y estar ocupada con sus estudios.

En lo referente al área académica, indica estar cursando tercero de Psicología en la universidad. Respecto al área laboral, comenta realizar trabajos esporádicos como camarera en eventos de catering, resaltando la importancia que tiene para ella disponer de independencia económica.

Con respecto a su red social, S. expone conservar un círculo de amistades muy amplio compuesto tanto por amigos de la infancia como de su nueva etapa universitaria. Les define como personas de confianza que le muestran comprensión y le escuchan cuando lo necesita.

En relación con el sueño y la alimentación, no refiere tener dificultades para conciliar y mantener el sueño, mientras que si comenta que aumenta su apetito en circunstancias en las que está más nerviosa.

Los objetivos que S. plantea para con la terapia son: reducir pensamientos intrusivos que le generan ansiedad, bajo estado de ánimo y necesidad de control; además de incrementar su autoestima, para poder indirectamente solventar los episodios de malestar estomacal y la diarrea.

Estrategias de Evaluación

La terapia psicológica de S., sigue una estrategia de estudio de caso, evaluación y tratamiento que se enmarca en la terapia cognitivo conductual combinada con la terapia de aceptación y compromiso. La literatura científica ha demostrado que la TCC es una de las intervenciones más eficaces para el trastorno de ansiedad social (Hunger et al., 2019). Incluye técnicas que se pueden utilizar de forma conjunta como la reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidad de afrontamiento, técnicas de relajación y manejo de la comunicación asertiva, entre otras. La aplicación de estas técnicas aumenta la posibilidad de mejorar la calidad de vida de la persona, así como reducir la sintomatología compatible con trastornos del estado de ánimo que le acompañan (Bados y García, 2010).

Se incorporan técnicas de otras corrientes como la terapia de aceptación y compromiso, con la aplicación de técnicas como la defusión cognitiva y la orientación en los valores de la persona (Hernández, 2019). Se busca un abordaje integrador que abarque lo cognitivo, experiencial, interpersonal y comportamental. Hacer hincapié tanto en las emociones como en aceptarlas a través de un análisis de la función que cumple el síntoma somático para el paciente (Garay & Korman, 2018).

En el caso de la paciente S., su proceso de terapia dio comienzo el lunes 26 de septiembre de 2022, con una recurrencia semanal y un total de veinte sesiones. La paciente firmó una hoja de consentimiento informado para la utilización de sus datos de las sesiones de psicoterapia (Anexo 1). Se hizo uso de cuatro sesiones para la adecuada evaluación psicológica del caso (Tabla 1), reflejándose también la quinta sesión de devolución de los resultados y de la información obtenida a partir de la respectiva evaluación. Además de establecer un consenso con la paciente acerca de los

objetivos terapéuticos para su correcta intervención psicoterapéutica (Tabla 8). Asimismo, en todo momento, el caso clínico ha sido supervisado por la tutora de prácticas del centro Psicolink, Mireia Cañeque.

Tabla 1.

Cronograma de las sesiones de evaluación.

Nº Sesión	Objetivo de sesión	Técnicas e Instrumentos de Evaluación
Entrevista Psicolink	Recoger motivo de consulta	Entrevista semi-estructurada. Anamnesis Psicolink.
1ª Sesión	Recoger información de su historia de vida.	Entrevista semiestructurada. Gráfica de la Línea de Vida
2ª Sesión	Recoger información área familiar. Administración test.	Genograma. Inventario STAI. Cuestionario Apego Adulto. Autorregistro.
3ª Sesión	Recoger información área social. Administración test.	Átomo social. Inventario de depresión de Beck-II. Test SCL-90-R.
4ª Sesión	Recoger información áreas de su vida. Administración test.	Rueda de la vida. NEO-FFI reducido de Cinco factores.
5ª Sesión	Devolución de la información recogida.	Análisis funcional, resultados instrumentos y objetivos de tratamiento

Entrevista Clínica Individual Semiestructurada.

En Psicolink las personas que solicitan terapia psicológica deben realizar una entrevista inicial, pudiendo realizarse de la manera más cómoda para la persona: presencialmente, por teléfono o por videollamada. En esta primera sesión se recoge una anamnesis con el motivo de consulta, diferentes áreas personales (sentimental, familiar, laboral, ocio y sueño y alimentación), y

los objetivos que tiene la persona para con la terapia. Esta información se recoge en el apartado anterior de identificación del paciente y motivo de consulta.

En adelante, se exponen las técnicas e instrumentos de evaluación empleados para el estudio de caso.

Genograma Familiar.

Este instrumento fue introducido por Bowen en 1978, quien implantó esta herramienta de evaluación para apoyarse en la teoría de que:

En la teoría familiar, los síntomas son vistos como evidencias disfuncionales de un sistema. Pueden ser emocionales, físicos, sociales o de conflicto. El síntoma se considera como una evidencia de una disfuncionalidad familiar y no como un fenómeno intrapsíquico. (Salgado de Bernal y Schwarz, 1990, p. 409).

Es la representación gráfica, en forma de árbol genealógico, que recoge información con respecto a cómo se estructura y se compone una familia. A su vez, estudia la manera en cómo se relaciona ese sistema y la funcionalidad que cumplen cada uno de sus miembros, generalmente, abarcando por lo menos tres generaciones. Los hombres se representan con la figura de un cuadrado y a las mujeres con un círculo (Garzón y Vargas, 2021). En el centro de Psicolink, se adapta esta técnica pidiendo al paciente que añada los adjetivos que considere de cada miembro que compone la familia, para así conocer la manera en que la persona percibe a su sistema familiar. (Anexo 2).

Átomo Social.

Esta técnica fue introducida por el autor Jacob Levy Moreno, psiquiatra y psicólogo, que entendía este término como el conjunto de relaciones de un individuo con los que le rodean,

esquemáticas en forma de atracciones y repulsiones recíprocas. Según este autor entiende que esta técnica se dirige para conocer el círculo social de la persona, cómo se relaciona dentro de este y de cuánto apoyo dispone. De esta manera, se obtiene una interpretación subjetiva del paciente sobre cómo solicitar ese apoyo, con qué habilidades sociales cuenta y la comunicación entre sus relaciones interpersonales. Se compone de tres círculos concéntricos, un círculo principal donde figura la palabra “YO” y dos círculos que lo rodean indicando grados de proximidad o alejamiento. En cada uno de ellos, la persona debe colocar sus relaciones significativas en función de la cercanía o lejanía “emocional” en la que las sienta. Pueden incluir familiares, amigos y personas relevantes (Fasano, 2010). (Anexo 3).

Gráfica de la Línea de Vida.

Esta técnica requiere de un análisis reflexivo que va guiado a través de preguntas que realiza el terapeuta. Consiste en conseguir unir el pasado de la persona con el presente de una manera constructiva, es decir, poder canalizar y gestionar las emociones que se asocian con el evento marcado en la línea del tiempo. Su utilidad consiste en poder conocerse mejor y entender lo que se ha vivido, para comprender en el presente porque se comporta uno de una determinada manera. También permite descubrir aquellos recursos que hemos utilizado en el pasado, que prioridades hay en el presente y qué expectativas se tienen a futuro (Benavente et al., 2022). En este caso, la “Gráfica de la Línea de la Vida”, es una adaptación de Psicolink de la técnica original. Sigue una dinámica muy semejante, sin embargo, se agrega un eje vertical sobre el eje horizontal del tiempo. Este eje añadido se utiliza como herramienta para valorar de forma subjetiva, por parte del paciente, emociones tanto positivas como negativas en relación con los acontecimientos significativos reflejados sobre el eje horizontal en la línea del tiempo. Dispone de un elemento añadido que exige una mayor reflexión sobre los acontecimientos vividos y su impacto emocional. (Anexo 4).

Rueda de la Vida.

La técnica de la rueda de la vida tiene como objetivo evaluar el grado de satisfacción en las distintas áreas de la vida de la persona y así poder identificar aquellas que se necesitan potenciar o mejorar. Esta herramienta fue creada por Paul J Meyer, escritor, experto en coaching y fundador del Success Motivation Institute. Su aplicación se compone de un círculo donde se escogen los ámbitos más relevantes de la persona y esta le asigna una puntuación en función de la valoración que considere oportuna. La numeración oscila entre 1 y 10, estando el primero más cerca del centro y el segundo alejándose de él. Una vez puntuadas todas las áreas se unirán las numeraciones asignadas componiendo un círculo representante para su autor. Permite tomar conciencia sobre el grado de satisfacción de estas áreas y si es necesario comenzar un proceso de cambio en alguna de ellas. Este momento final consiste en la ideación de un plan con unos objetivos determinados que permitan encontrar el equilibrio entre todas las porciones de la rueda de la vida para que así pueda girar de manera eficiente (Amariles et al., 2021). (Anexo 5).

Autorregistro.

La herramienta de autorregistro es útil para poder identificar en sesión aquellos pensamientos o preocupaciones que abordan a la persona. Estas cogniciones se plasman sobre un registro acerca de experiencias vividas que generan emociones y conductas que generan malestar o deterioro en diferentes áreas de la persona. Es importante que el autorregistro se refleje una vez que la situación que perturba haya ocurrido para que así sea más fácil abarcar la problemática posteriormente en terapia. Esta técnica es de las más utilizadas en terapia, ayudando al terapeuta a profundizar e identificar esas creencias irracionales, pensamientos automáticos o malestar emocional que sufre el paciente. Asimismo, genera un efecto rebote sobre el paciente consiguiendo que la propia persona consiga ser más consciente de sus propios pensamientos y el impacto que suponen en su vida diaria (Bados y García, 2010). Este autorregistro consta de: fecha y situación, emociones, pensamientos, conducta ejecutada y recurso en forma de conducta. (Anexo 6).

Inventario de Síntomas SCL-90-R.

Inventario de Síntomas SCL-90-Revisado, versión adaptada en castellano por González de Rivera y cols, (1989), en colaboración con el autor original Derogatis (Derogatis y Cleary, 1977). Se trata de un instrumento de evaluación que tiene como objetivo identificar sintomatología clínica y psicósomática en adultos. Está comprendido por 90 ítems con cinco opciones de respuesta de 0-4, en una escala tipo Likert. Su aplicación puede ser de una duración de 30 minutos aproximadamente. Esta herramienta de evaluación mide el grado de malestar de la persona en la última semana. Está compuesto por 9 dimensiones primarias (Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensitividad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo), 7 ítems adicionales que muestran relevancia clínica y 3 índices globales de malestar psicológico (Índice de Severidad Global, Total de Síntomas positivos e Índice de Malestar Sintomático Positivo). La literatura explica que este instrumento presenta un buen funcionamiento como valor diagnóstico orientativo (Derogatis & Unger, 2010). (Anexo 7).

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger et al., 1999), adaptación española (Gualberto, B. et al., 2011). Es un instrumento compuesto por 40 ítems con cuatro opciones de respuesta. El total de los ítems se divide en dos conjuntos de 20 ítems cada uno que evalúan dos dimensiones: la ansiedad como estado transitorio y la ansiedad como rasgo latente. La aplicación puede ser tanto individual como colectiva, con una duración aproximadamente de 15 minutos y, puede ser autocorregible. Esta prueba muestra una fiabilidad elevada ($\alpha = .93$) en población española. El punto de corte para considerar una significación importante en ansiedad es en el percentil 75 (Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2013). (Anexo 8).

Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II).

BDI-II. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996), con su adaptación española (Sanz et al., 2003). Consiste en un instrumento específico que sirve para medir la depresión y a nivel internacional es el más utilizado e investigado. Se trata de un inventario de autoinforme compuesto por 21 ítems con cuatro opciones de respuesta, respondiendo a la frase que describa su estado en las dos últimas semanas. Evalúa el grado de sintomatología depresiva en adolescentes y adultos, dando especial relevancia a aspectos conductuales, cognitivos y somáticos de la depresión. No obstante, no es un instrumento de diagnóstico, aunque la literatura aporta evidencia de su validez y fiabilidad en numerosas poblaciones y culturas. Presenta una alta fiabilidad en población española con una significación α de .86. Los puntos de corte establecidos para población adolescente y adulta española oscila entre, 0-13 sintomatología mínima, 14-18 sintomatología leve, 19-27 sintomatología moderada, y >28 sintomatología grave (Sánchez-Pachas, 2019). (Anexo 9).

Cuestionario de Apego Adulto (CAA).

Instrumento destinado para la evaluación dimensional y categorial del estilo de apego adulto. Esta adaptación cuenta con una ampliación en la evaluación de las dimensiones de evitación y valoración de la sensibilidad. Se compone de 40 ítems divididos en cuatro dimensiones afectivas: baja autoestima, resolución hostil de conflictos, expresión de sentimiento y autosuficiencia emocional. Esta prueba muestra altos niveles de fiabilidad y validez (Melero y Cantero, 2008). (Anexo 10).

Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO-FFI).

El Inventario NEO reducido consiste en un autoinforme que evalúa la personalidad del sujeto apoyándose en el modelo Big Five (Caprara et al., 1993). La versión original consiste en 240 ítems. En esta versión reducida, los ítems se comprimen en 60, donde el sujeto debe seleccionar la alternativa con la que se sienta más identificado. Evalúa cinco factores de la personalidad humana que están

formados por 12 ítems cada uno de ellos: Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la experiencia, Amabilidad y Responsabilidad. El objetivo de esta herramienta es conocer el tipo de personalidad de la persona, útil para poder entender, si existe, la posible comorbilidad con otros trastornos. La validez del cuestionario se ve reñida debido a una fiabilidad de 0,5 (Meda et al., 2015). (Anexo 11).

Formulación Clínica del Caso

En busca de una formulación clínica del caso, recopilando la información facilitada por la paciente S. en su fase de evaluación, se sustraen las conductas problema que le generan un malestar significativo en las diferentes áreas de su vida. También se descubren los detonantes de dichas conductas como los factores externos y/o internos que las mantienen.

La paciente solicita terapia psicológica con un motivo de consulta relacionado con sintomatología ansiosa en contextos sociales. La aparición de esta sintomatología podría estar relacionada con la exposición a situaciones sociales donde dice sentirse presionada o amenazada. Informa que siente una alta preocupación por la opinión, el juicio, la posible evaluación de los demás hacia sí misma, sobre todo en lo referente a su imagen corporal. Esta constante preocupación por recibir un posible juicio negativo puede estar en sí mismo influyendo en la percepción que S. tiene sobre su imagen corporal. Asimismo, en esta etapa de su vida ha experimentado situaciones de relaciones íntimas afectivas donde la paciente ha verbalizado verse sometida a poder ser juzgada por su aspecto físico. S. indica que la sintomatología ansiosa se vio incrementada en los dos últimos años debido a manifestaciones de síntomas físicos, relacionados con problemas estomacales de diarrea inminente en situaciones sociales donde siente ansiedad o pérdida de control.

Desde el análisis funcional se plantea que los pensamientos actúan como estímulos condicionados que provocan aquellas respuestas emocionales de ansiedad. Se hipotetiza que estos pensamientos parecen estar relacionados con antecedentes que han configurado la personalidad de la paciente cómo: un estilo de apego ansioso-ambivalente establecido por sus progenitores, altos

niveles de autocrítica, elevada auto exigencia, baja autoestima y una personalidad complaciente.

Como hipótesis de origen y basándonos en el condicionamiento clásico, se puede observar un conjunto de detonantes que han ido configurando el estilo de personalidad de la paciente. Sufrir un evento traumático en la infancia caracterizado por la ruptura del vínculo principal ha podido tener una influencia sobre el estilo afectivo desarrollado en el menor, instigando el desarrollo de la sintomatología ansiosa a lo largo de su vida. Otro aspecto influyente puede ser el estilo de apego ansioso-ambivalente recibido en la infancia del cual la paciente ha verbalizado, a partir de la técnica del genograma, haberse sentido poco vista en su familia. Puede haber inducido en pensamientos y sentimientos de miedo al abandono o al rechazo por parte de su familia nuclear, como ha indicado la paciente. Esta conclusión parte de las premisas de la teoría del apego de Bowlby (Bowlby, 1989), donde si el menor no percibe la sensación de que los padres están presentes, éste va a sentir inseguridad y va a hacer todo lo posible, buscando esa sensación de seguridad en otras figuras de apego. El autor mencionado hace referencia a las consecuencias de una sintomatología ansiosa en la vida adulta debido a carencias afectivas en la infancia (Benlloch, 2020). Del mismo modo, haber obtenido comentarios negativos de su madre sobre su imagen corporal, pueden haber ejercido una influencia significativa con respecto a la manera que tiene S. de percibir su propia imagen corporal o el miedo a sentirse juzgada de forma negativa por los demás. Su miedo o ansiedad combinado con pensamientos intrusivos negativos de forma crónica han podido llegar a constituir una problemática en el vínculo. De esta manera, la persona se siente empujada a buscar la seguridad fuera de ese contexto hostil, en este caso, en el entorno social. Sin embargo, la paciente lo ha percibido de forma semejante, con experiencias desagradables donde también se ha percibido juzgada, reforzando así la imagen que tiene de sí misma y perjudicando su autoestima. El miedo o ansiedad al rechazo o abandono también ha podido reforzar la necesidad de adoptar una personalidad complaciente, con base en ayudar a los demás, para así sentir la seguridad de que el vínculo se mantiene y una mayor probabilidad de no ser abandonada o rechazada.

La hipótesis de que se mantenga la conducta problema de sufrir ansiedad social se apoya en el condicionamiento operante, como se aprecian en las conductas de huida y evitación, de complacencia y dependencia hacia sus iguales o de aislamiento en el área familiar (Tabla 2). A corto plazo encontramos refuerzos positivos que le generan alivio del malestar. No obstante, a largo plazo, se observa un deterioro tanto en el área familiar como en el área social.

Asimismo, aparecen estímulos internos de la paciente relacionados con pensamientos y sentimientos enfocados en el miedo a la soledad y el abandono familiar, pensamientos negativos hacia su imagen corporal, desconfianza hacia los demás, miedo al rechazo, pensamientos anticipatorios negativos relacionados con los problemas estomacales, auto exigencia y comparación de su físico con sus iguales que pueden ser factores que influyen en el mantenimiento de conductas problema como la baja autoestima y conductas de somatización. Se hipotetiza que este tipo de pensamientos ansiosos ejercen y mantienen una baja autoestima en la paciente. De forma contraria, no se aprecia una sintomatología depresiva moderada o alta que pueda cumplir los criterios de diagnóstico compatibles con un trastorno de depresión.

Cuando S. se encuentra en situaciones sociales temidas aparecen estas expectativas de poder manifestar reacciones somáticas relacionadas con problemas estomacales generando el sentimiento de ansiedad en la paciente por el miedo a perder el control en este tipo de contexto y poder sentirse juzgada. Esta conducta problema de somatización también parece estar manteniendo la sintomatología ansiosa que provoca la preocupación por ser juzgada de forma negativa por el resto.

Por último, la hipótesis de presentar un estilo de apego ansioso-ambivalente se apoya en que este fenómeno puede fomentar o mantener la conducta problema de evitar situaciones sociales. Se considera que este estilo de apego genera la necesidad de aprobación y una baja confianza tanto en sí misma como en los demás, compuesto por unas necesidades frustradas, ya que

necesita del contacto social, pero a la vez teme el rechazo de éste, lo que le hace activamente evitar aquellas situaciones sociales y repercutiendo así en el deterioro de relaciones satisfactorias.

Tabla 2.

Análisis topográfico de la paciente S.

Antecedentes	Conducta problema	Consecuentes
<p>Remotos:</p> <p>Evento traumático en la infancia.</p> <p>Estilo de apego ansioso-ambivalente.</p> <p>Sensación de falta de atención por sus progenitores.</p> <p>Pensamientos y sentimientos de soledad y abandono familiar.</p> <p>Dormir con los padres hasta los 10 años.</p> <p>Próximos:</p> <p>Comentarios negativos sobre su físico por parte de su madre.</p> <p>Pensamientos negativos hacia su imagen corporal.</p> <p>Comparación de su físico con sus iguales.</p> <p>Pensamientos de miedo al abandono.</p> <p>Autoexigencia.</p> <p>Acudir a eventos sociales.</p> <p>Miedo al rechazo en sus relaciones interpersonales.</p> <p>Malas experiencias con relaciones sentimentales y afectivas con el sexo opuesto.</p> <p>Desconfianza hacia los demás.</p> <p>Pensamientos negativos anticipatorios relacionados con somatización.</p> <p>Experiencias traumáticas vicarias</p>	<p>Motor:</p> <p>Conductas de aislamiento en su área familiar y social.</p> <p>Conductas de dependencia y complacencia con sus iguales. (Rol del cuidado)</p> <p>Conductas de evitación y huida (familia, conflictos y relaciones sentimentales).</p> <p>Conductas de huida por sufrir somatización (diarrea).</p> <p>Fisiológico/emocional:</p> <p>Taquicardia</p> <p>Diarrea</p> <p>Dolor abdominal</p> <p>Disminución de la libido</p> <p>Miedo</p> <p>Angustia</p> <p>Culpa</p> <p>Desesperanza</p> <p>Tristeza</p> <p>Baja autoestima</p> <p>Cognitivo:</p> <p>Desvalorización.</p> <p>Pensamientos negativos recurrentes.</p> <p>Pensamientos de comparación con sus iguales.</p> <p>Inseguridad.</p> <p>Preocupación excesiva.</p>	<p>Corto plazo:</p> <p>Alivio del malestar (R-)</p> <p>Evitación de situaciones (R-)</p> <p>Seguridad en el vínculo (R+)</p> <p>Sensación de control (R+)</p> <p>Sentimiento de seguridad momentáneo (R+)</p> <p>Medio/Largo plazo:</p> <p>Aislamiento (C+).</p> <p>Deterioro en las relaciones sociales (C-).</p> <p>Aumento o mantenimiento de inseguridad (C+).</p> <p>Deterioro en sus relaciones familiares (C-).</p> <p>Inseguridad frente al futuro (C+).</p> <p>Disminución de la autoestima (C-).</p> <p>Disminución del autocuidado y límites (C-).</p> <p>Deterioro en sus relaciones sentimentales (C-).</p>

A partir de los resultados obtenidos (Tabla 3), se observa que la paciente se encuentra dentro de los parámetros de normalidad sin tendencia a la exageración de sus síntomas, ni invención de enfermedades. Por ello, se puede decir que el índice de severidad global es fiable y delimita cierto malestar clínicamente significativo, acercándose a la posibilidad de sintomatología compatible con algunas psicopatías. La paciente mostró una puntuación elevada en síntomas clínicos como: somatizaciones (Pc=60), obsesiones y compulsiones (Pc=55), sensibilidad interpersonal (P=60), ansiedad (Pc=55) y ansiedad fóbica (Pc=60). Sin embargo, estas puntuaciones no rebasaron el límite de la media en los baremos de población clínica siendo todos inferiores a un percentil de 63.

La puntuación elevada en somatización encaja con el malestar referido por la paciente en cuanto a sus problemas gastrointestinales. Se enlaza con el percentil 60 del síntoma de obsesiones y compulsiones relacionado con pensamientos, acciones e impulsos experimentados como no deseados o imposibles de evitar. Es decir, reflejado en aquellas situaciones sociales en las que la paciente explica sentir ansiedad o aprensión a ser juzgada. También se encuentra una estrecha relación con la alta puntuación en sensibilidad interpersonal, caracterizada por sentimientos de inferioridad, sobre todo, con respecto a cuando se compara con sus semejantes. A su vez, es interesante resaltar la puntuación moderadamente baja en depresión que confirma la hipótesis de no presentar sintomatología depresiva significativa. Otro síntoma que confirma la hipótesis que se mantiene anteriormente, es la presencia de signos de ansiedad como tensión, nerviosismo o miedo relacionado con la alta puntuación en el síntoma de ansiedad. Resaltar también una puntuación elevada en ansiedad fóbica propia de respuestas persistentes de miedo a lugares, personas o situaciones de forma irracional o desproporcionada con el estímulo que lo provoca. Por último, es interesante resaltar la baja puntuación en hostilidad, pudiendo sugerir dificultad para gestionar el sentimiento de ira. (Anexo 7).

Tabla 3.
Inventario de síntomas SCL-90-R.

	Puntuación Directa	Interpretación
Somatización (SOM)	1,42	Moderado Alto
Obsesiones y compulsiones (OBS)	1,2	Moderado Alto
Sensitividad Interpersonal (SI)	1,4	Moderado Alto
Depresión (DEP)	0,69	Moderado Bajo
Ansiedad (ANS)	1,2	Moderado Alto
Hostilidad (HOS)	0,16	Sin patología
Ansiedad Fóbica (FOB)	0,86	Moderado Alto
Ideación Paranoide (PAR)	0,66	Moderado Medio
Psicoticismo (PSIC)	0,4	Moderado Medio
Índice de Severidad Global (IGS)	1,13	Presenta Malestar
Total Síntomas Positivos (TSP)	56	No exagera patologías
Índice de malestar sintomático positivo (IMSP)	1,8	No finge enfermedades

Los resultados obtenidos en ambos elementos del cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo muestran elevadas puntuaciones (Tabla 4). Sugiere que en la Ansiedad Estado la persona presenta una condición emocional transitoria, caracterizada por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, afines a las hipótesis planteadas. En la Ansiedad Rasgo también confirma por su puntuación una propensión ansiosa que se mantiene en el tiempo en la persona, es decir, mostrando una tendencia a percibir las situaciones como amenazantes. Este tipo de disposición comportamental adquirida encaja también con las experiencias pasadas vividas por S., las cuales le han predispuerto a interpretar el mundo como amenazante y responder de forma consecuente, como se hipotetiza con el condicionamiento clásico en la formulación del caso. (Anexo 8).

Tabla 4.

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. (STAI).

	Puntuación Directa	Interpretación
Ansiedad Estado	34	Alto
Ansiedad Rasgo	43	Alto

En el BDI-II la paciente S. obtuvo una puntuación de 18, comprendido en el rango de 14 a 18 que indica un grado de sintomatología depresiva leve (Tabla 5). Esta puntuación parece encajar con las hipótesis planteadas y el malestar que decía presentar la paciente en cuanto a su motivo de consulta inicial de bajo estado de ánimo. Se descarta, por lo tanto, como indica la literatura científica, la posibilidad de padecer un trastorno de depresión como trastorno principal al presentar una alta comorbilidad con el trastorno de ansiedad social. El ítem 18 de “cambios de apetito” parece representativo en cuanto a ser el único con la puntuación más elevada. (Anexo 9).

Tabla 5.

Inventario de Depresión de Beck-II. (BDI-II).

	Puntuación Directa	Interpretación
Depresión	18	Depresión Leve

En el cuestionario de Apego Adulto se observa como el primer factor en la escala de baja autoestima refleja un estilo de apego temeroso hostil, caracterizado por la necesidad de aprobación, preocupación por las relaciones, dependencia, miedo al rechazo y problemas de inhibición conductual y emocional (Tabla 6). Estas características conectan con las hipótesis planteadas en relación con la baja autoestima de la paciente, su necesidad de complacencia y rol de cuidador y el miedo a ser juzgada o rechazada por su entorno, tanto social, como familiar. La segunda escala de resolución hostil de conflictos muestra un estilo preocupado, con una puntuación baja, también semejante a la personalidad de la paciente, con baja ira hacia los demás y poca facilidad para enfadarse. El tercer factor de expresión de sentimientos presenta una puntuación alta, propia de personas con facilidad para expresar sus emociones o soluciones a problemas interpersonales. Esto

se ajusta con la manera de relacionarse con los demás la paciente, ya que muestra preocupación ante conflictos interpersonales y la necesidad de no ser rechazada. Por último, la autosuficiencia emocional, centrada en el menosprecio de las relaciones íntimas. Este factor es compatible también con las respuestas operantes realizadas por la paciente de conductas de evitación y huida ante situaciones sociales o de interacción. (Anexo 10).

Tabla 6.

Cuestionario de Apego Revisado. (CAA).

	Puntuación Directa	Valoración	Estilo de Apego
E1. Baja Autoestima	64	Muy alto	Temeroso hostil
E2. Resolución hostil de conflictos	28	Moderado	Preocupado
E3. Expresión de sentimientos	49	Muy alto	Seguro
E4. Autoeficiencia emocional	21	Alto	Huidizo Alejado

La interpretación que se recoge del Inventario Neo reducido de Cinco Factores, refleja una elevada puntuación en el factor de Neuroticismo, pudiendo sugerir que la paciente S. no se adapta bien a las situaciones, ya que no consigue controlar sus impulsos y se muestra ansiosa y nerviosa. A su vez, supone una mala gestión de las emociones generando conductas intensas y aprensivas. El componente de Extraversión evalúa las tendencias interpersonales, indicando tratarse de una persona con un grado de sociabilidad muy bajo debido a su poca puntuación. Puede ser característico de una falta de habilidades sociales afín a nuestra paciente. En el caso del factor de Apertura a la Experiencia, refleja una puntuación dentro de la media, es decir, como una persona con preferencia por lo familiar a lo novedoso. En el factor de Amabilidad ha obtenido una puntuación por debajo de la media, refiriendo poder ser una persona socialmente poco deseable. Por último, en el componente de Responsabilidad adquiere una puntuación dentro de la media, pudiendo ser alguien responsable y organizada (Tabla 7). (Anexo 11).

Tabla 7.

Inventario NEO reducido de Cinco Factores. (NEO-FFI).

	Puntuación Directa	Interpretación
Neuroticismo	31	Muy alto
Extraversión	25	Bajo
Apertura a la experiencia	26	Medio
Amabilidad	23	Muy bajo
Responsabilidad	35	Medio

Tabla 8.

Objetivos generales y específicos del tratamiento de la paciente.

Objetivos generales	Objetivos específicos
Reducir sintomatología compatible con ansiedad social	Psicoeducación en ansiedad. Reestructuración cognitiva. Técnica de relajación progresiva Jacobson.
Aumento en asertividad y mejora en habilidades sociales	Psicoeducación en asertividad y estilos de comunicación. Habilidades en comunicación asertivas con los familiares. Entrenamiento en habilidades sociales o de afrontamiento y solución de problemas. Exposiciones simuladas apoyadas sobre role-playing.
Explicación y comprensión de la funcionalidad de los estilos de apego	Psicoeducación del apego y los estilos de apego. Reestructuración cognitiva.
Incrementar la autoestima	Psicoeducación en autoestima y reestructuración cognitiva.

Tratamiento

El plan de intervención que se estableció con la paciente fue de un total de 20 sesiones, por criterio clínico y debido a la duración limitada de las prácticas. La frecuencia de las sesiones se estableció semanalmente con una duración de 60 minutos cada sesión, debido a que la sintomatología ansiosa percibida en la paciente estaba muy presente al inicio del proceso psicoterapéutico. La estructura de este proceso consistió en cuatro sesiones para realizar la evaluación psicológica; una quinta sesión para la devolución de la información y el análisis funcional; doce sesiones para aplicar el tratamiento; y las tres sesiones restantes para administrar las pruebas post tratamiento, un seguimiento en prevención de recaídas a través de la valoración subjetiva de la paciente en su mejoría y el cierre del proceso psicoterapéutico. Una vez devuelta la información y explicado el análisis funcional a la paciente en la quinta sesión, se pusieron en común con ésta los objetivos idóneos para la aplicación de la intervención psicoterapéutica. El material empleado en todas las sesiones fue archivado en una carpeta y a disposición de la paciente si fuera solicitado. Asimismo, esta carpeta tiene como objetivo, si fuera necesario, facilitar el poder apoyarse sobre la información recogida y trabajarla con S. a lo largo del proceso, así como para permitir la comparación de la información pre y post tratamiento.

En esta fase de intervención, se utilizaron técnicas cognitivo-conductuales alternadas en diferentes sesiones y adaptadas a las necesidades de la paciente (Tabla 9). En base a la literatura científica se utilizan herramientas como la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, la focalización de la atención, técnicas de relajación y la exposición en simulación a partir del role-playing.

La psicoeducación fue empleada en diversas sesiones, en concreto, en la quinta sesión de devolución de la información junto con su análisis funcional correspondiente. Se procuró explicar el funcionamiento de su análisis de conducta lo más sencillo posible, para que la persona lo pudiera comprender y con el fin de ser una fase preparatoria que asentara los fundamentos del tratamiento

y acuerdo de objetivos. Su análisis recogía las variables disposicionales o antecedentes aportados por la paciente, las conductas problemas que se han observado como denominadores comunes y sus consecuentes a corto, medio y largo plazo. Los resultados obtenidos a partir de los instrumentos de evaluación también fueron devueltos como información cuantitativa y comparativa en función de las hipótesis extraídas a partir de los datos evaluados. El concepto de ansiedad social fue desarrollado desde una perspectiva psicológica y fisiológica, diferenciando cuando pasa de ser algo adaptativo a desadaptativo. Se presentó la diferencia entre el miedo y la ansiedad, y la funcionalidad que cumple para el ser humano como mecanismo de adaptación y/o supervivencia. La respuesta que ejerce sobre la persona implica la conducta de evitación o huida, consecuencia que fue destacada con la finalidad de que S. entendiera que el uso y frecuencia de esta respuesta determina si se convierte en una conducta desadaptativa e interfiere y deteriora diversas áreas que componen a la persona (social, laboral, familiar...). También se realizó psicoeducación sobre el apego y los diferentes estilos de apego que existen para que la paciente pudiera comprender la funcionalidad que cumple el estilo de apego ansioso ambivalente en el adulto.

La autoestima fue otro elemento que se trabajó a través de la psicoeducación en las sesiones. Para conseguir incrementar la autoestima, se profundizó en su definición, la importancia que tiene para la persona, las clases de autoestima que existen, los factores que influyen en ella y cómo reforzarla a partir de reestructuración cognitiva.

La reestructuración cognitiva es una de las principales técnicas, que tiene por objetivo conseguir que el paciente identifique sus propios pensamientos disfuncionales para así sustituirlos por aquellos más adaptativos que permitan reducir el malestar emocional de la persona (Bados y García, 2010). El entrenamiento de esta técnica se llevó a cabo en las primeras sesiones como describe la Tabla 9, aunque se emplea en sesiones posteriores de manera puntual en función de las necesidades de la paciente. Su aplicación se centró en identificar aquellos acontecimientos en los que se activa la ansiedad, los pensamientos automáticos emergidos, las emociones, sus reacciones fisiológicas y sus conductas motoras como los consecuentes que generan. En estas sesiones se hizo

uso paralelamente de la técnica de defusión cognitiva con el fin de identificar aquellos pensamientos que conducen a la paciente a resultados paradójicos donde se incrementan en situaciones concretas la frecuencia de sus cogniciones basadas en un análisis obsesivo que generan conductas de somatización.

De esta manera, poder trabajar sobre los pensamientos automáticos identificados para reducir la evitación experiencial y promover la aceptación de los pensamientos. Se enfatiza en los valores, separar el pensamiento de la identidad y fomentar la flexibilidad cognitiva (Ribero, 2021).

Para su posible aplicación, hubo un trabajo previo donde se debía hacer una clarificación en los valores de la persona y diferenciar entre acciones, metas y valores.

La autoestima se introdujo como elemento importante a trabajar, ya que esta técnica según investigaciones puede favorecer el desarrollo de la autoimagen (Chávez, 2010).

El entrenamiento en habilidades sociales y asertividad compusieron dos conceptos fundamentales que han facilitado la comunicación entre sus relaciones interpersonales. Se comenzó con una psicoeducación básica que asentara las definiciones y funciones que cumplen ambos elementos. Esta técnica puede dirigirse a numerosas prácticas sociales, sin embargo, en esta intervención se centró en el entrenamiento en la habilidad conversacional y la asertividad. Se apoya sobre técnicas de modelado y role-playing para su puesta en práctica. Consigue que el paciente ponga en práctica y mantenga conversaciones donde se exprese de forma asertiva, donde se relacione con personas de distinto sexo y ante un público desconocido en cualquier entorno social. Indirectamente repercute en la mejoría de su autoestima, aumentando su asertividad y mejorando sus habilidades sociales.

La técnica de relajación progresiva de Jacobson fue desarrollada por Edmund Jacobson en 1939. Se considera una de las técnicas más eficaces para el control de los estados ansiosos. El ejercicio se compone de tensión y distensión en los grupos musculares y la percepción de aquellas sensaciones corporales que percibe la persona. Su continua repetición y entrenamiento consigue que la persona adopte un estado de relajación profunda (López, 2021). Este entrenamiento se llevó

a cabo en las primeras sesiones del tratamiento, mandándose para casa como práctica continua con una aplicación diaria a la semana para conseguir una mayor habilidad.

La exposición en simulación a partir del role-playing en numerosas sesiones resulta fundamental para poner en práctica todas las técnicas mencionadas en el tratamiento. Esta técnica ayuda a la persona a poder darse cuenta de los errores que comete, situándose desde otra perspectiva. Estas simulaciones en un entorno seguro donde la persona pone en práctica sentirse expuesto a una situación ansiógena, rebaja los niveles de ansiedad y eleva la tolerancia a la frustración e incertidumbre. En caso de conseguir una sensación de éxito podrá influir a su vez en su autoestima, aumentando su sensación de valía.

Tabla 9.

Cronograma de las sesiones de tratamiento.

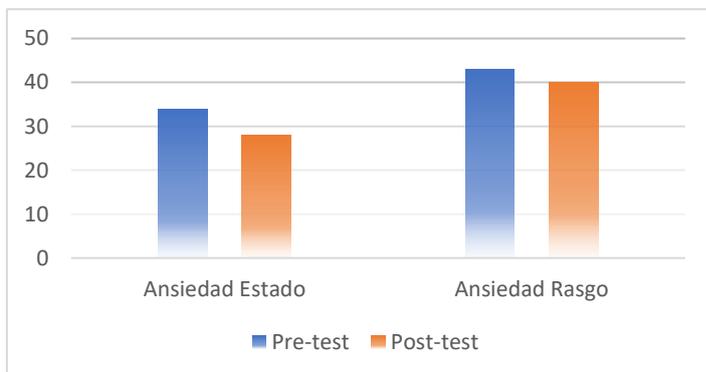
Nº Sesión	Objetivo de la sesión	Técnicas de intervención
6ª Sesión	Reducir la sintomatología compatible con ansiedad social	Psicoeducación en ansiedad.
7ª Sesión	Reducir sintomatología ansiosa	Reestructuración cognitiva y relajación progresiva.
8ª Sesión	Reducir sintomatología ansiosa	Reestructuración cognitiva y clarificación de valores.
9ª Sesión	Reducir sintomatología ansiosa	Reestructuración cognitiva, defusión cognitiva y relajación progresiva.
10ª Sesión	Reducir sintomatología ansiosa	Defusión cognitiva y relajación progresiva.
11ª Sesión	Aumento en HHSS y asertividad	Psicoeducación en habilidades sociales y asertividad.
12ª Sesión	Aumento en HHSS y asertividad.	Entrenamiento en habilidades sociales y role-playing.
13ª Sesión	Aumento en la comunicación asertiva con sus familiares	Role-playing en asertividad con familiares.
14ª Sesión	Reducir sintomatología ansiosa	Reestructuración cognitiva.
15ª Sesión	Explicación estilos de apego	Psicoeducación en Apego y sus estilos.
16ª Sesión	Incrementar la autoestima	Psicoeducación en Autoestima.
17ª Sesión	Incrementar la autoestima	Reestructuración cognitiva.
18ª Sesión	Administración de post-test	Inventario SCL-90R, STAI y NEO-FII.
19ª Sesión	Seguimiento en prevención de recaídas y devolución de los resultados.	Valoración subjetiva de la mejoría. Exposición en imaginación
20ª Sesión	Cierre del proceso terapéutico	Seguimiento y cierre del proceso psicoterapéutico

Valoración del tratamiento

El tratamiento de S. ha resultado efectivo en cuanto a lograr los objetivos propuestos para la intervención. La adherencia al tratamiento ha jugado un papel fundamental, donde la paciente se ha mostrado colaboradora y muy proactiva a la mejoría y al cambio. No ha habido ninguna cancelación de las sesiones, siempre ha entregado las tareas para casa solicitadas y se ha percibido gran interés en conseguir avances. Así como verbalizaciones con respecto a la notaría de su mejoría a lo largo del proceso psicoterapéutico. Según la literatura científica, se confirma como la obtención de una alianza terapéutica sólida contribuye en conseguir resultados satisfactorios en la psicoterapia (Rossetti y Botella, 2017). Esto se apoya sobre los resultados cuantitativos extraídos a partir de los inventarios post tratamiento administrados a la paciente.

Figura 1.

Pre-test y post-test. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. (STAI).

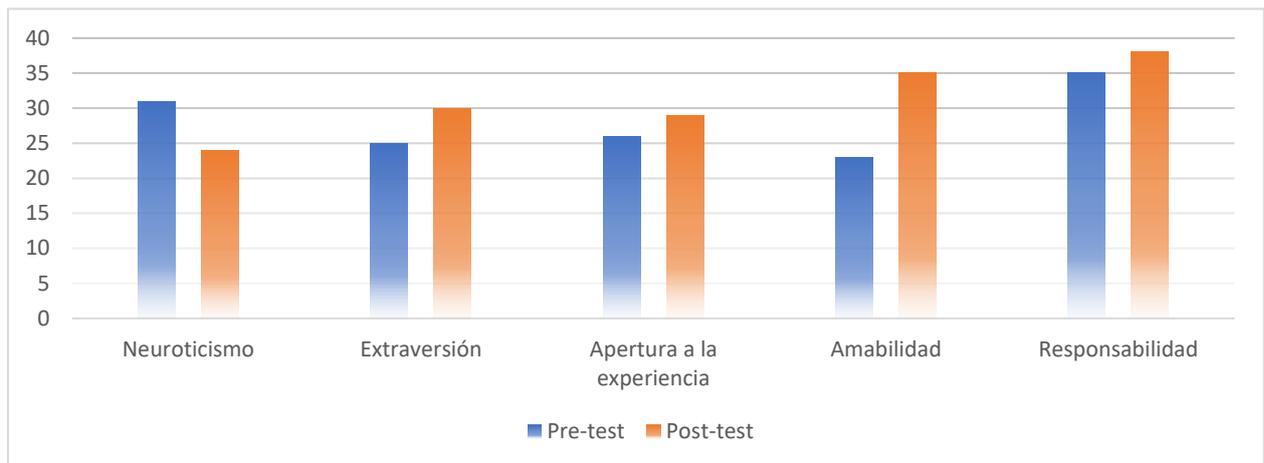


Las puntuaciones post-tratamiento obtenidas a partir del cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo (STAI) reflejan una cierta reducción en el componente de Ansiedad-Estado, indicando una disminución de los sentimientos subjetivos de tensión. Esto corresponde con las verbalizaciones de la paciente donde ha referido sentirse “más tranquila”. Aunque la puntuación en el elemento Ansiedad-Rasgo sea mínima, presenta cierta relevancia destacar su caída ya que guarda una relación importante con el elemento anterior. S. afirma en sesión no percibir el mundo tan amenazante como

en sus pensamientos se reflejaban. Sin embargo, es cierto, que este factor mide aspectos prolongados en el tiempo donde no es posible encontrar un cambio radical, por lo que, del mismo modo, parece ser congruente con la información obtenida (Figura 1).

Figura 2.

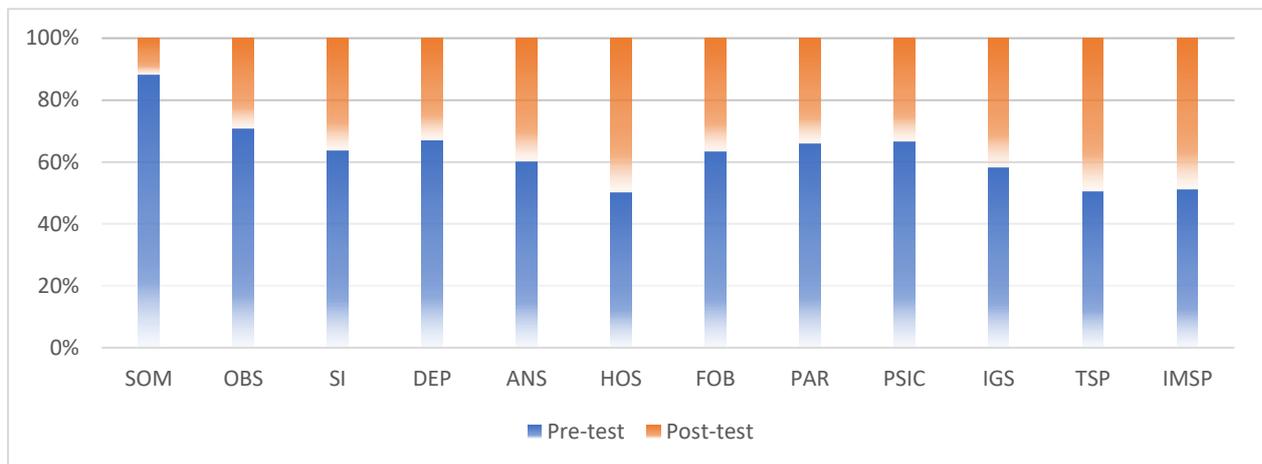
Pre-test y post-test. Inventario NEO reducido de Cinco Factores. (NEO-FFI).



La comparación de los resultados pre y post tratamiento en el Inventario NEO-FFI sugieren una mejoría significativa en los componentes evaluados. Se observa una disminución en el factor de Neuroticismo, pudiendo indicar menor ansiedad y una mejor adaptabilidad en aquellas situaciones que implican control de los impulsos. El componente de Extraversión se ve más elevado, aumentando así su grado de sociabilidad. En el caso de la Apertura a la Experiencia se mantiene dentro de la media, aunque con puntuaciones más elevadas. Parece seguir siendo preferente lo familiar a lo novedoso. Por último, el factor de Responsabilidad se conserva con una puntuación muy semejante, manteniendo su característica de ser responsable y organizada (Figura 2).

Figura 3.

Pre-test y post-test. Inventario de síntomas SCL-90-R.



Los resultados postratamiento en el Inventario de síntomas SCL-90-R, presentan similitudes con los pretest sin tendencia a la exageración de sus síntomas ni invención de enfermedades (Figura 3). Por ello, se puede decir que el índice de severidad global también es fiable y delimita cierta mejoría significativa, reduciéndose áreas de sintomatología compatibles con algunas psicopatías. La paciente muestra una clara reducción, en comparación con la puntuación pretest, en los síntomas clínicos como: somatizaciones (Pc=35), obsesiones y compulsiones (Pc=40), sensibilidad interpersonal (P=50), ansiedad (Pc=50) y ansiedad fóbica (Pc=55).

La puntuación disminuida en somatización parece casar con las verbalizaciones que manifiesta la paciente en consulta en cuanto a no presentar, desde hace dos meses y medio, sintomatología relacionada con dolores estomacales o episodios de diarrea inminente en situaciones sociales. Se destaca también una posible caída tanto en la ansiedad como en la ansiedad fóbica, indicador de congruencia entre los cuestionarios postratamiento y el factor en común entre los cuestionarios administrados de una reducción en la sintomatología ansiosa de la paciente, junto con la opinión subjetiva que presenta.

Discusión

El trastorno de ansiedad social ha demostrado ser una problemática que ejerce un malestar significativo en las personas que lo padecen, repercutiendo sobre diversos componentes que engloban la personalidad. Presenta tanto una alta prevalencia como comorbilidad con otros trastornos (Ponce-Alencastro, 2021).

El caso en cuestión implica ser relevante para su estudio y requiere de un detenimiento preciso para su comprensión. Su abordaje puede permitir arrojar algo de claridad entre tanta penumbra rodeada de numerosas patologías muy limitantes en la vida diaria (Murillo y Rodríguez, 2016).

A raíz de los resultados y la formulación desarrollada, la hipótesis de origen pone el foco de atención en el estilo de apego recibido y las experiencias traumáticas en la infancia de la paciente. Se considera relevante conocer la teoría del apego planteada por el psiquiatra y psicoanalista infantil John Bowlby, autor centrado en estudiar la relación entre el cuidador principal y el menor, y sus efectos en la vida adulta (Bowlby, 1989). Establece como el apego es el encargado de proporcionar la sensación de seguridad en el niño frente a situaciones que se presentan como amenazantes. Además, define la función que cumple un apego seguro e inseguro. Entiende que el apego seguro permite la exploración del menor y su relación con los otros bajo una sensación de seguridad al sentir que el cuidador principal con el que se ha vinculado le protege. La resiliencia en el menor se ve influenciada por el vínculo que forja en los primeros años de vida. De modo que el tipo de relación que se establece podrá determinar el desarrollo emocional del adulto, es decir, los miedos e inseguridades y cómo los afronta en su vida adulta (Benlloch, 2020).

Las funciones del apego seguro consisten en la obtención de un sentimiento de seguridad recibido por parte de los cuidadores principales permitiendo un desarrollo mental y unas habilidades comunicativas necesarias para el transcurso de la vida del sujeto (Rojas, 2021).

Se encuentra una relación significativa con respecto a recibir un estilo de apego inseguro en la infancia y la posibilidad de desarrollar una psicopatología correspondiente con ansiedad social en la vida adulta (Mérida y Oliver, 2019). La fobia o ansiedad social, entendida como un miedo o ansiedad intensa ante situaciones sociales donde la persona se expone al juicio por parte de los demás (APA, 2014).

Otros estudios se apoyan en que los estresores vitales sufridos en la niñez aumentan la probabilidad de sufrir trastornos de ansiedad en el futuro (Herazo et al., 2018).

Un elemento principal que se ha observado relevante en el estudio de caso es el componente de la autoestima.

Cordero (2006) menciona que la terapia cognitivo conductual tiene gran relevancia en el manejo de la autoestima, ya que permite a los pacientes que registren sus pensamientos y sentimientos negativos con el fin de sustituirlos por pensamientos positivos, permitiéndole que avance en la eliminación o la reducción de sus síntomas. Algunas de las técnicas que han mostrado gran eficacia son: solución de problemas, reestructuración cognitiva, psicoeducación y el uso de las metáforas.

Hay diversidad de técnicas para el incremento de la autoestima. En un estudio, Chávez (2010) comenta que para favorecer el desarrollo de la autoimagen recomienda diversas técnicas que también alcanzan una mejoría significativa como son el entrenamiento en habilidades sociales, el entrenamiento asertivo, la reestructuración cognitiva, solución de problemas con toma de decisiones, la relajación y el autocontrol.

Las técnicas de terapias de tercera generación como la Terapia de Aceptación y Compromiso arrojan resultados significativos en la eficacia del tratamiento expuesto. La revisión literaria considera que tanto la Terapia Cognitivo Conductual como la Terapia de Aceptación y Compromiso,

trabajando en común, buscan el mismo objetivo y poseen la capacidad de reducir la ansiedad social del paciente (Hernández, 2019).

Aunque este tipo de investigaciones son escasas, podría ser interesante como futuras líneas de investigación, precisar con exactitud en cómo influyen cada una de ellas y cuál puede ser más beneficiosa y práctica en la intervención psicoterapéutica con los trastornos de ansiedad (García-Pérez, y Valdivia-Salas, 2018).

Una característica que se ha observado en la paciente, que parece estar relacionada con la necesidad de control, es el componente de la autoexigencia. Un estudio ha demostrado una alta comorbilidad entre los trastornos alimentarios y la ansiedad social. Factores como la apariencia, el perfeccionismo desadaptativo y los altos estándares, pueden predecir síntomas de ambos trastornos (Brosof et al., 2019). Se considera relevante profundizar, en estudios futuros, la relación existente entre ambos trastornos y los factores que los componen.

La necesidad de control y la autoexigencia están muy relacionados con la frustración. Un estudio considera importante ayudar a los pacientes con ansiedad social a experimentar los sentimientos de ira a partir del análisis de las creencias asociadas con estos. A partir de observaciones clínicas entre un grupo de pacientes con ansiedad social y otro grupo de control sin ansiedad, se comprobó como el primer grupo presentaba dificultades para confiar en las personas y gestionar los sentimientos de ira, experimentando mayores niveles de ira y suprimiéndolos al mismo tiempo (Breen & Kashdan, 2011).

Otra hipótesis percibida que mantiene la conducta problema de la ansiedad social es la somatización de episodios gastrointestinales experimentados por la paciente, alimentando los pensamientos automáticos negativos y aumentando la probabilidad de evitar o huir de situaciones sociales en las que la persona se siente expuesta a juicios de valor negativos por los demás.

La literatura confirma que las intervenciones cognitivo-conductuales consiguen una mejoría significativa en las estrategias de regulación emocional y aumentar la expresión emocional en sujetos que padecen síntomas gastrointestinales (Iglesias, 2018).

Conclusiones y limitaciones

La sintomatología con la que acudió la paciente solicitando terapia ocasionaba un gran malestar al inicio del proceso psicoterapéutico. Su correspondiente evaluación, establecimiento de objetivos y puesta en marcha de la intervención, ha demostrado una evolución significativa en la paciente a lo largo de los 6 meses de trabajo. Los resultados obtenidos, tanto cuantitativos como cualitativos, reflejan una mejoría notable semejante con las verbalizaciones presentadas por la paciente. Parece haber una remisión parcial en síntomas como somatización, ansiedad frente a juicios externos, una mayor autoestima, reducción en la necesidad de control y un cambio en el estilo de personalidad complaciente y/o en el rol de cuidador.

Se concluye cómo el uso de técnicas procedentes tanto de la Terapia Cognitivo Conductual como de la Terapia de Aceptación y Compromiso consiguen efectos satisfactorios en el tratamiento de la sintomatología compatible con el trastorno de ansiedad social.

Las características de la paciente correspondientes a una personalidad complaciente, muy autoexigente y una predisposición a mejorar, también han sido factores importantes que han contribuido en la obtención de los objetivos psicoterapéuticos establecidos.

En cuanto a las limitaciones del caso de estudio, se considera como factor principal la limitación temporal del total de las sesiones. El número de sesiones fue estipulado por la duración de las prácticas y determinado por el centro donde se han llevado a cabo. Esta condición ha impedido abordar problemáticas de alto contenido emocional como son la experiencia traumática en la infancia y las experiencias traumáticas vicarias vividas por la paciente. El motivo de ello se fundamenta en la idea de abarcar únicamente aquello con lo que se dispone del tiempo suficiente para poder trabajar a lo largo del proceso psicoterapéutico. Por ello, recomiendo una derivación



para su posible abordaje óptimo y así poder asegurar que no se produzcan recaídas repentinas. No obstante, se observa una mejoría significativa en la paciente.

Referencias

- Amariles, J. D. B., Medina, C. M. A., y Arias, J. D. B. (2021). Competencias genéricas en el ámbito de la psicología organizacional: una revisión teórica. *Ciencia y Academia*, (2). DOI: <https://doi.org/10.21501/2744838X.4269>
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5ª Ed. Madrid: Editorial Medical Panamericana, 2014.
- Bados, A., y García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. Universitat de Barcelona. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Benavente, M. D. R. G., Vargas, K. M. R., Domínguez, P. B. G., Rivera, C. F. M., y Olivas, O. L. L. (2022). La línea de vida como recurso metodológico. Dos ejemplos en el contexto universitario. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 12(1), 105-105. <https://doi.org/10.24215/18537863e105>
- Benlloch Bueno, S. (2020). Teoría del Apego en la Práctica Clínica: Revisión teórica y Recomendaciones. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 169-189. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.348>
- Berry, K. & Danqua, A. (2016). Attachment-informed therapy for adults: Towards a unifying perspective on practice. *The British Psychological Society*, 89, 15-32. [Doi: 10.1111/papt.12063](https://doi.org/10.1111/papt.12063).
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Editorial Paidós.

Breen, W. E., & Kashdan, T. B. (2011). Anger suppression after imagined rejection among individuals with social anxiety. *Journal of anxiety disorders*, 25(7), 879-887.

<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.04.009>

Brosf, L. C., Calebs, B. J., & Levinson, C. A. (2019). Ethnic variance between Asian and European American women in a six month prospective model of eating disorder and social anxiety symptom comorbidity. *Eating Disorders*, 27(2), 110-

122. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1585678>

Campos-Uscanga, Y., Aguilera, R. D. H., & Rosas-Santiago, F. J. (2019). Estilo de apego rechazante y ansiedad como indicadores de enfermedades crónicas no transmisibles. *Salud*

Uninorte, 35(2), 221-237. DOI: [10.14482/sun.35.2.616.85](https://doi.org/10.14482/sun.35.2.616.85)

Chávez, E. (2010). *Prevención de recaídas. Centros de Integración Juvenil, Dirección de Tratamiento y Rehabilitación*. Recuperado de:

<http://www.intranet.cij.gob.mx/archivos/pdf/materialdidacticotratamiento/manualprevrecaidas.pdf>.

Derogatis, L. R., & Unger, R. (2010). Symptom checklist-90-revised. *The Corsini encyclopedia of psychology*, 1-2. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy9070>

Fasano, Liliana. (2010). *Tejiendo redes: el papel de las redes sociales en la salud y el bienestar*. (1^o Edición). Buenos Aires: Gran Aldea Editores.

Fernández-Sogorb, A., Aparicio Flores, P., Granados, L., Aparisi-Sierra, D., y Inglés, C. J. (2018).

Ansiedad social y fobia social: revisión de autoinformes y análisis de su fiabilidad y validez en muestra infantojuvenil española. *Calidad de vida y salud*, 11(1), 30-36. ISSN 1850-6216



- Garay, C. J., y Korman, G. P. (2018). Terapias cognitivo-conductuales y prácticas orientales: ciencia y espiritualidad en la psicoterapia contemporánea. *Intersecciones Psi. Revista Electrónica de la Facultad de Psicología de la UBA*, 8(29), 7-10.
- García-Pérez, L., y Valdivia-Salas, S. (2018). Intervención en el trastorno de ansiedad social a través de la terapia de aceptación y compromiso: una revisión sistemática. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 26(2), 379-393.
- Garzón Jaramillo, K. A., y Vargas Estupiñan, E. J. (2021). Genograma y ecomapa para identificar redes de apoyo en casos de violencia de género. *Revista Scientific*, 6(22), 117-137.
<https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2021.6.22.6.117-137>
- Guillén-Riquelme, A., y Buela-Casal, G. (2013). Versión breve del STAI en adolescentes y universitarios españoles. *Terapia psicológica*, 31(3), 293-299.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000300004>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente. (Mindfulness) (2.a ed.)* (Trad. Álvarez, R). Bilbao: Desclée de Brouwer (Original de 2012).
- Herazo, E., Campo-Arias, A., y Dávila, N. A. (2018). Estresores vitales durante la infancia y trastorno de ansiedad: una meta-revisión. *Duazary*, 15(3), 337-346.
<https://doi.org/10.21676/2389783X.2425>
- Hernández Gómez, A. (2019). Intervención desde la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Activación Conductual en un caso de ansiedad social. *Revista de psicología y ciencias del comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 10(2), 156-171.
<https://doi.org/10.29059/rpcc.20190602-97>

- Hiller, T. S., Steffens, M. C., Ritter, V., & Stangier, U. (2017). On the context dependency of implicit self-esteem in social anxiety disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 57, 118-125.
- Hunger, C., Hilzinger, R., Klewinghaus, L., Deusser, L., Sander, A., Mander, J., Bents, H., Ditzen, B., Schweitzer, J. (2020). Comparing Cognitive Behavioral Therapy and Systemic Therapy for Social Anxiety Disorder: Randomized Controlled Pilot Trial (SOPHO-CBT/ST). *Family Process*, 59(4), 1389-1406. Doi:10.1111/famp.12492.
- Iancu, I., Bodner, E., & Ben-Zion, I. Z. (2015). Self esteem, dependency, self-efficacy and self-criticism in social anxiety disorder. *Comprehensive psychiatry*, 58, 165-171.
- Iglesias, S. (2018). Intervención cognitivo conductual para regulación emocional en adultos con apego inseguro. XII Congreso de Posgrado en Psicología, UNAM, Ciudad de México, México.
- Koyuncu, A., Ince, E., Ertekin, E., & Tükel, R. (2019). Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs in context*, 8, 1-13. doi: [10.7573/dic.212573](https://doi.org/10.7573/dic.212573)
- López, G. M. O. (2021). Desensibilización sistemática para la fobia a los ascensores. *Avances en Psicología*, 29(2), 253-266. Doi: <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2021.v29n2.2412>
- Rojas, M. (2021). *Encuentra tu persona vitamina*. Editorial Espasa.
- Meda Lara, RM, Moreno Jiménez, B., García, LF, Palomera Chávez, A., & Mariscal de Santiago, MV (2015). Validez factorial del NEO-FFI en una muestra mexicana: propuesta de una versión reducida. *Revista Mexicana de Psicología*.32(1), 57-67. ISSN:0185-6073
- Melero, R., & Cantero, M. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y salud*, 19(1), 83-100. ISSN: 1135-0806



Mérida Sánchez, A., y Oliver Pece, J. (2019). Relación entre apego y fobia social en la edad adulta.

(Eds.). *UMA. Libro de Contribuciones de las II Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología y Logopedia de la Universidad de Málaga* (pp. 37-49). Universidad de Málaga.

Miniati, M., Callari, A. y Pini, S. (2017). Estilo de apego adulto y tendencias suicidas. *Psiquiatría*

Danubina , 29(3), 250-259. <https://doi.org/10.24869/psyd.2017.250>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2020). Hablemos de #SaludMental

<https://www.sanidad.gob.es/ca/campañas/campanas21/HablemosDeSaludMental.htm>

Moreno de la Torre, V. (2016). Evidencia de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual, mediante neuroimagen, en trastornos de ansiedad. [tesis de maestría, Universidad de Barcelona].

Repositorio Institucional UN. <https://ddd.uab.cat/record/169278>

Murillo, J. P. M., y Rodríguez, D. A. (2016). Prevalencia y comorbilidad del trastorno por ansiedad social. *Revista cúpula*, 30(1), 40-47.

<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v30n1/art04.pdf>

Nicolini, H. (2020). Depression and anxiety during COVID-19 pandemic. *Cir Cir*. 88(5), 542-547.

Doi:10.24875/CIRU.M20000067

Olivares-Olivares, P. J., Montesinos, L., Rosa-Alcázar, A., Maciá, D y Amorós, M. (2015). Efectos del terapeuta en el tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Anales de*

Psicología, 31(1), 234-242. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.1.164031>

Organización Mundial de la Salud (2022). Depresión y otros trastornos mentales comunes:

estimaciones de salud global. Organización Mundial de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0

IGO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610> .

Ponce-Alencastro, J. A., Arredondo-Aldana, K., & Mera-Posligua, M. J. (2021). Ansiedad social:

Intervención desde la terapia de aceptación y compromiso a propósito de un caso. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud GESTAR*, 4(8 Ed. esp.), 104-129.

<https://doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0035>

Ran, G., Zhang, Q., & Huang, H. (2018). Behavioral inhibition system and selfesteem as mediators between shyness and social anxiety. *Psychiatry research*, 270, 568-573

Ranta, K., La Greca, A. M., Garcia-Lopez, L. J., & Marttunen, M. (2015). *Social anxiety and phobia in adolescents*. Springer International Publishing.

Real Academia Española: *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed. (2022). Ansiedad.

<https://dle.rae.es/contenido/cita>

Ribero, S. A. (2021). Defusión cognitiva y su aplicación en sesión (ACT). *Área profesional I: psicología clínica*.

Rossetti, M. L., y Botella, L. (2017). Alianza terapéutica: evolución y relación con el apego en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(1), 19-30.

Safir, R. (2014). La fobia social, un acercamiento psicológico desde el enfoque cognitivo-conductual.

[tesis de maestría, Universidad de la República Uruguay]. Repositorio Institucional UN.

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/5369/1/SAFIR.pdf>

Salgado de Bernal, C., y Schwarz, M. A. (1990). El genograma como instrumento de formación de terapeutas de familia. *Revista latinoamericana de psicología*, 22(3), 409. ISSN: 0120-0534

Sánchez-Pachas, D. V. B. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de investigación en psicología*, 22(1), 39-52. DOI:

<http://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16580>



Taylor, R. E., Mann, A. H., White, N. J., & Goldberg, D. P. (2000). Attachment style in patients with unexplained physical complaints. *Psychological medicine*, 30(4), 931-941.

DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291799002317>

Anexo 1.

Consentimiento Informado.

Centro Psicolink

**MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA
UTILIZACIÓN DE DATOS DE SESIONES DE PSICOTERAPIA**

Este documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a la utilización que se realizaría de sus datos de participación en las sesiones de psicoterapia. Léalo atentamente y consulte con el/la terapeuta todas las dudas que se le planteen.

1. INFORMACIÓN ACERCA DE LA RECOGIDA DE DATOS DE LAS SESIONES

Desde el centro Psicolink ubicado en c/ Reina Mercedes 22 se lleva a cabo una recogida de información de las sesiones de psicoterapia con fines formativos y de desarrollo profesional para los/las terapeutas que realizan su labor en el centro. Los datos recogidos podrán emplearse para el desarrollo de trabajos de investigación.

2. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de formación e investigación y solamente por parte del equipo de terapeutas que desempeña su labor en el centro, guardándose siempre sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información y atendiendo a un estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal.

En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

3. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Si, en el caso de decidir participar y consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la intervención usted desea dejar de participar, rogamos que nos lo comunique y a partir de ese momento se dejarán de utilizar sus datos con fines de formación y desarrollo profesional.



4. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Don/Dña. he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de la recogida de datos de las sesiones de psicoterapia y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación, investigación y desarrollo profesional para el equipo de terapeutas del centro.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, consiento en participar y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

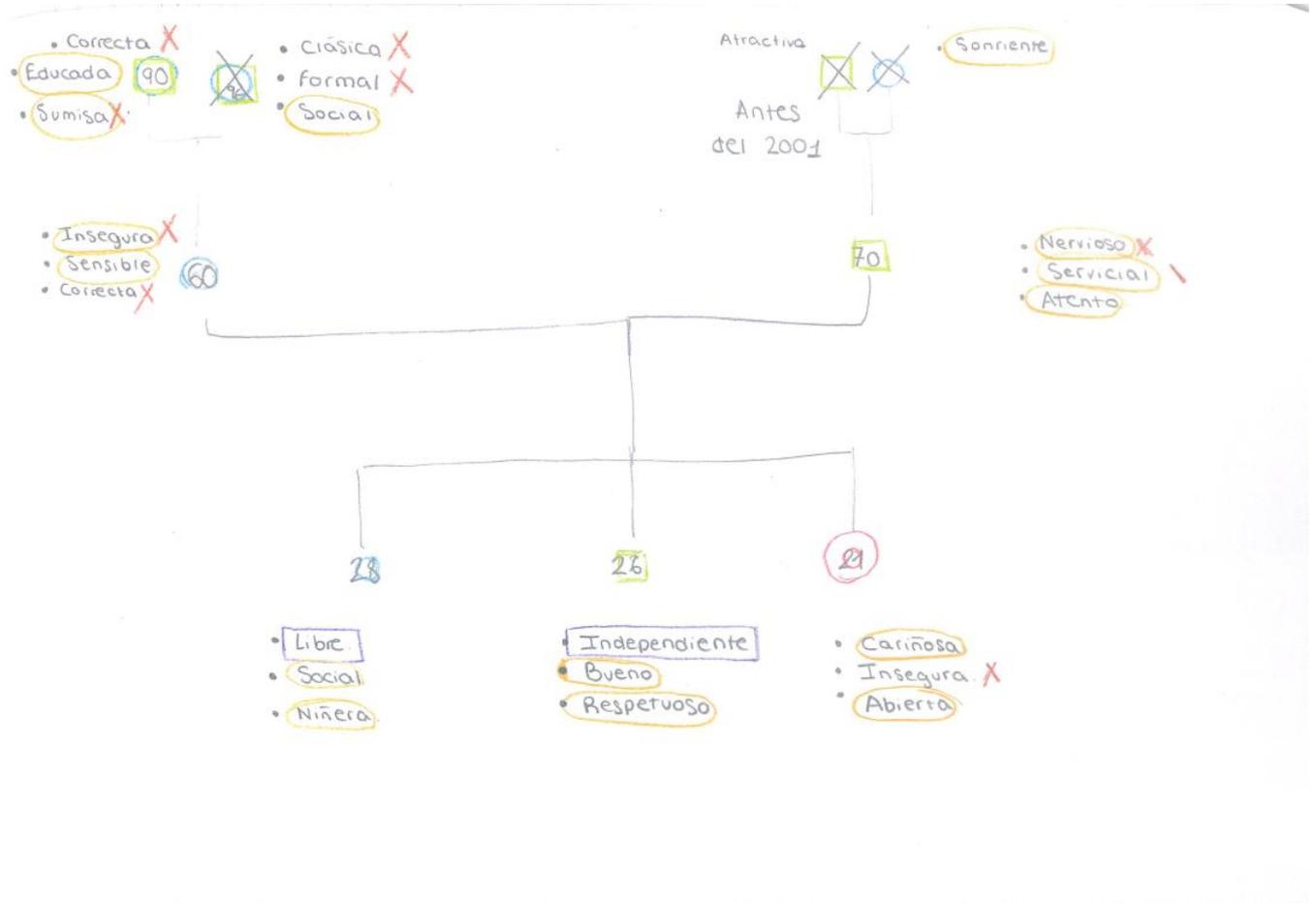
En, a de de 20....

Firmado:

Don/Dña.:

Anexo 2.

Genograma Familiar.

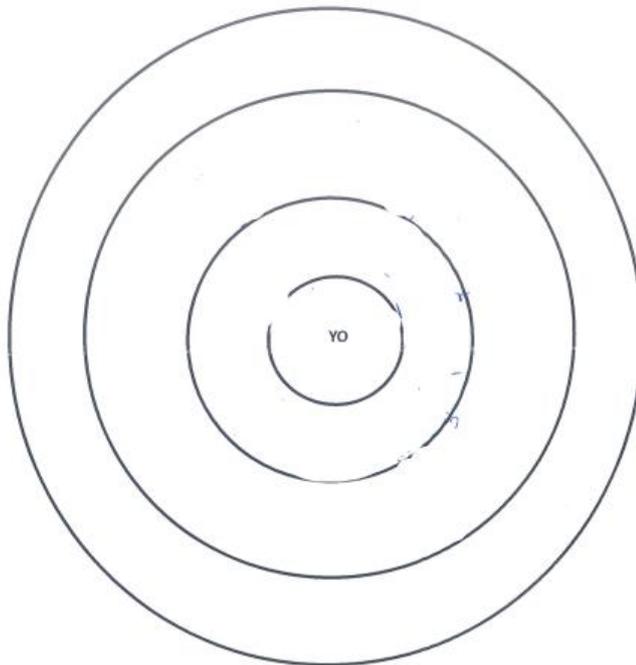


Anexo 3.

Átomo social.

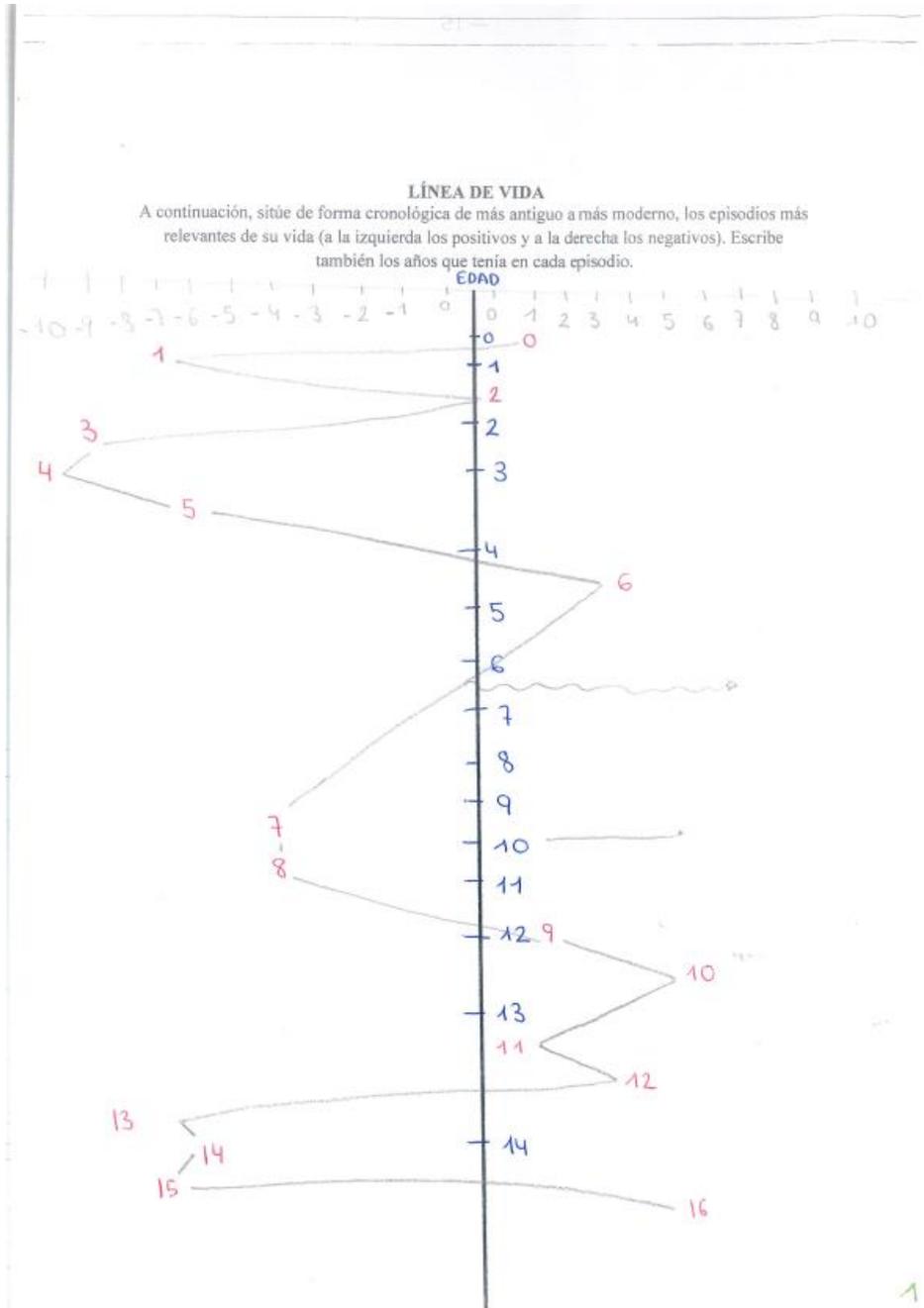
EL ÁTOMO SOCIAL O EL UNIVERSO DE LAS RELACIONES:

En el siguiente dibujo coloca a tus relaciones significativas en función de la cercanía o lejanía en la que las sientas (no se trata de lejanía física sino emocional). Incluye familiares, amigos y personas relevantes. Incluye tanto buenas relaciones como conflictivas. Indica con un boli rojo a quién alejarías y con un boli verde a quién acercarías.



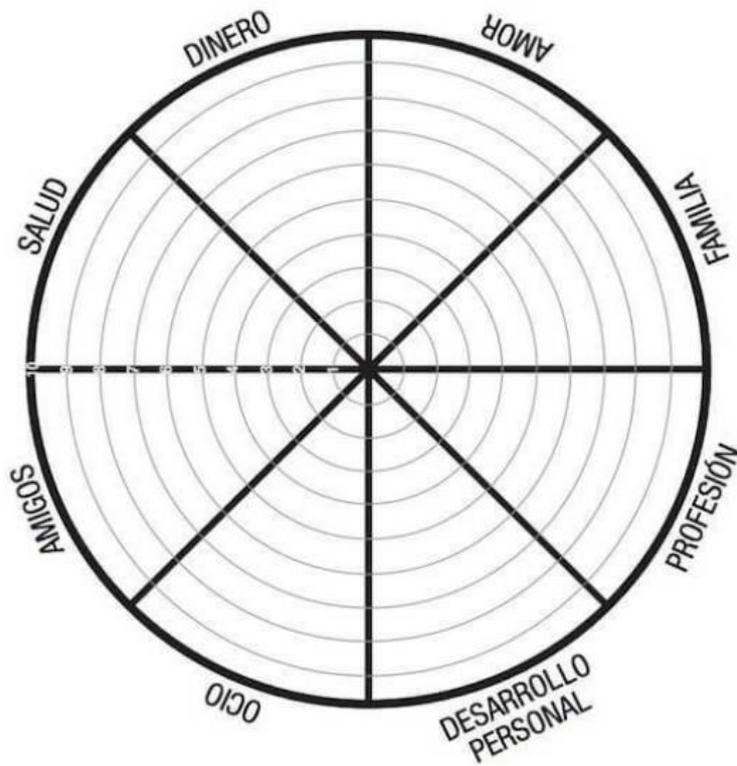
Anexo 4.

Gráfica de la Línea de Vida.



Anexo 5.

Rueda de la Vida.



Autorregistro.

Respuesta oportuna.

Recu 05.

10

© 2020 Psychology Today Limited

PSYCHOLOGY TODAY

y llamo a mi mejor amigo.

Me hubiera venido bien relajarme. Salir y hacer algo mejor.

Desafiando sus pensamientos con compasión durante una crisis de salud global

Situación <small>(Con quién estabas? ¿Qué estabas haciendo? ¿Dónde te encontrabas? ¿Cuándo sucedió?)</small>	Emociones y sensaciones corporales <small>(¿Qué sentiste? ¿Califica la intensidad de 0-100%)</small>	Pensamiento automático <small>(¿Qué fue lo primero que se te pasó por la cabeza? Pensamientos, imágenes o recuerdos)</small>	Respuesta compasiva <small>(¿Cuál sería una respuesta verdaderamente autocompasiva hacia ese pensamiento negativo?)</small>
<p>Viendo las noticias durante dos horas consecutivas.</p> <p>Saliendo de cuarenta y me escribe [redacted]</p> <p>Estoy en el bus volviendo del psico. Pensando en el plan de esta noche, [redacted] dice que puede que no vaya que se encuentra mal.</p> <p>Estaba en un garito sobre las 4 y de repente me empecé a agobiar (mucha gente, encajada con [redacted])</p>	<p>Emociones de ansiedad y una creciente sensación de pánico.</p> <p>de tripa, tristeza, desánimo desesperanza y frustración.</p> <p>Araar en la tripa, me duele la espalda, bruxismo, inquietud, tristeza y sueño.</p> <p>Muchísimo nerviosismo, no control, inquietud, ansiedad, palpitaciones, bloqueo, agobio.</p>	<p>Esto es terrible. Podría morir mucha gente. ¿Qué nos va a pasar a mí y a mi familia?</p> <p>Me voy a casa. Tienes que estar bien. Espero que no se estén dando cuenta. No bebas. Me cago en [redacted] que inoportuno.</p> <p>[redacted] va a beber Seguro*, vamos a aburrirnos, va a criticar que estas no vengas.</p> <p>Como no entre al baño me cago encima, me estoy agobiando, que horror, con tanta gente no puedo relajarme, me quiero ir a casa</p>	<p>Es comprensible que estés preocupado, sería raro no estarlo. ¿Qué es lo mejor que puedes hacer para sentirte mejor en este momento? Tal vez podrías ver una comedia en lugar de las noticias o levantarte y hacer otra cosa.</p> <p>Escuchar el audio y que estuviera cata.</p> <p>RO Llego a casa, me acabo en la cama un rato con el móvil</p> <p>RC [redacted] me diga que no bebo, animarme(?)</p> <p>RO Me voy a casa y llamo a [redacted]</p> <p>RC Me hubiera venido bien relajarme. Salir y hacer algo mejor.</p>

Si tuviste alguna imagen o recuerdo, ¿Qué significado o implicaciones tuvo para ti?

Intenta responderte a ti mismo con las cualidades compasivas de sabiduría, fuerza, calidez, ternura y no juzgar:

- ¿Qué me diría mi mejor amigo en este momento?
- ¿Qué me diría en este momento un ser infinitamente compasivo?
- ¿Con qué tono de voz necesitaría que me hablen para poder sentir tranquilidad o alivio?

Cómo vivir con la ansiedad y la preocupación en medio de una crisis de salud global

20

21

22

23



Anexo 7.

Inventario de Síntomas SCL-90-R.

SCL 90 R

Apellidos y nombre: _____
 Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: A continuación aparece una lista de problemas y molestias que a veces presenta la gente. Lea cada uno de ellos y rodee con un círculo el número de la escala que describa mejor LOS PROBLEMAS QUE LE HAYAN PREOCUPADO O MOLESTADO DURANTE ESTA SEMANA PASADA, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY.

Con qué frecuencia se ha preocupado o molestado por:	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Extrema damente
1. Dolores de cabeza.	0	1	2	3	4
2. Nerviosismo o inquietud interior	0	1	2	3	4
3. Pensamientos desagradables que se repiten sin abandonar su mente.	0	1	2	3	4
4. Desmayos o mareos.	0	1	2	3	4
5. Pérdida de interés o placer sexual.	0	1	2	3	4
6. Sentimientos críticos hacia los demás.	0	1	2	3	4
7. La idea de que otra persona puede controlar sus pensamientos.	0	1	2	3	4
8. Sentir que los demás le van a culpar de la mayoría de los problemas que tiene usted.	0	1	2	3	4
9. Dificultad para recordar cosas.	0	1	2	3	4
10. Preocupaciones por su dejadez o descuido.	0	1	2	3	4
11. Sentirse fácilmente irritado o enfadado.	0	1	2	3	4
12. Dolores en el pecho o en el corazón.	0	1	2	3	4
13. Sentirse con miedo en la calle o en espacios abiertos.	0	1	2	3	4
14. Sentirse bajo de energía o alicaído.	0	1	2	3	4
15. Ideas de acabar con su vida.	0	1	2	3	4
16. Oír voces que otras personas no oyen.	0	1	2	3	4
17. Temblores.	0	1	2	3	4
18. Sentir que no se puede confiar en la mayoría de la gente.	0	1	2	3	4
19. Tener poco apetito.	0	1	2	3	4
20. Llorar fácilmente.	0	1	2	3	4
21. Sentirse tímido o incómodo con personas del otro sexo.	0	1	2	3	4
22. Sensación de estar atrapado o acorralado.	0	1	2	3	4
23. Sentirse repentinamente asustado sin razón alguna.	0	1	2	3	4
24. Estallido de cólera que no puedo controlar.	0	1	2	3	4
25. Tener miedo a salir solo fuera de casa.	0	1	2	3	4
26. Culparse de cosas.	0	1	2	3	4
27. Dolores en la parte baja de la espalda.	0	1	2	3	4
28. Sentirse bloqueado para acabar cosas.	0	1	2	3	4
29. Sentimientos de soledad.	0	1	2	3	4
30. Sentirse triste.	0	1	2	3	4
31. Preocuparse demasiado por las cosas.	0	1	2	3	4
32. No sentir interés por las cosas.	0	1	2	3	4



Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. (STAI).

STAI

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____

A-E

LEA DETENIDAMENTE LAS INSTRUCCIONES

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

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

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

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

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

Inventario de depresión de Beck-II. (BDI-II).

BDI-II

NOMBRE FECHA

EDAD SEXO ESTADO CIVIL

PROFESION ESTUDIOS

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

<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>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>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 espero que las cosas mejoren</p> <p>3. Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán</p>	<p>6. Sentimientos de castigo</p> <p>0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo</p> <p>1. Siento que puedo ser castigado</p> <p>2. Espero ser castigado</p> <p>3. Siento que estoy siendo castigado</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 atrás, veo fracaso tras fracaso</p> <p>3. Me siento una persona totalmente fracasada</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 gusta</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 que he hecho o debería haber hecho</p> <p>3. No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba</p>	<p>8. Auto-criticas</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 por todo lo malo que sucede</p>

----- Puntuación Página 1
Continúa en la página siguiente

Copyright por Aaron Beck y The Psychological Corporation. Adaptación española: J. Sanz, M.E. Navarro y C. Vázquez. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

Cuestionario de Apego Revisado. (CAA).

CUESTIONARIO DE APEGO ADULTO
(Melero, R. y Cantero, M.J., 2008)

CÓMO CUMPLIMENTAR EL CUESTIONARIO

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

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

Inventario NEO reducido de Cinco Factores. (NEO-FFI).

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

Instrucciones

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre		Sexo	<small>HOMBRE</small> <input type="checkbox"/>	<small>MUJER</small> <input type="checkbox"/>	Edad	<small>AÑOS</small> <input type="text"/>
---------------	--	-------------	---	--	-------------	---

Nivel Educativo	<small>ESO</small> <input type="checkbox"/>	<small>Bachiller</small> <input type="checkbox"/>	<small>Universidad</small> <input type="checkbox"/>	Puesto	<input type="text"/>	Equipo	<input type="text"/>
------------------------	--	--	--	---------------	----------------------	---------------	----------------------