



**Universidad  
Europea** MADRID

# **Intervención en un caso de ansiedad social**

---

Máster de Psicología General Sanitaria

---

**Autora: Esther María Núñez Pascual**

**Tutor/a clínico: Rocío Pérez Lobato**

**Tutor/a académico: Rocío Pérez Lobato**

Fecha: 28 de febrero de 2023

Nº palabras: 12000

## Resumen

El presente trabajo expone el tratamiento psicológico desarrollado con un paciente de 29 años, cuyo motivo de consulta es la presencia de ansiedad, manifestando intensas náuseas en situaciones sociales. Se sigue el enfoque de la Terapia de Aceptación y Compromiso. El paciente cumple los criterios diagnóstico de trastorno de ansiedad social. Como punto clave para la intervención, se destaca la elaboración del análisis funcional, a partir del cual se establecen los objetivos. Dichos objetivos son: mejorar el manejo de la ansiedad; aumentar la identificación, expresión y regulación emocional; flexibilizar su repertorio conductual, mejorar su autoconcepto y entrenar su capacidad asertiva. El tratamiento aquí expuesto consta de las 10 sesiones iniciales, siguiendo aún en curso. Se han observado avances como: disminución de la ansiedad y de la frecuencia de las náuseas, menos anticipación y mayor atención al momento presente, mejor autoconcepto y un repertorio conductual más amplio y flexible. Estos logros van en la línea de lo señalado en estudios publicados.

*Palabras clave:* estudio de caso, terapia de aceptación y compromiso, ansiedad social.

## Abstract

This paper exposes the psychological treatment developed to a 29-year-old patient, whose reason for consultation is the presence of anxiety experiencing intense nausea, especially in social settings. We follow the approach of Acceptance and Commitment Therapy. The patient meets the diagnostic criteria of social anxiety disorder. As a key point for the intervention, the elaboration of the functional analysis stands out, from which the objectives are established. These objectives are: improve anxiety management; increase identification, expression and emotional regulation; make him behavioral repertoire more flexible; improve him self-concept and train him assertive ability. The treatment shown consists of the initial 10 sessions, still ongoing. Advances have been observed such as: decreased anxiety and the frequency of nausea, less anticipation and greater attention to the present moment, better self-concept and a wider and more flexible behavioral repertoire. These achievements are in line with published studies.

*Keywords:* case study, Acceptance and Commitment Therapy, social anxiety disorder.

## Índice

Introducción .....	5
Conceptualización de la ansiedad .....	5
Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad social .....	7
Diagnóstico diferencial .....	8
Evaluación .....	9
Tratamientos .....	9
Farmacológicos .....	9
Psicológicos .....	10
Identificación del paciente y motivo de consulta .....	13
Datos personales .....	13
Descripción del problema .....	14
Estrategias de evaluación .....	15
Entrevista semiestructurada .....	15
Cuestionarios .....	17
Autorregistro .....	19
Observación conductual .....	20
Formulación clínica del caso .....	20
Análisis psicológico del problema .....	20
Hipótesis de origen .....	20
Hipótesis de mantenimiento .....	22
Análisis funcional del problema .....	23
Resultados de las pruebas de evaluación .....	25
Objetivos del tratamiento .....	27
Tratamiento .....	28
Valoración del tratamiento .....	37
Adherencia al tratamiento .....	37
Consecución de objetivos .....	38
Dificultades en la consecución de objetivos .....	42
Discusión y conclusiones .....	42
Referencias bibliográficas .....	47
Anexos .....	54

### Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> <i>Diagnóstico diferencial del trastorno de ansiedad social</i> .....	8
<b>Tabla 2.</b> <i>Análisis funcional del caso</i> .....	24
<b>Tabla 3.</b> <i>Objetivos y técnicas. Plan terapéutico</i> .....	27
<b>Tabla 4.</b> <i>Cronograma de las sesiones</i> .....	29

### Índice de figuras

<b>Figura 1.</b> <i>Modelo Hexaflex</i> .....	12
<b>Figura 2.</b> <i>Genograma</i> .....	14
<b>Figura 3.</b> <i>Fragmento de línea de vida</i> .....	17
<b>Figura 4.</b> <i>Análisis funcional</i> .....	25
<b>Figura 5.</b> <i>Valores subjetivos de ansiedad durante el tratamiento</i> .....	39

### Índice de anexos

<b>Anexo A.</b> <i>DSM-5. Criterios diagnóstico de ansiedad social</i> .....	54
<b>Anexo B.</b> <i>Cuestionarios de ansiedad social para niños y adolescentes</i> .....	55
<b>Anexo C.</b> <i>Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo- STAI</i> .....	56
<b>Anexo D.</b> <i>Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad- ISRA</i> .....	58
<b>Anexo E.</b> <i>Inventario de Depresión de Beck-II- BDI-II</i> .....	59
<b>Anexo F.</b> <i>Cuestionario de Aceptación y Acción- ACQ</i> .....	65
<b>Anexo G.</b> <i>Autoconcepto Forma 5- AF-5</i> .....	66
<b>Anexo H.</b> <i>Escala de Temor a la Evaluación Negativa- FNES</i> .....	67
<b>Anexo I.</b> <i>Inventario de estrategias de afrontamiento</i> .....	69
<b>Anexo J.</b> <i>Inventario de Ideas Irracionales</i> .....	71
<b>Anexo K.</b> <i>Repertorio de metáforas ACT</i> .....	75
<b>Anexo L.</b> <i>Registro ¿A qué he renunciado esta semana por la ansiedad?</i> .....	78
<b>Anexo M.</b> <i>Mindfulness: ejercicio de expansión</i> .....	79

## Introducción

### Conceptualización de la ansiedad social

La ansiedad es una emoción adaptativa cuya función es guiar el comportamiento en futuros escenarios adversos y amenazantes (Clark y Beck, 2012).

Lang (1968) definió la ansiedad como un triple sistema de respuesta cognitivo-fisiológico-motor, el cual se vería activado al anticipar eventos o situaciones interpretados como aversivos. Los procesos cognitivos son los mecanismos implicados en el procesamiento de la información. Su afección por altos niveles de ansiedad produce una disminución de la concentración y de la memoria, dificultades en el razonamiento, miedo, aprensión y sensación de indefensión. Por otro lado, los procesos fisiológicos se ven regulados por la actividad tanto de la rama simpática como de la rama parasimpática del sistema nervioso autónomo; cuya acción combinada predispone al organismo a actuar en situaciones valoradas como peligrosas. Al desencadenarse la respuesta de ansiedad, el individuo puede manifestar: tensión muscular, hiperventilación, taquicardia, opresión torácica, náuseas, sudoración, agitación y nerviosismo, entre otros síntomas. Si la exposición a altos niveles de ansiedad se mantiene a largo plazo, pueden desarrollarse problemas cardiovasculares, digestivos, dermatológicos y/o del sistema inmune (Díaz y De la Iglesia, 2019). Finalmente, las respuestas motoras o conductuales hacen referencia a las acciones cuyo fin es prevenir, controlar, huir o luchar contra el peligro detectado. Dichas acciones pueden ser de: paralización, evitación, cautela o abandono (Torres y Chávez, 2013).

Si la ansiedad se experimenta en un nivel de intensidad moderada, impulsa la actividad física e intelectual movilizándolo al individuo hacia la resolución de conflictos y favoreciendo su adaptación al entorno (Díaz y De la Iglesia, 2019). Sin embargo, cuando su intensidad es elevada y mantenida en el tiempo, provocando una interferencia en distintas áreas vitales de la persona, el individuo puede desarrollar un trastorno de ansiedad (TA). Los TA se caracterizan por un miedo excesivo y desproporcionado ante estímulos valorados como aversivos que no representan un peligro real (Torres y Chávez, 2013; y Díaz y De la Iglesia, 2019).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) determinó un aumento de la prevalencia de los trastornos de ansiedad de un 25% a nivel mundial, durante el primer año de pandemia (2020). Según los datos recogidos por el Ministerio de Sanidad (2020), el trastorno de ansiedad es el problema de salud mental más común en España, viéndose afectado por ello un 6,7% de la población adulta. Esta cifra asciende a un 10,4% si, a parte de los diagnosticados, se tiene en cuenta a los individuos que experimentan signos o síntomas de ansiedad. Cabe mencionar una mayor prevalencia en mujeres (8,8%) frente a hombres (4,5%). Estos datos ponen de manifiesto la magnitud e importancia de considerar esta patología como un problema de salud pública.

El DSM-5 (APA, 2014) identifica once trastornos de ansiedad, siendo uno de ellos el trastorno de ansiedad social. Nos centraremos en él por el caso que nos ocupa.

Este trastorno, también conocido como fobia social, se define en el DSM-5 como miedo o ansiedad intensa, persistente y desproporcionada, que sufre un individuo ante situaciones sociales en las que puede ser evaluado o juzgado de manera negativa por los demás (APA, 2014a). Estas dificultades se producen únicamente en contextos sociales, no en ámbitos privados (García-Pérez y Valdivia-Salas, 2018) y se considera un trastorno crónico e incapacitante en ámbitos como el social y laboral (Cejudo y Fernández, 2015). La edad de inicio suele variar entre los 10 y 16 años (Gómez-Ortiz et al., 2016). Según Marín-Ramírez et al. (2015), el comienzo temprano podría favorecer la cronificación de la ansiedad, la disminución en la calidad de vida, el riesgo de consumo de sustancias tóxicas y de padecer otros cuadros mentales.

Como en el resto de trastornos de ansiedad, los síntomas que presenta la ansiedad social se manifiestan con el triple sistema de respuesta expuesto anteriormente (Díaz y de la Iglesia, 2019). A nivel cognitivo, destacan los pensamientos cuyo contenido está relacionado con el excesivo temor a la desaprobación, juicio o críticas que puedan recibir de los demás. Fisiológicamente, es característico el rubor facial y entre los síntomas conductuales se encuentran las conductas de evitación y escape de los contextos temidos (García-Pérez y Valdivia-Salas, 2018).

La prevalencia de este trastorno se sitúa entre un 2%-8% de la población, siendo más probable en mujeres. Sin embargo, se estima que el 10% de la población presenta síntomas compatibles. (García-Pérez y Valdivia-Salas, 2018).

Diversos factores de la personalidad del individuo y del contexto en el que se encuentra, pueden actuar conjuntamente, y aumentar la probabilidad de padecer ansiedad social. Los factores predisponentes más relevantes son: tener sexo femenino, estar en etapa adolescente, poseer una baja autoestima, tener competencias sociales deficitarias, estar en situación de absentismo escolar y haber sufrido acontecimientos traumáticos en la infancia (Gómez-Ortiz et al., 2016; y González-Domenech et al., 2021).

Además de toda la sintomatología expuesta, se conoce que el 70% de los pacientes con ansiedad social padece al menos otro trastorno psicopatológico (Hernández, 2019); resultando agravada la sintomatología y la interferencia en la vida de la persona. Los trastornos comórbidos son: otros trastornos de ansiedad (agorafobia y fobia específica), trastornos del estado de ánimo (depresión mayor en un 40%), abuso de sustancias tóxicas (sobre todo de alcohol, en un 23%) y trastorno de personalidad por evitación (Muñoz y Alpízar, 2016). No obstante, no se ha determinado si las patologías comórbidas con la ansiedad social son causa o consecuencia de la misma, o se trata de entidades independientes (Zubeidat et al., 2006). Además, es común que el padecimiento del trastorno por ansiedad social vaya acompañado de otros problemas como: baja autoestima y déficit en habilidades sociales. Identificar la fobia social y sus comorbilidades es esencial para determinar el tratamiento más adecuado y evitar la progresión a otras patologías (Muñoz y Alpízar, 2016).

### **Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad social.**

Tanto el DSM-5 (APA, 2014a) como el CIE-11 (OMS, 2019) definen el trastorno de ansiedad social/ fobia social de manera similar: *“Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas como las interacciones sociales, ser observado y actuar delante de otras personas”* (APA, 2014a, p.132) (ver anexo A). La persona teme actuar de determinada forma o mostrar síntomas de ansiedad que

puedan ser valorados negativamente. Las situaciones sociales provocan miedo frecuentemente en el sujeto, tendiendo a ser evitadas o vivenciándolas con una intensa ansiedad durante un periodo de tiempo igual o superior a seis meses. Esta respuesta emocional es desproporcionada a la amenaza real y al contexto sociocultural; conllevando un malestar o deterioro clínicamente significativo en el ámbito social, laboral u otros ámbitos de funcionamiento. Por último, el estado de ansiedad no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de sustancias, a otras afecciones médicas, ni explicarse por los síntomas de otro trastorno mental.

### Diagnóstico diferencial

Son diversas las patologías que tienen una sintomatología común a la del trastorno por ansiedad social, por lo que es importante establecer un diagnóstico diferencial preciso. Con tal fin se expone la tabla 1 basada en la descripción empleada en el DSM-5 Manual Diagnóstico Diferencial (APA, 2014b).

**Tabla 1**

*Diagnóstico diferencial del trastorno de ansiedad social y otros trastornos comórbidos*

Trastornos	Similitud	Diferencia
Trastorno de pánico	Los ataques de pánico pueden darse en situaciones sociales que se tenderían a evitar	Los ataques de pánico no son específicos de contextos sociales
Agorafobia	Puede caracterizarse por temor y evitación de situaciones sociales	El temor se debe a que la huida en ciertos contextos puede resultar difícil o no contar con ayuda. No al escrutinio de los demás
Trastorno de ansiedad generalizada	Pueden darse preocupaciones sociales sobre las relaciones	Hay un amplio abanico de preocupaciones, no únicamente respecto al desempeño social
Mutismo selectivo	Miedo a la evaluación negativa en las situaciones sociales en las que es necesario hablar	No generan miedo los contextos sociales en los que no es necesario hablar

Trastorno del espectro autista	Ambas presentan ansiedad social y déficits de comunicación social, conllevando falta de relaciones sociales	Las relaciones sociales no son adecuadas a la edad y hay una inadecuada capacidad de comunicación social
Trastorno depresivo mayor	Autoestima negativa sobre el desempeño social y preocupación por ser evaluado negativamente	Destaca una autoestima negativa generalizada, no solo relacionada con la posible evaluación negativa en situaciones sociales

Fuente: APA. DSM-5: Manual de Diagnóstico Diferencial, 2014, Editorial Médica Panamericana.

### **Evaluación**

Con el fin de verificar la impresión clínica, hay diferentes cuestionarios diseñados para evaluar, de manera cuantitativa, la presencia y el grado de ansiedad social.

Debido al inicio temprano de la sintomatología de ansiedad social, son varios los test dirigidos a niños y adolescentes. Ya que el objeto del presente trabajo es la población adulta, se aporta más información sobre los cuestionarios infantiles de ansiedad social en el anexo B.

Entre los cuestionarios más empleados para evaluar la ansiedad social en adultos están los que permiten discriminar la presencia y el grado de ansiedad social, siendo la Escala de Ansiedad ante la Interacción Social- SIAS (Mattick y Clarke, 1988) y el Inventario de Fobia Social- SPIN (Connor et al., 2000) los más utilizados, ya que ambos cuentan con un ( $\alpha$ ) de Cronbach en el rango de .86 y .94. Por otro lado, los test más empleados para evaluar la sintomatología más específica en relación a aspectos cognitivos, conductuales y somáticos de la ansiedad social son: la Escala Breve de Miedo a la Evaluación Negativa- BFNE (Leary, 1983) y el Inventario de Ansiedad y Fobia Social- SPAI (Turner et al., 1989); ambos con una elevada consistencia interna y fiabilidad.

### **Tratamientos**

#### ***Farmacológicos***

Los antidepresivos constituyen la primera línea de tratamiento farmacológico en la ansiedad social, siendo los más utilizados los que ejercen un efecto en neurotransmisores como la serotonina,

dopamina y noradrenalina (Chacón et al., 2021). Por su parte, los antidepresivos tricíclicos, aunque tengan eficacias similares, producen más efectos adversos (Torres y Chávez, 2013).

De la familia de los ansiolíticos se emplean las benzodiazepinas. Sus efectos son miorrelajantes, ansiolíticos, hipnóticos y amnésicos, siendo muy eficaces en la sintomatología ansiosa. No obstante, se consideran como segunda línea de tratamiento ya que progresivamente requieren mayores dosis para producir el mismo efecto, generando tolerancia y abstinencia en caso de retirada. Por lo tanto, es fundamental que su prescripción sea para cortos periodos de tiempo (Chacón et al., 2021).

### **Psicológicos**

**Terapia cognitivo-conductual.** Los individuos *“perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado a los estímulos, en función de sus esquemas cognitivos”* (Ruiz et al., 2012, p.368). Estos esquemas organizan la información partiendo de unas creencias nucleares (categóricas y estables), siendo éstas las concepciones de uno mismo y del entorno. Es decir, los individuos no analizan toda la información disponible en el contexto, sino que se focalizan en los indicios congruentes con sus esquemas cognitivos preexistentes. Estos procesos automáticos potencian la eficacia del individuo, aunque pueden llevar a errores y sesgos en el procesamiento de la información (distorsiones cognitivas). Por lo tanto, se concibe que las distorsiones cognitivas están en la base de los trastornos psicológicos (Ruiz et al., 2012).

La finalidad de las terapias cognitivo-conductuales es modificar los patrones de pensamiento disfuncionales para así cambiar el comportamiento y el estado emocional de las personas. Algunas de las técnicas que se utilizan en pacientes con ansiedad social, son: reestructuración cognitiva (detectar y reestructurar las propias distorsiones cognitivas); exposición (aproximación progresiva a las situaciones temidas); entrenamiento en habilidades sociales; y técnicas de relajación (Schaefer y Rubí, 2015).

Bajo las teorías cognitivas, las personas que sufren trastorno de ansiedad social consideran peligrosos ciertos escenarios sociales, prediciendo un inadecuado desempeño a nivel social e

interpretando señales sociales ambiguas como evidencias de valoración negativa por parte de los demás. Todo ello eleva los niveles de ansiedad, que se mantienen en el tiempo debido a conductas de evitación y de seguridad, llevadas a cabo para reducir a corto plazo los niveles ansiedad que producen el malestar psicológico (Blázquez y Calderón, 2014).

Multitud de estudios avalan la eficacia de la terapia cognitivo conductual en la fobia social, haciendo especial hincapié en los beneficios de combinar las técnicas de reestructuración cognitiva y exposición (Schaefer y Rubí, 2015; Ballesteros y Labrador, 2018).

**Terapias de tercera generación (TTG).** A modo general y bajo esta concepción, la explicación de los trastornos psicológicos ya no se debe a las carencias del individuo sino a los conflictos generados en la interacción persona-contexto. De este modo nacen las terapias de tercera generación (TTG), dejando atrás el modelo médico en el que se basan las terapias cognitivo-conductuales y poniendo fin a problemas como la comorbilidad y la estigmatización de las etiquetas diagnósticas (Hayes, 2004).

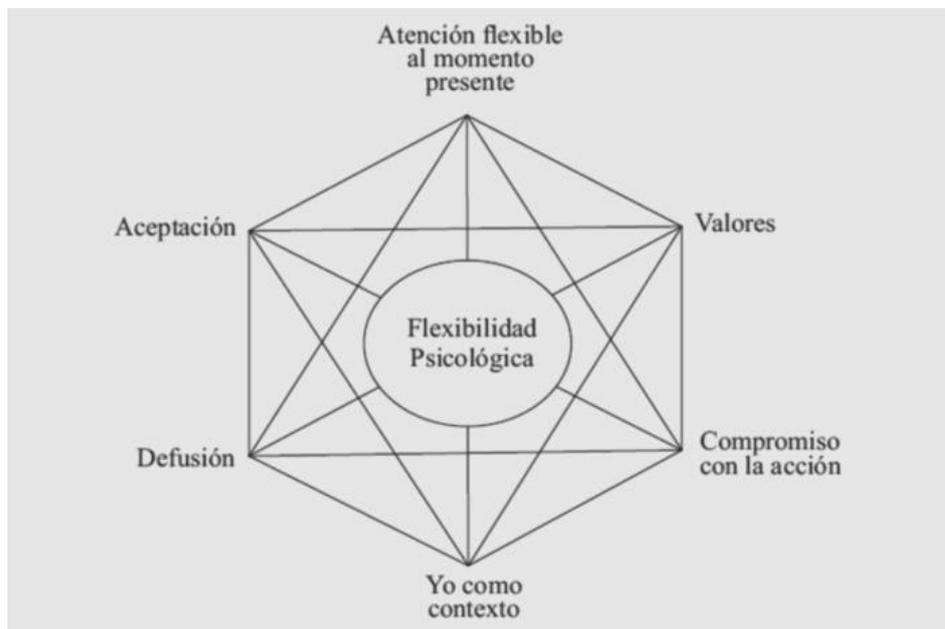
Dentro de esta corriente se encuentra la terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Se trata de un modelo transdiagnóstico basado en el trastorno de evitación experiencial (TEE) (Hayes et al., 2015). El TEE es la consecuencia de un patrón de pensamiento y conducta inflexible en el que se intentan controlar o eliminar pensamientos, emociones, sensaciones u otros eventos privados considerados aversivos o desagradables. Estas conductas de control son la causa del mantenimiento de los trastornos psicológicos (Ruiz et al., 2012). Por contraposición, serán ejes centrales de la **terapia**: aceptar las experiencias privadas (pensamientos o sentimientos) sin tratar de evitarlas o de luchar contra ellas y dirigir las acciones en función de los valores personales, logrando un repertorio conductual más flexible en el individuo (Hayes et al., 2015; Ribero-Marulanda y Agudelo-Colorado, 2016).

Bajo este marco, el modelo psicopatológico se representa a través de la figura del “Hexaflex” (ver figura 1), un hexágono en el que en cada vértice hay un proceso a trabajar: defusión cognitiva (separar los eventos privados del propio self), aceptación (actitud abierta y flexible hacia la

experiencia), contacto con el momento presente (vivenciar las contingencias del momento actual), yo como contexto (situarse como observador de los eventos privados y no fusionarse con ellos), clarificación de valores (elegir cómo queremos ser en distintos ámbitos importantes de la vida para que guíen nuestras acciones) y compromiso de actuar en relación a sus valores (actitud activa) (Páez y Gutiérrez, 2012).

### Figura 1

*Modelo Hexaflex: modelo de flexibilidad psicológica de ACT.*



Fuente: Rolffs, J.L., Rogge, R.D., y Wilson, K.G. (2018). The psychological flexibility (Hexaflex) model. SAGE journal.

Según este modelo, el trastorno de ansiedad social se explicaría por los patrones de inflexibilidad psicológica y de evitación experiencial de aquellas situaciones sociales que producen eventos privados desagradables (pensamientos de incapacidad, emociones de miedo al fracaso o al rechazo y sensaciones fisiológicas de tensión y nerviosismo). Al evitar esos contextos, el malestar desaparece produciéndose un refuerzo negativo de las conductas de control utilizadas y un alivio inmediato a corto plazo, lo que mantiene estas conductas de escape. No obstante, la evitación constante de los contextos ansiógenos restringe los escenarios valiosos y reforzantes, alejando a la

persona de aquello que valora y reduciendo su satisfacción vital (García-Pérez y Valdivia-Salas, 2018).

Son diversos los estudios que avalan la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en el trastorno de ansiedad social mostrando una reducción de la inflexibilidad psicológica y de la sintomatología cognitiva, fisiológica y conductual (Gharraee et al., 2018; y Kocovski et al., 2019). Se evidencia su eficacia frente a la ausencia de tratamiento (Kocovski et al., 2019) y se encuentran resultados similares a los producidos por el tratamiento cognitivo-conductual en esta patología (Kocovski et al., 2013).

### **Identificación del paciente y motivo de consulta**

#### **Datos personales**

Siguiendo el código deontológico de la psicología y cumpliendo con la Ley Orgánica de Protección de Datos se salvaguarda la identidad del paciente, pasando a llamarlo Alberto en vez de por su nombre real, para así evitar que pudiera ser reconocido.

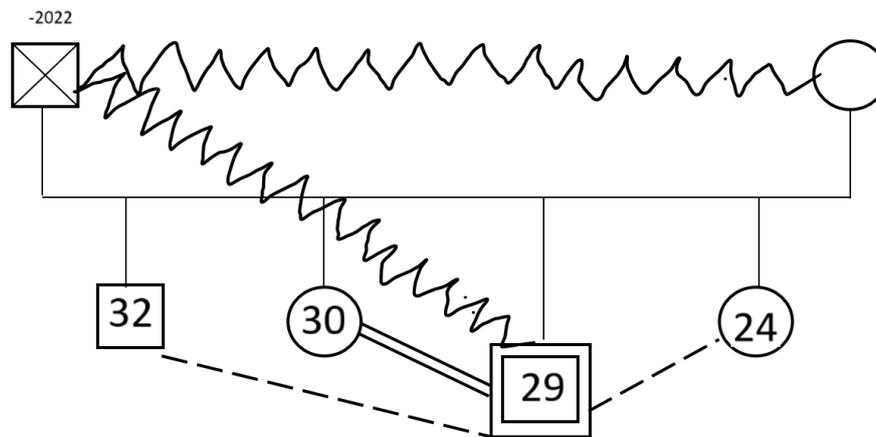
Alberto es un joven de 29 años, nacido en Granada y residente de un pueblo de la misma provincia. Es soltero y sin hijos, actualmente desempleado y con un nivel económico y sociocultural medio. Tras acabar el Bachillerato estudió un grado medio de informática y posteriormente un grado superior de telecomunicaciones e informática, incorporándose a trabajar en una empresa. Debido a los altos niveles de estrés que experimentaba y a la mala relación con el jefe, decidió dejar su puesto de trabajo y comenzó a trabajar en el campo durante tres años hasta hace escasos meses.

Actualmente se encuentra en situación de desempleo.

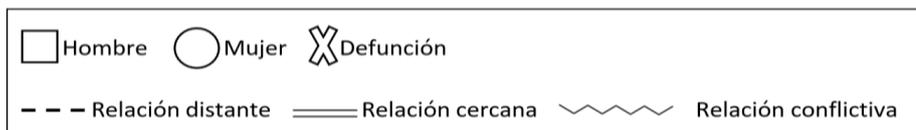
Su núcleo familiar ha estado compuesto por los padres y los cuatro hijos (dos varones y dos mujeres), ocupando Alberto la tercera posición entre los hermanos. Actualmente, Alberto convive con su madre, ya que tanto sus dos hermanos mayores como su hermana pequeña se han independizado y el padre falleció hace un año, padeciendo Alzheimer. Se muestra el genograma en la Figura 2.

Figura 2

## Genograma



Fuente: elaboración propia. Simbología:



### Descripción del problema

Alberto decide iniciar este tratamiento psicológico tras siete años de malestar. No ha podido permitirse económicamente iniciarlo antes, por lo que ha ahorrado conscientemente para dicho fin. El motivo por el que acude a consulta es por una elevada ansiedad, manifestada principalmente a nivel somático (náuseas) y motor (vómito). Estas conductas se han estado manteniendo ininterrumpidamente durante los últimos siete años. Estos niveles de ansiedad los experimenta especialmente en situaciones sociales (donde no sabe cómo actuar o siente que va a transmitir una imagen negativa) o en contextos nuevos (en los que anticipa que no se va a encontrar fisiológicamente bien). Además, refiere sentirse inseguro consigo mismo y hace referencia a una baja autovaloración.

Hace seis años, estuvo en tratamiento farmacológico, a raíz de experimentar síntomas ansiosos. Fue Alberto quién dejó la medicación (Trankimazin y Alprazolam) de forma unidireccional al cabo de un año, porque no experimentaba mejoría. Actualmente, no toma ningún tipo de medicación.

Los objetivos planteados por Alberto son: poder gestionar la ansiedad que siente cuando sale de casa, manejar su emoción de vergüenza para que no le condicione y sentirse más seguro en las relaciones con los demás, especialmente en el ámbito de las relaciones de pareja.

### **Estrategias de Evaluación**

El plan terapéutico se inicia con dos sesiones de evaluación en las que se recoge información sobre el motivo de consulta, su contexto y los posibles causantes y mantenedores de la problemática. Una vez finalizado este proceso inicial, comienza la fase de tratamiento. Aunque en esta fase de tratamiento ya se inicia una intervención psicológica, se considera que la evaluación es un proceso continuo a lo largo de toda la terapia.

En el presente caso, la evaluación se ha llevado a cabo a través de: una entrevista semiestructurada, la aplicación de diferentes test seleccionados según la sintomatología que el paciente presenta y la observación y registro de conductas clínicamente relevantes.

#### **Entrevista semiestructurada**

La entrevista semiestructurada cuenta con áreas fijas de evaluación en las que se ahonda de manera dinámica y flexible mediante preguntas abiertas. El entrevistador adapta las preguntas a las respuestas del entrevistado; y éste, libremente, puede argumentar sin necesidad de elegir entre determinadas opciones (Lopezosa, 2020). En el caso que nos atañe, a través de la entrevista semiestructurada, se han recopilado datos sobre diferentes áreas de interés, tales como: área familiar, social, sentimental, laboral, aficiones y salud del paciente.

Alberto indica que el **clima familiar** siempre ha sido tenso con constantes agresiones verbales y físicas por parte del padre, el cual tenía una dependencia al alcohol. Hace nueve años lo denunciaron, tuvo que dejar la vivienda familiar y se hospedó en un albergue mientras acudía a un centro de desintoxicación. Un año más tarde, la madre decidió que el padre regresara puesto que ya no consumía alcohol. No obstante, siguió presentando conductas agresivas no mejorando la convivencia familiar. El último año de vida, el padre fue diagnosticado de Alzheimer, llegando a sufrir un episodio fuerte, teniendo Alberto que hacerse cargo de gran parte de los cuidados que requería.

El paciente señala todo esto como un tema tabú en la familia, del que se empezó a hablar, en contadas ocasiones, tras la denuncia. Define a la madre como una persona indefensa y con actitud pasiva; y la relación con sus hermanos como buena, aunque distante.

En el **ámbito social**, Alberto tiene un grupo sólido de amigos en el que dice sentirse a gusto y en confianza. Quedan de manera habitual y comparten aficiones. En situaciones de ansiedad y malestar lo comparte con ellos, sintiéndose apoyado por su parte.

En el **plano sentimental** refiere una relación que concluyó hace siete años. Señala esta ruptura como dolorosa y muy condicionante en su vida, hasta el punto que fue cuando dejó el módulo de grado medio de informática que estaba cursando y comenzó a tomar medicación por primera vez en su vida.

Respecto al **área académico-laboral**, Alberto estudió un grado medio y un grado superior de informática, teniendo conocimientos de programación. Trabajó un tiempo de ello, cambiando de registro en los tres últimos años, en los que se ha dedicado al campo.

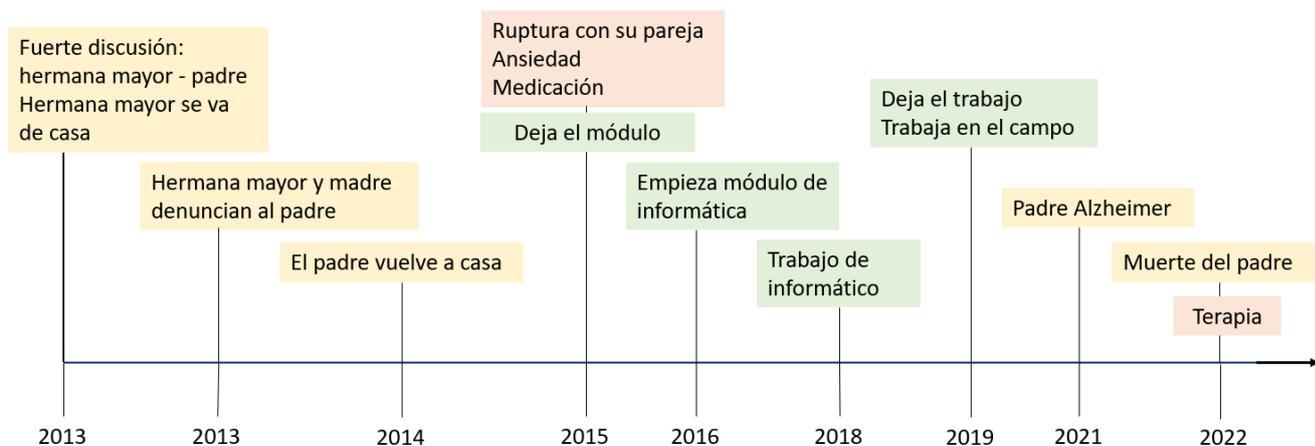
Entre sus **aficiones** están: jugar al ordenador, quedar con sus amigos e ir al gimnasio. Hace unos años, durante un largo período de tiempo, practicaba Break dance de forma asidua. Refiere que es algo que echa de menos.

En el área de **salud** indica que padece acúfenos aunque no son limitantes en su vida diaria. Cuando experimenta un zumbido o pitido de mayor intensidad intenta camuflarlo con ruido blanco. No toma ningún tipo de medicación. Mantiene sus rutinas diarias a pesar de que expresa que no duerme más de cinco horas seguidas.

Se recogen todos estos datos en una línea de vida (ver Figura 3).

**Figura 3**

*Fragmento de línea de vida con los principales acontecimientos de los últimos 9 años*



Fuente: elaboración propia. Simbología:



### Cuestionarios

Los test o cuestionarios son instrumentos estandarizados que permiten profundizar en determinadas áreas arrojando datos cuantitativos o cualitativos. La selección de los cuestionarios a utilizar debe basarse en criterios pragmáticos (como la utilidad de la información a recoger y el manejo de la prueba por parte del evaluador), en la calidad científica (validez y fiabilidad) y en la economía del tiempo (brevedad y optimización) (Echeburúa et al., 2011). Las pruebas utilizadas fueron:

- *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)*; Spielberger et al. 1983): cuestionario de autoevaluación compuesto por dos escalas independientes (ansiedad estado y ansiedad rasgo) cuyo fin es medir los niveles de ansiedad. La primera de ellas hace referencia a un estado emocional transitorio con sintomatología ansiosa. El segundo señala una propensión ansiosa indicando la tendencia a percibir las situaciones como amenazantes. Es apta para adolescentes y adultos y se estima que tiene una duración de 15 minutos. La fiabilidad de

ambas escalas es superior a .9 (Buela Casal et al, 2015). Ortuño-Sierra et al. (2016)

observaron una alta consistencia interna, con  $\alpha$  de Cronbach de .98 en muestra no clínica.

- *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986):* evalúa “*las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana, susceptibles de generarla*” (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2002, p.10). A su vez, mide rasgos específicos como ansiedad ante la evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad ante situaciones cotidianas. Es apta para mayores de 16 años y tiene una duración de aproximadamente 50 minutos. La fiabilidad del cuestionario es alta, además tiene una elevada consistencia interna con un  $\alpha$  de Cronbach en el rango de .95 y .99.
- *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck et al, 1996):* con una duración de 10 minutos, este autoinforme mide la presencia y gravedad de depresión en población mayor de 13 años. Está formado por 21 ítems que valoran la sintomatología necesaria para establecer el diagnóstico de trastornos depresivos en la clasificación del DSM-IV y CIE-10. Los coeficientes de fiabilidad son elevados, superiores a .85; así como la consistencia interna con un  $\alpha$  de Cronbach de .87 (Sanz et al., 2003).
- *Cuestionario de Aceptación y Acción (ACQ; Rapee et al., 1996):* este instrumento evalúa la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica. Lo hace mediante 9 ítems puntuables según una escala tipo likert del 1 al 7, equivaliendo la puntuación 1 a nunca es verdad y la puntuación 7 a siempre es verdad. El tiempo estimado de realización es menor a 5 minutos. Presenta buenos datos de fiabilidad y validez (.82 - .88).
- *Autoconcepto Forma 5 (AF-5; García y Musitu, 1999):* este cuestionario de autoevaluación mide cinco dimensiones del autoconcepto: social, académica y/o laboral, emocional, familiar y físico. Se aplica a partir de los 9 años y tiene una duración de 15 minutos con 30 ítems a completar. La forma de contestar es puntuando cada afirmación del 1 al 99, correspondiendo mayor puntuación con un mayor acuerdo. La justificación estadística indica

una consistencia interna y una fiabilidad elevadas, con coeficientes de .81 y .84, respectivamente. (García y Musitu, 2014).

- *Escala de Temor a la Evaluación Negativa (FNES; Watson y Friend, 1969)*: el objetivo es valorar la intensidad del miedo a sufrir una posible evaluación negativa de los otros. Consta de 30 ítems dicotómicos relacionados con contextos de interacción social; aplicable a partir de los 13 años. Los análisis estadísticos indican una consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach de .94) y una fiabilidad (.78) elevadas (Zubeidat et al., 2007).
- *Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI; Tobin et al., 1989)*: a través de 40 ítems y una duración estimada de 25 minutos, este test mide formas de afrontamiento en situaciones estandarizadas en la población general adulta. Para ello se divide en 8 subescalas con las estrategias principales: “*resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, ilusiones, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas y retirada social*” (Cano et al., 2007, p.52). Las propiedades psicométricas señalan una fiabilidad y un  $\alpha$  de Cronbach de .8 (Nava et al., 2010).
- *Inventario de Ideas Irracionales (TCI; Ellis, 1968)*: mediante 100 ítems y durante 30 minutos, este inventario evalúa 10 ideas irracionales o erróneas que son aprendidas e incluidas en el repertorio comportamental durante la crianza. Estas ideas son: necesidad de aprobación, perfeccionismo, hay gente mala que debe ser castigada, es horrible cuando las cosas no van como yo quiero, la felicidad depende de acontecimientos externos, ansiedad o miedo a lo desconocido, evitación de problemas, necesidad de apoyo, determinismo, y felicidad por el ocio indefinido. Se recomienda su aplicación a partir de los 15 años de edad. La amplia aceptación y el uso de los expertos en la clínica y en la investigación le otorgan al instrumento validez de contenido (Mc.Kay y Navas, 2008).

### **Autorregistro**

Este método de observación y registro de la conducta permite establecer su análisis funcional. Se operativiza una o varias conductas de interés y se registran los antecedentes y

consecuentes manifiestos (públicos) y encubiertos (emociones y cogniciones) que la acompañan. Es de gran utilidad tanto al comienzo del tratamiento, para conocer la secuencia de acontecimientos externos e internos; como para determinar la evolución de la intervención (Caballo et al., 2003).

### **Observación conductual**

Finalmente, mediante la observación conductual se pone el foco de atención en el lenguaje no verbal del entrevistado, completando así la información transmitida de manera oral (Carreño et al, 2019). La observación sistemática se trata de un método adecuado tanto para la recogida de información durante la evaluación como para evaluar la eficacia del tratamiento psicológico. Para ello, es fundamental determinar y cuantificar qué dimensiones de la conducta clínicamente relevantes se van a analizar (Paz y Peña, 2021).

### **Formulación clínica del caso**

#### **Análisis psicológico del problema**

En el planteamiento del caso se realizan dos hipótesis: la hipótesis de origen, que explica los inicios de la conducta problema incluyendo las variables personales y contextuales que influyen en la génesis del mismo; y la hipótesis de mantenimiento, que plantea qué factores hacen que perdure la conducta problema en el momento actual, destacando los reforzadores.

#### ***Hipótesis de origen***

Alberto sitúa el inicio de su sintomatología ansiosa hace siete años, sin asociarlo directamente con ningún disparador. Observamos que el inicio de su malestar coincide temporalmente con la ruptura con su expareja, en la que expresa que sufrió mucho; además del abandono de un trabajo, por la relación que mantenía con su jefe, y con la reciente vuelta de su padre al domicilio familiar, después de un año viviendo en un albergue, desintoxicándose de la adicción al alcohol que tenía, según refiere Alberto.

Es a partir de ese momento cuando su sintomatología es más intensa. Por entonces Alberto vivía con sus padres y junto a sus dos hermanos, ya que su hermana mayor decidió marcharse del domicilio familiar por la complicada relación que tenía con su padre. Alberto expresa que nadie

hablaba sobre lo que estaba sucediendo: ni sobre la violencia verbal continua que su padre ejercía hacia su madre y hacia el resto de la familia, ni sobre la falta de comunicación emocional entre los miembros de la familia. Destaca el sentimiento de vergüenza que le generaban las conductas agresivas de su padre, entendiendo que no se podía hablar de ello. Desde que su padre volvió, y a pesar de que ya no bebía, su forma de ejercer la violencia y la dinámica familiar siguió siendo la misma.

Este es el contexto en el que Alberto ha vivido desde que nació. La agresividad expresada por su progenitor, la falta de apoyo y de comunicación entre los miembros de su familia, y por tanto, la desprotección, han podido favorecer la aparición de síntomas internalizantes, como la experimentación de las náuseas (refuerzo positivo), ya que la represión y el aislamiento es lo que le permitían estar a salvo, no interactuando así de forma directa con la violencia y evitando ser ridiculizado (refuerzo negativo). Con estas conductas de represión y aislamiento, no tenía lugar la conciencia emocional, regulación o expresión emocional, sino el refuerzo del patrón de evitación experiencial (refuerzo positivo). Ahondando en la historia del síntoma, Alberto recuerda vomitar desde los seis años cuando su madre no estaba en casa.

Relata que durante su etapa estudiantil en la E.S.O, no se sentía motivado y no obtenía buenos resultados académicos, pero se preocupaba más de cómo estaban los demás y de cómo ayudarles a ellos que de cómo pedir él ayuda o de centrarse en resolver sus propios problemas. Mantiene que le generaba mucho estrés tener que hablar en público en el colegio, ser el centro de atención o conocer a gente nueva. Así que, en ocasiones, evitaba este tipo de situaciones (refuerzo negativo).

A toda la problemática referida anteriormente, se le suman distintos factores predisponentes del paciente como son: locus de control externo ante los éxitos, gran necesidad de apoyo social, perfeccionismo y ansiedad o miedo a lo desconocido, que suple con necesidad de control de los estímulos o de sus sensaciones corporales. También influyen otras características como su elevada autocrítica y su baja sensación de autoeficacia ante la resolución de problemas; así

como el bajo autoconcepto que tiene de sí mismo, haciéndole sentir inseguro e inválido, temiendo en exceso la evaluación negativa de los otros. Diferentes hechos pueden haber contribuido a la condición de vulnerabilidad de Alberto, como el mal trato ejercido por su padre tanto a él como al resto de miembros de su familia dificultando la expresión emocional y la solución de problemas. A todo esto, se le suman ciertos factores estresores o precipitantes como la ruptura con su ex pareja, donde se vio disminuida la confianza en sí mismo y su autoconcepto; y los continuos desacuerdos con el jefe, que desembocaron en que Alberto dejara el trabajo. En ese momento comenzaron síntomas de malestar, sobresaliendo las náuseas y vómitos, alteraciones en el sueño, pensamientos intrusivos sobre su escasa valía y miedo a lo desconocido. A nivel cognitivo, la ansiedad se manifiesta con pensamientos intrusivos como los recientemente señalados; y en lo que respecta a lo emocional, predomina el sentimiento de vergüenza.

### ***Hipótesis de mantenimiento***

Alberto ha aprendido a detectar el malestar cuando experimenta manifestaciones fisiológicas (náuseas) asociadas con el síntoma (ansiedad). Mediante la evitación experiencial pretende distanciarse de la sensación de vergüenza. Anticipar la emoción de vergüenza en sus encuentros sociales dispara su ansiedad. Es por ello que las situaciones que valora como ansiógenas son sobre todo contextos sociales e interpersonales donde puede ser evaluado (conocer a alguien nuevo o expresar su opinión en un grupo). Su forma de control es la hipervigilancia a estas sensaciones corporales desagradables (náuseas). Sin embargo, esto hace que se intensifiquen, experimentando tensión corporal y pensamientos intrusivos del tipo “otra vez no”, “se van a dar cuenta”, “qué vergüenza vomitar en medio de todos”, “soy un raro”, “esto me va a pasar siempre”. A través de estos pensamientos intrusivos es la forma principal en la que manifiesta su ansiedad cognitiva.

Cuando la ansiedad se incrementa y las náuseas son más intensas, termina vomitando, generándose instantáneamente una sensación de alivio a la vez que una disminución de su energía. Por lo tanto, a pesar de que el vómito es la consecuencia aversiva que pretende evitarse, una vez

que se produce acaba el malestar, actuando también como refuerzo negativo. Para evitar toda esta secuencia de acontecimientos, el paciente pone en marcha distintas estrategias de control. Las previas a los eventos disparadores de vergüenza y ansiedad son: no comer antes de la situación temida o comer pocas cantidades y con suficiente antelación para poder haber hecho la digestión. Cuando ya experimenta las náuseas, intenta controlar la situación haciendo una seña a alguno de sus amigos para que le acompañen fuera y tomarse unos minutos hasta que bajen de intensidad. Si la persona con la que está es desconocida, le avisa sobre su problemática para desahogarse y sentirse más tranquilo (refuerzo negativo) y así evitar la aparición de las conductas de náuseas. En el caso de que el malestar se produzca antes de salir de casa, suele transmitírselo a su madre para que ella le ayude a hacer todas las tareas previas antes de salir de casa y así sentirse más seguro (refuerzo negativo). Por lo tanto, Alberto tiene tendencia a relacionarse con su círculo cercano a través del síntoma (ansiedad).

En ocasiones, debido al malestar experimentado, ha rechazado planes. Todas estas estrategias de control, que reducen inmediatamente su malestar actúan como reforzadores negativos, manteniendo la conducta problema de evitación experiencial a largo plazo. Por su parte, la sensación de control al desarrollar todo este repertorio conductual funciona como refuerzo positivo, perpetuando también la situación. A largo plazo, todas las estrategias de control y de evitación le dificultan poder conectar con sus valores y con su capacidad de autoeficacia. Así como el desarrollo de habilidades sociales más adaptativas, como la asertividad.

Es importante señalar, que a pesar de la sintomatología, Alberto por lo general, no ha dejado de hacer cosas o de enfrentarse a situaciones para evitar el malestar. Para afrontarlas ha desarrollado las ya mencionadas estrategias de control y afrontamiento.

### **Análisis funcional del problema**

Para entender la topografía de las conductas problema de Alberto, en la Tabla 2 se desarrolla el análisis funcional de sus conductas problema.

Tabla 2

## Análisis funcional del caso

ANTECEDENTES	CONDUCTA	CONSECUENTES
<p><b><u>Lejanos</u></b></p> <p><b>Externos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Padre agresivo y con adicción al alcohol.</li> <li>- Ambiente familiar negligente: no atienden sus necesidades emocionales.</li> <li>- Ruptura de pareja.</li> <li>- Abandono del puesto laboral. Jefe crítico, poco amable.</li> </ul> <p><b>Internos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Baja asertividad.</li> <li>- Baja autoestima.</li> <li>- Inseguridad.</li> </ul> <p><b><u>Próximos</u></b></p> <p><b>Externos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comer fuera de casa.</li> <li>- Lugares nuevos.</li> <li>- Gente desconocida.</li> </ul> <p><b>Internos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensamientos anticipatorios sobre la aparición de náuseas y sobre lo que los demás van a pensar. Rumiación.</li> <li>- Sensaciones interoceptivas de náusea.</li> <li>- Miedo a no controlar sus sensaciones y acabar vomitando.</li> </ul>	<p><b>Nivel Cognitivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inseguridad y baja confianza en sí mismo: “me incomoda cuando todos me miran”, “así no voy a gustar”.</li> <li>- Temor a la evaluación negativa de los demás: “pensarán que soy raro”, “qué vergüenza que me vean vomitar”.</li> <li>- Pensamientos autocríticos: “esto va a ser siempre así”, “si vomito estaré más delgado”.</li> </ul> <p><b>Nivel emocional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad.</li> <li>- Vergüenza.</li> <li>- Culpa.</li> </ul> <p><b>Nivel Fisiológico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Náuseas.</li> <li>- Mareo.</li> <li>- Tensión corporal.</li> <li>- Hipervigilancia.</li> <li>- Dificultad para dormir más de 5 horas seguidas.</li> <li>- Cansancio.</li> </ul> <p><b>Nivel Motor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar situaciones sociales.</li> <li>- No comer antes de ciertos planes o adelantar la hora de la comida para hacer la digestión.</li> <li>- Avisar a un amigo al llegar al punto de encuentro para que le recoja y no entrar solo.</li> <li>- Tomarse tiempo fuera cuando la ansiedad aumenta.</li> <li>- Jugar al ordenador.</li> <li>- Vomitar.</li> </ul>	<p><b>Corto plazo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de la ansiedad (Ref -).</li> <li>- Apoyo social de la madre y de los amigos (Ref +).</li> <li>- Aumento de la sensación de seguridad (Ref +).</li> <li>- Expresa lo que necesita a través del síntoma (Ref +).</li> <li>- Falsa sensación de control (Ref+).</li> </ul> <p><b>Largo plazo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No aprende otras habilidades para expresar lo que piensa y siente (Castigo-).</li> <li>- Aumento de las náuseas en situaciones sociales (Castigo+).</li> <li>- Se distancia de sus valores (amigos, ocio, etc.).</li> <li>- Se mantiene la sensación de ineficacia/incapacidad personal (Castigo+).</li> <li>- Tristeza, cansancio y fatiga (Castigo+)</li> </ul>

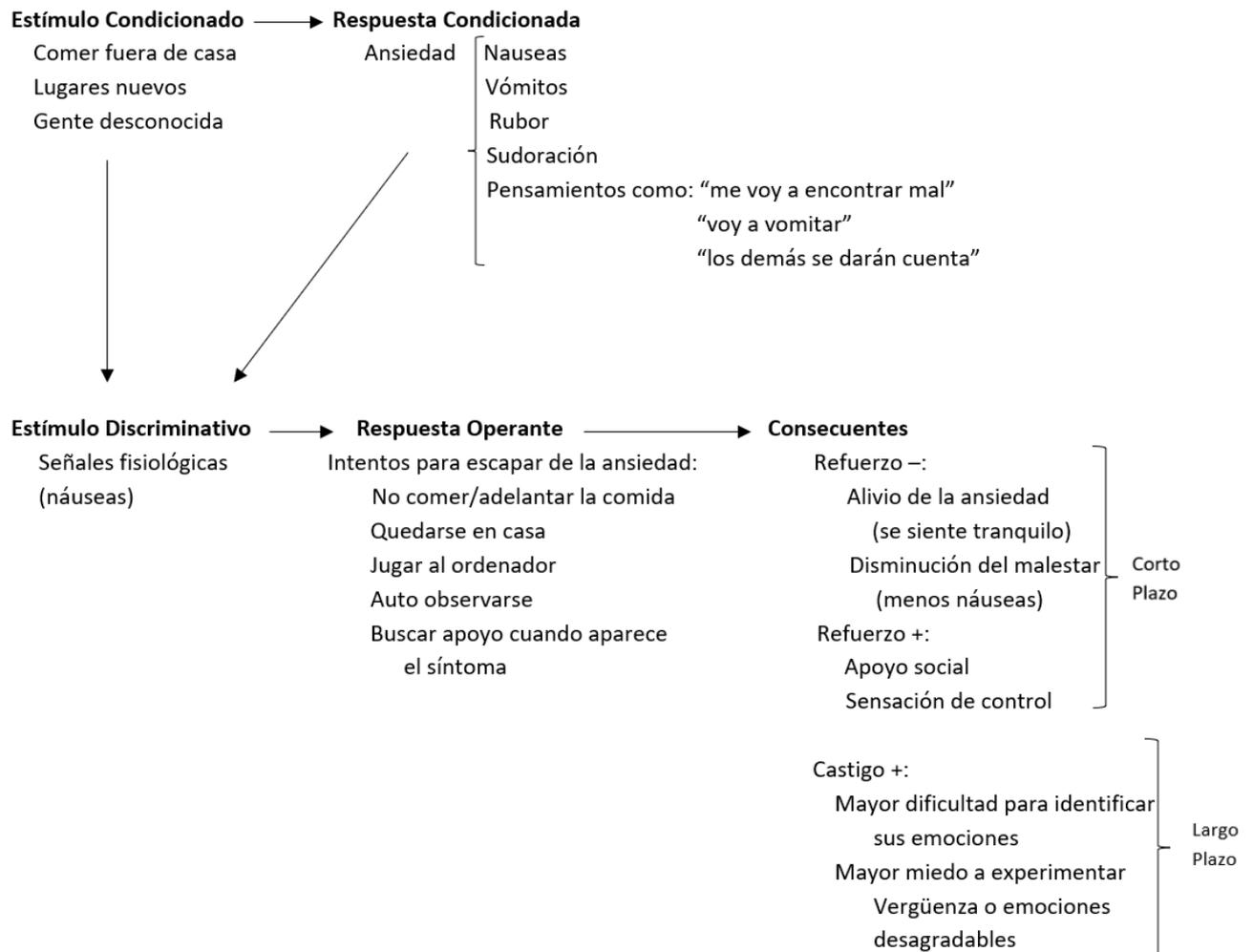
Fuente: elaboración propia.

En la Figura 4 se muestra el análisis funcional mediante cadenas funcionales en el que se puede observar cómo ante el estímulo discriminativo de la experimentación de náuseas, activa

distintas respuestas de escape y de control, que actúan como mantenedores del problema principal: evitación experiencial, asociado a poder sentir vergüenza.

**Figura 4**

*Análisis funcional*



Fuente: elaboración propia

**Resultados de las pruebas de evaluación**

Los resultados de Alberto en los distintos cuestionarios aportan los siguientes datos:

- *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)*: la ansiedad rasgo se encuentra en un centil 90, significando esto una tendencia a presentar elevados niveles de ansiedad, como un rasgo de su personalidad. Estos niveles se reducen en el momento de la evaluación (ansiedad

estado en centil 25). Siente que se toma las cosas demasiado en serio, preocupándose por pensamientos sin importancia (ver anexo C).

- *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)*: las manifestaciones de la ansiedad en el paciente son predominantemente cognitivas (centil 85) y fisiológicas (centil 90), en forma de pensamientos y náuseas respectivamente. Esta sintomatología se da sobre todo en situaciones interpersonales y fóbicas con centiles de 95 y 85, respectivamente (ver anexo D).
- *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)*: la puntuación obtenida de 6, indica que Alberto no presenta sintomatología depresiva; a pesar de que en algunos momentos siente culpa, anhedonia o pesimismo. A nivel fisiológico experimenta sensación de cansancio y ha reducido el número de horas de sueño (ver anexo E).
- *Cuestionario de Aceptación y Acción (ACQ)*: los resultados indican cierta capacidad de flexibilidad cognitiva, en relación a la capacidad de aceptar los pensamientos tal y como son, sin fusionarse con ellos. No obstante, cuando siente que ha cometido un error presenta signos de fusión cognitiva, llegando en ocasiones al bloqueo en la ejecución de la conducta. Muestra mayor resistencia a experimentar las emociones, mostrando signos de evitación experiencial (ver anexo F).
- *Autoconcepto Forma 5 (AF-5)*: las áreas en las que peor valoración hace el paciente de sí mismo son: la social (centil 30), la emocional (centil 35) y la familiar (centil 30). En la escala social, dicha puntuación indica dificultad para ampliar la red social y una baja autopercepción de sus cualidades interpersonales. En el área emocional, Alberto percibe escaso control de sus emociones, respondiendo con nerviosismo ante distintas situaciones. Su autoconcepto familiar indica carencias de confianza y/o afecto hacia sus progenitores (ver anexo G).
- *Escala de Temor a la Evaluación Negativa (FNES)*: con una puntuación de 26 sobre 30, el miedo de Alberto a ser evaluado o juzgado de manera negativa por parte de los demás es

muy alto, pudiendo provocar una mayor hipervigilancia a sus sensaciones corporales y a sus pensamientos intrusivos y una mayor sensación de inseguridad en las relaciones interpersonales (ver anexo H).

- **Inventario de Estrategias de Afrontamiento:** se destaca la baja puntuación en resolución de problemas (centil 20), expresión emocional (centil 30) y reestructuración cognitiva (centil 30). Otras estrategias de afrontamiento poco beneficiosas y comunes en el paciente son la elevada autocrítica (centil 80), la evitación de problemas (centil 65) y la retirada social (centil 95) (ver anexo I).
- **Inventario de Ideas Irracionales:** las creencias irracionales que Alberto posee en mayor medida y sus respectivos porcentajes son: “la felicidad depende de acontecimientos externos” en un 90%; “ansiedad/miedo a lo desconocido” en un 80%; “es horrible cuando las cosas no van como yo quiero” en un 60%; “perfeccionismo” y “necesidad de apoyo” ambas en un 50% (ver anexo J).

### Objetivos del tratamiento

**Tabla 3**

*Objetivos y técnicas. Plan terapéutico*

<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas/Actividades</b>
Entender su caso (el origen y el mantenimiento de la sintomatología)	- Análisis funcional
Informar sobre distintos parámetros y el círculo vicioso de la ansiedad	- Psicoeducación
Aprender a identificar y manejar la ansiedad (a nivel somático y cognitivo)	- Identificación de pensamientos (autorregistro) - Fisicalización de la emoción
Facilitar la expresión emocional y permitir la regulación emocional	- Expansión emocional - Atención consciente (respiración, meditación y detección corporal)

Tomar conciencia de su diálogo interno y transformarlo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Yo observante-contenedor</li> <li>- Defusión cognitiva</li> </ul>
Identificar sus estrategias de control y flexibilizar su repertorio de conductas adaptativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desesperanza creativa</li> </ul>
Aceptar las experiencias tal y como son en cada momento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Metáforas de aceptación: Dolor limpio vs. Dolor sucio</li> <li>- Atención consciente (respiración, meditación y detección corporal)</li> </ul>
Modificar el locus de control (poder realizar atribuciones internas cuando ponga en marcha sus recursos y obtenga logros)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clarificación de valores</li> <li>- Acciones comprometidas con sus valores</li> <li>- Defusión cognitiva</li> </ul>
Mejorar su autoconcepto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Defusión cognitiva</li> <li>- Acciones comprometidas con sus valores</li> </ul>
Disminuir el miedo a la evaluación externa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Defusión cognitiva</li> <li>- Técnicas mindfulness (conciencia corporal)</li> <li>- Exposición a experiencias directas</li> </ul>
Entrenar sus habilidades sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Derechos asertivos</li> <li>- Entrenamiento en habilidades sociales</li> </ul>

Fuente: elaboración propia

### Tratamiento

El tratamiento aquí reflejado hace referencia a las 10 sesiones previas a la finalización del periodo de prácticas, desarrolladas en el Centro de Psicología Promethea. Las sesiones fueron en formato presencial, semanales y con una duración aproximada de una hora; siguiendo una línea de intervención basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Más allá de los objetivos reflejados en la Tabla 3, cabe destacar la gran importancia de establecer una buena alianza

terapéutica como objetivo transversal en la intervención psicológica. Se presenta el planteamiento del tratamiento en el cronograma representado en la tabla 4.

**Tabla 4**

*Cronograma de las sesiones*

<b>Sesión</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas/Estrategias</b>
1	Alianza terapéutica Evaluación inicial	- Encuadre terapéutico - Entrevista semiestructurada - Cuestionarios adecuados a su sintomatología
2	Explicación de su problemática (origen y mantenimiento del problema) Explicación del tratamiento Tomar conciencia de la lucha contra el malestar y proponer la aceptación como estrategia Identificación de emociones y graduación	- Análisis funcional - Metáfora dolor limpio vs. Dolor sucio - Termómetro del ánimo y de la ansiedad
3	Información sobre distintos parámetros de la ansiedad, así como sobre el círculo vicioso de la ansiedad Aprender a identificar la ansiedad y las estrategias de manejo que emplea Identificar emociones y grado	- Psicoeducación sobre la ansiedad - Validación emocional - Autorregistro: <i>¿A qué he renunciado esta semana por la ansiedad?</i> - Termómetros emocionales
4	Identificar sus estrategias de control y flexibilizar su repertorio de conductas adaptativas. Motivar al cambio	- Desesperanza creativa (metáfora del hoyo)
5	Identificar emociones y grado Tomar conciencia del diálogo interno y de cómo funciona la mente Diferenciar lo que dice la mente de experiencia real Conectar con sus conductas de control y el coste emocional de las mismas Poner el foco en él mismo (sus necesidades y deseos)	- Termómetros emocionales - Psicoeducación sobre el funcionamiento de la mente - Defusión cognitiva (metáfora de la silla) - Desesperanza creativa (metáfora del polígrafo) - Parar y observar lo que dice y cómo le hace sentir

6	Identificar emociones y grado Tomar conciencia de su diálogo interno y transformarlo Orientación a valores	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Termómetros emocionales</li> <li>- Detección de pensamientos</li> <li>- Defusión cognitiva</li> <li>- Valores (metáfora del autobús)</li> </ul>
7	Locus de control interno Valores en la relación con su hermana mayor. Conductas valiosas Recoger historia familiar actual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejercicio atribuciones internas vs. externas</li> <li>- Registro metáfora del autobús</li> <li>- Preguntas para observar la cercanía con los distintos familiares</li> </ul>
8	Conocer las relaciones familiares Explorar la vergüenza Poner el foco en sí mismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista sobre las relaciones familiares y emociones asociadas</li> </ul>
9	Exposición y manejo de la vergüenza Comprender su historia familiar y las relaciones familiares actuales Identificar resistencias en la expresión emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dibujo de la emoción</li> <li>- Mindfulness: Escaneo corporal y fiscalización de la vergüenza</li> <li>- Tarjetas de los sistemas de protección</li> </ul>
10	Locus de control interno Identificar resistencias en la expresión emocional y conectarlo con la historia familiar Identificar emociones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejercicio atribuciones internas vs externas</li> <li>- Tarjetas de los sistemas de protección y emociones</li> <li>- Mindfulness: Escaneo corporal</li> </ul>

Fuente: elaboración propia.

En la **primera sesión**, nos dedicamos a conocer al paciente y su motivo de consulta mediante una entrevista semiestructurada, complementando la información con la de los cuestionarios implementados en casa. Además, se expusieron las condiciones de la psicoterapia mediante el encuadre terapéutico (detallando frecuencia, duración, precio y política de cancelación de las sesiones) y se explicó y firmó la documentación relativa a la protección de datos y al consentimiento informado.

En la **segunda sesión**, se expuso la devolución de la información al paciente, aclarando la problemática y las hipótesis de origen y de mantenimiento. Tras esta exposición, Alberto se mostraba confundido ante la idea de que el objetivo de la intervención no fuese dejar de tener náuseas, *per se*. Se observa la lucha que durante años lleva ejerciendo contra este síntoma y su urgencia ante la disminución o eliminación del mismo. Para que tome conciencia de esta lucha y del sufrimiento ocasionado se le expone la técnica *dolor limpio vs. dolor sucio* mediante la metáfora del “*interruptor de la lucha*” (ver anexo k).

Con el objetivo de identificar las emociones emergentes y graduar su intensidad, se utiliza la técnica del termómetro. De manera cuantitativa se le dice a Alberto que valore de 0 a 10 su estado de ánimo (siendo 0 muy bajo y 10 muy alto) y su ansiedad (siendo 0 ausencia de ansiedad y 10 ansiedad muy elevada). Para establecer el encuadre se le pide que recuerde situaciones en las que ha tenido las puntuaciones mínima y máxima. Sus resultados son: 4 en el termómetro del ánimo y 4 en el de ansiedad durante la sesión. Destaca que antes de entrar en consulta la ansiedad ascendía a nivel 8.

La pretensión de este ejercicio es la toma de conciencia de las propias emociones, la focalización en el momento presente y observar los cambios emocionales durante el tratamiento. Tiene especial importancia la identificación emocional como paso previo e indispensable para la regulación emocional.

En la **tercera sesión** se le pregunta por su graduación del estado de ánimo y de ansiedad. Los valores que Alberto da son de 5 y 3, respectivamente.

Se amplía información sobre la ansiedad, entendiéndola como una emoción útil que puede llegar a ser desadaptativa si nos limita el tipo de vida que queremos. A través de la psicoeducación, se especifican la gran cantidad de síntomas que pueden producirse a nivel cognitivo, fisiológico y motor, aprovechando para detectar los propios del paciente y que así sea capaz de identificarlos cuando los experimente. Él se ve identificado en la sensación de mareo, náuseas, y ocasionalmente ha percibido las cosas de forma extraña, “como si viese lucécitas”. También se señalan los mitos más

difundidos, produciendo alivio en Alberto la afirmación “no se puede morir por ansiedad”. Se hace hincapié en la detección de los disparadores de la ansiedad y en la relación entre emoción-pensamiento-conducta. Para facilitarle la conexión de esta secuencia, hacemos uso del registro A-B-C y ponemos ejemplos de su experiencia, insistiendo en aquello a lo que ha renunciado por las estrategias para controlar la ansiedad (ver anexo L).

En la **cuarta sesión** su estado de ánimo se sitúa en 7 y el nivel de ansiedad es de 2-3. Durante esta sesión se pretende que Alberto tome conciencia de sus estrategias de control para reducir o eliminar el malestar. Con este objetivo se llevó a cabo la estrategia de la desesperanza creativa, en la que se transita con el paciente por las acciones y esfuerzos realizados para evitar el malestar y su ineficacia hasta la fecha actual. Esto se hizo a través de la metáfora del hoyo (ver anexo K).

Siguiendo con la desesperanza creativa subrayamos: lo que el paciente quiere, lo que hace y las consecuencias de estas acciones; dándose cuenta que esas conductas dirigidas a evitar la ansiedad no le permiten guiarse hacia lo que él valora o desea y concienciándose de la capacidad de acción que tiene (locus de control). Le ayudamos a identificar sus conductas de “cavar”. Con nuestra ayuda es capaz de verbalizar las siguientes: intentar no comer, estar pendiente de mis pensamientos, no salir y quedarme en casa y retraerme en situaciones sociales. Toma conciencia de algunas actividades que ha dejado de hacer por miedo a su malestar, como son: tirarse en paracaídas y viajar en avión.

Se destaca la diferencia entre la mente (los mensajes que nos dice en forma de pensamientos) y la experiencia (lo que realmente ocurre), ejemplificándolo con situaciones que le hayan ocurrido y lo demuestren. Como ejercicio se le sugiere que además de rellenar el autorregistro de la semana anterior (que no había completado), detecte las estrategias de control de la ansiedad (“conductas de cavar”) que observe durante la semana.

En la **quinta sesión**, Alberto nos transmite un estado de ánimo de nivel 6 y un nivel de ansiedad de 2, en relación a los termómetros emocionales. Los objetivos a trabajar son: tomar conciencia del diálogo interno y del funcionamiento de la mente, diferenciarlo de la experiencia real,

conectar sus conductas de control con el coste emocional asociado y poner el foco en sí mismo. Todo ello se aborda a través de dos hechos importantes que Alberto trae a sesión. El primero de ellos es su incorporación a un puesto de trabajo como informático. Aunque experimentó ansiedad en forma de náuseas (que acabaron en vómito) y pensamientos catastróficos (¿y si no me cogen? ¿y si me cogen y no sé hacer bien el trabajo?); buscó soluciones y distracciones, gestionando la ansiedad de manera más adaptativa que en ocasiones anteriores (se refuerza su esfuerzo y su sentimiento de valía).

El segundo hecho es el malestar que le produce saber que la chica que le gusta está empezando a tener sentimientos por otra persona. En este caso, la ansiedad se apoderó de él llegando a estar un día entero rumiando. Se selecciona esta situación, concretamente la conducta de rumia, como “conducta de cavar”, para ayudarle a conectarlo con la experiencia de cavar y con el coste asociado del cansancio que presentó al final del día y la sensación de malestar prolongada. A su vez, aprovechamos para que tome conciencia de su diálogo interno. A lo largo de todo este discurso, la terapeuta facilita la expresión emocional de Alberto dándole herramientas. Además, a través de este ejemplo, se introduce el objetivo de poner el foco atencional en él mismo, sus necesidades y sus deseos. Una vez concluido, se explicó el funcionamiento de la mente y se hizo un ejercicio de defusión cognitiva para debilitar la influencia de los pensamientos en la conducta y tomar conciencia de lo que es la experiencia real. Con tal fin se usó la metáfora de la silla (ver anexo k). Por último, para experimentar el coste de las estrategias de control, se empleó la metáfora del polígrafo (ver Anexo k).

En la **sexta sesión**, Alberto detecta en sí mismo un estado de ánimo de nivel 7 y un nivel de ansiedad de 2, respecto a los termómetros emocionales.

Alberto nos expresó que no tuvo náuseas durante el fin de semana, así como tampoco sintió que anticipase. Se siente más capaz de estar concentrando en el momento y de enfrentarse a los retos que puedan aparecer. Respecto a la relación con su amiga, la cuál le preocupaba por lo que estaba empezando a sentir emocionalmente hacia ella, también siente que lo está manejando de

otra manera: centrándose en el tipo de relación que tiene ahora mismo con ella y no en lo que pueda o no pasar en un futuro próximo. A lo largo del fin de semana, también se sintió más sociable, interactuando más con sus amigos, así como con alguna persona nueva que vino ese día al grupo.

Se continuó con la toma de conciencia y transformación del diálogo interno mediante la detección de pensamientos (catastróficos y absolutistas). Esto se combinó con estrategias asociadas al proceso de yo contexto y al proceso de defusión cognitiva. En este último proceso se hizo uso de la metáfora del autobús (ver anexo k).

A propósito de la metáfora del autobús se trabaja el locus de control interno y se comienzan a determinar los valores o los aspectos que Alberto considera importantes en su vida, detectando las resistencias que aparecen para su consecución. Se le manda para casa un registro de los pasajeros que puedan aparecer los próximos días para facilitarle su detección y manejo.

En la **séptima sesión**, el termómetro del ánimo se encuentra en 6 y el de la ansiedad en 2. Alberto afirma haberse sentido bastante tranquilo y contento esta semana. Verbaliza no saber si se debe a “una buena racha”, por lo que se enlaza con la influencia que tienen sus acciones en este cambio (locus de control interno). Los objetivos a trabajar son: conectar sus conductas con las consecuencias (atribuciones internas), recoger la historia familiar actual y la orientación a valores.

Durante la semana rellenó el registro de los pasajeros del autobús. En la cena de Navidad con sus amigos registró a los *pasajeros*: “vigila cómo te estás sintiendo” y “¿y si acabas vomitando?”; que le decían que estuviera pendiente de sus sensaciones corporales y mantuviera en ellas el foco atencional. Sin embargo, Alberto decidió salir fuera con un amigo, tomar el aire, relajarse y volver a entrar. Siente que lo manejó bien y que cada vez se autoexige menos, dándose más permiso (se observa mayor flexibilidad cognitiva como conducta clínicamente relevante).

Profundizando en el ámbito familiar, señala el distanciamiento con su hermana mayor con la que lleva 5 años sin verse. Pese a esto, indica que siente que puede confiar en ella, pero que no sabe bien por qué no llega a escribirle: “no sé si ella querrá o prefiere estar así”. Aquí se vuelve a colocar el foco en sus necesidades y preferencias. Se conecta con sus valores (una relación con su hermana

cercana y profunda) y las conductas valiosas en esa dirección (escribirle más, no quedarse solo en un qué tal y profundizar).

En la **octava sesión** Alberto refleja un ánimo de 7 y una ansiedad de 0. Debido a las fechas navideñas y a la compleja historia familiar explicada en la entrevista inicial, se plantean como objetivos seguir conociendo las relaciones familiares; explorar la vergüenza; y poner el foco en sí mismo, marcando límites y expresando sus necesidades.

En las cenas familiares, durante el periodo navideño, intenta que la conversación no se centre en él. Siente vergüenza al expresar lo que siente o piensa respecto a cualquier tema por lo que lo evita.

Sólo consigue abrirse con sus amigos o hermana mayor. Recuerda que de pequeño no era así, pero que ha ido cambiando su forma de ser en relación a su familia (les pide lo imprescindible y no da información sobre sí mismo). Siente que su madre le invade y él reacciona a la defensiva. En este punto se pone el foco en sí mismo: qué siente, qué necesita y qué puede hacer para conseguirlo. En función a esto, se plantea que Alberto intente transmitirle a su madre los cambios de conducta que quiere que ella haga (dejar de despertarle y de hacerle el bocadillo).

En la **novena sesión** se recoge lo trabajado antes de la baja de la terapeuta y se continúa con los objetivos de identificar las emociones, comprender su historia familiar y las relaciones familiares actuales. A su llegada marca un nivel de ansiedad de 0 ó 1 y de ánimo entre 6 y 7.

Expresa que durante las semanas en las que se interrumpió el tratamiento ha tenido ansiedad en situaciones aisladas (una fiesta con amigos) manejándolo de manera adecuada (respirando y no entrando en los pensamientos). Ha sentido náuseas por la sensación de incomodidad en la garganta debido a un resfriado. Al toser le conectaba con la sensación de arcada produciendo incomodidad. Se destaca su exposición a lugares nuevos (pub con amigas) en los que no experimenta ansiedad.

A lo largo de estas semanas no ha hablado con su madre sobre las conductas que quiere que deje de hacer. Afirma que lo ha pensado pero que se lo impedía la vergüenza. Con el fin de trabajar

esta emoción se le pide que la dibuje y se hace un ejercicio de expansión mediante meditación guiada (ver anexo M). Durante este ejercicio se visualiza con su madre, dispuesto a tener esa conversación con ella, pero cuando se dispone a ello se bloquea no llegando a decirle nada. Fuera del ejercicio, nos expone que si le dijera alguna de las cosas que quiere que cambie, sería de manera cortante y sin dar explicaciones. En todo momento el paciente muestra resistencias inconscientes a implicarse emocionalmente en el ámbito familiar. Le generaría vergüenza contarle a su madre cómo le ha ido el día, preguntarle cómo está o sugerir cambios en su relación. Para trabajar esto de manera más visual se utilizan unas tarjetas de “sistemas de protección”. De entre varias, elije como más representativas de sí mismo: “no te acerques, no te dejes entrar” y “no puedo mostrarme, encierro mis sentimientos”. Todo esto se conecta con su historia familiar para comprender las relaciones actuales y las emociones que emergen.

En la **décima sesión** los valores para los termómetros son iguales que en la anterior (6-7 de estado de ánimo y 0 de ansiedad). Los objetivos a tratar son: potenciar el locus de control interno, identificar emociones y conectar su historia de vida con la resistencia actual a expresar sus emociones.

Durante la semana únicamente experimentó náuseas en un pub con sus amigos, aliviándose a los pocos minutos. Alberto reconoce no saber si se están produciendo mejoras o es una buena racha. Se aprovecha esto para destacar la influencia de sus nuevas conductas (de aceptación, en vez de control) sobre los resultados y así desarrollar un locus de control interno.

Partiendo de las tarjetas de “sistemas de protección” seleccionadas la semana pasada, Alberto localiza el inicio de dichas estrategias a los 6 años. El ambiente en casa era conflictivo y solía pasar la tarde con amigos para huir de ello. Cuando tenía que estar en casa recuerda tener mal cuerpo y estar en tensión. Alberto recuerda que le costaba comer ciertos alimentos y el padre “le machacaba” mientras él se sentía atrapado en la situación y con el estómago cerrado. Una vez expuestas estas situaciones, Alberto admite que ha tenido que parar porque sentía que le iban a dar ganas de vomitar. Se le señala la importancia de poner el foco en sí mismo, en sus necesidades y en

la posibilidad de que las exprese, dándole libertad para expresar sus preferencias. Para conectar toda su historia con las emociones, se le pregunta cómo se siente, a lo que responde que no sabe. Como material para ayudar a su identificación y expresión emocional se emplea la rueda de las emociones. Finalmente, para concluir la sesión se hace un ejercicio de mindfulness de escaneo corporal.

## **Valoración del tratamiento**

### **Adherencia al tratamiento**

El tratamiento de Alberto continua en curso. El presente trabajo recoge los primeros cuatro meses de intervención psicológica. Durante este período se ha podido observar la evolución de Alberto en gran parte de los objetivos pactados al comienzo de la terapia. Sin embargo, teniendo en cuenta la historia de nuestro paciente, el proceso terapéutico tiene que continuar reforzando los cambios ya observados y avanzando en los objetivos aún no logrados.

En gran medida, la evolución y el buen pronóstico de Alberto están asociados a la buena alianza terapéutica y a la óptima adherencia a la terapia.

La adherencia de Alberto al tratamiento ha sido adecuada desde el principio. La asistencia de Alberto a las sesiones ha sido periódica y puntual. Su implicación desde el principio ha sido muy positiva, verbalizando que él quería hacer todo lo posible por estar bien y que iba a facilitar todo lo que estuviese en su mano para ese fin. Alberto señala que se siente seguro y cómodo y no evita hablar de ningún tema. Únicamente se sintió más ansioso el primer día porque el hecho de acudir a un sitio nuevo y conocer a alguien le suponía unos niveles elevados de ansiedad. Una vez que atravesó esa barrera, en el resto de sesiones no hubo anticipación y sus niveles de ansiedad se redujeron hasta ser casi inexistentes.

Cabe destacar que Alberto lleva varios años con la intención de acudir a terapia y ahorrando con tal fin. Consultó con su hermana (también psicóloga) sobre la clínica a elegir. A través de la web del centro la hermana le recomendó acudir a Promethea con la actual terapeuta. Cuando Alberto

llamó para pedir cita se le comentó que dicha psicóloga tenía la agenda llena hasta dentro de dos meses, proponiéndole la alternativa de trabajar con otra compañera. Sin embargo, el paciente decidió esperar. Además, la terapeuta ha estado de baja tres semanas por enfermedad. Esta baja ha coincidido temporalmente con el período vacacional de Navidad. Lo cual ha supuesto una interrupción de la terapia de cuatro semanas. A pesar de ello, el paciente se mantuvo a la espera de la incorporación de la terapeuta y ha mantenido los logros obtenidos antes de este hiato.

### **Consecución de objetivos**

Al encontrarnos todavía en la fase de intervención, la valoración del tratamiento no puede ser implementada. Para una completa valoración, lo que haríamos una vez finalizada la terapia sería volver a administrar los test inicialmente rellenos por el paciente y apreciar las diferencias en los resultados. Por otro lado, realizaríamos una última sesión en la que el paciente plasmaría por escrito cómo se encontraba antes de la terapia, lo que siente que ha aprendido y abordaríamos la prevención de recaídas. Una vez finalizada esta sesión, se llevaría a cabo un seguimiento gratuito a los tres y a los seis meses.

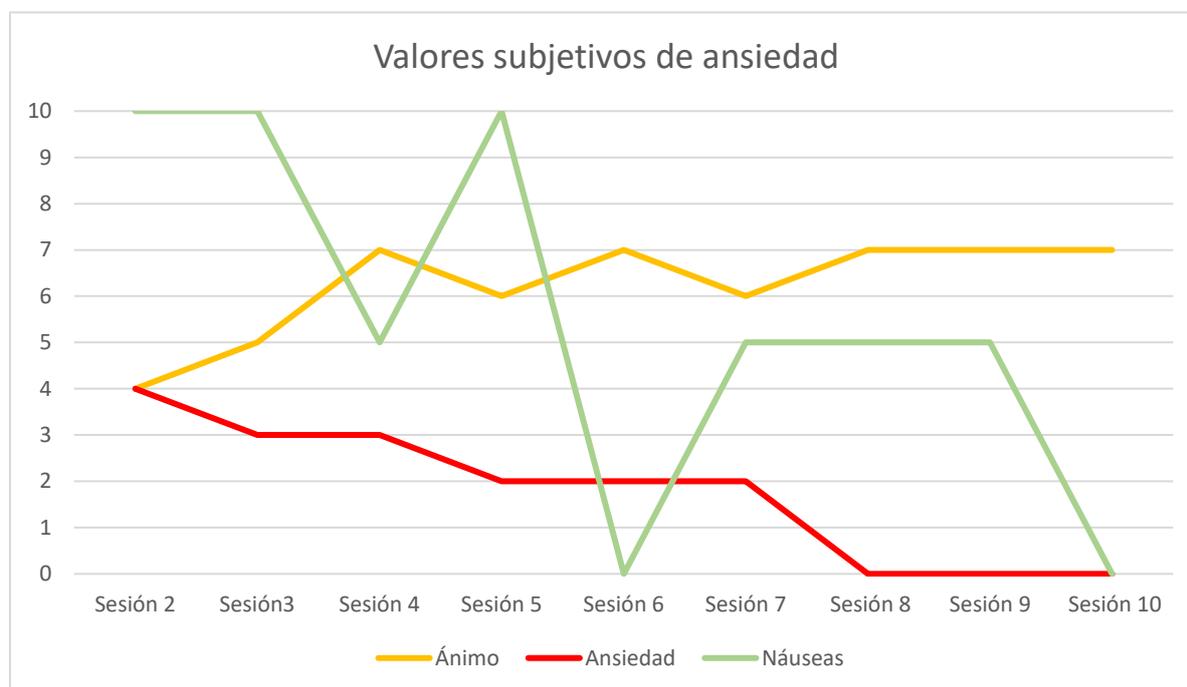
Lo que podemos valorar hasta el momento son: los cambios producidos en base a los objetivos inicialmente planteados, la observación de conductas clínicamente relevantes registradas en sesión y la consecución de tareas. Para facilitarnos la conciencia del cambio respecto a los diferentes objetivos, se tiene en cuenta la figura del Hexaflex.

Los objetivos logrados fueron:

*Identificar y manejar la ansiedad.* Era el principal objetivo del paciente y su sintomatología más incapacitante. La ansiedad se presentaba principalmente en forma de náuseas; observándose a lo largo del tratamiento una disminución de la frecuencia e intensidad de las mismas en su vida diaria. Esto conllevó una reducción de las situaciones en las que vomita. Del mismo modo, afirma estar menos pendiente de sus sensaciones corporales para chequear que no tiene ansiedad. Como se muestra en la figura 5, a lo largo de las sesiones, la valoración del termómetro de la ansiedad ha ido disminuyendo, así como la presencia de náuseas, y su estado de ánimo ha ido aumentando.

Figura 5

Valores subjetivos de ansiedad durante el tratamiento



Fuente: elaboración propia. Valores náuseas (10-casi todos los días; 5-algunos días; 0-pocos o ningún día). Escala de ánimo (0-ánimo bajo; 10-ánimo elevado). Escala de ansiedad (0-nada de ansiedad; 10-crisis de ansiedad).

*Incrementar la expresión y regulación emocional.* Durante la terapia fue capaz de expresar vergüenza, ansiedad, preocupación y alegría. Se ha expuesto a las tres primeras al conocer a gente y empezar un trabajo nuevo. A pesar del aumento de la intensidad de las emociones desagradables durante estas situaciones, llevó a cabo estrategias más adaptativas como respirar y tiempo fuera; en vez de evitar situaciones o chequear su estado fisiológico (como hacía antes). No obstante sigue siendo un objetivo de trabajo ya que a lo largo de su vida no ha desarrollado esta habilidad.

*Exposición y manejo de la vergüenza y de la inseguridad:* desde la primera sesión se observa en Alberto la expresión de las emociones de vergüenza e inseguridad. A nivel verbal (manifestando que no sabe si se expresa bien, y diciendo explícitamente que siempre le ha condicionado la vergüenza) y a nivel no verbal (cuerpo encogido y tenso, mirada hacia el suelo y rubor facial).

Alberto verbalizó que cuando su padre se mostraba agresivo, él se sentía avergonzado y sentía que lo que ocurría en casa era algo que no se podía contar. De hecho, actualmente, con su familia (a excepción de con su hermana mayor), siente un gran bloqueo para hablar de sí mismo, se siente inseguro y avergonzado y acaba evitando ese tipo de situaciones. A lo largo de las sesiones se ha visto cómo Alberto se mostraba más cómodo, manteniendo en gran medida el contacto visual y con una postura más erguida. En distintas situaciones sociales con amigos fue capaz de verbalizar cómo se sentía dejando atrás el sentimiento de vergüenza y el miedo a la evaluación negativa por parte de los otros.

*Reducir estrategias de control y flexibilizar el repertorio conductual.* Las dos conductas que más condicionaban a Alberto eran la hipervigilancia de sus sensaciones corporales, ya que sus esfuerzos se concentraban en luchar contra sus propias sensaciones, y la evitación de situaciones ansiógenas. Ambas se vieron reducidas a pesar de que falta consolidar dichas mejoras.

*Reducir su fusión cognitiva e incrementar su atención al momento presente.* En las primeras sesiones, Alberto no era capaz de identificar sus pensamientos, y cuando lo hacía, el grado en el que se fusionaba con ellos era elevado. Durante la terapia, ha llegado a verbalizar en varias ocasiones que se siente menos condicionado por lo que siente y que anticipa menos lo que puede pasar, centrándose más en el momento presente. Una vez situado en el momento presente, se establece como conducta clínicamente relevante que sea capaz de colocar el foco atencional en sí mismo, preguntándose qué quiere y qué necesita antes de pensar en los deseos de los demás.

*Exposición a situaciones nuevas.* Los escenarios novedosos resultaban ansiógenos para Alberto, tendiendo a evitarlos para no experimentar esa ansiedad. A lo largo de la terapia han sido varios los cambios. Dejó su trabajo en el campo en busca de un puesto de lo que había estudiado. Ha acudido a reuniones con sus amigos a sabiendas de que iría gente nueva; e incluso ha hablado con ellos. También ha aceptado ir a bares y pubs que no conocía.

*Comprensión de su historia familiar y relaciones familiares actuales.* Alberto contaba los acontecimientos familiares aversivos desconectándose de su implicación emocional. Durante la

terapia conecta su historia familiar con las emociones emergentes, comprende el role que ocupa y determina qué tipo de relación quiere tener con su madre y hermana mayor a través del trabajo en valores. También se produce una movilización para decir lo que piensa y siente a su madre, marcando límites. Estos límites se establecen siendo consciente de los beneficios (mejorar las relaciones familiares y aumentar la sensación de autonomía) y de los costes (aumento momentáneo de la ansiedad en estas situaciones). Por el momento la movilización solo consiste en la intención de hacerlo; ya que Alberto presenta grandes resistencias a experimentar emociones, llegando al bloqueo.

*Mejorar sus habilidades sociales con el sexo contrario.* Una de las demandas iniciales del paciente era aprender a relacionarse con chicas sintiéndose más seguro. Además, quería no anticipar tanto su posible relación nada más conocer a chicas, llegando a idealizarlas. En este aspecto Alberto ha conseguido mantener la atención en el momento presente, desenvolviéndose con confianza con la chica que le gusta y reduciendo las anticipaciones o proyecciones.

*Mejorar su autoconcepto.* Aunque no fue un objetivo que se trabajara de manera directa, sí que hubo mejora. Las consecuencias de los cambios en su conducta y ciertos factores externos elevaron su autoconcepto: empezar a trabajar y ser más sociable.

Los objetivos que hay que seguir trabajando, a parte de generalizar los anteriores, son: modificar el locus de control para realizar atribuciones internas cuando ponga en marcha sus recursos y le lleve a obtener logros; tomar consciencia de su diálogo interno y transformarlo; disminuir el miedo a la evaluación externa; y aumentar la habilidad asertiva. En segundo lugar, seguir observando y trabajando la relación con su madre y con el resto de su familia y el acercamiento con chicas que puedan gustarle, potenciando su seguridad. Y en último lugar, siendo el objetivo más importante: la identificación, regulación y expresión de sus emociones.

### **Dificultades en la consecución de objetivos**

La actitud de Alberto ha sido, a lo largo de la terapia, de total colaboración y predisposición. Son muchos los años que ha sentido malestar y es consciente de lo que le influye, con las consiguientes ganas de que eso cambie.

La idea de que no se puede hacer desaparecer la ansiedad, que hay que convivir con ella y que la terapia no se va a centrar en la reducción de las náuseas, descolocó al paciente. La mayor resistencia del paciente es identificar y expresar sus pensamientos y emociones, ya que evita conectar con su mundo emocional, poniendo el foco de atención y de control sobre sus sensaciones corporales (náuseas). Esto mantiene el patrón de evitación experiencial.

Otra resistencia que nos encontramos fue la dificultad que tiene de expresar cuándo no entiende algo. Se asocia a esto y a la carga emocional de las tareas solicitadas, el hecho de que no las completara.

La última dificultad a destacar para poder haber conseguido un mayor número de objetivos en este período de tiempo es la interrupción de la terapia debido a la baja de la terapeuta.

### **Discusión y conclusiones**

Es especialmente importante la continua actualización de estudios que muestren terapias efectivas, puesto que los datos de la OMS alertan sobre el aumento de la prevalencia de la fobia social (OMS, 2022). Este incremento ya no es solo del trastorno de ansiedad social, sino también de la población con sintomatología compatible (García-Pérez y Valdivia-Salas, 2018). En la misma línea, los elevados índices de comorbilidad indican la mayor probabilidad de que la sintomatología se vea agravada, interfiriendo en mayor medida en la vida del paciente (Muñoz y Alpízar, 2016).

La ansiedad y en concreto la ansiedad social, son conceptos que han sido descritos por todos los modelos psicológicos, proporcionando explicaciones sobre su origen y mantenimiento. De entre todos los enfoques, la bibliografía publicada apoya en mayor medida la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), como tratamientos de mayor

eficacia para tratar esta problemática (García-Pérez y Valdivia-Salas, 2018; Díaz y De la Iglesia, 2019; y Chacón et al., 2021).

La intervención del presente trabajo se basa en el modelo de ACT. Este modelo se compone de seis procesos que determinan la organización de la flexibilidad psicológica: momento presente, yo-como-contexto, defusión, aceptación, valores personales y compromiso con la acción. Estos procesos se representan en la figura del Hexaflex (Rolffs et al., 2018). Cuando el patrón de afrontamiento ante las diferentes situaciones es inflexible, se habla de evitación experiencial; empleando conductas de huida o lucha en vez de aceptación (Hernández, 2019).

Bajo este marco se entiende el problema como patrones de conducta que han sido aprendidos por la persona, en función de su historia de vida y contextos. Debido a esta individualización es imprescindible la técnica del análisis funcional que se promueve desde esta terapia (García-Pérez y Valdivia-Salas, 2018). A pesar de que ciertos comportamientos hayan sido útiles en el pasado, puede que ya no lo sean, llegando a formar parte del problema. Esto ocurre en el caso de Alberto. Sus conductas de protección en el pasado: aislarse, no expresar lo que sentía, no contar nada de sus vivencias a su familia para que su padre no pudiese hacerle daño y estar en alerta cuando estaba con su familia, ya no le son útiles porque no hay un peligro real del que protegerse. Pero él puede seguir sintiendo que sigue estando ante un peligro “emocional”, ante el que puede quedarse expuesto si se muestra hacia los demás.

La ansiedad, manifestada a través de su cuerpo, actúa como síntoma principal. Y es a través de este síntoma como él se permite pedir ayuda, tanto hacia su madre como con su círculo más cercano. De hecho, es la forma en la que pide ayuda terapéutica, siendo el motivo de consulta principal. Su cuerpo está hablando, más allá de su mente cognitiva para sanar la parte de sí mismo que quedó encerrada en el pasado.

La bibliografía indica que experiencias perturbadoras durante la infancia, como las distintas formas de maltrato, están relacionadas con síndromes somáticos en adultos (Gorosabel, 2013). En los síndromes somáticos la sintomatología física es inexplicable desde una perspectiva médica. Se

entiende la somatización como una forma de expresar necesidades emocionales que no están siendo cubiertas. El cuerpo transformaría el dolor emocional en dolor físico, siendo habitual las náuseas, dolores de estómago y de cabeza o la aparición de eccemas (Bessel van der Kolk, 2014).

Adentrándonos en la complicada historia de vida del paciente, protagonizada por un padre que ejercía conductas de agresividad contra los miembros de la familia, y que tenía conductas de adicción al alcohol, podemos inferir algunas de las implicaciones a largo plazo de la presencia de violencia durante su infancia, como su dificultad de identificar y expresar sus emociones, su bajo autoconcepto y su baja asertividad. En esta misma línea, algunos estudios muestran que al llegar a la edad adulta aumenta su probabilidad de padecer trastornos psicológicos como depresión, ansiedad o somatización (Calvo-Gil y Obando-Calderon, 2008). Haber sufrido violencia por parte de un progenitor en la infancia, facilita el desarrollo de un autoconcepto negativo, dificulta el reconocimiento de su capacidad de autoeficacia y de identificar y expresar sus emociones (Pino-Ozuna y Herruzo-Cabrera, 2000).

Actualmente, las conductas de control y de evitación que emplea son su manera de reducir su malestar asociado a la experimentación de náuseas. Sus estrategias de control hacia el síntoma, a través de pensamientos y conductas específicas, fortalecen el patrón de evitación experiencial. Los eventos privados que Alberto no puede ni desea sentir son sus estados emocionales más profundos: vergüenza y culpa. Durante toda la intervención ha sido capaz de verbalizar sus emociones de vergüenza y de culpa, como estados que lleva experimentando desde que era pequeño, pero no es capaz de poder conectar con ellos ni física ni emocionalmente. De hecho, la evitación a experimentar estas emociones ha sido la mayor resistencia para el avance de la terapia.

En el momento en el que Alberto cambia la manera de comportarse ante las situaciones ansiógenas, rompe con los mantenedores a largo plazo de ese malestar. Esto se observa en la mejora experimentada por el paciente respecto a su línea base.

Los resultados positivos, hallados en el caso de Alberto, para paliar su ansiedad social a través de la terapia ACT, coinciden con los arrojados por diferentes estudios (García-Pérez y Valdivia-

Salas, 2018; y Hernández Gómez, 2019). Tal como se indica y ocurre en el presente caso, hay una disminución de la inflexibilidad cognitiva, y por tanto de la fusión con sus pensamientos; una mayor exposición a situaciones nuevas; un mejor autoconcepto y una adecuada adherencia al tratamiento. La bibliografía también resalta el alto índice de mantenimiento de mejoras usando ACT, apuntando a buen pronóstico en el caso que nos atañe; pero sin poder comprobar, por el momento, esta afirmación (García-Pérez y Valdivia-Salas, 2018).

Respecto al tratamiento farmacológico hay controversias con su uso en esta patología. Por lo general, los estudios apuntan a una reducción de los síntomas y un incremento en la calidad de vida de los pacientes con trastorno de ansiedad social tratados con fármacos (Curtiss et al., 2017). Sin embargo, otras investigaciones señalan tamaños del efecto pequeños o no significativos (Hedges et al., 2007). Las indicaciones actuales apuntan la importancia del tratamiento psicológico para desarrollar conductas alternativas y los beneficios del tratamiento combinado con fármacos cuando se requiera (Salazar et al., 2022).

En el caso de Alberto se puede ver como el tratamiento farmacológico por sí mismo no resultó suficiente. Alberto expresa no haber sentido mejora en el periodo de consumo de los fármacos ni tras su finalización. Esta mejora sí que ha ocurrido a lo largo del tratamiento psicológico, produciéndose cambios en su vida diaria. Con esto se destaca el importante rol de la terapia psicológica.

La principal limitación del presente trabajo es la no finalización del caso desarrollado. A pesar de que se pueden observar avances en el paciente, son varios los objetivos que quedan por alcanzar y consolidar. De la misma manera, sería interesante conocer los datos del seguimiento una vez acabada la terapia.

Durante la evaluación inicial, entre los cuestionarios que el paciente tuvo que completar, no hubo ninguno específicamente orientado a valorar la ansiedad social ni las habilidades asertivas de Alberto. Esto, visto con perspectiva, hubiera sido beneficioso para la realización del presente trabajo; aunque no tanto para la intervención.

Sería interesante, como futura línea de investigación, conocer cómo influyen acontecimientos traumáticos en la infancia sobre la consecución de objetivos de terapia en el paciente adulto con ansiedad social. Surge la duda de si el avance en la mejora (a corto y largo plazo) del trastorno de ansiedad social, se puede ver frenado o frustrado por no tratar el trauma.

En conclusión, el trastorno de ansiedad social es una patología que condiciona enormemente la vida de quien la sufre. El aumento de la prevalencia así como otros factores asociados, han conllevado una mayor cantidad de estudios para determinar las terapias más eficaces. Partiendo de la terapia de aceptación y compromiso, respaldada científicamente, se plantea el tratamiento para el caso de Alberto. En la base de la psicopatología, ACT sitúa la inflexibilidad psicológica. El trabajo realizado mediante valores y acciones comprometidas, defusión del pensamiento, aceptación y atención en el presente, provoca una mayor adaptación de la persona al entorno y una mejor calidad de vida. Estas afirmaciones van en la línea de los resultados del caso de Alberto. A pesar de no haberse concluido el tratamiento, los avances y mejoras en la identificación y manejo de la ansiedad, la expresión emocional y la flexibilización de sus conductas, han generado una mayor sensación de bienestar.

A nivel personal este trabajo ha supuesto en mí un gran aprendizaje. La actualización teórica, necesaria para desarrollar la introducción, ha potenciado mi destreza de búsqueda científica. En el desarrollo de la intervención, ha sido especialmente enriquecedor poder presenciar las sesiones, observando las conductas verbales y no verbales del paciente, así como las habilidades de la terapeuta. Por otro lado, plasmar la terapia por escrito me ha permitido focalizar los pasos a seguir, los tiempos en los que introducirlos y los frutos que conllevan. Fue esclarecedor la realización del análisis funcional, tomándolo como base del tratamiento, facilitando la tarea de establecer objetivos y funcionando como punto de partida para la valoración de la intervención.

### Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014a). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA. American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2014b). *DSM-5: Manual de Diagnóstico Diferencial*. Editorial Médica Panamericana (1ª ed.)
- Ballesteros, F., y Labrador, F.J. (2018). Análisis de las técnicas psicológicas utilizadas en el trastorno de fobia social en un centro sanitario de psicología. *Clínica y Salud*, 29(2), 71-80.
- Beck, A.T., Steer, R.A., y Brown, G.K. (1996). BDI-II. Beck Depression Inventory- Second Edition. Manual. San Antonio: *The Psychological Corporation*.
- Beidel, D.C., Turner, S.M. y Fink, C.M. (1996). Assessment of childhood social phobia: Construct, convergent, and discriminative validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C). *Psychological Assessment*, 8, 235-240.
- Bessel van der Kolk, M.D. (2014). *El cuerpo lleva la cuenta: cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Editorial Eleftheria S.L.
- Blázquez, F., y Calderón, M. (2014). Modelos explicativos de la fobia social: una aproximación cognitivo-conductual. *Uaricha*, 11(24), 134-147.
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A. y Seisdedos Cubero, N. (2015). Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo (9ª ed. rev.). Madrid: *TEA Ediciones, S.A.*
- Caballo, V.E., Olivares Rodríguez, J., López-Gollonet, C., Irurtia, M.J., y Rosa Alcázar, A.I. (2003). Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: algunos datos empíricos. *Psicología Conductual*, 11(3), 539-562.
- Calvo-Gil, M., y Obando-Calderon, N. (2008). Vivenciando la experiencia de jóvenes con violencia familiar que viven en hogares protegidos. *Revista Index Enferm*, 17(3), 169-172.
- Cano García, F.J., Rodríguez Franco, L., y García Martínez, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 (1), 29-39.

- Cejudo de la Sierra, R., y Fernández Mesa, A. (2015). Fobia social: un fenómeno incapacitante. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18 (2), 836-851.
- Chacón Delgado, E., Xatruch de la Cera, D., Fernández Lara, M., Murillo Arias, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36.
- Clark, D.A., y Beck, A.T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Connor, K.M., Davidson, J.R.T., Churchill, L.E., Sherwood, A., Foa, E. y Weisler, R.H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): a new self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- Curtiss, J., Andrews, L., Davis, M., Smits, J. y Hofmann, S.G. (2017). A meta-analysis of pharmacotherapy for social anxiety disorder: an examination of efficacy, moderators, and mediators. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 18(3), 243-251.
- Díaz Kuaik, I., y De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16 (1), 42-50.
- Echeburúa, E., Muñoz, J.M., Loinaz, I. (2011). La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11 (1), 141-159.
- Ellis, A. (1968). Irrational Beliefs Test (IBT). *Desclee de Brouwer*.
- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M.A., y del Barrio, V. (2015). *SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual técnico*. Madrid: TEA Ediciones.
- García, F., y Musitu, G. (1999). AF5. Autoconcepto Forma 5. 1ª Edición. Madrid: *TEA Ediciones, S.A.*
- 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. *Psicología Conductual*, 26 (2), 379-392.
- García, F., y Musitu, G. (2014). AF5. Autoconcepto Forma 5. 4ª Edición. Madrid: *TEA Ediciones, S.A.*

- Gharraee, B., Tajrishi, K.Z., Farani, A.R., Bolhari, A., y Farahani, H. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder. *International journal of life science and pharma research*, 8(4).
- Gómez-Ortiz, O., Casas, C., y Ortega-Ruiz, R. (2016). Ansiedad social en la adolescencia: factores psicoevolutivos y de contexto familiar. *Psicología Conductual*, 24, 29-49.
- González-Domenech, P., Gutierrez, B., Muñoz-Negro, J.E., Molina, E., Rivera, M., y Cervilla, J.A. (2021). Epidemiología de la fobia social en Andalucía. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* (Barcelona). <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.09.006>
- GorosBEL, J. (2013). Estudio de los síntomas somáticos asociados a los trastornos depresivos y de ansiedad en una población de atención primaria. (Tesis doctoral). Universidad de Madrid.
- Hayes, S.C. (2004) Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., y Wilson, K.G. (2015). Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente. (Mindfulness). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Hedges, D.W., Brown, B.L., Shwalb, D.A., Godfrey, K. y Larcher, A.M. (2007). The efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in adult social anxiety disorder: a meta-analysis of double-blind, placebo-controlled trials. *Journal of Psychopharmacology*, 21(1), 102- 111.
- 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*, 10(2), 156-171.
- Kocovski, N.L., Fleming, J.E., Blackie, R.A., MacKenzie, M.B., y Rose, A.L. (2019). Self-help for social anxiety: Randomized controlled trial comparing a mindfulness and acceptance-based approach with a control group. *Behavior Therapy*, 50(4), 696–709.
- Kocovski, N.L., Fleming, J.E., Hawley, L.L., Huta, V., y Antony, M.M. (2013). Mindfulness and acceptance based group therapy versus traditional cognitive behavioral group therapy for

- social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research And Therapy*, 51(12), 889-898.
- La Greca, A.M., y Stone, W. (1993). Social Anxiety Scale for Children-Revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(1), 17-27.
- Lang, P.J. (1968). *Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct*. En J.U.H. Shilen (Ed.), *Research in psychotherapy* (pp. 90-102). Washington: American Psychological Association.
- Leary, M. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375.
- Lopezosa, C. (2020). Entrevistas semiestructuradas con NVivo: pasos para un análisis cualitativo eficaz. *Anuario de Métodos de Investigación en Comunicación Social*, 1, 88-97. DOI: 10.31009/metodos.2020.i01.08
- Marín-Ramírez, A.H., Martínez-Díaz, G.J., y Ávila-Avilés, J.M. (2015). Detección de sintomatología de ansiedad social y factores asociados en adolescentes de Motul, Yucatán, México. *Revista Biomédica*, 26, 23-31.
- Masia-Warner, C., Storch, E.A., Pincus, D.B., Klein, R.G., Heimberg, R.G., y Liebowitz, M.R. (2003). The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents: An initial psychometric investigation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(9), 1076-1084.
- Mattick, R.P. y Clarke, J.C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- Mc.Kay, D., y Navas, E.R. (2008). Inventario de creencias irracionales. *Psycho Metric*.
- Miguel-Tobal, J.J., y Cano-Vindel, A.R. (1986). Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. Madrid: *TEA Ediciones, S.A.*
- Miguel-Tobal, J.J., y Cano-Vindel, A.R. (2002). ISRA. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. 5ª Edición. Madrid: *TEA Ediciones, S.A.*

- Ministerio de Sanidad España. (2020). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad. Recuperado de:  
[https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud\\_mental\\_datos.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf)
- Muñoz Murillo, J.P., y Alpízar Rodríguez, D. (2016). Prevalencia y comorbilidad del trastorno por ansiedad social. *Revista Cúpula*, 30 (1), 40-47.
- Nava Quiroz, C., Ollua Méndez, P., Vega Valero, C.Z., y Soria Trujano, R. (2010). Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicología y Salud*, 20 (2), 213-220.
- Organización Mundial de la Salud-OMS. (2019). Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11). Licencia de Creative Commons Attribution-NoDerivatives 3.0 IGO (CC BY-ND 3.0 IGO).
- Organización Mundial de la Salud-OMS. (2022). *Una llamada de atención a todos los países para mejorar los servicios y la ayuda en el ámbito de la salud mental*. Recuperado de:  
<https://www.who.int/es/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
- Ortuño-Sierra, J., García-Velasco, L., Inchausti, F., Debbané, M., y Fonseca-Pedrero, E (2016). Nuevas aproximaciones en el estudio de las propiedades psicométricas del STAI. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 44 (3), 83-92.
- Páez Blarrina, M., y Gutiérrez Martínez, O. (2012). Múltiples aplicaciones de ACT. *Madrid: Pirámide*.
- Paz Guerra, S., y Peña Herrera, B. (2021). *Fundamentos de la evaluación psicológica*. Universidad Politécnica Salesiana.
- Pino-Ozuna, M., y Herruzo-Cabrera, J. (2000). Estudio de las consecuencias del abandono físico en el desarrollo psicológico de niños en edad preescolar en España. *Revista Child Abuse y Neglect*, 24(7), 911-924.

- Rapee, R.M., Craske, M.G., Brown, T.A., y Barlow, D.H. (1996). Measurement of Perceived Control Over Anxiety-Related Events.
- Ribero-Marulanda, S., y Agudelo-Colorado, L. (2016). La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en dos casos de evitación experiencial. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 24(1), 29-46.
- Rolffs, J.L., Rogge, R.D., y Wilson, K.G. (2018). Disentangling Components of Flexibility via the Hexaflex model: development and validation of the multidimensional psychological flexibility inventory (MPFI). *SAGE Journal*, 25(4), 458-482.
- Ruiz, M.A., Díaz, M.I., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitive conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Salazar, I.C., Caballo, V.E., Arias, V., Curtiss, J., Rossitto, A.M., Gómez Araujo, R.B., Herrera Puente, J.S., Coello, M.F., Gamarra, O., Sanguino Andrés, R., Hofmann, S.G. (2022). Aplicación internacional del programa “intervención multidimensional para la ansiedad social” (IMAS): II. Eficacia del tratamiento para problemas relacionados con la ansiedad social. *Psicología conductual*, 30(1), 19-49.
- Sánchez-Sánchez, F., Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Carrasco, M.A., y del Barrio, V. (2016). SENA, Sistema de evaluación de niños y adolescentes: proceso de desarrollo y evidencias de fiabilidad y validez. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(2), 23-34.
- Sanz, J., Perdigón, A.L., Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14 (3), 249-280. *Behavior Therapy*, 27, 279-293.
- Schaefer, H., y Rubí, P. (2015). Abordaje narrativo y estratégico en el trastorno por ansiedad social. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 53 (1), 35-43.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., y Lushene, R. (1983). STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire). California: *Consulting Psychologists Press*.

- Tobías-Imbernón, C., Olivares-Olivares, P.J., Olivares, J. (2013). Revisión de autoinformes de fobia social diseñados para niños y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 30(2), 123-130.
- Tobin, D.L., Holroyd, K.A., Reynolds, R.V., y Wigal, J.K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13 (4), 343-361.
- Torres Camacho, V., y Chávez Mamani, A.A. (2013). Ansiedad. *Revista de Actualización Clínica*, 35, 1788-1792.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Dancu, C.V. y Stanley, M.A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40.
- Watson, D., y Friend, R. (1969). Measurement of Social-Evaluative Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Wells, A., Stopa, L., y Clark, D. (1993). *Social Cognitions Questionnaire*. Unpublished.
- Zubeidat, I., Salinas, J.M; y Sierra, J.C. (2007). Escala de miedo a la evaluación negativa y escala de evitación y malestar social: fiabilidad y validez en una muestra de adolescentes españoles. *Clínica y Salud*, 18 (1), 57-81.
- Zubeidat, I., Sierra, J.C., y Fernández Parra, A. (2006). Ansiedad y fobia social: comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos en población adulta e infanto-juvenil. *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 79, 9-21.
-

## ANEXOS

### **Anexo A.** DSM-5. Criterios diagnóstico de ansiedad social.

- A. “Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas como las interacciones sociales, ser observado y actuar delante de otras personas”.
- B. “El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente”.
- C. “Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad”.
- D. “Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa”.
- E. “El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural”.
- F. “El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses”.
- G. “El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento”.
- H. “El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica”.
- I. “El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo”.
- J. “Si existe otra afección médica, el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva”.

**Anexo B.** Cuestionarios de ansiedad social para niños y adolescentes.

- SENA, Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (Fernández-Pinto et al., 2015). Consta de 9 cuestionarios enfocados a tres niveles de edad, rellenos por diferentes informadores (familia, escuela y niño/adolescente). Valora diversos aspectos mediante la escala de problemas, escala de vulnerabilidad y escala de recursos personales. Dentro de la primera, entre los problemas interiorizados se distingue la ansiedad social. En lo referente a sus propiedades psicométricas, los valores para el coeficiente alfa en las escalas del SENA son superiores a 0,70; y para la consistencia interna están por encima de 0,80 al igual que los coeficientes de fiabilidad test-retest (Sánchez-Sánchez et al., 2016).

- Inventario de Ansiedad y Fobia Social para Niños- SPAI-C (Beidel et al., 1996): mediante 26 ítems evalúa síntomas cognitivos, somáticos y conductuales de la fobia social en diferentes situaciones, al igual que su intensidad. Los datos psicométricos indican una alta consistencia interna (0,95) (Caballo et al., 2003).

- Escala de Ansiedad Social para Niños-Revisada- SASC-R (La Greca y Stone, 1993): consta de 22 ítems, propiedades psicométricas adecuadas y sensibilidad al cambio tras la terapia (Tobías-Imbernón et al., 2013).

- Escala de ansiedad social, de Liebowitz para Niños y Adolescentes- LSAS-CA (Masia-Warner et al., 2003): evalúa a través de 24 ítems el temor experimentado y la evitación de ciertos contextos sociales; identificando dificultades en escenarios de interacción social y problemas de actuación social. Los datos sitúan la fiabilidad en un 0,96, siendo alta (Tobías-Imbernón et al., 2013).

## Anexo C. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo- STAI

## STAI

### AUTOEVALUACIÓN A (E/R)

A/E PD= 30 + - =  
A/R PD= 21 + - =

Apellidos y nombre: ..... Edad: ..... Sexo: .....  
Centro:.....Curso/Puesto:.....Estado civil:....  
Otros datos:.....Fecha:.....

#### INSTRUCCIONES

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

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

## INSTRUCCIONES

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

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. Me siento bien .....	0	1	2	3
2. Me canso rápidamente .....	0	1	2	3
3. Siento ganas de llorar .....	0	1	2	3
4. Me gustaría ser tan feliz como otros .....	0	1	2	3
5. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto .....	0	1	2	3
6. Me siento descansado .....	0	1	2	3
7. Soy una persona tranquila, serena y sosegada .....	0	1	2	3
8. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas .....	0	1	2	3
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia ....	0	1	2	3
10. Soy feliz .....	0	1	2	3
11. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente .....	0	1	2	3
12. Me falta confianza en mí mismo .....	0	1	2	3
13. Me siento seguro .....	0	1	2	3
14. No suelo afrontar las crisis o dificultades .....	0	1	2	3
15. Me siento triste (melancólico) .....	0	1	2	3
16. Estoy satisfecho .....	0	1	2	3
17. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
18. Me afectan tanto los engaños, que no puedo olvidarlos .....	0	1	2	3
19. Soy una persona estable .....	0	1	2	3
20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado .....	0	1	2	3

## Anexo D. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad- ISRA

<b>C.</b>	
1. Me preocupo fácilmente.....	0 1 2 3 4
2. Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí, tales como "inferior" a los demás, "torpe", etc.....	0 1 2 3 4
3. Me siento inseguro.....	0 1 2 3 4
4. Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme.....	0 1 2 3 4
5. Siento miedo.....	0 1 2 3 4
6. Me cuesta concentrarme.....	0 1 2 3 4
7. Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos.....	0 1 2 3 4
<b>F.</b>	
8. Siento molestias en el estómago.....	0 1 2 3 4
9. Me sudan las manos u otra parte del cuerpo hasta en días fríos.....	0 1 2 3 4
10. Me tiemblan las manos o las piernas.....	0 1 2 3 4
11. Me duele la cabeza.....	0 1 2 3 4
12. Mi cuerpo está en tensión.....	0 1 2 3 4
13. Tengo palpitaciones, el corazón me late muy deprisa.....	0 1 2 3 4
14. Me falta el aire y mi respiración es agitada.....	0 1 2 3 4
15. Siento náuseas o mareo.....	0 1 2 3 4
16. Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar.....	0 1 2 3 4
17. Tengo escalofríos y tiritos aunque no haga mucho frío.....	0 1 2 3 4
<b>M.</b>	
18. Lloro con facilidad.....	0 1 2 3 4
19. Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo (rascarme, tocarme, movimientos rítmicos con pies o manos, etc.).....	0 1 2 3 4
20. Fumo, como o bebo demasiado.....	0 1 2 3 4
21. Trato de evitar o rehuir las situaciones que pueden producir tensión.....	0 1 2 3 4
22. Me muevo y hago cosas sin una finalidad concreta.....	0 1 2 3 4
23. Quedo paralizado o mis movimientos son torpes.....	0 1 2 3 4
24. Tartamudeo o tengo otras dificultades de expresión verbal.....	0 1 2 3 4

<b>ANS. SIT.</b>	
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.....	0 1 2 3 4
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.....	0 1 2 3 4
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.....	0 1 2 3 4
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.....	0 1 2 3 4
5. En mi trabajo o cuando estudio.....	0 1 2 3 4
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.....	0 1 2 3 4
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.....	0 1 2 3 4
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.....	0 1 2 3 4
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.....	0 1 2 3 4
10. Si tengo que hablar en público.....	0 1 2 3 4
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.....	0 1 2 3 4
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.....	0 1 2 3 4
13. Después de haber cometido algún error.....	0 1 2 3 4
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.....	0 1 2 3 4
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.....	0 1 2 3 4
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.....	0 1 2 3 4
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.....	0 1 2 3 4
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.....	0 1 2 3 4
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.....	0 1 2 3 4
20. Al observar escenas violentas.....	0 1 2 3 4
21. Por nada en concreto.....	0 1 2 3 4
22. A la hora de dormir.....	0 1 2 3 4



## **Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)**

**INSTRUCCIONES:** Este cuestionario consiste en 25 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en que se 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.

### **1. Tristeza**

**0. No me siento triste habitualmente**

1. Me siento triste gran parte del tiempo
2. Me siento triste continuamente
3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

### **2. Pesimismo**

0. No estoy desanimado sobre mi futuro

**1. Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes**

2. No espero que las cosas mejoren
3. Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán

### **3. Sentimiento de Fracaso**

**0. No me siento fracasado**

1. He fracasado más de lo que debería
2. Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso
3. Me siento una persona totalmente fracasada

### **4. Pérdida de Placer**

0. Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes

**1. No disfruto de las cosas tanto como antes**



2. Obtengo muy poco placer de las cosas que antes disfrutaba
3. No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba

### **5. Sentimiento de Culpa**

0. No me siento especialmente culpable
1. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho
2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
3. Me siento culpable constantemente

### **6. Sentimientos de Castigo**

0. No siento que esté siendo castigado
1. Siento que puedo ser castigado
2. Espero ser castigado
3. Siento que estoy siendo castigado

### **7. Insatisfacción con uno mismo**

0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo
1. He perdido confianza en mí mismo
2. Estoy decepcionado conmigo mismo
3. No me gusta

### **8. Auto-Críticas**

0. No me critico o me culpo más que antes
1. Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser
2. Critico todos mis defectos
3. Me culpo por todo lo malo que sucede

### **9. Pensamientos o Deseos de Suicidio**

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio
1. Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo
2. Me gustaría suicidarme
3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad



## 10. Llanto

### 0. No lloro más de lo que solía hacerlo

1. Lloro más de lo que solía hacerlo
2. Lloro por cualquier cosa
3. Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo

## 11. Agitación

### 0. No estoy más inquieto o agitado que de costumbre

1. Me siento más inquieto o agitado que de costumbre
2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto
3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo

## 12. Pérdida de Interés

### 0. No he perdido el interés por otras personas o actividades \*me gustaría comentarlo

1. Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades
2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas
3. Me resulta difícil interesarme en algo

## 13. indecisión

### 0. Tomo decisiones más o menos como siempre

1. Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre
2. Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre
3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión

## 14. Inutilidad

### 0. No me siento inútil

1. No me considero tan valioso y útil como solía ser
2. Me siento inútil en comparación con otras personas
3. Me siento completamente inútil



### 15. Pérdida de Energía

0. Tengo tanta energía como siempre

1. Tengo menos energía de la que solía tener \*No exclusivamente en estas dos últimas semanas

2. No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas

3. No tengo suficiente energía para hacer nada

### 16. Cambios en el Patrón de Sueño

0. No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño

1a. Duermo algo más de lo habitual

1b. Duermo algo menos de lo habitual \*No exclusivamente en estas dos últimas semanas

2a. Duermo mucho más de lo habitual

2b. Duermo mucho menos de lo habitual.

3a. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

### 17. Irritabilidad

0. No estoy más irritable de lo habitual

1. Estoy más irritable de lo habitual

2. Estoy mucho más irritable de lo habitual

3. Estoy irritable continuamente

### 18. Cambios en el Apetito

0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito

1a. Mi apetito es algo menor de lo habitual

1b. Mi apetito es algo mayor de lo habitual

2a. Mi apetito es mucho menor que antes

2b. Mi apetito es mucho mayor que antes

3a. He perdido completamente el apetito

3b. Tengo ganas de comer continuamente



### **19. Dificultad de Concentración**

#### **0. Puedo concentrarme tan bien como siempre**

1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
2. Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo
3. No puedo concentrarme en nada

### **20. Cansancio o Fatiga**

#### **0. No estoy más cansado o fatigado que de costumbre**

1. Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre
2. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer
3. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer

### **21. Pérdida de Interés en el Sexo**

#### **0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo**

1. Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora
3. He perdido completamente el interés por el

### **22. Cambio en la Imagen Corporal**

#### **0. No creo tener peor aspecto que antes**

1. Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo
2. Siento que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
3. Creo que tengo un aspecto horrible

### **23. Dificultades Laborales**

#### **0. Trabajo igual que antes**

1. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo
  2. Tengo que obligarme mucho para hacer todo
  3. No puedo hacer nada en absoluto
-



#### **24A. Pérdida de Peso**

**0. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada**

1. He perdido más de 2 kilos
2. He perdido más de 4 kilos
3. He perdido más de 7 kilos

#### **24B. Dieta para adelgazar**

0. Estoy bajo dieta para adelgazar

**1. No estoy bajo dieta para adelgazar**

#### **25. Preocupaciones por Problemas Físicos**

**0. No estoy más preocupado por mi salud que lo normal**

1. Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
2. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más
3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa

**CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN Y ACCIÓN (AAQ)**

A continuación encontrará una serie de frases. Valore en qué grado son aplicables a usted. No hay contestaciones buenas o malas, ni preguntas con truco; unas serán más verdad en su caso y otras menos. Tome el tiempo que necesite y trate de responder a todas las preguntas. Use la escala siguiente (ponga el número que crea aplicable a su caso en la raya que está a la izquierda de cada frase):

\_\_\_4\_\_\_ 1. Tenga o no tenga claro cuál es el mejor modo de resolver un problema, me pongo en marcha.

\_\_\_5\_\_\_ 2. Muchas veces me descubro fantaseando sobre cosas que he hecho y que haría de forma distinta si tuviese otra oportunidad.

\_\_\_4\_\_\_ 3. La verdad es que cuando estoy deprimido o ansioso no soy capaz de hacer frente a mis responsabilidades.

\_\_\_7\_\_\_ 4. Casi nunca me preocupa tener bajo control mi ansiedad, mis preocupaciones o mis sentimientos.

\_\_\_6\_\_\_ 5. Mis sentimientos no me dan miedo.

\_\_\_3\_\_\_ 6. Cuando valoro algún suceso negativamente, lo habitual es darme cuenta de que es sólo una apreciación y no un hecho objetivo.

\_\_\_6\_\_\_ 7. Cuando me comparo con otras personas tengo la impresión de que la mayoría lleva su vida mejor que yo.

\_\_\_4\_\_\_ 8. La ansiedad es mala.

\_\_\_2\_\_\_ 9. Ojalá pudiese borrar por arte de magia todas las experiencias dolorosas que he tenido en la vida.

Los ítems 1, 4, 5 y 6 suman de forma inversa; esto es, una puntuación de 7 en el ítem 1 equivale a 1 punto.

---

## Anexo G. Autoconcepto Forma 5- AF-5

Nº 265

**AF5**

CONTESTE DE 1 A 99 EN LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES A CADA PREGUNTA

1	Hago bien los trabajos escolares (profesionales) .....	75
2	Hago fácilmente amigos .....	80
3	Tengo miedo de algunas cosas .....	50
4	Soy muy criticado en casa .....	00
5	Me cuido físicamente .....	85
6	Mis superiores (profesores) me consideran un buen trabajador .....	85
7	Soy una persona amigable .....	80
8	Muchas cosas me ponen nervioso .....	65
9	Me siento feliz en casa .....	50
10	Me buscan para realizar actividades deportivas .....	70
11	Trabajo mucho en clase (en el trabajo) .....	80
12	Es difícil para mí hacer amigos .....	30
13	Me asusto con facilidad .....	20
14	Mi familia está decepcionada de mí .....	10
15	Me considero elegante .....	60
16	Mis superiores (profesores) me estiman .....	70
17	Soy una persona alegre .....	60
18	Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso .....	20
19	Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas .....	90
20	Me gusta como soy físicamente .....	50
21	Soy un buen trabajador (estudiante) .....	75
22	Me cuesta hablar con desconocidos .....	50
23	Me pongo nervioso cuando me pregunta el profesor (superior) .....	50
24	Mis padres me dan confianza .....	50
25	Soy bueno haciendo deporte .....	80
26	Mis profesores (superiores) me consideran inteligente y trabajador .....	75
27	Tengo muchos amigos .....	50
28	Me siento nervioso .....	20
29	Me siento querido por mis padres .....	80
30	Soy una persona atractiva .....	70

**ESCALA DE TEMOR A LA EVALUACIÓN NEGATIVA****FNE Watson, D. Y. Friend, R. (1969) Laery, M.R. (1983)**

Contesta "V" (verdadero) o "F" (falso) según corresponda a cada una de las afirmaciones.

1. Raras veces me preocupo sobre si parezco un loco ante los demás. **V**
2. Me preocupa lo que la gente pensara de mí, incluso cuando sé que eso no va a cambiar nada. **V**
3. Me pongo tenso o nervioso si sé que alguien me está examinando con la mirada. **V**
4. No me preocupa incluso cuando sé que la gente se está formando una impresión desfavorable de mí. **F**
5. Me siento muy incómodo cuando cometo algún error en las relaciones sociales. **V**
6. Me importan poco las opiniones que personas importantes tengan sobre mí. **F**
7. Frecuentemente tengo miedo de parecer ridículo o ponerme a mí mismo en ridículo. **V**
8. Casi no me afecta cuando otras personas me desaprueban. **F**
9. Frecuentemente tengo miedo de que otras personas se den cuenta de mis errores. **V**
10. Me afectaría poco la desaprobación de los demás. **F**
11. Si alguien me está evaluando, tiendo a esperar lo mejor. **F**
12. Raramente me preocupo sobre la impresión que pueda estar dando a otra persona. **F**
13. Me da miedo que otras personas no me acepten. **F**
14. Me da miedo que otras personas me critiquen. **F**
15. No me afectan las opiniones de los demás. **F**
16. No me siento incómodo necesariamente si no agrado a los demás. **F**
17. Cuando estoy hablando con alguien, me preocupa lo que esté pensando sobre mí. **V**
18. Creo que no se puede evitar cometer errores en las relaciones sociales; por tanto, ¿por qué preocuparse? **F**
19. Normalmente me preocupa la impresión que pueda dar. **V**
20. Me preocupa mucho lo que mis superiores puedan pensar de mí. **V**
21. Aunque sepa que alguien me está juzgando, me afecta poco. **F**
22. Me preocupa que los demás piensen que no valgo la pena. **V**
23. Me preocupa muy poco lo que los demás puedan pensar de mí. **F**

24. Algunas veces pienso que estoy demasiado preocupado por lo que los demás piensen de mí. **V**
25. Frecuentemente me preocupa que pueda hacer mal las cosas. **V**
26. Normalmente soy indiferente a las opiniones que los demás tengan de mí. **F**
27. Normalmente creo que los demás tendrán una opinión favorable sobre mí. **F**
28. Frecuentemente me preocupa que la gente que me importa no piense mucho en mí. **V**
29. Pienso mucho en las opiniones que mis amigos puedan tener de mí. **F**
30. Me pongo tenso y nervioso cuando sé que voy a ser evaluado por un superior. **V**

## Anexo I. Inventario de estrategias de afrontamiento

**INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

Responda a las siguientes preguntas basándose en cómo manejó usted la situación estresante. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió escribiendo el número que corresponda:

0: En absoluto    1: Un poco    2: Bastante    3: Mucho    4: Totalmente

	Puntuación del 1 al 4
Luché para resolver el problema	3
2. Me culpé a mí mismo	3
Dejé salir mis sentimientos para reducir el estrés	1
Deseé que la situación nunca hubiera empezado	3
Encontré a alguien que escuchó mi problema	1
Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	1
No dejé que me afectara, evité pensar en ello demasiado	1
Pasé algún tiempo solo	2
Me esforcé para resolver los problemas de la situación	2
10. Me di cuenta que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	2
Expresé mis emociones, lo que sentía	1
Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	3
Hablé con una persona de confianza	2
Cambié la forma en la que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	1
15. Traté de olvidar por completo el asunto	2
Evité estar con gente	3
17. Hice frente al problema	2
Me critiqué por lo ocurrido	3
Analiqué mis sentimientos y simplemente los dejé salir	1
Deseé no encontrarme nunca más en esta situación	2
Dejé que mis amigos me echaran una mano	2
Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	1
23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	2
Oculté lo que pensaba y sentía	3
25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	1
Me recriminé por permitir que esto ocurriera	2
Dejé desahogar mis emociones	1
Deseé poder cambiar lo que había ocurrido	3
Pasé algún tiempo con mis amigos	2
Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	2
Me comporté como si nada hubiera pasado	1
No dejé que nadie supiera cómo me sentía	1
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería	2
Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	1



## Anexo J. Inventario de ideas irracionales

	No estoy de acuerdo	Estoy de acuerdo	Puntuación
1. Para mí es importante recibir la aprobación de los demás		X	..
2. Odio equivocarme en algo.		X	..
3. La gente que se equivoca, logra lo que se merece.	X		.
4. Generalmente, acepto los acontecimientos con filosofía.		X	..
5. Si una persona quiere, puede ser feliz en casi cualquier circunstancia.	X		.
6. Temo a las cosas que, a menudo, me resultan objeto de preocupación.	X		.
7. Normalmente, aplazo las decisiones importantes.	X		.
8. Todo el mundo necesita de alguien a quien recurrir en busca de ayuda y consejo.		X	..
9. “Una cebra no puede cambiar sus rayas”.		X	..
10. Prefiero, sobre todas las cosas, pasar el tiempo libre de una forma tranquila.		X	..
11. Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo por qué manifestar respeto a nadie.	X		..
12. Evito las cosas que no puedo hacer bien.	X		.
13. Hay demasiadas personas malas que escapan del castigo del infierno.		X	.
14. Las frustraciones no me distorsionan.	X		..
15. A la gente no le trastornan los acontecimientos sino la imagen que tienen de ellos.	X		..
16. Me producen poca ansiedad los peligros inesperados o los acontecimientos futuros.	X		..
17. Trato de afrontar los trabajos fastidiosos y hacerlos cuanto antes.		X	..
18. En las decisiones importantes, consulto con una autoridad al respecto.		X	.
19. Es casi imposible superar la influencia del pasado.	X		.
20. Me gusta disponer de muchos recursos.		X	..
21. Quiero gustar a todo el mundo.	X		.
22. No me gusta competir en aquellas actividades en las que los demás son mejor que yo.	X		..
23. Aquellos que se equivocan, merecen cargar con la culpa.	X		.
24. Las cosas deberían de ser distintas a como son.	X		.
25. Yo provoco mi propio mal humor.	X		..
26. A menudo, no puedo quitarme algún asunto de la cabeza.		X	.
27. Evito enfrentarme a los problemas.	X	X	.

28. Todo el mundo necesita tener fuera de sí mismo una fuente de energía.	x		.
29. Solo porque una vez algo afectó su vida de forma importante, no quiere decir que tenga que ser igual en el futuro.		x	..
30. Me siento más satisfecho cuando tengo muchas cosas que hacer.		x	..
31. Puedo gustarme a mí mismo, aun cuando no guste a los demás.		x	..
32. Me gustaría triunfar en algo, pero no pienso que deba hacerlo.	x		..
33. La inmoralidad debería castigarse severamente.	x		.
34. A menudo me siento trastornado por situaciones que no me gustan.		x	.
35. Las personas desgraciadas, normalmente, se deben este estado a sí mismas.	x		..
36. No me preocupo por no poder evitar que algo ocurra.	x		..
37. Normalmente, tomo las decisiones tan pronto como puedo.	x		..
38. Hay determinadas personas de las que dependo mucho.		x	.
39. La gente sobrevalora la influencia del pasado.	x		..
40. Lo que más me divierte es realizar algún proyecto creativo.		x	..
41. Si no gusto a los demás es su problema, no el mío.		x	..
42. Para mí es muy importante alcanzar el éxito en todo lo que hago.	x		.
43. Yo pocas veces culpo a la gente por sus errores.	x		..
44. Normalmente, acepto las cosas como son, aunque no me gusten.		x	..
45. Nadie está mucho tiempo de mal humor o enfadado, a menos que quiera estarlo.	x		..
46. No puedo soportar correr riesgos.	x		.
47. La vida es demasiado corta para pasarla haciendo cosas que a uno no le gustan.	x		.
48. Me gusta valerme por mí mismo.		x	..
49. Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser más como me gustaría ser.		x	.
50. Me gustaría jubilarme y apartarme totalmente del trabajo.	x		.
51. Pienso que es duro ir en contra de lo que piensan los demás.		x	.
52. Disfruto de las actividades por sí mismas, al margen de lo bueno o lo malo que sea en ellas.	x		..
53. El miedo al castigo es lo que hace a la gente ser buen.	x		.
54. Si las cosas me desagradan, opto por ignorarlas.	x		..
55. Cuantos más problemas tiene una persona, menos feliz es.		x	.
56. Raramente me siento ansioso al pensar en el futuro.	x		..
57. Raramente aplazo las cosas.	x		..
58. Yo soy el único que realmente puede entender y solucionar mis problemas.	x		..

59. Normalmente, no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad	x		..
60. Tener demasiado tiempo libre, resulta aburrido.		x	..
61. Aunque me gusta recibir la aprobación de los demás, no tengo necesidad real de ello.		x	..
62. Me fastidia que los demás sean mejor que yo en algo.	x		.
63. Todo el mundo es, esencialmente, bueno.	x		.
64. Hago todo lo que puedo por conseguir lo que quiero y una vez conseguido, deja de preocuparme.	x		..
65. Nada es intrínsecamente perturbador, si lo es, se debe al modo en que lo interpretamos.	x		..
66. Me preocupan mucho determinadas cosas del futuro.		x	.
67. Me resulta difícil hacer las tareas desagradables.	x		.
68. Me desagrada que los demás tomen decisiones por mí.		x	..
69. Somos esclavos de nuestro pasado.	x		.
70. Desearía poder irme a una isla tropical en la playa, sin hacer nada más.	x		.
71. A menudo me preocupa que la gente me apruebe y acepte.	x		.
72. Me trastorna cometer errores.		x	.
73. no es equitativo que “llueva igual sobre el justo que sobre el injusto”.		x	.
74. Yo disfruto honradamente de la vida.	x		..
75. Debería haber más personas que afrontaran lo desagradable de la vida.		x	.
76. Algunas veces me resulta imposible apartar de mi mente el miedo a algo.		x	.
77. Una vida fácil, muy pocas veces resulta compensadora.	x		..
78. Pienso que es fácil buscar ayuda.		x	.
79. Una vez que algo afecta a tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre.	x		.
80. Me encanta estar tumbado.		x	.
81. Tengo considerable preocupación por lo que la gente piensa de mí.		x	.
82. Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia.	x		.
83. Generalmente doy una segunda oportunidad a quien se equivoca.		x	..
84. La gente es más feliz cuando tienen metas y problemas que resolver.	x		.
85. Nunca hay razón para permanecer afligido mucho tiempo.	x		..
86. Raramente pienso en cosas como la muerte o la guerra nuclear.	x		..
87. No me gustan las responsabilidades.		x	..
88. No me gusta depender de los demás.		x	..
89. La gente nunca cambia, básicamente.	x		.

	No estoy acuerdo	Estoy acuerdo	Puntuación
90. La mayoría de las personas trabajan demasiado y no toman el suficiente descanso.		X	.
91. Ser criticado es algo fastidioso, pero no perturbador.		X	..
92. No me asusta hacer las cosas que no hago del todo bien.	X		..
93. Nadie es malo a pesar de que sus actos lo sean.	X		..
94. Raramente me importunan los actos de los demás.	X		..
95. El hombre construye su propio infierno interior.		X	..
96. Muchas veces me sorprende planeando lo que haría si me encontrara en determinadas situaciones de peligro.		X	.
97. Si tengo que hacer algo, lo hago a pesar de que no sea agradable.		X	..
98. He aprendido a no estar pendiente de nada que no esté relacionado con mi bienestar.	X		..
99. No miro atrás con resentimiento.		X	..
100. No me siento realmente contento hasta que no estoy relajado y sin hacer nada.	X		.

### **RESULTADOS DEL INVENTARIO DE IDEAS IRRACIONALES**

1ª Idea irracional:	% NECESIDAD DE APROBACIÓN
2ª Idea irracional:	% PERFECCIONISMO
3ª Idea irracional: _____	% HAY GENTE MALA QUE DEBE SER CASTIGADA
4ª Idea irracional: _____	% ES HORRIBLE CUANDO LAS COSAS NO VAN COMO YO QUIERO
5ª Idea irracional: _____	% FELICIDAD DEPENDE DE ACONTECIMIENTOS EXTERNOS
6ª Idea irracional:	% ANSIEDAD / MIEDO A LO DESCONOCIDO
7ª Idea irracional: _____	% EVITACIÓN DE PROBLEMAS
8ª Idea irracional: _____	% NECESIDAD DE APOYO
9ª Idea irracional:	% DETERMINISMO
10ª Idea irracional: _____	% FELICIDAD POR EL OCIO INDEFINIDO

## Anexo K. Repertorio metáforas ACT

### Metáfora del interruptor de la lucha

Se le explica que cuanto más intentamos luchar contra nuestras sensaciones desagradables, más nos abruma. Se le invita a que imagine que en su mente hay un interruptor al que llamaremos el “interruptor de la lucha”. Cuando está encendido, significa que va a luchar contra cualquier dolor físico o emocional que experimente para intentar librarse de todo el malestar o para evitarlo. En su caso, cuando siente náuseas, su interruptor de la lucha se enciende, dándole el significado de que ese sentimiento es totalmente inaceptable. De manera que puede acabar sintiendo vergüenza o culpa por sentir esta emoción. Lo que tienen en común todas las emociones secundarias es que son desagradables, inútiles y que consumen nuestra energía y vitalidad. Y encima, nos enfadamos o culpamos por ello.

Le pedimos que imagine, qué sucedería si su interruptor de la lucha estuviese apagado. Nuestros niveles de ansiedad son libres de subir o bajar como determine la situación. Sin lucha, lo que tenemos es un nivel natural de malestar físico y emocional, que dependerá de quiénes somos y de la situación en la que nos encontramos. Es el “dolor o malestar limpio”, que en su caso sería la experimentación de la náusea. No hay forma de evitarlo. Pero una vez empezamos a combatirlo, nuestros niveles de malestar aumentan rápidamente. A todo ese sufrimiento adicional lo llamamos “dolor o malestar sucio” (todos los esfuerzos que hace por evitarlo: no cenar, evitar quedar con amigos, salir a la calle en cuanto notas el mínimo malestar, estar pendiente continuamente de las sensaciones corporales y de los pensamientos que te cuestionan cuándo se va a terminar esa sensación o si va a ir a más).

### Metáfora del hoyo

Imagina que estás en el campo, que llevas un antifaz puesto y tienes una pequeña bolsa con herramientas. Te dicen que tu tarea consiste en correr alrededor del campo con el antifaz puesto. Se supone que es así como debes vivir tu vida. Así que haces lo que te han dicho. Pero, sin que lo sepas, en ese campo hay números hoyos, muy profundos. No lo sabes, eres ingenuo. Así que empiezas a correr y tarde o temprano caes en un hoyo. No hay forma de escalar ni encuentras ninguna vía de escape. Lo más probable es que en una situación como esa cojas la bolsa de herramientas, y tal vez encuentres algo que te sirva para salir del hoyo. Supón que la única herramienta en la bolsa sea una pala. Empiezas a cavar, pero pronto te das cuenta de que sigues en el hoyo. Cavas más y más rápido. Pero sigues en el hoyo. Lo intentas a grandes paladas y a pequeñas, poniendo la tierra cerca o lejos.

Pero sigues en el hoyo. Tanto esfuerzo y tanto trabajo y paradójicamente el hoyo es cada vez más grande. ¿No es eso lo que sientes? Así que preguntas a un psicólogo, tal vez tenga una pala gigante. Pero no. Y es más, aunque la tuviera, tal vez no la usara porque cavar no te sacará del hoyo, eso solo te hundiría aún más.

Después de la metáfora: ¿Se parece en algo a tu situación? ¿De qué le sirve a la persona cavar? ¿Crees que podría hacer otra cosa?

### Metáfora de la silla

Describe una silla de la manera más precisa posible, ¿podrías sentarte en esa descripción? No, porque son palabras, y aunque fuese aún más detallada seguirían siendo palabras, no el objeto real (experiencia). Lo mismo pasa con los pensamientos, por muy reales que parezcan, son solo palabras.

### Metáfora del polígrafo

Imagínate enchufado al más moderno y sensible polígrafo del mundo. Es imposible estar enchufado y sentir la más mínima activación o ansiedad sin que la máquina lo detecte. En estas circunstancias te piden que hagas una tarea muy simple. Que te quedes ahí, relajado. La más mínima ansiedad será detectada. Para motivarte un poco más ponemos una pistola Magnum 44 en tu sien. Si permaneces relajado no se disparará pero si te pones nervioso lo más mínimo, la máquina lo detectará, y morirás. Así que, relájate... ¿Qué crees que pasará? ... La mínima gotita de ansiedad será terrorífica. Te dirás "Dios, me estoy poniendo nervioso. Aquí viene" ¡BANG!

### Metáfora del autobús

Eres conductor del autobús llamado "Mi Vida". Durante su trayectoria entran pasajeros (tus pensamientos, emociones, sensaciones corporales y recuerdos) que parecen peligrosos y agresivos. Continuamente te gritan lo que tienes que hacer: "¡gira a la derecha!", "¡acelera!", "¡vas muy deprisa, ¡frena!". Como son tan molestos y no te dejan conducir haces un trato con ellos: si se quedan al final del autobús sin hacer ruido tú seguirás la ruta que ellos marcan (a pesar de ser distinta a la tuya). A lo largo del camino son varias las ocasiones en las que te planteas que esa no es la dirección a la que querías ir, así que te armas de valor y les dices que te niegas a seguir haciéndoles caso. No obstante, su reacción es desmesurada, tal como te esperabas, y después de gritos y amenazas decides

continuar con la ruta que ellos marcan. Cuando te planteas qué puedes hacer no se te ocurre nada. Es entonces cuando tienes que pensar que por muy peligrosos que parezcan, tú estás en la cabina del autobús protegido, y esos pasajeros no pueden hacerte daño, solo molestar.

## Anexo L. Registro: ¿A qué he renunciado esta semana por la ansiedad?



### ¿A QUÉ HE RENUNCIADO ESTA SEMANA POR LA ANSIEDAD?

El propósito de este ejercicio es permitirte examinar, día a día, el coste por intentar controlar la ansiedad. ¿Qué precio estás pagando por manejar, reducir y evitar los sentimientos de ansiedad? ¿A qué oportunidades de hacer cosas que te gustarían o te importarían estás renunciando por intentar controlar la ansiedad? ¿Qué te estás perdiendo en realidad?

En la primera columna, anota la situación o **acontecimiento** que desencadenó tu ansiedad, preocupaciones o temores. En la 2ª, **describe** tu ansiedad, sensaciones corporales, pensamientos, sentimientos o temores; en la 3ª, anota lo que **hiciste** para tratar de controlar tu ansiedad. En la 4ª, explica el **efecto** de tus esfuerzos (ejemplo, cómo te sentiste después). En la 5ª, especifica las **consecuencias** y coste asociados a tus esfuerzos por controlar la ansiedad: ¿qué perdiste o a qué tuviste renunciar?

Situación/ acontecimiento  Ej: invitación a salir con amigos	Ansiedad/ temor  Ej: miedo a tener un ataque de pánico	Intento de control de ansiedad  Ej: quedarme en casa y ver la TV	Efecto sobre ti  Ej: Me sentí solo, triste y enfadado conmigo mismo por ser tan débil	Coste Ej: perdí la ocasión de estar con amigos; perdí una oportunidad de mejorar mis relaciones

#### Anexo M. Mindfulness. Ejercicio de expansión.

Adopta una posición cómoda, quizás sentado con la espalda recta, quizás tumbado en un lugar confortable.

El primer paso es respirar lenta y profundamente varias veces y escanear rápidamente tu cuerpo de la cabeza a los pies, observando la posición en la que está cada parte de tu cuerpo, la temperatura... Quizás, el contacto con la silla o con la cama... Probablemente encontrarás varias sensaciones desagradables o incómodas. Busca la más fuerte, quizás la que más te molesta.

Enfoca tu atención en esa sensación, obsérvala con curiosidad, como si fueras un científico amable descubriendo un nuevo e interesante fenómeno. Observa la sensación con cuidado, nota dónde empieza y dónde acaba. Aprende tanto como puedas acerca de ella. Si tuvieras que dibujar una línea alrededor, ¿qué forma tendría? ¿Está en la superficie del cuerpo? ¿Dentro? ¿En ambas partes? ¿Cómo de profundamente se adentra? ¿Dónde es más intensa? ¿Y más débil? ¿Es distinta en el centro y en los bordes? ¿Es ligera, o pesada? ¿Se mueve? ¿Cómo es su temperatura? ¿Hay alguna vibración, pulsación o cosquilleo? Observa la sensación con toda tu atención.

Ahora, respira algunas veces más y deja ir la lucha con esa sensación. Respira dentro de ella, imagina tu respiración fluyendo dentro de la sensación y alrededor de la sensación. Haz espacio para esta sensación, permítele que esté ahí, suelta tu cuerpo alrededor de ella. No tiene que gustarte, no es necesario que quieras que esté ahí, simplemente déjala ser. La idea es observar la sensación, no es necesario que pienses sobre ella. Así que, en cuanto tu mente empiece a comentar lo que está sucediendo, en cuanto empiece a emitir juicios u opiniones, simplemente dile "*gracias mente*", y vuelve a la observación.

Puede que encuentres dificultades, quizás sientas una fuerte necesidad de luchar contra la sensación o librarte de ella. Si es así, simplemente toma conciencia de este deseo, sin ceder a él, sin ceder a la lucha. Es más bien como si asintieras con la cabeza diciendo "*ahí estás, te veo*".

Una vez que has tomado conciencia de ello, una vez que has tomado conciencia de tu deseo de luchar, de librarte de la sensación, trae tu atención de vuelta a ella, a la sensación, a su forma, a tu curiosidad. No es necesario que intentes librarte de la sensación o alterarla. Si cambia por sí misma, está bien. Si no cambia, también está bien. Cambiarla o librarte de ella no es el objetivo, el objetivo es hacerle espacio, dejarla ser, soltar tu cuerpo alrededor de ella, permitirle que esté ahí

Puede que necesites enfocarte en esta sensación un tiempo variable, desde unos segundos hasta unos minutos, hasta que abandones por completo la lucha contra ella. Sé paciente, tómate el tiempo que necesites. Estás aprendiendo una destreza muy valiosa.

Una vez que hayas hecho esto, escanea tu cuerpo de nuevo y observa si hay alguna otra sensación que te esté molestando. Si es así, repite el procedimiento. Observa la sensación con curiosidad, aprende tanto como puedas sobre ella y continúa hasta que ya no estés luchando con tus emociones, hasta que puedas aceptarlas y darles espacio.

Cuando estés listo, puedes volver tu atención hacia el exterior. Quizás hacia los sonidos, los olores que percibes fuera de ti, moviendo los dedos de los pies, las manos, la cabeza... Y, cuando estés listo, abriendo los ojos y volviendo al aquí y al ahora.