

TRABAJO FIN DE MÁSTER
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ÁMBITOS
CLÍNICOS Y SOCIALES



INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN
CASO DE PROBLEMAS DE RELACIÓN
INTERPERSONAL

AUTORA: SONIA ISABEL FERNÁNDEZ SANTIAGO.

DIRECTORA ACADÉMICA: DRA. M. FLOR ZALDÍVAR BASURTO.

TUTORA PROFESIONAL: DRA. FRANCISCA LÓPEZ RÍOS.

FECHA: DICIEMBRE 2011

ÍNDICE

1. AGRADECIMIENTOS.....	5
2. INTRODUCCIÓN.....	6
3. BREVE MEMORIA DE PRÁCTICAS.....	7
3.1. ACTIVIDADES REALIZADAS.....	7
3.1.1. Reunión de equipo: planificación y supervisión.....	7
3.1.2. Participación en las sesiones de terapia.....	7
3.1.3. Reuniones de supervisión personal.....	7
3.1.4. Revisión bibliográfica y visionado de vídeos de sesiones de terapia y conferencias.....	8
3.1.5. Participación en actividades diseñadas y desarrolladas por la Unidad de Atención Psicológica.....	8
3.2. VALORACIÓN PERSONAL.....	9
4. DESCRIPCIÓN DE UN CASO.....	10
4.1. RESUMEN.....	11
4.2. INTRODUCCIÓN.....	11
4.2.1. El trastorno de ansiedad social: características clínicas y criterios para el diagnóstico.....	12
4.2.2. Epidemiología.....	14
4.2.3. Tratamientos psicológicos	15
4.2.3.1. Terapias de corte cognitivo conductual.....	15
4.2.3.2. Terapias conductistas de tercera generación.....	16

4.3. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	18
4.3.1. Motivo de consulta.....	18
4.3.2. Características generales De F. y su contexto.....	18
4.3.3. Historia del problema.....	18
4.4. EVALUACIÓN.....	21
4.4.1. Datos obtenidos de los instrumentos de evaluación.....	21
4.4.2. Análisis funcional.....	23
4.5. INTERVENCIÓN.....	25
4.5.1. Objetivos de la intervención.....	26
4.5.2. Sesiones de la 1 a la 3: Evaluación y establecimiento de la relación terapéutica.....	27
4.5.3. Sesiones de la 4 a la 9: Desactivar funciones verbales y vivir en el presente: descubriéndonos a nosotros mismos, primeras exposiciones y expresión de sentimientos.....	27
4.5.4. Sesiones de la 10 a la 14: Exposición y ampliación del repertorio de conducta en las relaciones interpersonales, y refuerzo de los logros conseguidos.....	35
4.5.5. Sesiones de seguimiento.....	37
5. RESULTADOS.....	38
6. DISCUSIÓN.....	43
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45

1. AGRADECIMIENTOS

A Rocío Garriga Infantes por realizar esta andadura conmigo de la mano, por sus constantes muestras de cariño desde el cariño, por estar siempre ahí, por enseñarme tantas cosas...Gracias Rocío.

A Francisca López Ríos por su escrupulosa profesionalidad y por abrirme las puertas a esta experiencia.

A Flor Zaldívar por su paciencia y disponibilidad, sin la que este trabajo no hubiese sido posible.

A Antonio Molina por enseñarme otros caminos que explorar, por su honestidad y por hacerme partícipe de su labor.

A Esperanza Moreno Indiano, mi compañera, por los momentos que hemos compartido, por ayudarme a comprender tantas cosas...

A Mariena Hurtado Lara, gran compañera, gran profesional y, sobre todo gran amiga, por su plena confianza en mí, por sostenerme, porque siempre ha estado y continúa apoyándome incondicionalmente y a la que quiero incondicionalmente.

A todas las personas que han formado parte de mi vida, especialmente a mi madre, a mi familia y a Alberto, que me han ayudado a hacer realidad mis proyectos y por el inmenso amor que siempre me han proferido. Os amo profundamente.

A todas las personas que han venido buscando ayuda y han compartido parte de sus vidas con nosotros/as, especialmente a F.

2. INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo tiene como objetivo exponer las distintas actividades realizadas durante las prácticas profesionales del itinerario de psicología clínica dentro del Master en Intervención Psicológica en Ámbitos Clínicos y Sociales. Dichas prácticas se han realizado en la Unidad de Atención Psicológica (en adelante UAP), dependiente del Vicerrectorado de Estudiantes, Extensión Universitaria y Deportes de la Universidad de Almería.

El principal objetivo de la UAP consiste en prestar asistencia psicológica a la comunidad universitaria, incluyendo alumnado, profesorado y personal de administración y servicios. No obstante, también se realizan labores de formación con el alumnado de grado y máster, y de investigación.

Además, desde la UAP se diseñan y desarrollan actividades tales como talleres experienciales (talleres teórico-prácticos sobre el manejo del enfado, vergüenza, etc.), talleres de supervisión dirigido a terapeutas, distintos cursos, y el grupo regular de meditación.

Las prácticas profesionales se desarrollaron desde octubre de 2010 hasta febrero de 2011, asistiendo a la UAP prácticamente a diario, dependiendo esta asistencia y el número de horas presenciales de las actividades organizadas y de las necesidades de los usuarios.

En este trabajo se presenta una breve memoria, donde se expondrán las actividades realizadas durante el periodo de prácticas y, posteriormente, se describe un estudio de caso llevado a cabo por una terapeuta de la UAP en el que estuve colaborando.

3. BREVE MEMORIA DE PRÁCTICAS.

3.1. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A continuación se enumeran las distintas actividades realizadas durante mi periodo de prácticas profesionales.

3.1.1. Reuniones de equipo: planificación y supervisión.

De forma periódica, el equipo de terapeutas de la UAP se reúne con la finalidad de planificar los servicios de la unidad, llevar a cabo la asignación de casos que llegan por primera vez y analizar casos que ya están en marcha.

Estas reuniones de supervisión ofrecen una buena oportunidad de aprendizaje, ya que se exponen casos que se encuentran en tratamiento, se plantean distintas hipótesis de trabajo, posibles técnicas a aplicar y las distintas dificultades a las que se enfrenta el terapeuta en el caso de que las haya.

3.1.2. Sesiones de terapia.

Con respecto a las sesiones de terapia, mi participación fue en un principio como observadora y, posteriormente realizando funciones de coterapeuta. Así, se me ofreció la oportunidad de participar en tres casos que presentaban distintas problemáticas psicológicas con tres terapeutas distintos.

Las sesiones se programaban semanalmente con una duración aproximada de una hora, aunque esta programación era flexible, estando sujeta a las necesidades de los usuarios.

Esta colaboración me ha permitido participar en las distintas fases del proceso de una terapia psicológica, tanto en la evaluación inicial, como en las fases de intervención, en la evaluación final y las sesiones de seguimiento.

3.1.3. Reuniones de supervisión personal.

Asimismo, asistí a reuniones con los terapeutas con los que participaba directamente en cada uno de los casos, con el objetivo de trabajar el caso concreto.

En estos encuentros, se analizaron las evaluaciones realizadas, las técnicas empleadas, el curso de los casos, y demás aspectos teórico-prácticos, además de resolución de dudas y propuestas de intervención.

3.1.4. Revisión bibliográfica y visionado de vídeos de sesiones de terapia y conferencias.

Esta actividad estuvo dirigida a una formación teórico-práctica, donde se discutían artículos sobre psicoterapia, se planteaban temas de debate, y se facilitaba referencias bibliográficas de interés.

Además, se visionaron videos de sesiones de terapia que nos permitían identificar distintos aspectos acerca del proceso de intervención psicológica.

3.1.5. Participación en actividades diseñadas y desarrolladas por la UAP.

En este sentido, tuve la oportunidad de asistir al grupo regular de meditación, y a distintos talleres grupales, tales como:

- Taller teórico-práctico sobre el manejo de la vergüenza que lleva por título “Si no me diera vergüenza yo...”, impartido por el Dr. Antonio M. Molina Moreno.
- Taller teórico-práctico sobre el manejo del enfado titulado “Yo me enfado, tú te enfadas”, impartido por Rocío Garriga Infantes, terapeuta de la UAP.

3.2. VALORACIÓN PERSONAL.

Una vez terminada la última asignatura de la Licenciatura en Psicología, ya se es oficialmente psicóloga, y una así lo siente. “Soy psicóloga”, y al pronunciar esas palabras, además del orgullo que eso supone, también se experimenta una sensación de vértigo, un cosquilleo inquietante, al pensar qué pasará cuando me encuentre frente a una persona que está sufriendo y venga a mí buscando ayuda.

Estas prácticas me han dado la oportunidad de responder a esa pregunta que llevaba haciéndome tanto tiempo.

Desde la Unidad de Atención Psicológica se me ha dado la mejor oportunidad que se le puede dar a un psicólogo recién licenciado, una formación desde la experiencia a través de la experiencia y desde el respeto profesional con entrega y pasión por la profesión.

A través de las distintas actividades desarrolladas he podido participar en el ejercicio de la psicología clínica, estando presente durante todo el proceso y aprendiendo de excelentes profesionales. He tenido la ocasión de ver cómo se trabaja desde distintas orientaciones psicológicas, con diferentes técnicas y a través de distintas personas, con un objetivo común: aliviar el sufrimiento de las personas que acuden buscando ayuda.

Se han realizado actividades individuales, dirigidas a una atención más personalizada y otras en grupo, donde se han tratado diversos temas relacionados con la práctica clínica, que me han permitido aprender mucho sobre mi profesión, pero también sobre mí misma como futura terapeuta y como persona.

DESCRIPCIÓN DE UN ESTUDIO DE CASO

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN
CASO DE PROBLEMAS DE RELACIÓN
INTERPERSONAL**

4. DESCRIPCIÓN DE UN ESTUDIO DE CASO: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN CASO DE PROBLEMAS DE RELACIÓN INTERPERSONAL.

4.1. RESUMEN.

A continuación se presenta un caso de problemas de relación interpersonal y sintomatología ansiosa, que actualmente se encuentra en fase de seguimiento. La intervención se ha enfocado desde el contextualismo funcional, a través de la aplicación y combinación de distintos componentes de las terapias de tercera generación, fundamentalmente de la Terapia de Aceptación y Compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy* o ACT) (Hayes, Stroschal y Wilson, 1999) y de la Psicoterapia Analítico Funcional (*Funcional Analytic Psychotherapy* o FAP) (Kohlenberg y Tsai, 2007). La intervención psicológica llevada a cabo en este caso se ha desarrollado en formato individual a través de catorce sesiones de terapia y dos sesiones de seguimiento. Los resultados indican cambios en el patrón de conducta, fundamentalmente en lo que se refiere a las conductas de evitación, así como a la intensidad de la ansiedad experimentada en las relaciones interpersonales.

4.2. INTRODUCCIÓN.

La forma en que nos relacionamos con los demás, y los problemas derivados de esos modos de relación, constituyen uno de los aspectos más importantes en el estudio del comportamiento humano, ya que las experiencias derivadas de nuestras relaciones sociales son fundamentales, tanto en el desarrollo evolutivo como en el funcionamiento psicológico y social de las personas. Por ello, cuando interactuar con los demás se convierte en una situación aversiva, que nos provoca miedo, angustia y gran malestar, la vida de las personas se va estrechando, lo que puede dar lugar a un aislamiento social.

El miedo social que manifiestan algunas personas puede considerarse como parte de un continuo, donde los niveles de ansiedad determinan distintas conductas que van desde la inhibición en situaciones específicas hasta la evitación de situaciones nuevas (Zubeidat, Sierra y Fernández-Parra, 2007). Este problema ha sido denominado como

fobia social en el pasado, empleándose en la actualidad el término trastorno de ansiedad social. En este trabajo se usarán estos términos indistintamente.

4.2.1. El trastorno de ansiedad social: Características clínicas y criterios para el diagnóstico.

Los trastornos de ansiedad han constituido un importante objeto de estudio para la psicología, aunque diversos autores coinciden en que el trastorno por ansiedad social ha sido el menos investigado en el pasado. A pesar de que desde principios del siglo XX ya se conocían datos que sugerían la existencia de este tipo de problemas, el trastorno de ansiedad social, anteriormente fobia social, no adquiere entidad diagnóstica hasta la publicación del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), caracterizado por el miedo exagerado e irracional a la observación o el escrutinio de los demás en situaciones específicas, tales como hablar o escribir en público. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud no incluye este trastorno como categoría diagnóstica independiente en el Sistema de Clasificación Internacional (CIE) hasta 1992.

Esta ausencia de reconocimiento oficial en la nomenclatura diagnóstica ha otorgado durante años un lugar secundario para este cuadro clínico dentro de los trastornos de ansiedad (Echeburua y Salaberria, 1991). Así, Liebowitz et al (1985), tras realizar una revisión literaria acerca de este tipo de trastornos, califican a la fobia social como “el trastorno de ansiedad olvidado” (García López, 2000).

Sin embargo, a raíz de la publicación de la tercera edición revisada del DSM-III (DSM-III-R; APA, 1987), donde se introduce un subtipo generalizado de ansiedad social, comenzaron a proliferar trabajos de investigación acerca de este problema (García López, 2000).

En un reciente estudio teórico desarrollado por Zubeidat, Sierra y Fernández-Parra (2007) donde se describen diversas investigaciones acerca de los distintos subtipos de ansiedad social en población adulta, se apunta que mientras que la ansiedad social específica se refiere a una serie de estímulos concretos, la ansiedad social generalizada abarca la mayor parte de las relaciones interpersonales. Así, las personas

que presentan ansiedad social generalizada manifiestan un miedo intenso a que los demás les observen sudar, enrojecerse, hacer el ridículo, lo que tiene como consecuencia en la mayor parte de las ocasiones una respuesta de evitación.

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)* de la American Psychiatric Association (2000), propone los siguientes criterios para el diagnóstico diferencial de fobia social:

A. *Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.*

B. *La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.*

C. *El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.*

D. *Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.*

E. *Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.*

F. *En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.*

G. *El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).*

H. *Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).*

Generalizada: *Si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación).*

En este punto es importante tener en cuenta la comorbilidad existente entre el trastorno de ansiedad social y patrones o trastornos de la personalidad, tales como el trastorno de la personalidad por evitación (TPE) o el trastorno de la personalidad por dependencia (TPD).

Con respecto al TPE, diversas investigaciones han mostrado una alta tasa de comorbilidad con el trastorno de ansiedad social, fundamentalmente con el subtipo generalizado, afirmando que el 60% de las personas que sufren ansiedad social generalizada reciben también un diagnóstico de TPE (Olivares y cols. 2004). Esta alta tasa de comorbilidad ha generado diversidad de hipótesis entre los investigadores con respecto a la relación existente entre estos dos trastornos, sin que se haya llegado a una conclusión clara al respecto. Al margen de esta cuestión, en un contexto clínico resulta importante señalar la importancia de esta comorbilidad en relación a la planificación de la intervención y eficacia de los tratamientos.

Por otro lado, es importante destacar el alto grado de coexistencia entre distintos trastornos de la personalidad. Así, Belloch y Fernández-Álvarez (2005), apuntan que dos terceras partes de los pacientes diagnosticados de un trastorno de la personalidad presentan como mínimo otro.

4.2.2. Epidemiología.

Según se apunta en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), los estudios epidemiológicos indican que el trastorno de ansiedad social tiene una alta incidencia, con una prevalencia global que oscila entre el 3 y el 13%. Así, se pone de manifiesto que, en la población general, la mayor parte de las personas que presentan fobia social sienten miedo intenso a hablar en público, y algo menos de la mitad de los casos temen hablar con extraños o conocer gente nueva.

Asimismo, otros estudios epidemiológicos sostienen que las personas que presentan fobia social suelen desarrollar otros trastornos mentales, como pueden ser otros trastornos de ansiedad, la depresión mayor, trastornos por adicción y/o trastorno obsesivo-compulsivo (Magee y cols. 1996 citado en Carretero, Feixas, Pellungrini y Saúl, 2001).

4.2.3. Tratamientos psicológicos para la ansiedad social.

Como se ha mencionado anteriormente, este trastorno ha sido “el trastorno de ansiedad olvidado”, por lo que aún se están desarrollando teorías explicativas con respecto a su origen y mantenimiento, así como propuestas de tratamiento eficaces en los contextos clínico y académicos (Bados, 2001 citado en Carretero, Feixas, Pellungrini y Saúl, 2001). No obstante, desde un punto de vista psicológico, este problema ha sido tratado en terapia fundamentalmente desde el enfoque cognitivo-conductual y desde las terapias conductistas de tercera generación.

4.2.3.1. Terapias de corte cognitivo- conductual:

El tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social se ha abordado desde estas terapias mediante programas compuestos por una combinación de distintas técnicas conductuales y cognitivas (programas multicomponentes), entre las que destacan las siguientes:

- **Técnicas de exposición:** que puede ser a través de la imaginación o en vivo, y se puede realizar de forma individual o en grupo. Estas técnicas están basadas en los principios de extinción y contracondicionamiento, y entre las más usadas en el tratamiento de la fobia social están la inundación y la desensibilización sistemática.
- **El Entrenamiento en Habilidades Sociales:** Estas técnicas están basadas en el modelo de déficit conductual, y tienen como finalidad facilitar la adquisición de conductas sociales habilidosas, verbales y no verbales, ausentes en el repertorio conductual o inhibidas por la ansiedad y/o por cogniciones inadecuadas, siendo sus componentes básicos las instrucciones, el modelado, el ensayo de conducta, el reforzamiento positivo y la retroalimentación (Olivares y Méndez, 2001).
- **Técnicas de relajación:** La aplicación de estas técnicas al tratamiento de la ansiedad social se asienta sobre la hipótesis de que la relajación puede ser de ayuda para afrontar las respuestas psicofisiológicas de la ansiedad, empleándose

fundamentalmente la relajación muscular progresiva de Jacobson y relajación por respiración (García López, 2000).

- Técnicas de Reestructuración cognitiva: Se dirigen a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas. En el caso de la fobia social se trataría de conseguir cambios en la infravaloración, el miedo a la evaluación negativa realizada por los demás y a la atribución de los resultados positivos a la suerte o a las circunstancias, mientras que los negativos se atribuyen a las características o limitaciones personales.

4.2.3.2. *Terapias conductistas de tercera generación:*

Estas terapias provienen de la tradición conductual y se caracterizan por un planteamiento contextual basado en el análisis funcional de la conducta, adoptando la flexibilidad como criterio de adaptación ante los problemas, y despsiquiatrizando las categorías diagnósticas tradicionales (Barraca, 2009). Uno de los aspectos fundamentales de estas terapias es que la intervención no se dirige a la eliminación o cambio de los pensamientos y cogniciones, sino a la modificación de la función psicológica de los mismos, mediante la alteración de los contextos verbales que mantienen el problema.

En este trabajo se han tenido como referencia este tipo de terapias, fundamentalmente dos de ellas:

- Terapia de Aceptación y Compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy* o ACT) (Hayes, Stroschal y Wilson, 1999):

Siguiendo a Luciano y Valdivia (2006) podemos decir que ésta es una terapia orientada hacia los valores, donde el malestar o el sufrimiento se consideran intrínsecos al ser humano como ser verbal. Por tanto, los intentos desesperados de las personas para evitar ese sufrimiento “normal” es lo que genera el sufrimiento patológico. Así, se plantea que cuando se considera el sufrimiento y los eventos privados aversivos como algo anormal que hay que eliminar de nuestras vidas en cualquier situación, podemos

quedar atrapados en un patrón de conductas evitativas que generan más sufrimiento y que pueden alejarnos de las cosas que realmente queremos en la vida, manifestando así un Trastorno de Evitación Experiencial (Wilson y Luciano, 2007).

En consecuencia, con esta terapia se pretende flexibilizar ese patrón, alterando la regulación verbal que lo controla y aceptando nuestros eventos privados como lo que son, para que no suponga un obstáculo en la dirección a nuestros valores.

Desde esta concepción de los trastornos psicológicos, la ansiedad social sería entendida como la topografía de un Trastorno de Evitación Experiencial.

- Psicoterapia Analítico Funcional (*Funcional Analytic Psychotherapy o FAP*) (Kohlenberg y Tsai, 2007):

Al igual la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Psicoterapia Analítico Funcional surge desde el conductismo radical y se basa en los principios del análisis de conducta y el contextualismo funcional.

Uno de los aspectos fundamentales de esta terapia es la consideración de la relación terapéutica como un instrumento para generar el cambio en la conducta. Por tanto, es importante el análisis de la conducta que el cliente muestra en la sesión, detectando las *conductas clínicamente relevantes (CCR)* entendidas como conductas problema, sus interpretaciones y sus mejorías (Kohlenberg y Tsai, 1991). Asimismo, FAP propone una serie de reglas terapéuticas que ayudarán al terapeuta a evocar, identificar, reforzar e interpretar dichas conductas.

4.3. PRESENTACIÓN DEL CASO.

4.3.1. Motivo de consulta.

Federico, (en adelante F.) es un chico de 27 años, diplomado universitario, que actualmente se encuentra cursando su segunda diplomatura en la Universidad de Almería. Acude a la Unidad de Atención Psicológica de dicha universidad debido a “*mis problemas de ansiedad*” y demanda ayuda para “*saber controlar la ansiedad, controlar esos pensamientos que te invaden y las reacciones psicológicas*”.

4.3.2. Características generales de F. y su contexto.

F. vive actualmente con sus padres y dos de sus hermanos. El padre de F. es un alto cargo funcionario en la administración pública y preparador de oposiciones, y su madre es ama de casa. F. es el segundo de cuatro hermanos: dos de ellos son funcionarios públicos y su hermana, más pequeña que él, actualmente está estudiando y residiendo en otra ciudad. La relación con sus padres y hermanos es buena, aunque F. expresa que falta comunicación en aspectos “*íntimos*”, es decir, con respecto a sentimientos y emociones.

Su infancia y adolescencia transcurren en un pueblo de unos 20.000 habitantes. Se incorpora a la Universidad de Granada para cursar su primera carrera universitaria, trasladando su residencia a la capital. Una vez terminados sus estudios consigue su primer trabajo y, simultáneamente, se prepara, con ayuda de su padre, unas oposiciones a la administración pública que aprueba pero sin plaza. Actualmente se encuentra cursando el último curso de su segunda diplomatura.

No sufre ninguna enfermedad médica, ni toma ningún tipo de medicación.

4.3.3. Historia del problema.

Aunque los problemas de ansiedad parecen ser una constante desde su adolescencia, se intensificaron hace aproximadamente tres años, coincidiendo con las oposiciones a las que se presenta y, a pesar de superar las distintas pruebas, no consigue

plaza: *"desde hace unos tres años siento más ansiedad y soy cada vez más exigente conmigo mismo"*.

Su infancia y adolescencia transcurren en un ambiente muy tradicional, caracterizado por la alta exigencia de su padre, un hombre muy directivo en distintos ámbitos y muy reservado con respecto a emociones y sentimientos, y la sobreprotección de su madre. Cuando F. tenía 8 años de edad su padre es diagnosticado de depresión, pasándose meses sin salir de la cama, lo que determinará una forma de relacionarse entre los miembros de la unidad familiar, siendo la mayor premisa no disgustar al padre bajo ningún concepto por temor a una recaída. Así, el padre no ha encontrado oposición a la hora de determinar cuáles eran las necesidades de la familia en cada momento y ha tomado por ellos las decisiones importantes, fundamentalmente en los ámbitos formativo y laboral. La responsabilidad, la superación, el éxito (vs el fracaso), y el reconocimiento social han sido los valores predominantes para su familia. Este alto nivel de exigencia familiar ha tenido como consecuencia una crianza donde F. se ha visto sometido a fuertes contextos de comparación, fundamentalmente con respecto a sus hermanos.

Aunque F. se considera un estudiante mediocre, ha aprendido muy bien a resolver problemas que le garanticen casi con total seguridad el éxito académico-laboral, y ha organizado su vida en función de objetivos y metas a conseguir para obtener de esta manera la aprobación familiar y social: *"Soy perfeccionista y muy exigente conmigo mismo. Cuando te pones un objetivo tienes que cumplirlo. No me permito equivocarme ni tener errores. Todos los objetivos que me propongo son igual de importantes, sino no serían objetivos"*.

Los problemas para F. surgen en el ámbito social y en las relaciones interpersonales: *"Tengo mucho sentido del ridículo y cuando estoy con gente me siento observado, y pienso que tengo que hablar con ellos, que tengo que estar a la altura de mis amigos. Pero noto cómo me sonrojo y pienso que todos me miran porque estoy rojo, y lo paso fatal, me pongo muy nervioso, me bloqueo y no sé qué decir ni qué hacer. Me sudan las manos, me pongo muy rojo, incluso en algunas ocasiones hasta tartamudeo y siento que el corazón se me va a salir. Lo paso muy mal y, al cabo de un tiempo, termino marchándome a casa"*.

Hace aproximadamente 3 años acudió a la consulta de un psicólogo, con el que realizó 5 sesiones, abandonando la terapia porque era demasiado costosa económicamente hablando. Con respecto a esta terapia, no aportó ninguna información argumentando que no recordaba bien lo sucedido.

F. es un chico con una gran necesidad de agradar a los demás y un autoconcepto bastante deteriorado. Se ruboriza con facilidad lo que le crea un gran malestar, ya que siente que todo el mundo le observa y se siente muy avergonzado: *“Siempre quiero quedar bien con todo el mundo, tengo la necesidad de complacer a los demás y me machaco mucho con esto. Me gusta estar con la gente pero no sé de qué hablar con ellos, no sé cómo tratarlos. Entonces me pongo rojo, y veo que la gente está pendiente de mí, mirándome fijamente y esto me hace sentir muy incómodo, me genera mucha ansiedad. Cuando estoy con la gente siempre está más presente el fracaso que el éxito”*.

Muestra un alto sentido del ridículo, un miedo excesivo a las evaluaciones negativas de los demás y una autoexigencia implacable. Se siente inseguro e incapaz de desenvolverse en las situaciones sociales y se compara con los demás sistemáticamente: *“Me obligo a quedar bien con la gente. Veo a mis amigos que son la hostia para relacionarse, me comparo con ellos y pienso que no estoy dando la talla, me obligo a hablar con la gente y me hago mucho daño con esto”*.

Se siente incómodo y, en sus propias palabras, “paralizado” cuando está solo: *“La soledad no me gusta, la odio. Tengo pánico a la soledad, me da melancolía. Cuando estoy solo pienso ¿Qué hago solo? Debería estar con mis amigos...No lo llevo bien”*.

Asimismo, tiene dificultades para tomar decisiones sobre aspectos importantes de su propia vida, dificultades para hacer las cosas sin supervisión y aceptación de los demás, fundamentalmente de su padre, debido que en su historia personal este tipo de decisiones han sido tomadas por él, lo que ha desembocado en la falta de confianza en sus capacidades. Se describe como un chico muy tímido, inseguro y son frecuentes las expresiones de vergüenza y la autocrítica.

4.4. EVALUACIÓN.

La evaluación inicial se realizó a lo largo de tres sesiones. Los procedimientos de recogida de información que se utilizaron para la evaluación del caso fueron los siguientes:

- ✓ *Inventario Clínico multiaxial* de Millon (*MCMI- III*) (Millon, 2007).
- ✓ *The Beck Depression Inventory (BDI)* (Beck, 1961).
- ✓ *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberger, et al., 1970).
- ✓ Entrevista semi-estructurada.

4.4.1. Datos obtenidos de los instrumentos de evaluación.

Tras analizar los datos obtenidos del *Inventario Clínico multiaxial* de Millon (*MCMI- III*) (Millon, 2007) y observar que no se dan ninguna de las condiciones que se describen en el manual para la invalidación de la prueba, se presentan los resultados obtenidos de la misma.

Con respecto a la evaluación de la validez del protocolo obtenemos los siguientes datos:

- *Índice de Validez*: la puntuación en la escala V es 0, lo cual nos indica que la prueba es válida.
- *Índice de Sinceridad*: La puntuación en la escala X se encuentra dentro de los parámetros que indican que la prueba es válida.
- *Índice de Deseabilidad social*: la puntuación obtenida en la escala Y no nos hace pensar que exista tendencia a presentarse de forma personalmente atractiva, por lo que los datos no se ven afectados por deseabilidad social.
- *Índice de devaluación*: La puntuación PREV en la escala Z es 81, lo que nos indica una tendencia a despreciarse o devaluarse, presentando dificultades emocionales. Sin embargo, esta puntuación no invalida la prueba. Debemos tener en cuenta que puede tratarse de un estilo de respuesta que le hace parecer más deteriorado psicológicamente de lo que realmente está.

Con respecto a las puntuaciones para las distintas escalas, destacamos los siguientes resultados:

- Eje II: Escala 3 (Dependiente): indicio de presencia de rasgo de personalidad clínicamente significativo (puntuación PREV 77). Asimismo, las puntuaciones en las escalas 2A y 2B (Evitativa y Depresiva respectivamente) deben tenerse en cuenta, ya que la puntuación es 73 en ambas (siendo clínicamente significativo partir de una puntuación de 75).
- Eje I: las puntuaciones en la escala A (trastorno de ansiedad) indican la presencia y prominencia de un síndrome o de un síntoma patológico (puntuación PREV 93).

Con respecto al *The Beck Depression Inventory (BDI)*, la puntuación obtenida es 14, encontrándose dentro de los parámetros de depresión leve.

Por otra parte, las puntuaciones que nos ofrece el *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberger, et al., 1970) indican que con respecto a la escala ansiedad-estado el sujeto se encuentra dentro de la media poblacional con un puntuación de 23, encontrándose por encima de la media en el caso de la escala ansiedad-rasgo con una puntuación de 34.

Con las entrevistas realizadas durante las tres primeras sesiones se evaluaron aspectos tales como sintomatología ansiosa, situaciones donde aparece dicha sintomatología, estado de ánimo, conductas de evitación, habilidades sociales, así como distintos aspectos de su historia personal y familiar.

Las situaciones en las que refiere sentir mayor grado de ansiedad son hablar en público, distintas situaciones sociales en las que tiene que relacionarse tanto con personas conocidas como con desconocidos (fiestas, viajes, cenas, etc.), bailar en público y seducir a chicas. Asimismo, la ansiedad aumenta cuando es consciente de la sintomatología ansiosa, fundamentalmente cuando se ruboriza. El resultado es la evitación de estas situaciones sociales que le generan altos niveles de ansiedad, y cuando se expone a ellas le generan un malestar muy intenso.

Si establecemos un diagnóstico formal siguiendo el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)* de la American Psychiatric Association (2000), comprobamos que la información obtenida se ajusta a los criterios para el diagnóstico diferencial de trastorno de ansiedad social generalizada. Asimismo, F. presenta un patrón de personalidad dependiente, con características evitadoras y depresivas, lo que sin duda está altamente relacionado con sus problemas de ansiedad social.

Sin embargo, la etiqueta que nos aportan los sistemas de clasificación tales como el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association ,2000), si bien son necesarios para aspectos más formales, en la práctica clínica van a ser de menor utilidad. Al enfrentarnos a este caso creemos necesario analizar las conductas concretas que constituyen el núcleo del problema del paciente, que lo generan y/o mantienen, sus antecedentes y sus consecuentes así como el contexto en el que se dan, con el objetivo de llevar a cabo una intervención que realmente ayude a F.

4.4.2. Análisis Funcional:

Teniendo en cuenta los datos obtenidos a través de la evaluación inicial, proponemos un análisis funcional donde la evitación activa y pasiva están mantenidas por contingencias reforzantes negativas, es decir, por la reducción de malestar/ansiedad que siente en contextos sociales ante pensamientos tales como que no va a ser capaz de relacionarse socialmente de una forma habilidosa, competente, y que, por tanto, va a hacer el ridículo, defraudando a los demás, lo que puede desembocar en un rechazo de éstos hacia él.

Ahondando un poco más en el problema y desde el punto de vista del contextualismo funcional, se exponen a continuación algunas apreciaciones acerca del comportamiento verbal de F. y cómo está afectando a su situación actual.

La demanda principal de F. está relacionada con el malestar que le provoca la ansiedad. Esta ansiedad aparece en diferentes situaciones, que podríamos considerar dentro de una clase funcional donde está en juego el reconocimiento social y, por tanto,

sentir la aceptación por parte de los demás y, si se me permite, el amor. Mantener relaciones sociales, estar con amigos, establecer conversaciones con conocidos y desconocidos, seducir a chicas, representan para F. un gran desafío. Por una parte, son deseadas y necesarias en el camino de sus valores, pero en presencia de las mismas se ponen en marcha pensamientos tales como: “ahora tengo que gustar a la gente, y para eso tengo que ser extrovertido, esto es, simpático y divertido, tengo que ser como mis amigos. Si soy simpático y divertido como mis amigos conseguiré ser atractivo para los demás y conseguiré su reconocimiento y su amor. Pero yo no soy como ellos, yo soy tímido, y me pongo rojo, y cuando estoy rojo soy feo. Todo el mundo se da cuenta de que estoy rojo y eso es vergonzoso. Voy a hacer el ridículo. Los demás no hacen el ridículo, así que soy peor que ellos, soy menos que ellos”.

Este tipo de reglas, y las reacciones físicas que le acompañan (palpitaciones, sudoración, rubor, etc.) le generan un gran malestar y en ese momento todo su mundo gira en torno a la necesidad de control sobre los eventos privados, mermándose así la posibilidad de recibir contingencias directas positivas en este tipo de contextos. Además, la falta de éxito en el control de dichos eventos privados y la ausencia de contingencias directas positivas desembocan en una gran sensación de fracaso, con las relaciones verbales que esto conlleva. Así, distintos tipos de situaciones que tengan como elemento común las interacciones sociales o la anticipación de las mismas, han ido adquiriendo una función aversiva, y ciertos estímulos presentes en ellas se han convertido en estímulos discriminativos que ponen en marcha el proceso descrito anteriormente y que tienen como consecuencia una conducta de evitación, tanto activa como pasiva. Un ejemplo de esto podría ser viajar con amigos. La última vez que viajó con unos amigos, hace unos dos años, lo pasó muy mal, ya que durante el viaje conocieron a algunas personas, que se unieron a su grupo de amigos. Cuando estaba con esas personas, desconocidas hasta ese momento, le asaltaban pensamientos del tipo antes mencionado, y comenzaba a sentir ansiedad. Ante esta situación, toda su atención se dirigía al control de sus reacciones y pensamientos, lo que le hacía sentir cada vez peor, optando por permanecer callado, intentando interactuar con ellos no menos posible, siendo su mayor deseo que el viaje terminase para poder volver a casa. Así, nos comenta que aunque le gusta viajar, prefiere no hacerlo por temor a que le vuelva a pasar algo así.

A modo de resumen, F. se encuentra atrapado por la literalidad de las funciones verbales de sus eventos privados, alejado del aquí y el ahora y de sus valores. Por otra parte tiene un gran valor para F. el reconocimiento de los demás, sentirse querido y quizás admirado y ser una persona socialmente atractiva, situados en un marco de condicionalidad para obtener el éxito y por tanto el amor, y a su vez, en un marco de oposición con sentir ansiedad y eventos privados aversivos. Asimismo, sus conductas sociales se encuentran dentro de marcos relacionales de equivalencia y comparación fundamentalmente, generándose un sentimiento de inferioridad con respecto a los demás en términos de habilidad social y éxito personal que va en aumento con cada experiencia vivida como un fracaso. Ciertos aspectos de las situaciones sociales y de las relaciones interpersonales se han convertido en estímulos discriminativos por la historia de F. de sentir ansiedad y de la aparición de eventos privados aversivos, por lo que en dichas situaciones comienza una lucha titánica con los mismos en un intento de controlarlos y/o se da una conducta de evitación, sea esta activa o pasiva. Este tipo de conductas alejan invariablemente a F. de las contingencias directas positivas que pueden ofrecerle este tipo de situaciones, manteniéndose un patrón de conducta rígido, desadaptativo, que lo va sumergiendo en un malestar cada vez mayor.

4.5. INTERVENCIÓN.

A partir del anterior análisis se planteó una intervención desde una aproximación contextual, tomando como referente distintas terapias conductistas de tercera generación, fundamentalmente la Terapia de Aceptación y Compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy* o ACT; Hayes, Stroschal y Wilson, 1999) y de la Psicoterapia Analítico Funcional (*Functional Analytic Psychotherapy* o FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991), aunque también se incluyeron técnicas de Mindfulness.

4.5.1. Objetivos de intervención.

A continuación se presentan los objetivos terapéuticos que guiaron nuestra intervención:

Objetivo general.

- Lograr que F. se relacione socialmente y que pueda disfrutar de esas experiencias.

Objetivos específicos.

- Proporcionar durante la terapia un contexto en el que poder contemplar los pensamientos, emociones y sentimientos, tanto los que resultan agradables como los que no, sin que estén sometidos a valoraciones o juicios, como alternativa a la lucha contra ellos, para que no supongan un obstáculo en el camino hacia sus valores.
- Desactivar funciones verbales de forma que las palabras no controlen la conducta, alterando contextos de literalidad y valoración que ayuden a diferenciar entre el yo y la conducta, debilitando las relaciones del tipo “yo tengo que” (autoexigentes) que implican contextos de comparación, así como procesos verbales que interfieren con contingencias directas positivas de vivir aquí y ahora.
- Clarificar valores y barreras.
- Generar en terapia un contexto de intimidad que propicie la expresión de sentimientos y emociones.

La intervención psicológica llevada a cabo en este caso se ha desarrollado en formato individual a través de catorce sesiones de terapia y dos sesiones de seguimiento. La periodicidad de las sesiones ha sido semanal con una duración media de una hora por sesión.

En este trabajo la intervención se presenta descrita en relación a los objetivos. Es importante destacar que estos objetivos se trabajaron en función de las demandas y necesidades del cliente a lo largo de las distintas sesiones, por lo que algunos de ellos estuvieron presentes durante toda la terapia o se retomaron cada vez que se consideró necesario.

4.5.2. Sesiones de la 1 a la 3: *Evaluación y establecimiento de la relación terapéutica.*

Durante estas primeras tres sesiones se desarrolla el procedimiento de evaluación y se elabora la historia clínica. Estos dos aspectos han sido descritos en el epígrafe anterior, por lo que nos centraremos en este punto en un aspecto fundamental de la intervención: la relación terapéutica.

La importancia de la relación terapéutica en el proceso clínico radica en que se trata de un modelo de relación entre terapeuta y cliente, que ofrece una oportunidad para aprender nuevos patrones de pensamiento y crear mejores relaciones durante las sesiones de terapia, con el objetivo de que estos aprendizajes se generalicen a la vida diaria del cliente. Es necesario que este proceso interactivo se desarrolle en un contexto seguro, donde prime la confianza y el respeto, un contexto en el que el cliente pueda expresarse sin temor ser juzgado, y donde se sienta libre. La relación terapéutica es una herramienta potente para la adherencia a la terapia y, por tanto, para el cambio, por lo que es un aspecto que será muy importante durante la intervención, especialmente en las primeras sesiones.

4.5.3. Sesiones de la 4 a la 9: *Desactivar funciones verbales y vivir en el presente: descubriéndonos a nosotros mismos, primeras exposiciones y expresión de sentimientos.*

Desde el comienzo de la intervención, se observó que F. presentaba grandes dificultades para “vivir en el presente”, realizando multitud de actividades de las que no disfrutaba, debido que toda su atención se centraba en los intentos de control de los eventos privados que le resultaban aversivos, y en las actividades y tareas pendientes de realizar:

“Planifico todas las cosas que tengo que hacer durante el día, y la verdad es que hay días que termino muy cansado, pero tengo que hacerlas. Cuando me propongo algo tengo que conseguirlo. Me agobio de pensar en las cosas que tengo pendientes, me gusta hacer muchas cosas en poco tiempo y hacerlas bien. Pero la mayor parte del tiempo estoy distraído, pensando en las cosas que tengo que hacer en vez de centrarme en la que estoy haciendo. A veces estoy en clase, pero estoy pendiente de mis reacciones, si me pongo rojo, si hay alguien mirándome,... termina la clase y no me he enterado de nada de lo que ha dicho el profesor”.

Una primera intervención para abordar esta problemática fue sugerir a F. que acudiera al grupo regular de meditación de la Universidad de Almería. Las técnicas desarrolladas en este grupo de meditación podían ofrecer a F. un contexto donde aprender a centrarse en el momento presente de un modo activo, procurando no interferir ni valorar lo que siente o piensa en cada momento. Así, pretendemos también fomentar en F. su yo como contexto, independiente de sus pensamientos, emociones y estados corporales. Este grupo de meditación se reúne durante una hora a la semana y se proponen ejercicios para realizar diariamente en casa de forma individual. F. acudió al mismo regularmente durante todo el proceso de intervención.

Durante estas sesiones, la intervención en lo que se refiere a la desactivación de funciones verbales fue prioritario, dado que era el aspecto que más atrapado mantenía a F. Él expresaba en numerosas ocasiones que *“los pensamientos me bombardean constantemente, son pensamientos negativos. Me pongo rojo con facilidad y pienso que todos me miran y dan cuenta de que estoy rojo, y eso me da mucha vergüenza y me hace sentir muy mal”.*

Ruborizarse en presencia de los demás supone un verdadero problema para F, y así lo manifiesta desde el principio.

“Me pongo rojo en muchas situaciones, no sólo cuando siento vergüenza, también cuando tengo calor, cuando ando rápido, y se me nota mucho. Cuando estoy rojo soy feo y la gente me mira”.

El pensamiento “estoy (o me pondré) rojo, entonces estoy (o estaré) feo, se dan cuenta de que estoy rojo y se ríen de mí, me ven ridículo” tiene mucha fuerza en F, siendo una de las principales barreras. En un primer momento, la terapeuta usa la

manipulación cognitiva directa, expresándole que ese momento estaba rojo y que ella no le veía feo ni pensaba que le pareciese ridículo. Del mismo modo, se pregunto a F. acerca de las contingencias directas recibidas en el presente acerca de este tema.

A continuación se presenta un fragmento de una sesión:

F- Me pongo rojo de una manera exagerada.

T- ¿Qué sientes cuando estás rojo?

F- Me genera inseguridad, porque la gente me mira y lo asocia a la rojez.

T- Y ¿qué te dicen tus pensamientos?

F- Qué la gente te esta mirando porque estás rojo. Me pongo muy rojo cuando entro en sitios donde hay calefacción, enseguida me pongo muy rojo cuando siento calor. Pero que no es cosa mía, que la gente me lo dice, me dice ¡Estás rojo! Y para mí es algo muy negativo, me afea. Me siento feo.

T- ¿Te ha dicho alguien que estás feo rojo?

F- No,... pero para mí es algo negativo, que me limita, que me genera mucha vergüenza.

T- Si nadie te ha dicho que estás feo cuando estás rojo, entonces ¿el que te lo dice es tu pensamiento?

F- Sí, es cosa mía, pero me lo imagino.

T- ¿Pero te han dicho alguna vez que eso es malo, que estás feo, que es algo negativo?

F- No, eso son cosas mías.

T- ¿Y que estás guapo? Quizás haya gente que piense que cuando estás rojo estás más guapo...

F- No, tampoco.

T- Pero también puede ser...

F- Sí. Pero yo siempre lo interpreto como algo negativo. Me da mucha vergüenza... no me gusta que me vean rojo.

T- No puedo saber qué piensa la gente cuando te ve rojo, puede que tengas razón y te vea feo, pero ¿puede que estés equivocado?.

F. ya...

Para poner de manifiesto que controlar sus eventos privados no era posible y que este tipo de intento de solución no le estaba llevando a sentirse mejor se plantea una pequeña metáfora:

T- Intentas no ponerte rojo... y es como intentar que la sangre no circule por tu cuerpo... es como si intentases que tu corazón dejase de bombear sangre... mientras que tu corazón bombea sangre a tu cuerpo, te vas a poner rojo, en diferentes ocasiones...

F- ya... tienes razón, es cierto que cuando estoy más activado me pongo más rojo...

Conforme las sesiones fueron avanzando y F. se fue implicando en distintas actividades, la terapeuta le hacía ver que estar rojo y relacionarse obteniendo consecuencias positivas era posible, reforzando su conducta.

En este mismo sentido, se realizaron ejercicios dirigidos a distinguir valoraciones y pensamientos como tales, siendo uno de ellos el ejercicio de *Sacar la Mente a Pasear* (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002). Se le pidió a F. que fuese a comprar un bolígrafo a un edificio próximo del campus acompañado por la terapeuta, que tomó el papel de la mente y le fue diciendo cosas como “ya te has puesto rojo” “todos te están mirando”, “seguro que se ríen de ti”, etc. Posteriormente, se trabajó acerca de cuál había sido su experiencia. Este ejercicio ayudó a F. a ver sus pensamientos como algo distinto a él, a romper un poco la fusión que tenía con ellos. En sesiones posteriores comentó que cuando se encontraba con gente y los pensamientos le invadían recordaba este ejercicio y se decía sí mismo: “ya están mis pensamientos diciéndome cosas”.

Otro de los aspectos que aparecen frecuentemente en terapia es su alto nivel de autoexigencia en la vida, comparándose constantemente con sus amigos, sus hermanos, su padre, e imponiéndose la regla “tengo que hacer muchas cosas y hacerlas bien, conseguir mis objetivos, tengo que estar a la altura”. El objetivo en este caso fue flexibilizar este patrón de éxito-fracaso situados en un fuerte marco de oposición. De este modo, hacer ver a F. que si bien es cierto que hay contextos (contextos de competitividad, en los ámbitos académico y laboral, etc.) donde este tipo de reglas pueden ser útiles, y de hecho en su caso así es y obtiene reforzamientos a través de las mismas, hay muchos otros contextos en los que no lo son. Así, cuando se enfrentaba a una situación social, ninguna de esas reglas eran eficaces. En este sentido, se generó un estado de desesperanza creativa con preguntas del tipo ¿Qué haces para conseguirlo?

¿Dónde te lleva eso?, para posteriormente considerar la posibilidad de ampliar el repertorio de conductas, con frases del tipo “tú eliges qué vas a hacer”.

En este punto, se hace necesario explorar valores y barreras, siendo importante clarificar los valores impuestos de los valores elegidos.

F. lleva una agenda con todas las actividades que “debe hacer” durante el día, asistir a clase, hacer tareas académicas y estudiar para los exámenes, hacer deporte, y una vez concluidas cada una de ellas las tacha de la agenda como “objetivo cumplido”. Como ya se ha mencionado anteriormente, estos objetivos son de obligado cumplimiento para él, porque de lo contrario estaría más cerca del fracaso que del éxito. Sin embargo son demasiadas tareas de las que no disfruta y que le dejan exhausto y vacío. En estos casos, justifica todos estos objetivos dando razones tales como que quiere terminar la carrera en junio, que hacer deporte todos los días es saludable, etc. Pero cuando la terapeuta le pregunta *¿Para qué lo haces? ¿Dónde quieres llegar? ¿Qué consigues?*, en ese momento se queda callado, y finalmente responde:

“Busco el reconocimiento de la gente, que vean que lo llevo todo para adelante”.

En este momento se le dice *“Entonces haces cosas que a la gente le gusta que hagas... pero ¿Dónde te quedas tú? ¿Qué cosas verdaderamente te hacen disfrutar?”.*

Uno de los ejercicios que se realizan para explorar valores es decirte a F. *“Imagínate que han pasado diez años, descríbeme tu vida ¿Dónde estás? ¿Qué estás haciendo? ¿Con quién estás?”*

De igual modo, con motivo del comienzo del año se le pregunta: *¿Qué quieres para tu vida en este nuevo año?*

Uno de los valores primordiales, que era tener un buen puesto de trabajo, como funcionario a ser posible, cambia su posición prioritaria durante la discusión de los ejercicios (regulación *pliance*), sustituyéndose por disfrutar con las cosas que hace y en sus relaciones sociales a corto plazo y, a largo plazo, formar una familia, tener amigos con los que disfrutar y un negocio propio. A continuación se trabaja acerca de cuáles de esos valores serían el punto de partida y cuál va a ser la dirección más apropiada a seguir. Pensamos que este trabajo puede suponer una gran motivación que le ayude a exponerse a diferentes situaciones que está evitando, por ejemplo ligar con chicas. Sobre esto él dice que ligar con chicas no ha sido un problema en el pasado, que ha tenido bastantes relaciones, pero que ahora le aterraba acercarse a una chica con el propósito de seducirla y una vez más da razones argumentando que es exigente también

en ese aspecto, que para estar con una chica tiene que ser alguien con sus mismos gustos, y demás pretextos:

T: ¿Cómo sabrás que una chica tiene todas esas características?

F.: bueno... conociéndola.

T: ¿Y cómo se consigue eso?

F.: ... hablando con ellas... pero me cuesta mucho.

T: Imagínate que hay una chica que te llama la atención, por lo que sea, imagínate charlando con ella, sin ningún objetivo, sin planes, sólo para conocerla.

F. Uuufff ... eso me costaría mucho.

T: ¿qué puede pasar?

F: Que me rechace, que no le guste...

T. O que le gustes... Es como una moneda con dos caras, en la que en una está gustarle y en la otra no gustarle... lanzamos la moneda al aire y no sabemos que cara saldrá... pero si nunca la lanzamos perdemos cualquier posibilidad...

F. Me gustaría no tener miedo...

T: El miedo es algo necesario en la vida, y es imposible no tenerlo...

F: Yo puedo acercarme a una chica, y hablar con ella, pero intentar algo más... el miedo me paraliza...

T: ¿Has estado alguna vez en una piscina sobre un trampolín muy alto?

F: sí.

T: Cuando estás arriba y miras hacia abajo da miedo tirarse. Hay personas que se suben por primera vez y sienten ese miedo... pero una vez que se tiran disfrutan de la experiencia y vuelven a tirarse una y otra vez, y ese miedo del principio, esas sensaciones se convierten en algo divertido. ¿Te ha pasado esto alguna vez?

Otro aspecto de gran importancia que estuvo muy presente durante la intervención en consonancia con mencionado anteriormente es el yo. Además de encontrarse muy fusionado con sus contenidos verbales en muchas situaciones la conducta de F. se encuentra bajo control externo, lo que hace que él se sienta muy inseguro, fundamentalmente en las relaciones interpersonales y en los contextos de intimidad: “*Me cuesta mucho tomar decisiones, por tontas que sean, necesito esa persona que esté ahí encima y que me proteja. Me veo poco capaz.*”.

Con “esa persona” se está refiriendo a los demás en general y a su padre en particular. Todas las decisiones importantes en su vida requieren la aprobación de su

padre, cuando no es su padre el que las toma directamente. Por tanto, las riendas de su vida las llevan los demás. Con respecto a esto dice *“aún me considero un niño”*. Comenta en terapia que le gustaría irse un año a estudiar fuera de España, y ha pensado en solicitar una beca para estudiar en una universidad europea, pero le angustia estar solo lejos de su familia y amigos: *“Me da miedo no tener ese círculo que me apoya, me cuesta mucho tomar decisiones”*. En este punto la terapeuta introduce una metáfora: *“Los pájaros construyen sus nidos, y cuando tienen pajaritos los protegen y los alimentan, impidiendo que salgan del nido para que nada malo pueda pasarles. Pero los pajaritos no se quedan en el nido eternamente. Al principio salir del nido les asusta, porque no saben volar. Comienzan a batir sus alas, lo intentan, pero no consiguen alzar el vuelo, y los papas pájaro se acercan a ellos y les ayudan. Muchas veces se caen, hasta que llega el día en que aprenden a volar y abandonan el nido para construirse uno propio. ¿Cómo crees que aprenden a volar? ¿Cómo se aprende a tomar decisiones?”*, y él contesta *“no sé,... ¿equivocándose?”* a lo que la terapeuta contesta *“tomándolas. Muchas veces nos equivocamos, no batimos las alas adecuadamente y nos caemos, pero aprenderemos de ello. Esto puede darnos miedo, pero tú decides que hacer con ese miedo. Es tu miedo así que irá contigo a todas partes, pero tú decides donde colocarlo: delante de ti como una pared que te impida andar, o meterlo en una maleta que nos acompaña pero sin bloquearnos el camino”*.

Las intervenciones mencionadas anteriormente van en camino de generar un distanciamiento entre el yo contexto y el yo contenido. No obstante, es importante también la exposición a situaciones sociales que le aporten contingencias positivas directas. La exposición se realiza de una forma gradual, comenzando a moldear conductas en sesión para, posteriormente, poder enfrentarse a las relaciones sociales en su vida diaria.

Uno de los primeros ejercicios de exposición que se llevaron a cabo fue bailar una canción en la sesión de pie sobre la mesa del despacho, ya que bailar delante de los demás era una de las situaciones temidas. Al comienzo del ejercicio dice sentirse muy incómodo. A continuación se expone un fragmento de la intervención durante el ejercicio:

T: ¿Cómo te sientes?

F. Muy incómodo, ridículo.

T: ¿Y tus pensamientos que te dicen?

F: Que no sé bailar y la gente se da cuenta de que soy soso, que los gestos y la forma de bailar me delatarán y se me notará que soy tímido y que no sé bailar

T. Y con todos esos pensamientos ¿puedes bailar?

F: Sí.

Comienza a moverse un poco pero conforme avanza la canción va parando hasta quedarse quieto. En ese momento se para la canción y se le vuelve a preguntar cómo se siente y qué le dicen sus pensamientos, y manifiesta que la intensidad del malestar ha aumentado, que es muy similar a la que siente cuando está en una discoteca. Se le vuelve a preguntar “*Y con todo eso ¿puedes bailar?*” y contesta afirmativamente. Se vuelve a poner la música y consigue bailar hasta el final de la canción.

A continuación, se refuerza la conducta y se tratan aspectos tales como desactivación de funciones verbales de la palabra tímido y la importancia de “estar aquí y ahora”, y se le refuerza que “ha sido capaz”, con todos los pensamientos que le invadían. A colación del ejercicio él expresa: “*A veces estoy por ahí con mis amigos y me fuerzo a bailar, y creo que no debo forzarme, si no tengo ganas de bailar pues para que voy a hacerlo (dar razones)*” La terapeuta dice entonces: *Hay algo que no tengo claro... no bailas ¿por que no te apetece o por que te da tanto miedo que prefieres no hacerlo?* Se queda callado y después dice que es por el miedo. A esto la terapeuta contesta que es importante darse cuenta de esto: “*muchas veces es el miedo el que toma las decisiones y da razones para hacer o no hacer las cosas. ¿Quién toma las decisiones en tu vida tú o tu miedo?*” En relación a este ejercicio la terapeuta le dijo a F. que podría haberse negado a hacerlo sobre la mesa, o ha hacer el ejercicio de ninguna manera, *¿Por qué lo has hecho?* A lo que contesta “*pues me lo he estado pensando porque pensé que no iba a ser capaz, pero al final he decidido hacerlo porque la terapia me está ayudando y para mí es importante*”. Con esto intentamos ver si sus esfuerzos iban dirigidos también a obtener nuestro “reconocimiento” y entonces la terapeuta dice “*hay otros clientes que se han negado, y no pasa nada... no tienes que demostrarnos nada*”.

En este punto F. comenta que tiene problemas para decirle a la gente “no” cuando le piden que haga cosas por ellos. Así que se trata este aspecto y se realizan algunos ejercicios (ejercicio de poner límites, ensayos de conducta,...).

Durante las últimas sesiones de este bloque, una vez que se ha establecido una buena relación terapéutica, se comienza a facilitar la expresión de sentimientos,

moldeando las conductas y generando un contexto de intimidad en el que no se sienta cohibido.

Durante las dos últimas sesiones refiere cambios en su estado de ánimo, manifestando sentirse más animado y con más fuerza para hacer las cosas: *“Para mí es muy importante no tocar fondo, y ese es un miedo que antes tenía y que ya no tengo”*, y también comienza a ser más asertivo en terapia y en su vida diaria.

4.5.4. Sesiones de la 10 a la 14: Exposición y ampliación del repertorio de conducta en las relaciones interpersonales, y refuerzo de los logros conseguidos.

En este punto de la intervención comienzan a observarse cambios en la conducta muy positivos en F. Está mucho más abierto a la experiencia y se implica en muchas más situaciones sociales que le están aportando contingencias positivas y por tanto están teniendo como consecuencia que el repertorio de conducta se vaya ampliando.

El control que los pensamientos tenían en la vida de F. era un problema que nos preocupaba bastante, ya que le paralizaba y obstaculizaba su avance. Uno de los ejercicios que más impacto tuvo en la superación de este problema fue una metáfora extraída de un cortometraje de animación, titulado *“Bounding”* (Pixar). F. se sintió muy identificado con la historia y manifestó abiertamente que era algo que siempre recordaba cuando sentía miedo y sentimientos de incapacidad, fundamentalmente una frase que aparecía en la historia: *“tu mente te miente”*. En ese momento, sus miedos pasaban a un segundo plano y se implicaba mucho más en la vida.

Se llevan a cabo diferentes ejercicios de exposición fuera del contexto de terapia, donde se observan cambios significativos con respecto a la manera de enfrentarse a ellos, de una forma mucho más activa y refiriendo menor grado de malestar.

A uno de ellos le llamamos *“un baile por un abrazo”*. Este ejercicio consistió en colocarse una cartulina en la camiseta donde rezaba la frase *“un baile por un abrazo”*, y situarse en la puerta de la biblioteca del Campus de la Universidad de Almería. La consigna era que cada vez que alguien se acercara y nos abrazara, debíamos corresponderle y realizar un pequeño baile. Este ejercicio incluía muchos de los aspectos que F. evitaba, como es interactuar con desconocidos, bailar en público y expresiones de afecto, que estarían dentro de su categoría *“hacer el ridículo”*. Conforme

nos dirigíamos a la biblioteca F. refirió sentir bastante malestar y una vez allí comenzó a hacer el ejercicio de una forma algo pasiva. Sin embargo, fue muy importante darse cuenta de las reacciones de las personas que nos veían: algunos parecían sentir más vergüenza que nosotros, otros nos abrazaban y entablaban una conversación, otros se reían, otros querían participar en la actividad, y finalmente, y sin indicación de la terapeuta, era F. el que tomaba la iniciativa, acercándose a las personas que por allí pasaban e intercambiando abrazos por pequeños bailes. Una vez finalizado el ejercicio F. comentó: *“Me siento liberado. Los primeros minutos me han costado mucho, pero la reacción de la gente me ha animado y me ha tranquilizado, y he pensado ¡Que sea lo que tenga que ser! Me ha encantado lo de los abrazos y lo he pasado muy bien... ¡Todas estas cosas me las he estado perdiendo!”*.

Otro de los aspectos a destacar es que comenzó a contarle a algunos de sus amigos que estaba recibiendo terapia psicológica, algo que durante las primeras sesiones afirmaba que sería incapaz de hacer. Esta fue una experiencia muy gratificante para él, ya que obtuvo contingencias muy positivas y por primera vez desde hacia tiempo se encontraba cómodo en contextos de intimidad con los demás. Este asunto ha sido de gran importancia, ya que hay personas a las que se lo ha contado y no le han proporcionado experiencias tan buenas, pero ante eso, en lugar de hundirse ha comentado: “Bueno, ¡qué se le va a hacer! ¡Así es la vida!”.

Además, sus conductas estaban tomando una dirección hacia sus valores, realizando cada vez menos cosas para agradar a los demás y centrándose en las que realmente quería hacer: “Negarme a hacerle favores a la gente era algo que pensé que no podría hacer, pero ahora no tengo problemas con eso”.

También se aprecian pasos en dirección a una mayor autonomía, comenzando a tomar decisiones por sí mismo, sin necesidad de la aprobación de los demás, fundamentalmente de la aprobación paterna, por ejemplo, ha decidido dar clases particulares a sus compañeros para conseguir mayor independencia económica.

Relacionarse con chicas aún sigue siendo difícil para F., aunque también en este sentido se ha expuesto con consecuencias positivas.

Hacia el final de la intervención se propuso a F. que asistiese a un taller teórico-práctico sobre el manejo de la vergüenza desarrollado en la Universidad de Almería, y lo hizo, siendo valorado por él como una experiencia muy positiva.

4.5.5. *Sesiones de seguimiento.*

Hasta el momento de realización de este trabajo se ha llevado a cabo dos sesiones de seguimiento, la primera de ellas realizada tres meses después de la finalización de la intervención y la segunda cinco meses después de la primera.

En ambas se muestra alegre y con muchas ganas de hacer cosas. Continúa impartiendo clases particulares, y dice estar contento ya que consigue dinero extra y que disfruta con esta experiencia. Ha viajado con sus compañeros de clase y cuenta que ha sido muy divertido, que se ha reído mucho y que ha vuelto muy contento de este viaje.

Ha terminado la diplomatura que estudiaba y durante el verano ha estado trabajando unos meses y ha comenzado una relación sentimental con una chica.

Sus próximos proyectos son un viaje con unos amigos, e irse una año ha estudiar fuera de España, para lo que ha solicitado una beca de estudios.

En general, podríamos decir que continúa el camino que tomó durante la intervención en dirección a sus valores, que se relaciona con los demás con más frecuencia y menos sufrimiento, y que está disfrutando con ello.

5. RESULTADOS.

Con respecto al objetivo general propuesto, se han observado cambios en el patrón de conducta de F., disminuyéndose progresivamente las conductas de evitación tanto en las sesiones como en la vida diaria. Así, F. refiere un cambio en su estado de ánimo, y una disminución en la intensidad de la ansiedad experimentada en las relaciones sociales.

En la sesión 14, se realiza una evaluación final, aplicando los mismos instrumentos de evaluación que en la sesión 1. A continuación se presenta una tabla donde se muestran los resultados obtenidos del *The Beck Depression Inventory (BDI)* (Beck, 1961) y del *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberger, et al., 1970) en ambas sesiones.

	SESIÓN 1	SESIÓN 14
STAI	A/E 23 A/R 34	A/E 13 A/R 19
BDI	14	3

Con respecto al *Inventario Clínico multiaxial de Millon (MCMI- III)* (Millon, 2007), se observa en esta última aplicación, que las puntuaciones no indican la presencia ni prominencia de ningún síndrome o síntoma patológico en ninguna de las escalas. Los datos más relevantes en relación a los obtenidos en la primera sesión se presentan en la siguiente tabla:

		SESIÓN 1	SESIÓN 14
Eje II	Escala 3	PREV 77	PREV 33
	Escala 2A	PREV 73	PREV 51
	Escala 2 B	PREV 73	PREV 38
Eje I	Escala A	PREV 93	PREV 60

Los cambios conductuales más significativos que han ocurrido en su vida diaria se muestran en las tablas 1 y 2, que se exponen a continuación:

Tabla 1: Recogemos en esta tabla cambios conductuales de F. a través de sus propias verbalizaciones durante la terapia. En la columna izquierda aparecen las correspondientes a las primeras sesiones y en la columna derecha a las últimas sesiones de intervención y seguimiento.

PRIMERAS SESIONES	ÚLTIMAS SESIONES Y SEGUIMIENTO
<p><i>“Siempre quiero quedar bien con todo el mundo, tengo la necesidad de complacer a los demás y me machaco mucho con esto”.</i></p> <p><i>“Soy perfeccionista y muy exigente conmigo mismo. Cuando te pones un objetivo tienes que cumplirlo. No me permito equivocarme ni tener errores. Todos los objetivos que me propongo son igual de importantes, sino no serían objetivos”.</i></p> <p><i>“Aunque la mente me bombardee no me gusta no cumplir con algo (autoexigencia) porque lo veo como un fracaso, como dar un paso hacia atrás, como empezar de 0. Si no lo consigues vuelves a ese estado de tristeza”.</i></p> <p><i>“Me gusta estar con la gente pero no sé de que hablar con ellos, no sé como tratarles. Entonces me pongo rojo, y veo que la gente está pendiente de mí, mirándome</i></p>	<p><i>“Ahora soy capaz de expresar mis sentimientos, exijo mis derechos, ahora suelo decir cuando no estoy conforme con algo o no me apetece hacer algo. No pongo excusas”.</i></p> <p><i>“Ya no me influyen tanto mis pensamientos, no me exijo tanto, me tomo las cosas con más tranquilidad”.</i></p> <p><i>“Me ha cambiado mucho el estado de ánimo: no me vengo abajo con facilidad. No suelo estar deprimido. Estoy más alegre, con ganas de luchar y hacer muchas cosas”.</i></p> <p><i>“Estar rojo aún me incomoda, pero procuro no evitar las situaciones que me generan malestar”.</i></p> <p><i>“Me he estado perdiendo muchas cosas buenas de la vida y no quiero. Ahora me da</i></p>

<p><i>fijamente y esto me hace sentir muy incómodo, me genera mucha ansiedad. Siempre está más presente el fracaso que el éxito”</i></p> <p><i>“Me obligo a quedar bien con la gente. Veo a mis amigos que son la hostia para relacionarse, me comparo con ellos y pienso que no estoy dando la talla, me obligo a hablar con la gente y me hago mucho daño con esto. Necesito quererme, bueno, quererme no, aceptarme y estar bien conmigo mismo”.</i></p> <p><i>“Muchas veces sientes que no eres merecedor de lo que tienes, es algo que has conseguido por azar no por méritos propios”.</i></p>	<p><i>más igual todo, hago lo que me apetece”.</i></p> <p><i>“Un gran logro para mí ha sido hablar de mis problemas con naturalidad con la gente que me rodea, algo que pensaba que me iba a resultar imposible”</i></p> <p><i>“Las cosas que antes me resultaban muy difíciles ahora no me lo parecen tanto”.</i></p> <p><i>“Cada día que pasa me voy aceptando más a mí mismo y estoy orgulloso del esfuerzo que estoy haciendo”.</i></p>
---	---

Tabla 2: Recogemos en esta tabla cambios conductuales de F. a través de sus acciones durante la terapia. En la columna izquierda aparecen las correspondientes a las primeras sesiones y en la columna derecha a las últimas sesiones de intervención y seguimiento.

PRIMERAS SESIONES	ÚLTIMAS SESIONES Y SEGUIMIENTO
<p>Le gusta viajar pero evita hacerlo porque se siente mal pasando tanto tiempo con la gente.</p>	<p>Se va de viaje de estudios con los compañeros de clase. En la última sesión de seguimiento comenta que en una semana se va de viaje fuera de España con cuatro amigos.</p>
<p>No expresa sentimientos ni emociones, se mantiene muy distante: por ejemplo, daba abrazos a la gente manteniéndose todo lo separado de ellos que pudiese, soltando a la persona rápidamente.</p>	<p>Nos saluda y se despide con un abrazo, y dice hacerlo también con algunos de sus amigos.</p>
<p>Cuando cuenta cosas negativas que le han pasado lo hace sonriendo, al igual que cuando se siente incómodo.</p>	<p>Ahora se muestra serio para hablar de cosas que le causan malestar.</p>
<p>Hace favores a la gente y cosas que no le apetece por agradecerles.</p>	<p>Cuando se le pide algo que no quiere hacer, se niega educadamente.</p>
<p>Contar que estaba recibiendo terapia psicológica era algo no decía que sería “imposible de hacer”.</p>	<p>Le cuenta a varios amigos que esta recibiendo terapia psicológica y dice sentirse “muy contento y aliviado”.</p>

<p>No intenta mantener relaciones con chicas, procura no relacionarse con las chicas que le atraen.</p> <p>Le cuesta tomar decisiones acerca de su propia vida sin contar con la aprobación de los demás, fundamentalmente de su padre.</p> <p>Le gustaría estudiar un año fuera de España, su inseguridad se lo impide, le da miedo no tener a su familia apoyándole.</p>	<p>Comienza a mantener relaciones con chicas de amistad y sentimentales. En la última sesión de seguimiento comenta que lleva un tiempo saliendo con una chica, y que está muy a gusto.</p> <p>A pesar de que su padre no quiere que trabaje (y le da una paga mensual de 400 euros) para que esté totalmente centrado en sus estudios, decide sin contar con él impartir clases particulares y sacarse un dinero extra. Le dice al padre que va a hacerlo, como una decisión ya tomada, no pidiéndole consejo.</p> <p>Ha solicitado una beca para estudiar un año en una universidad europea.</p>
--	--

6. DISCUSIÓN.

En este trabajo se ha descrito una intervención psicológica desde una filosofía contextual de los trastornos psicológicos basada en las terapias conductuales de tercera generación.

El procedimiento que se ha llevado a cabo puede resultar poco convencional por la naturaleza de algunas de las intervenciones realizadas. Sin embargo, se han observado cambios muy positivos en F., en muchos aspectos de su vida.

El principal motivo que le trajo a terapia era el sufrimiento que le generaban sus pensamientos, que pretendía controlar por todos los medios sin éxito y las conductas de evitación que poco a poco iban inundando su vida. Tras la evaluación inicial, nos encontramos, siguiendo a Millon (2006), ante una persona fusionada con los demás, fusión que ayudaba a dar sentido a su existencia y le proporcionaba unos objetivos en la vida. Debido a esta fusión su conducta estaba encaminada a valores y actitudes que diferían de sus verdaderos deseos. Así, encontramos que F. era muy vulnerable al rechazo social por temor a la pérdida de la aceptación, y en las relaciones con los demás se percibía poco habilidoso, lo que desembocaba en sentimientos de vergüenza y ridículo experimentando episodios de ansiedad y depresión.

El trabajo en este sentido se ha realizado a través de intervenciones muy dinámicas, en contacto siempre con la experiencia y, en algunos casos, con altas dosis de creatividad, que han resultado ser de mucha utilidad, observándose cambios muy significativos.

Durante todo el proceso de intervención, hemos tenido muy en cuenta ciertas características de F. que podrían interferir en la terapia con consecuencias negativas. Una de las más importantes era su patrón dependiente, y su necesidad de reconocimiento social. Nos encontramos ante una persona en la que la mayor parte de su conducta esta bajo el control de reglas que provienen de los demás. En un principio, el terapeuta puede aprovecharlo a su favor, pero es un aspecto delicado que podía volverse en contra. Se procuraba no dar más reglas de las que ya traía, haciendo uso del

moldeamiento de una forma discreta, y favoreciendo siempre que era posible la exposición a contingencias positivas directas.

Con respecto a los resultados, hubiese sido de gran utilidad haber realizado autorregistros durante el proceso de terapia, que nos ofreciesen una información más puntual de la reducción de las evitaciones. Fue una tarea que no se planteó debido a las características del caso, esto es, se quiso evitar que la terapia formase parte de su apretada agenda y se convirtiese en un objetivo más de obligado cumplimiento.

Los resultados obtenidos en general apuntan a que F. está tomando las riendas de su vida, poco a poco se va disipando su inseguridad y se va implicando en la toma de decisiones acerca de las cosas que desea y que son valiosas para él. Está realizando actividades que se veía incapaz de hacer cuando llegó a la Unidad de Atención Psicológica, tales como viajar durante varios días acompañado de más personas o disfrutar de una reunión de amigos, además de expresar sus sentimientos y hacerlo de una forma más adecuada, así como implicarse en relaciones sentimentales.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona. Masson.
- American Psychiatric Association (2000). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado*. Barcelona. Masson.
- Barraca Mairal, J. (2009). Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual de Tercera Generación. *Clínica y Salud*, 20, 109-117.
- Beck, A.T., Brown, G.K. y Steer, R. (1963). Beck Depression Inventory. Ciudad de Méjico. Paidós.
- Belloch, A. y Fernández-Álvarez, H. (2005). *Trastornos de la Personalidad*. Editorial Síntesis. Madrid.
- Capafons, J.I. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, 13, 447-452.
- Carrascoso López, F.J. (1999). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el Trastorno de Angustia con Agorafobia: Un estudio de caso. *Psicothema*, 11, 1-12.
- Carretero, F., Feixas, G., Pellungrini, I. y Saúl-Gutierrez, L.A. (2001). Cuando relacionarse amenaza la identidad: la fobia social desde un enfoque constructivista. *Boletín de Psicología*, 72, 43-45.
- Echeburua Odriozola, E. y Salaberría Irizar, K. (1991). Tratamientos Psicológicos de la Fobia Social: Un análisis crítico. *Phicotema*, 3, 7-23.
- Ferro García, R. Valero Aguayo, L. y López Bermudez, M.A. (2009). *Papeles del Psicólogo*, 30, 255-264.

- García López, L.J. (2000). Un estudio de eficacia entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia social. (Tesis doctoral dirigida por José Olivares Rodríguez). Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia.
- Gómez-Martín, S., López-Ríos, F. y Mesa-Manjón, H. (2007). Teoría de los marcos relacionales: algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 491-507.
- Hayes, S.C., Stroschal, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. Nueva York: The Guilford Press.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M. (2007). *FAP psicoterapia Analítica Funcional*. Servicio e publicaciones de la Universidad de Málaga.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., Ferro García, R., Varelo Aguayo, L., Fernández Parra, A., Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 349- 371.
- Luciano Soriano, M.C. y Valdivia Salas, M.S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27.
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40, 26-34.
- Millon, T., Davis, R., y Millon, C. (2007). *MCMI-III. Inventario Clínico Multiaxial*. Madrid: Tea Ediciones.

- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. Y Ramnath, R. (2001). *Trastornos de la Personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Olivares Rodríguez, J., Caballo, V.E., García-López, L.J., Rosa Alcázar, A.I. y López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, 11, 405-427.
- Olivares Rodríguez, J., Rosa Alcázar, A.I., García-López, L.J. (2004). *Fobia social en la adolescencia. El miedo a relacionarse y a actuar ante los demás*. Madrid: Pirámide.
- Olivares Rodríguez, J. y Méndez Carrillo, F. X. (2001). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Spielberger, C.D. Gorsuch, R.R. y Lushene, R.E. (1982). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA.
- Vallejo Pareja, M.A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27.
- Wilson, K. y Luciano, M. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Zaldívar, F. y Hernández, M. (2001). *Terapia de Aceptación y Compromiso: aplicación a un trastorno de evitación experiencial con topografía agorafóbica*. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 425-454.
- Zubeidat, I., Sierra, J.C. y Fernández-Parra, A. (2007). Subtipos de ansiedad social en población adulta e infanto-juvenil: distinción cuantitativa vs cualitativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 3.

