



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL  
SANITARIA**

Curso 2021-2022

Trabajo fin de máster

**Valoración de la intervención cognitivo-  
conductual en un caso de ansiedad durante  
la COVID-19**

Autora: Beatriz Oliva Agulló

Tutor: José Antonio Piqueras Rodríguez  
Código oficina de investigación responsable: 1.3.6.1.4.1.8149.3.7

Convocatoria: febrero 2022

## Resumen

El estado de alarma por la covid-19 ha traído consigo una serie de consecuencias físicas y psicológicas. Las personas de entre 16 a 25 años edad es el grupo que más se ha visto afectado por la pandemia. La ansiedad y depresión han sido los trastornos que más se han evidenciado a causa del aislamiento social, falta de control, miedo, falta de recursos económicos y refuerzos positivos, entre otros. Por consiguiente, el objetivo principal de este trabajo fue evaluar la eficacia de una intervención cognitivo-conductual en una chica de 28 años con ansiedad que se vio incrementada por la COVID-19. La evaluación y aplicación del tratamiento se llevó a cabo durante 3 meses, en 13 sesiones, pautadas semanalmente de una hora. Para la evaluación, se realizó una entrevista semiestructurada ad hoc y se emplearon los autoinformes Escala de Inadaptabilidad, Escala de Autoestima de Rosenberg, Inventario de Asertividad de Rathus, Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) y Escala de Ansiedad y Depresión de Golberg. La intervención consistió en psicoeducación emocional, técnicas de respiración y relajación, técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, resolución de problemas y toma de decisiones, activación conductual, exposición y técnicas de control de la impulsividad. Los resultados sugieren que la terapia ayudó a reducir los niveles de ansiedad y a mejorar las habilidades sociales, apoyo social, estado de ánimo, hábitos de estilo de vida saludable, autoestima y adaptación general. De hecho, se contrastó a partir del análisis de los índices de cambio fiable y los porcentajes de mejoría de acuerdo con Jacobson y Truax (1991). En conclusión, una intervención basada en la terapia cognitivo-conductual ha sido eficaz para el tratamiento contra un caso de ansiedad durante la COVID-19.

*Palabras clave:* ansiedad, depresión, COVID-19 y tratamiento cognitivo conductual.

La pandemia de la COVID-19 se ha convertido en una catástrofe global que ha ocasionado un elevado impacto en la salud pública, tanto física como mental. La cuarentena supuso la separación de personas, el aislamiento social y la restricción del movimiento, privando a la persona de estímulos reforzantes y agradables para su bienestar. Todo ello desencadenó una serie de consecuencias psicológicas para la población (Broche-Pérez et al., 2020; Chacón-Fuertes et al., 2020; WHO, 2019). Gran parte de las investigaciones reflejan que las personas manifestaban trastornos emocionales, depresión, estrés psicosocial, ansiedad, falta de control, miedo, apatía, irritabilidad, problemas del sueño, sentimientos de soledad, desesperanza, recurrentes preocupaciones, duelos patológicos y trastorno de estrés postraumático. De entre todas las variables predictoras que influyen en la vulnerabilidad ante la COVID-19, se encuentra pertenecer al rango de edad entre los 16-35 años, bajos niveles de educación, pérdida de empleo, pocos recursos económicos, sensación de pérdida de futuro, sexo femenino, vivir solo y tener antecedentes de enfermedades mentales (Brooks et al., 2020; Cabrera, 2020; Sandín et al., 2020; Wang et al., 2020).

Los jóvenes y/o las personas en el periodo denominado edad adulta emergente (18-29 años) son el grupo de edad que más se ha visto afectado durante la pandemia porque, además de las consecuencias de la COVID-19, se encuentran en una etapa vital donde han de afrontar nuevas adversidades sociales a las que todavía muchas personas no están preparadas, como por ejemplo la búsqueda de trabajo o el inicio de formación académica no obligatoria, pareja estable, ser padre o madre, la independencia económica, responder a las expectativas personales y familiares y el alquiler o la compra de una vivienda. Esta serie de cambios pueden afectar a la autoestima y adaptación de las personas al nuevo periodo y perjudicar a su bienestar emocional, desencadenando

sintomatología compatible con trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo (Arnett, 2008; Cornejo y Lucero, 2005). Tal y como explica el estudio de Losavio et al. (2017), un nivel considerable de ansiedad tiene un impacto importante en la calidad de vida y en el funcionamiento de la persona debido a su tendencia a la rumiación relacionada con los afectos negativos y los pensamientos intrusivos. Asimismo, según los estudios de Compen y Rojas (2021) y Visens (2014), la ansiedad agrava los episodios de migraña y dificultades relacionadas con el sueño, alterando la dinámica familiar, social, laboral y académica. Sin embargo, la eliminación de la cafeína y mantener hábitos de estilo saludable como la dieta equilibrada, ejercicio físico e higiene del sueño ayudan a atenuar los dolores. Por otro lado, el apoyo social también es una variable que afecta directamente como factor que precipita la ansiedad o protege para prevenir impactos emocionales negativos. Las personas que tienen dificultades para desenvolverse en contextos sociales tienden a padecer ansiedad a causa del temor por sentirse incómodas y nerviosas, no saber cómo comportarse y tener pensamientos desadaptativos frente a la posibilidad de sentirse poco queridos, abandonados, humillados, ridiculizados o avergonzados socialmente (Mahanta y Aggarwal, 2013; Martínez, 2019; Mosquera-Gallego, 2018).

A consecuencia de la elevada incidencia de los trastornos de ansiedad durante la COVID-19, es importante que las personas que padecían ansiedad previamente a la pandemia y en la actualidad, reciban terapia psicológica para reducir el malestar. Las principales guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica recomiendan la guía NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) como tratamiento de primera elección para la sintomatología de ansiedad y depresión. En esta línea, una revisión reciente señala que la terapia cognitivo-conductual alcanza el mayor nivel de

evidencia y es la terapia recomendada tanto para la mayoría de los trastornos de ansiedad como para los trastornos depresivos (Fonseca-Pedrero et al., 2021). También el estudio de metaanálisis de Soriano et al. (2019) explica la eficacia de utilizar la terapia cognitiva conductual (TCC) como tratamiento para la depresión y ansiedad por su efectividad y resultados a largo plazo. La TCC interviene contra las cogniciones distorsionadas y conductas disfuncionales que empeoran o mantienen el malestar de la persona. Por otra parte, las investigaciones apoyan que la TCC favorece el desarrollo de las capacidades de afrontamiento y control de la ansiedad, solución de problemas, reducción de los síntomas ansiosos y depresivos, comunicación en asertividad y mejora de la calidad de las relaciones interpersonales. Para ello, se emplea el uso de técnicas de respiración y relajación, psicoeducación, activación conductual, hábitos de estilo de vida saludable, búsqueda de apoyo social, entrenamiento en toma de decisiones, técnicas de distracción del pensamiento, reestructuración cognitiva y exposición (Caballo et al., 2019; Coto-Lesmes, 2020, González-Blanch et al., 2017; Twomey et al., 2015).

El objetivo principal de este trabajo consistió en valorar la eficacia de la TCC en una chica de 28 años con sintomatología ansiosa. Como objetivos secundarios, el tratamiento tiene como fin evaluar en qué grado: 1) incrementa el estado de ánimo, 2) aprende a identificar las emociones y gestionarlas de manera adaptativa, 3) controla las conductas impulsivas, 4) adquiere hábitos de estilo de vida saludable, 5) coge confianza para volver a conducir, 6) incrementar la autoestima, 7) amplía el tiempo de ocio y la red de apoyo social, 8) utilizar la asertividad como estilo comunicativo, 9) identificar y rebatir pensamientos racionales e irracionales y 10) aprende a resolver problemas y tomar decisiones. En consecuencia, se hipotetiza que, tras la intervención, la paciente reducirá la sintomatología ansiosa, aumentará su autoestima, incrementará el estado de ánimo,

mejorará la comunicación asertiva y su comportamiento en contextos sociales será más adaptativo.

## **Método**

### **Identificación del paciente**

J. es una mujer de 28 años, hija única y que convive con su madre de 55 años y su padre de 57 años en Castellón. Está terminando de cursar el grado medio de marketing, ha empezado a trabajar en un supermercado y es voluntaria para la asociación LGBTI+Castellón. Hace pocos meses dejó la relación de pareja con un chico con el que estuvo durante 5 años. El nivel sociocultural y económico de la familia es medio-bajo.

### **Motivo de consulta**

J. siente que desde la pandemia de la COVID-19 padece sintomatología ansiosa y desde hace poco ha incrementado la ansiedad y los pensamientos irracionales debido a que se encuentra en una situación de cambio constante y le faltan recursos para gestionar las emociones y pensamientos. Actualmente, está tomando por las mañanas y por las noches 2,5mg de Diazepam. Además, refiere que está teniendo problemas en el ámbito social porque no tiene apoyo social de calidad, le cuesta confiar en los demás y, pese a que le guste acudir a los eventos sociales de la asociación con la que colabora, se siente insegura cuando está allí rodeada de gente. Por último, ha vivido recientemente el fallecimiento de su abuelo y ha encontrado trabajo que también le está ocasionado ansiedad. Cuando tiene que coger el coche para ir a trabajar se siente insegura porque hace 7 años que no conduce.

## **Evaluación del caso. Variables e instrumentos**

En primer lugar, para la evaluación cualitativa se llevó a cabo con una entrevista semiestructurada. La información recogida se puede ver en Anexo 1 y se basó en los siguientes aspectos: área de salud, área de hábitos saludables, área familiar, área social, área académica, área emocional, motivaciones/ intereses e intervenciones psicológicas antecedentes.

En segundo lugar, para la evaluación cuantitativa se emplearon los siguientes instrumentos:

Escala de Inadaptación (Echeburúa y Corral, 1987) compuesta por 6 ítems de escala tipo Likert que va desde “ninguna interferencia” (0) a “muchísima interferencia” (5), se puede ver en Anexo 2. Por tanto, el rango de puntuación total oscila entre 0 y 30. A mayor puntuación, más inadaptación. La escala evalúa el grado de afectación de la persona en la actualidad según los problemas para relacionarse con los demás en las áreas de trabajo/estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja, vida familiar y una última escala global que evalúa el funcionamiento cotidiano de la vida de la persona. El instrumento demuestra propiedades psicométricas según el estudio de Echeburúa et al. (2000) con una precisión diagnóstica de cada ítem superior al 90%.

Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965) adaptada por Echeburúa (1995), se puede ver en Anexo 3 y se utiliza para evaluar la autoestima en 10 ítems que valoran el grado de satisfacción hacia uno/a mismo/a en escala tipo Likert (1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo, 4= totalmente en desacuerdo). La puntuación total oscila entre 10 y 40, teniendo en cuenta que, a mayor puntuación, mejor autoestima. En población

adulta, la fiabilidad test-retest es de 0,85 y el coeficiente alfa de consistencia interna es de 0,92 (Kernis et al., 1991; Martin-Albo et al., 2007; Roberts y Monroe, 1992).

Inventario de Asertividad de Rathus (Rathus Assertiveness Schedule, RAS; Rathus, 1973), traducción española de Comeche, Díaz y Vallejo (1995). La escala está compuesta por 30 ítems con 6 opciones de respuesta en escala tipo Likert desde +3= muy característico en mí a -3= muy poco característico en mí y se puede ver en Anexo 4. Tiene como objetivo la evaluación del comportamiento social y el grado de acuerdo o desacuerdo de la persona en contexto de situaciones asertivas como expresar opiniones, peticiones, negaciones, entre otras. El rango de las puntuaciones es de -90 a +90 (a partir de 0 el resultado es positivo), por lo que, a mayor puntuación, hay mayor capacidad de asertividad). El coeficiente de consistencia interna y la fiabilidad test-retest variaron entre 0,73 y 0,86 y entre 0,58 y 0,80, respectivamente (Salaberría y Echeburua, 1995; León y Vargas, 2009).

Escala de Afecto Positivo y Negativo (Positive and negative Affect Schedule; PANAS (Watson, Clark y Tellegen, 1988) versión española de Sandín et al. (1999) que se puede ver en el Anexo 5. El cuestionario incluye 20 ítems, de los cuales 10 se refieren a la subescala de afecto positivo (AP) y los otros 10 a la subescala de afecto negativo (AN). La escala de afecto positivo se asocia a estados mentales positivos (divertido, agradable, autoconfiado...), sin embargo, el afecto negativo hace referencia a estados mentales negativos como malestar, disfunciones y bajo estado de ánimo. Ambas escalas mostraron adecuada consistencia interna en este estudio: 0,90 para el AP y 0,89 para el AN (Sandín et al., 1999; Watson et al., 1988).

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG; Goldberg, Bridges, Duncan-Jones y Grayson, 1988) adaptada y validada al español por Montón et al. (1993)



que se puede ver en Anexo 6. Está compuesta de dos subescalas, una de ellas de ansiedad y la otra de depresión. Ambas tienen 9 ítems de respuesta dicotómica (SI/NO), por tanto, el rango de cada escala es de 0-9, siendo 4 el punto de corte para la ansiedad y 2 para la depresión. Para estos valores se ha reportado una especificidad del 83% y un valor predictivo de 95,3% (Cárdaba-García et al.,2021).

### **Resultados de la evaluación**

A través de la información obtenida durante la entrevista e instrumentos de evaluación, se contextualizó el caso con la evaluación de corte más cualitativo y se estableció la línea base con la evaluación cuantitativa.

La información más relevante que aportó J. fue que no padecía problemas de salud importantes, pero sí estaba tomando la medicación que le había recetado el psiquiatra para controlar la ansiedad. También le ocurría que cuando atravesaba periodos intensos de ansiedad padecía episodios incapacitantes de migraña (aura y fotofobia). Le estaba siendo complicado conciliar el sueño por la noche si no era con medicación y no conseguía mantener una rutina de ejercicio físico porque se encontraba cansada durante el día. Respecto al área familiar, siempre había tenido muy buena relación con su madre, pero había decidido que quería ser más independiente de ella porque sentía que en muchas ocasiones necesitaba de su madre para hacer determinadas cosas o cumplir algunos objetivos. Por otro lado, definía a su padre como una persona seria e independiente, aunque con una convivencia sin conflictos preocupantes. Aseguraba que con el resto de la familia no había buena relación y que con sus abuelos maternos eran los únicos con los que tenía contacto, aunque ambos habían fallecido. En cuanto a la parte social, J. contaba con dos muy buenas amigas, pero una de ellas vivía en México y hablaban solo vía online y la otra chica vivía cerca de Castellón, pero tenía un hijo y apenas tenía tiempo para ver

a J.. El resto de las personas que J. conocía, son relaciones de poca calidad y en las que no confiaba. Refirió que le gustaría conocer más gente y no desconfiar asiduamente. Le agradaba ir a los eventos sociales como voluntaria, pero por otra parte sentía ansiedad cada vez que tenía que ir y cuando había mucha gente alrededor o cuando era ella quien tenía la responsabilidad de llevar a cabo la ponencia, el taller o la gestión del evento.

La relación de pareja que tuvo durante los últimos 5 años fue una relación sana, pero gran parte de ella a distancia. Pese a que el motivo de la ruptura fue de mutuo acuerdo, ella todavía lo echa de menos y era un gran apoyo para ella. Referente a la parte académica, J. está a la espera de entregar el trabajo final de proyecto y le está privando del poco tiempo libre para descansar o para actividades de ocio. Asimismo, se encuentra insegura con el trabajo que ha conseguido en el supermercado por diferentes motivos como por ejemplo atender a muchas personas, adaptarse a las competencias de trabajo y volver a tener que conducir para ir porque hacía mucho tiempo que no cogía el coche. Por tanto, su parte emocional se encuentra afectada y eso le lleva a un estado de labilidad emocional, irritabilidad, ansiedad, cansancio, somnolencia diurna, problemas para conciliar el sueño, falta de apoyo social, inseguridad y problemas de autoestima, pensamientos intrusivos desadaptativos, entre otros. J. ha acudido a atención psicológica y psiquiatría desde la adolescencia porque recuerda de siempre haber padecido ansiedad.

En cuanto a la información cuantitativa, en primer lugar, se observa que J. tuvo una puntuación total de 15 para la Escala de Inadaptación, siendo 12 el punto de corte global para que la persona se encuentre en situación desadaptativa. Por otro lado, a excepción de la vida familiar=0, en el resto de los ítems sobrepasaba el punto de corte de 2 puntos. Los ítems en los que más afectaba su relación con los demás fueron en las áreas de vida social=4, tiempo libre=3 y la escala global=4 y los que menos fueron en el área

de estudio=2 y relación de pareja=2. Por tanto, la calidad de sus relaciones sociales y su forma de comportarse en eventos sociales sí están afectando a su vida diaria.

En segundo lugar, los resultados generales de la Escala de Autoestima de Rosenberg indicaron una puntuación total de 25. El rango de autoestima considerado dentro de la norma se estima entre 25-35 puntos. En cambio, según el estudio de Martín-Albo et al. (2007) la media de las mujeres se encuentra en 31,14 (DT = 4,55). Por ende, se puede considerar que la autoestima de J. se encontró dentro de la normalidad, pese a que podría mejorarse.

En tercer lugar, en el Inventario de Asertividad de Rathus, la puntuación global es de -5, teniendo en cuenta que a partir de 0 es resultado positivo y mayor asertividad. Para la subescala de comportamiento evitativo, la puntuación fue de -15, para la subescala de comportamiento asertivo la puntuación fue de 13, para la subescala de comportamiento confrontativo fue de 0 y para la subescala de comportamiento autorestrictivo la puntuación fue de -3. Por tanto, en términos generales se apreció un déficit a la hora de comunicarse asertivamente, especialmente comportándose de manera evitativa en contextos que considera embarazosos y restrictiva en situaciones en las que tiene que expresar cómo se siente o negarse a hacer algo que verdaderamente no quiere, mostrar desacuerdo con personas que no conoce, entre otros.

En cuarto lugar, en la Escala de afecto positivo y negativo (PANAS) obtuvo una puntuación total de 29 para el afecto positivo y de 35 para el afecto negativo. Los puntos de corte del afecto positivo son de 32 (DT = 6,6) y del afecto negativo son de 23 (DT = 7,3). Eso quiere decir que se observó en J. bajo afecto positivo y alto afecto negativo en términos de la media poblacional de la escala. Por tanto, se pudieron contemplar quejas somáticas, estrés, ansiedad-rasgo y presencia de sucesos negativos con relación al afecto

negativo y sucesos de pérdida, sintomatología depresiva, personalidad de carácter introvertido y ausencia de refuerzos positivos vinculados al bajo afecto positivo.

Por último, en la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) J. puntuó un total de 9 en la escala global de ansiedad y 4 en la subescala de ansiedad. Dado que el punto de corte para esta escala es de 4, J. obtuvo la puntuación máxima alcanzable. En cuanto a la escala de depresión, su puntuación total fue de 3 y en la subescala fue de 2, teniendo en cuenta que el punto de corte en esta escala es de 2. A pesar de que J. superó el punto de corte, obtuvo un resultado de 3 sobre 9. Por ello, la sintomatología ansiosa fue la que principalmente estaba afectando en su día a día.

### **Análisis funcional**

El análisis funcional de J. se muestra en la Figura 1 en forma de diagrama clínico analítico-funcional (FACCD) basado en el modelo de Kahololuka et al. (2013).

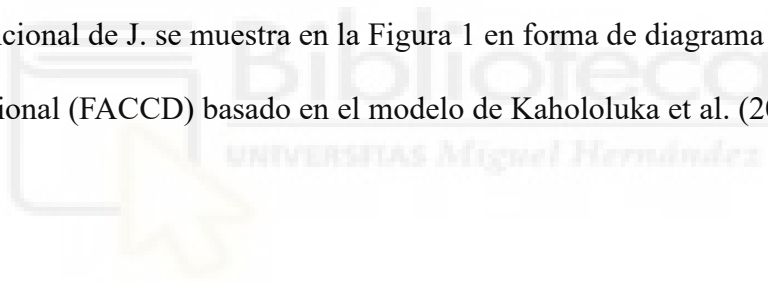
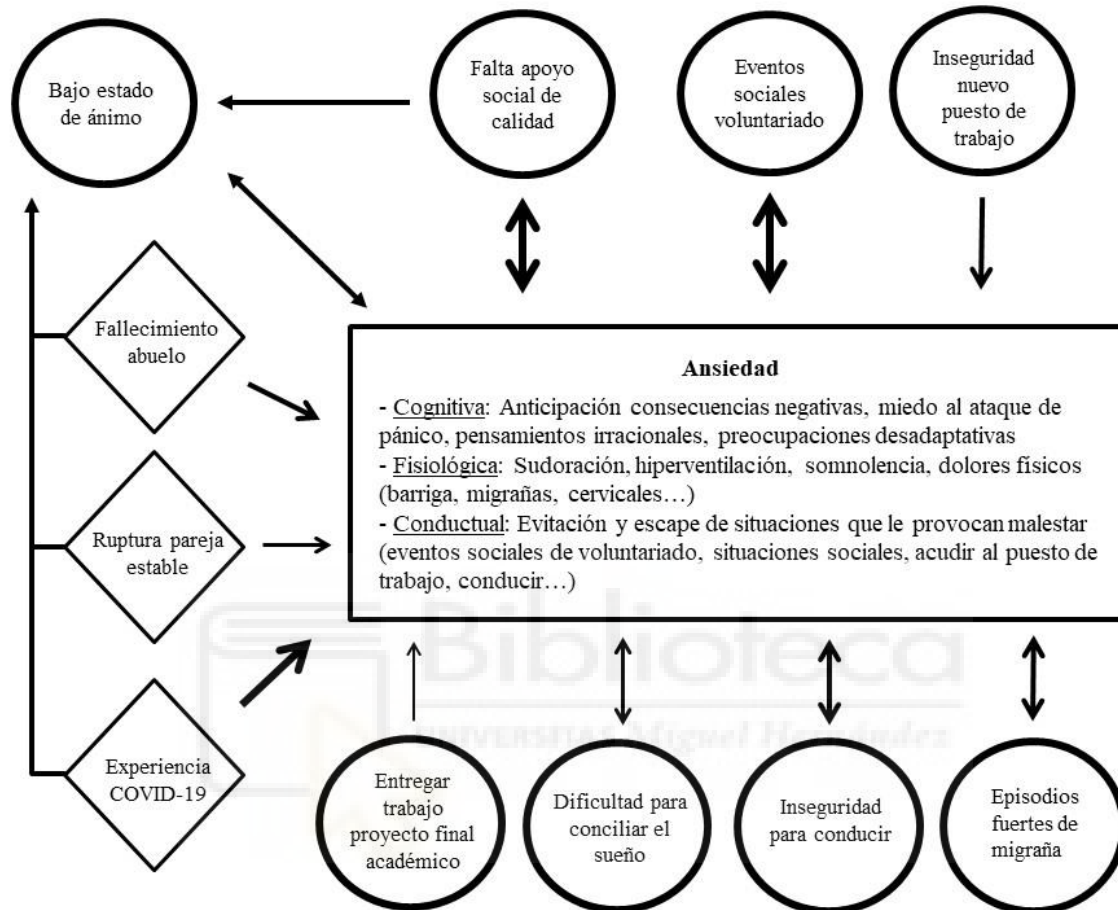


Figura 1

Diagrama analítico-funcional (FACCD)



*Nota.* El cuadrado es el problema principal. Los círculos representan las variables causales modificables, el grosor de los círculos es el grado de modificación y el grosor de las líneas es la intensidad de la relación. Los rombos son variables causales inmodificables

La sintomatología ansiosa que padece J. se explica por la relación directa de variables causales modificables como entregar el trabajo de proyecto final académico,

dificultad para conciliar el sueño, inseguridad para conducir, episodios de migraña, acudir o responsabilizarse de los eventos sociales de voluntariado, falta de apoyo social de calidad e inseguridad en su nuevo puesto de trabajo. La mayoría de las variables son bidireccionales, es decir, la ansiedad aumenta a la vez que interfiere en las variables. A mayor ansiedad, mayor dificultad para dormir, coger el coche, aumento de episodios de migraña, inseguridad en el trabajo y evitar los contextos sociales. De igual manera, la ansiedad y el bajo estado de ánimo se retroalimentan. Cuanta más ansiedad padezca J., más bajo es su estado de ánimo y cuantos más afectos negativos sienta ella, más ansiedad le produce. Además, la variable bajo estado de ánimo está íntimamente relacionada con la falta de apoyo social, el fallecimiento de su abuelo, la ruptura con su pareja y la experiencia de la COVID-19. Estas variables también afectan directamente a la ansiedad, pero son variables inmodificables.

Tras el análisis de las relaciones funcionales del modelo, se aprecia que las variables causales actúan a su vez como mantenedoras del problema debido a la relación bidireccional. A nivel cognitivo, se aprecian pensamientos rumiativos irracionales, anticipación de las consecuencias negativas de su conducta, miedo a sufrir un ataque de pánico y preocupaciones excesivas. A nivel fisiológico, siente hiperventilación, sudoración, migrañas, dolores de cuello y barriga y síntomas en relación con la ansiedad. A nivel conductual, J. tiene conductas de escape/evitación por refuerzo negativo hacia todas aquellas situaciones que teme para reducir su ansiedad, incrementando los niveles y manteniendo el problema. En este caso, las situaciones que más evita son aquellas relacionadas con los contextos sociales. En definitiva, como consecuencias a corto plazo, hay un alivio de las respuestas de evitación y escape, pero por otro lado se produce un aumento de la inseguridad, problemas de sueño, culpabilidad por no hacer frente al

problema, entre otras. A largo plazo se incrementa por ejemplo la sintomatología ansiosa, miedo a conducir, migrañas, baja autoestima, déficit de habilidades sociales o de resolución de problemas en contextos sociales y dificultades de adaptación.

### **Procedimiento aplicación del tratamiento**

Para empezar, se informó a J. de la importancia de iniciar un tratamiento individualizado basado en la TCC con el objetivo principal de reducir la ansiedad. Como objetivos secundarios, tiene como fin: 1) Incrementar el estado de ánimo 2) Aprender a identificar las emociones y gestionarlas de manera adaptativa 3) Controlar las conductas impulsivas 4) Adquirir hábitos de estilo de vida saludable, 5) Confianza para volver a conducir, 6) Incrementar la autoestima, 7) Ampliar el tiempo de ocio y la red de apoyo social, 8) Utilizar la asertividad como estilo comunicativo, 9) Identificar y rebatir pensamientos racionales e irracionales y 10) Aprender a resolver problemas y tomar decisiones. La intervención detallada se puede ver en la Tabla 1 y se llevó a cabo en un periodo de 3 meses, estructuradas en 13 sesiones de una hora, acordadas semanalmente por modalidad online.

La sesión 1 se dedicó a la evaluación y recogida de información, mientras que en la sesión 2 se devolvieron los resultados de esta y se explicó el análisis funcional, objetivos terapéuticos y el programa de intervención. Asimismo, se trataron aspectos relacionados con la psicoeducación emocional para explicarle el funcionamiento de la ansiedad y las consecuencias de las emociones. Durante las sesiones 3-12 se efectuó la intervención en psicoeducación emocional, técnicas de afrontamiento a la ansiedad y control de impulsos, activación conductual, entrenamiento en reestructuración cognitiva

y habilidades sociales y resolución de problemas. La sesión 13 se orientó principalmente a repasar contenidos aprendidos durante la intervención y prevenir futuras situaciones conflictivas o problemas que pudieran incrementar de nuevo la ansiedad. Por último, se finaliza el tratamiento haciendo hincapié en los avances y refuerzo de las mejoras del tratamiento.

**Tabla 1**

*Planificación del tratamiento por sesiones, objetivos y contenidos*

Sesión	Objetivos	Contenidos
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conocer motivo de consulta</li> <li>○ Evaluación pretest</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista inicial con J.</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Devolver resultados evaluación</li> <li>○ Reducir la sintomatología de ansiedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicación del análisis funcional, objetivos terapéuticos y programa de intervención               <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Psicoeducación emocional:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aclaración de las cinco emociones básicas</li> <li>- Explicación funcionamiento adaptativo y desadaptativo de la ansiedad</li> </ul> </li> <li>*<i>Tarea para casa:</i> registro semanal de asociación estímulo y emociones</li> </ul> </li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reducir la sintomatología de ansiedad</li> <li>○ Aprender a identificar las emociones</li> <li>○ Gestionar las emociones adecuadamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comentar actividad listado asociación de estímulos y emociones que ha sentido en la última semana</li> <li>- Actividad semáforo emocional</li> <li>- Entrenamiento en técnicas de relajación y respiración/visualización en imaginación</li> <li>- Uso de autoinstrucciones</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aprender la importancia de mantener buenos hábitos de estilo de vida saludable</li> <li>○ Enriquecer la calidad y cantidad del sueño</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnicas de higiene del sueño</li> <li>- Alimentación</li> <li>- Ejercicio físico</li> <li>- Higiene</li> <li>- Cuidados físicos</li> </ul>



- |   |   |   |
|---|---|---|
| 5 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reducir la sintomatología de ansiedad</li> <li>○ Disminuir el impulso de las conductas impulsivas</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar a conocer la importancia del autocontrol</li> <li>- Identificar ejemplos de conductas impulsivas</li> <li>- Consecuencias de actuar impulsivamente</li> <li>- Búsqueda de alternativas a la conducta impulsiva</li> <li> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Aplicar técnicas para el control de impulsos:</i></li> </ul> </li> <li>- Detección del pensamiento</li> <li>- Técnicas de distracción atencional</li> <li>- Repaso uso de autoinstrucciones y técnicas de respiración/relajación</li> </ul>   |
| 6 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reducir la sintomatología de ansiedad</li> <li>○ Incrementar estado de ánimo</li> <li>○ Aumentar la autoestima</li> <li>○ Aumentar red de apoyo social</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicación beneficios de la activación conductual y apoyo social</li> <li>- Identificación y listado de actividades agradables</li> <li>- Lectura libro ‘yo voy conmigo’ y ‘yo soy (Díaz. R, 2015,2019)</li> <li>*Tarea para casa: ejercicio de 10 aspectos positivos que le gusten de ella y 5 que no le gustan.</li> <li>- Repaso ejercicio aspectos positivos/negativos de J.</li> <li> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Entrenamiento en HHSS (I):</i></li> </ul> </li> <li>- Explicación 3 estilos de comunicación (pasivo, asertivo y agresivo)</li> <li>- Explicación diferencia de la comunicación verbal y no verbal</li> <li>- Comentar listado 30 derechos asertivos</li> </ul> |
| 7 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reducir la sintomatología de ansiedad</li> <li>○ Incrementar estado de ánimo</li> <li>○ Aumentar la autoestima</li> <li>○ Utilizar asertividad como estilo comunicativo</li> <li>○ Aumentar red de apoyo social</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Repaso ejercicio aspectos positivos/negativos de J.</li> <li> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Entrenamiento en HHSS (I):</i></li> </ul> </li> <li>- Explicación 3 estilos de comunicación (pasivo, asertivo y agresivo)</li> <li>- Explicación diferencia de la comunicación verbal y no verbal</li> <li>- Comentar listado 30 derechos asertivos</li> </ul>   |
| 8 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reducir la sintomatología de ansiedad</li> <li>○ Incrementar estado de ánimo</li> <li>○ Aumentar la autoestima</li> <li>○ Utilizar asertividad como estilo comunicativo</li> <li>○ Aumentar red de apoyo social</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Entrenamiento en HHSS (II):</i></li> </ul> </li> <li>- Explicación de técnicas para saber decir ‘no’: bocado y disco rayado</li> <li>- Entrenamiento en HHSS: pedir favores, iniciar-mantener-terminar una conversación, aceptar cumplidos, defender propias opiniones...</li> <li>- Actividad ejemplo de situaciones sociales para poner en práctico lo aprendido</li> <li>*Tarea para casa: registro de situación/pensamiento/emociones semanales</li> </ul>  |

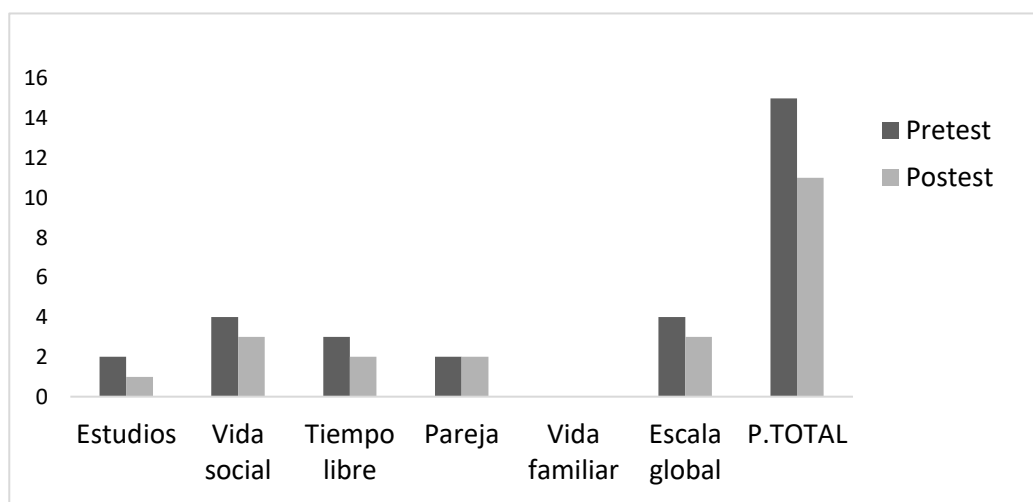
- |    |  |  |
|----|--|--|
| 9  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conocer la relación entre estímulos, pensamientos y emociones</li> <li>○ Identificar pensamientos irracionales</li> <li>○ Rebatir pensamientos automáticos desadaptativos</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicación modelo A-B-C (situación +pensamiento + emoción)</li> <li>- Esclarecer los diferentes tipos de pensamientos irracionales</li> <li>- Actividad de pensamientos irracionales a pensamientos alternativos</li> <li>*<i>Tarea para casa</i>: registro pensamientos irracionales y pensamiento alternativo</li> </ul>   |
| 10 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reducir la sintomatología de ansiedad</li> <li>○ Incrementar confianza para volver a conducir (exposición)</li> <li>○ Aumentar la autoestima</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Repaso del registro de pensamientos irracionales y pensamiento alternativo</li> <li>- Explicación de los síntomas de la fobia específica de conducir</li> <li>- Listado de ítems jerárquicamente del menos temido al más temido.</li> <li>*<i>Tarea para casa</i>: Pedir exposición gradual a los ítems y registro de ansiedad por cada ítem y pensamientos asociados. Además, continuar anotando pensamientos irracionales semanales.</li> </ul> |
| 11 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reducir la sintomatología de ansiedad</li> <li>○ Incrementar confianza para volver a conducir (exposición)</li> <li>○ Aumentar la autoestima</li> <li>○ Identificar pensamientos irracionales</li> <li>○ Rebatir pensamientos automáticos desadaptativos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Repasar los registros sobre pensamientos irracionales y alternativas racionales en la última semana (relacionados sobre la exposición a conducir y generales)</li> <li>- Comentar y reforzar los avances en el listado jerárquico de la exposición a conducir.</li> </ul>   |
| 12 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reducir la sintomatología de ansiedad</li> <li>○ Aprender a resolver problemas y tomar decisiones</li> <li>○ Controlar las conductas impulsivas</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicación modelo a seguir para la toma de decisiones</li> <li>- Entrenamiento ejemplos situaciones reales para la solución de problemas y toma de decisiones</li> <li>- Actividad problemas urgentes, importantes y poco importantes</li> </ul>   |
| 13 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prevención de recaídas</li> <li>○ Evaluación post</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Repaso general de lo aprendido y resolución de preguntas</li> <li>- Anticipación de futuras situaciones conflictivas</li> <li>- Refuerzo de las mejorías del tratamiento y reflexión final como cierre</li> </ul>   |
-

## Resultados

Tras la intervención, se administraron de nuevo los autoinformes y se recogió información cualitativa por parte de J. En primer lugar, se muestran las puntuaciones directas del pretest y postest para la Escala de Inadaptación en la Figura 2. Se observa que las puntuaciones han reducido en las escalas de estudios, vida social, tiempo libre y en la escala global. En la escala de vida familiar no hay puntuación debido a que nunca ha habido dificultad en esta área y la escala de relación de pareja se mantiene. La puntuación total pretest en esta escala fue de 15 y en el postest fue de 11, siendo 12 el punto de corte para ser preocupante. Sin embargo, las puntuaciones en escala de vida social y tiempo libre siguen superando el punto de corte de 2 para cada ítem. A menor puntuación, menor afectación en las áreas. Por tanto, los problemas para relacionarse con los demás han disminuido después de la intervención, pero todavía sigue habiendo dificultades en las escalas de vida social y tiempo libre.

### Figura 2

*Resultados puntuaciones directas de pretest y postest para la Escala de Inadaptación (Echeburúa y Corral, 1987)*

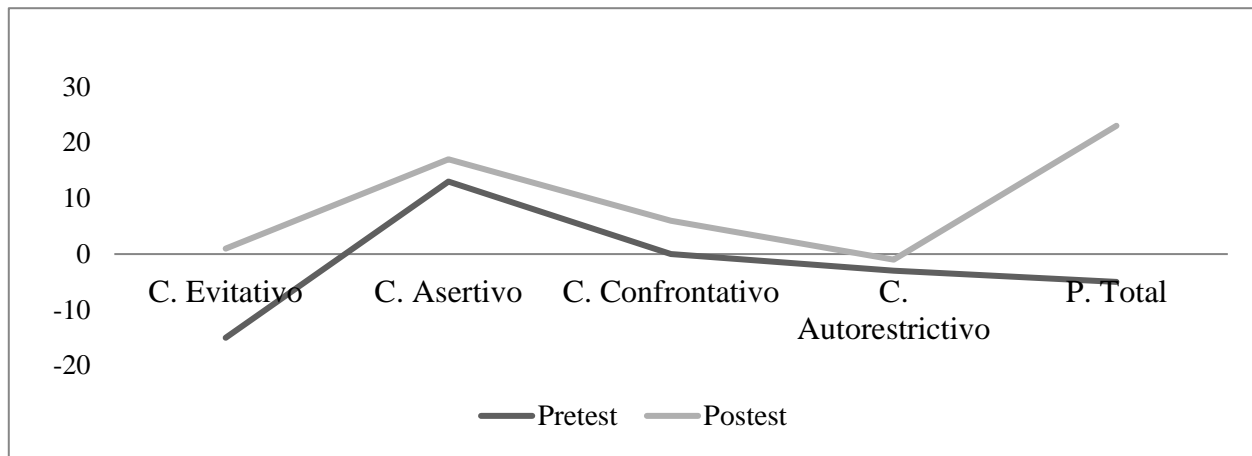


En segundo lugar, la puntuación total de la Escala de autoestima (Rosenberg, 1965) en la evaluación pretest fue de 25 y en la evaluación posttest fue de 30. A pesar de que la autoestima de J. se encontraba dentro del rango normal de puntuación (25-30), ha incrementado después de la intervención y se encuentra más cerca de la media de mujeres de 31,14 (DT = 4,55) del estudio de Martin-Alba et al. (2007).

En tercer lugar, los resultados del Inventario de asertividad de Rathus (Rathus Assertiveness Schedule, RAS; Rathus, 1973), se pueden observar en la Figura 3. La puntuación global en el pretest fue de -5 y en el posttest fue de +23. Dado que una puntuación con resultado positivo denota mayor asertividad, se aprecia una clara mejoría en cada una de las subescalas. Para la subescala de comportamiento evitativo, la puntuación ha pasado de -15 a +1, para la subescala de comportamiento asertivo ha aumentado de +13 a +17, para la subescala de comportamiento confrontativo fue de 0 y ha incrementado a 6 y para la subescala de comportamiento auto restrictivo la puntuación fue de -3 y ha disminuido levemente a -1. Por tanto, J. ha logrado exponerse a situaciones sociales las cuales anteriormente evitaba, su comunicación asertiva y su conducta confrontativa y auto restrictiva ha mejorado en situaciones en las que tiene que mostrar desagrado, decir no o expresar emociones u opiniones.

### Figura 3

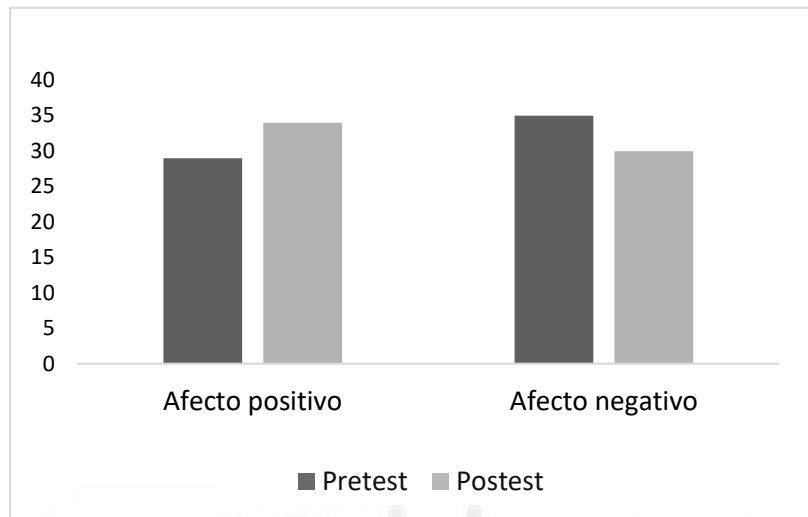
*Resultados puntuaciones directas de pretest y postest para el Inventario de asertividad de Rathus (Rathus Assertiveness Schedule, RAS; Rathus, 1973)*



En cuarto lugar, respecto a la Escala de afecto positivo y negativo (Positive and negative Affect Schedule; PANAS (Watson et al., 1988)), se muestran los resultados en la Figura 4. La puntuación total en la escala de afecto positivo fue de 29 y ha aumentado a 34 y para la escala de afecto negativo la puntuación fue de 35 y ha disminuido a 30. Por tanto, J. se encuentra por encima del punto de corte para el afecto positivo 32(DT = 6,6), teniendo mayor motivación de logro, dominación social, buena conducta social, satisfacción en las relaciones sociales, etc. Sin embargo, J. todavía tiene alta puntuación en la escala de afecto negativo, superando el punto de corte para la escala de 23 (DT = 7,3). Pese a que ha reducido la sintomatología, J. continúa sintiendo estrés, quejas somáticas, dolores de cabeza, ansiedad y presencia de sucesos negativos, entre otros.

#### Figura 4

*Resultados puntuaciones directas de pretest y postest para la escala de afecto positivo y negativo. PANAS (Watson et al.,1988)*



En quinto lugar, las puntuaciones directas de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG; Goldberg, Bridges, Duncan-Jones y Grayson, 1988) también han mejorado, especialmente en la escala de ansiedad. La puntuación total de la escala de ansiedad ha disminuido de 9 a 6 y la subescala ha reducido de 4 a 3, siendo 4 el punto de corte para considerar la ansiedad un problema. Por otra parte, la puntuación total pretest de la escala de depresión fue de 3 con una subescala de 2 y ha disminuido a una puntuación total de 0 en la evaluación postest. J. continúa padeciendo sintomatología ansiosa por encima del punto de corte, aunque ha reducido, y la sintomatología depresiva no es preocupante, dado que no ha puntuado en ningún ítem de la escala. Por tanto, la ansiedad de J. ha disminuido y el estado de ánimo ha mejorado.

Se incluyeron los cálculos de la diferencia del cambio para las puntuaciones directas pretest y postest, el índice de cambio fiable y el porcentaje de mejoría siguiendo a Jacobs y Truax (1991) en la Tabla 2. Respecto a la diferencia de cambio, en todas las escalas ha habido una mejoría, aunque la variable autoestima todavía se encuentra por debajo de la media en autoestima de 31,14 (DT = 4,55). Asimismo, la puntuación del resultado postest en la escala de afecto negativo se encuentra por encima del punto de corte de 23 (DT = 7,3) y en la escala de ansiedad obtuvo una puntuación postest de 6 superando el punto de corte de 4. Por otro lado, en cuanto al porcentaje de mejora, los resultados superiores al 30%, como es el caso de las variables asertividad, ansiedad y depresión, se consideran aceptables para determinar que hay una mejoría. Además, pese a que para la escala de inadaptación y afecto positivo no se ha alcanzado el 30%, las puntuaciones postest no superan el punto de corte. En relación con el índice de cambio fiable, todas las variables, excepto el afecto positivo, superan la puntuación de 1,96. Por ende, de acuerdo con el estudio de Ostelo et al. (2008) y Jacobs y Truax (1991) se observa que los resultados de la diferencia del cambio son significativos.

**Tabla 2.**

*Diferencias de cambio, índice de cambio fiable y porcentaje de mejoría*

	<b>PD Pretest</b>	<b>PD Postest</b>	<b>Diferencia del cambio</b>	<b>Índice Cambio Fiable</b>	<b>Sig.</b>	<b>Porcentaje mejora</b>
<b>Inadaptación</b>	15	11	-4	T1-T2: -7,14	Sí (p<0,05)	T1-T2: 26,7%
<b>Autoestima</b>	25	30	+5	T1-T2: -2,01	Sí (p<0,05)	T1-T2: 20%
<b>Asertividad total</b>	-5	23	+28	T1-T2: 2,13	Sí (p<0,05)	T1-T2: 78,27%
<b>Afecto positivo</b>	29	34	+5	T1-T2: -1'70	Sí (p<0,05)	T1-T2: 17,24%

<b>Afecto negativo</b>	35	30	-5	T1-T2: 3,57	Sí (p<0,05)	T1-T2: 14,29%
<b>Ansiedad</b>	9	6	-3	T1-T2: 6,97	Sí (p<0,05)	T1-T2: 33,4%
<b>Depresión</b>	3	0	-1	T1-T2: 7,14	Sí (p<0,05)	T1-T2: 33,4%

Por último, la información cualitativa relevante de J. una vez terminada la intervención fue que refirió mejoría en la sintomatología ansiosa, calidad del sueño, episodios de migraña, autoconcepto, estado de ánimo, confianza en sí misma para volver a conducir, calidad de las relaciones sociales y comunicación asertiva, detección de los pensamientos irracionales y satisfacción con su situación laboral actual. Además, asegura que ha sentido un cambio a mejor en comparación a su gestión emocional durante el confinamiento y con las consecuencias ocasionadas por las restricciones del COVID-19. Sin embargo, quiere continuar trabajando porque todavía no se encuentra estable emocionalmente debido a todos los cambios recientes que está viviendo en el último mes.

## Discusión

Tras la intervención durante 3 meses, los resultados sugieren que se ha alcanzado el objetivo principal del tratamiento acerca de comprobar la eficacia del TCC en una mujer de 28 años con ansiedad. Según la hipótesis principal, el tratamiento disminuyó la ansiedad de la joven. Para los objetivos secundarios, mejoró su estado de ánimo, gestión emocional, control de la impulsividad, autoestima, hábitos de estilo saludable, rebatir pensamientos irracionales, capacidad de resolución de problemas, su comunicación asertiva y relaciones sociales y volver a conducir.



Estos datos son coherentes con la revisión de Fonseca-Pedrero et al. (2021) que indica que los tratamientos patrón oro, o gold standard, para la ansiedad es la terapia cognitivo-conductual y con el metaanálisis de Soriano et al. (2019) que evalúa la eficacia de la TCC a largo plazo en personas con ansiedad y aseguran que este tratamiento se puede considerar como primera elección o de terapia combinada con farmacología. Por su parte, la evidencia científica recomienda utilizar la guía NICE (2019) para tratar la sintomatología ansiosa-depresiva en personas jóvenes que han padecido o continúan sufriendo ansiedad y/o depresión durante la COVID-19. Asimismo, los resultados de este trabajo van en la línea de los estudios de Caballo et al. (2019), Coto-Lesmes (2020), González-Blanch et al. (2017) y Twomey et al. (2015) que apoyan la TCC porque favorece el desarrollo de las capacidades de afrontamiento y control de la ansiedad, autoestima, aumenta el estado de ánimo, pone en práctica la solución de problemas y toma de decisiones, mejora la comunicación en asertividad y la calidad de las relaciones interpersonales. En concordancia con el estudio de Losavio et al. (2017), trabajar sobre los pensamientos intrusivos, rumiativos e irracionales redujo la ansiedad en J. al aprender a rebatir los pensamientos y neutralizarlos. Por otro lado, J. padecía episodios de migraña cuando atravesaba situaciones que le provocaban inseguridad y ansiedad en épocas de estrés. Esto perjudicaba en todos los ámbitos de su vida porque cuando le afectaba de manera intensa llegaba hasta incapacitarle durante uno o dos días. Después del tratamiento, J. supo identificar qué situaciones podían precipitar un episodio de migraña y actuar en concordancia. En este sentido, y relación a los trabajos de Compen y Rojas (2021) y Visens (2014), gracias a mantener hábitos de estilo de vida saludable como tener una alimentación equilibrada, practicar ejercicio físico y mejorar su cantidad y calidad de horas de sueño, redujeron los problemas somáticos y afectos negativos.

Por todo ello, la mejoría en J. de estas variables causó una reducción en la sintomatología que le ayudó a sentirse adaptada a los contextos sociales, académicos, laborales y de tiempo libre. Con las técnicas de inoculación de estrés, J. pudo poner en práctica la relajación y respiración y uso de autoinstrucciones en situaciones que le desencadenaban ansiedad como cuando tenía que coger el coche para ir a trabajar, en su puesto de trabajo y en los eventos del colectivo LGBTI+ donde ella es voluntaria. Además, las sesiones de exposición y desensibilización sistemática le ayudaron a solucionar la inseguridad que sentía cuando tenía que conducir. De igual modo, la reestructuración cognitiva hizo que controlara y cambiara los pensamientos irracionales por racionales. Cabe destacar que la psicoeducación emocional hizo que aprendiera a identificar sus emociones y relacionarlas con los estímulos desencadenantes para gestionarlas adaptativamente. Por otro lado, la activación conductual la mantuvo haciendo tareas que le resultaron agradables para mejorar su estado de ánimo y autoestima. En cuanto al entrenamiento en habilidades sociales y en solución de problemas, reforzó su seguridad a la hora de enfrentarse a conflictos sociales y aprender de la comunicación asertiva. En esta línea, y de acuerdo a los estudios de Mahanta y Aggarwal (2013), Martínez (2019) y Mosquera-Gallego (2018), al mejorar las dificultades de J. en los contextos sociales y la calidad de las relaciones sociales, ayudó a reducir la ansiedad y el temor por sentirse incompetente, nerviosa o a tener pensamientos de evitación o escape a estos contextos. Todas las puntuaciones fueron superiores a 1,96 en el Índice de cambio fiable, es decir, el cambio de J. para todas las variables fue estadísticamente significativo. Lo mismo ocurrió con el porcentaje de mejora para las variables asertividad, ansiedad y depresión, ya que superaron el 30% y fueron

considerados aceptables para determinar que hubo mejoría, de acuerdo con el estudio Ostelo et al. (2008) y Jacobs y Truax (1991).

Una de las limitaciones del estudio ha sido que las sesiones tuvieron que efectuarse finalmente en modalidad online y los problemas de conexión con la red pudieron entorpecer la calidad de la relación terapéutica en algunos momentos del tratamiento. Además, no se pudo realizar un seguimiento a los 3, 6 y 12 meses para poder comprobar si los resultados se generalizaban y mantenían en el tiempo. Sin embargo, este trabajo aporta evidencia sobre la eficacia de aplicar la TCC en una chica con ansiedad que se vio incrementada durante los meses de pandemia.

En conclusión, los resultados sugieren que la TCC es eficaz para trabajar con personas con sintomatología ansiosa porque ayuda a atenuar la ansiedad y mejorar el estado de ánimo, el autoconcepto, las habilidades y el apoyo social, los problemas de sueño y de migraña y, en general, su capacidad de adaptación. Este caso de estudio alude a la importancia de preservar la salud mental durante y después de la COVID-19. Como propuesta de futuras investigaciones, sería recomendable trabajar en esta misma línea, pero aplicando la TCC en un grupo de adultez emergente, ya que gracias a la evidencia científica desde los 16 a los 35 años es el grupo de edad que más se ha visto afectado por la pandemia.

## Referencias

- Arnett, J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente*. Un enfoque cultural. Pearson Educación.
- Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo, E. y Reyes, D. (2020). Psychological consequences of quarantine and social isolation during COVID-19 pandemic. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46, 1-14.
- Brooks, S., Webster, R., Smith, E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912-20.
- Caballo, V., Salazar, I. y Hofmann, S. (2019). Una nueva intervención multidimensional para la ansiedad social: el programa IMAS. *Psicología Conductual*, 27(1), 149-172.
- Cabrera, A. (2020). Actividad física y efectos psicológicos del confinamiento por COVID-19. *INFAD Revista de psicología*, 1(2), 209-220.
- Cárdaba-García, R., Pérez, L., Niño, V., Cárdaba-García, I., Durantez-Fernández, C. y Olea, E. (2021). *International Journal of Enviromental Research and Public Health*, 18, 1-12.
- Chacón-Fuertes, F., Fernández-Hermida, J.R. y García-Vera, M.P. (2020). La psicología ante la pandemia de la COVID-19 en España. La respuesta de la Organización Colegial. *Clínica y salud*, 31(2), 119-123.
- Compen, L. y Rojas, E. (2021). Impacto de la calidad de vida de los pacientes con migraña. *Revista médica de Trujillo*, 16(3), 148-156.
- Comeche, M., Díaz, M. y Vallejo, P. (1995). Cuestionarios, inventarios y escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales. Fundación Universidad Empresa.

- Cornejo, M. y Lucero, M. (2005). Preocupaciones vitales en estudiantes universitarios relacionadas con bienestar psicológico y modalidades de afrontamiento. *Fundamentos en Humanidades*, 6, 143-153.
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C. y González-Fernández, S. (2020). Activación conductual en formato grupal para ansiedad y depresión. Una revisión sistemática. *Terapia psicológica*, 38(1), 63-84.
- Díaz, R. (2015). *Yo voy conmigo*. Thule.
- Díaz, R. (2019). *Yo soy*. Thule.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y modificación de conducta*, 26(107), 325-340.
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñiz, J., López-Navarro, E... Marrero, RJ. (2021). Tratamientos Psicológicos Empíricamente Apoyados para Adultos: Una Revisión Selectiva. *Psicothema*, 33(2), 188-197.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jone, P. y Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings, *British medical journal*, 97, 897-899.
- González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., Muñoz-Navarro, R., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L., Ruiz-Torres, M., Dongil, E., Cano-Vindel, A. y Grupo de Investigación PsicAP. (2017). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: el manual de tratamiento transdiagnostico del estudio PsicAP. *Ansiedad y estrés*, 24(1), 11-11.

- González, M., Peñate, W., Bethencourt, J. y Rovella, A. (2004). La predicción del trastorno de ansiedad generalizada en función de variables de proceso. *Psicología y Salud, 14*(2), 179–188.
- Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12-19.
- Kaholokula, J., Godoy, A., O'Brien, W., Haynes, S. y Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud, 24*, 117-127.
- Kernis, Mh., Granneman, B.D. y Mathis, L.C. (1991). Stability of self-esteem as a moderator of the relation between level of self-esteem and depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 80-84.
- León, M. y Vargas, T. (2009). Validación y estandarización de la Escala de Asertividad de Rathus (R.A.S) en una muestra de adultos costarricenses, *Revista Costarricense de psicología, 28*(41), 187-205.
- LoSavio, S. T., Dillon, K. H. y Resick, P. A. (2017). Cognitive factors in the development, maintenance, and treatment of post-traumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychology, 14*, 18-22.
- Mahanta, D. y Aggarwal, M. (2013). Effect of perceived social support on life satisfaction of university students. *European Academic Research, 1*, 1083-1094.
- Martín-Albo, J., Núñez, J., Navarro, J. y Grijalvo, F. (2007). The rosenberg self-esteem scale: translation and validation in university students. *The spanish journal of psychology, 10*(2), 458-467.

- Martínez, P., Neira, P., Martín, C. y Gómez, M. (2019). Evaluación y tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad social. *Revista de casos clínicos en salud mental*, 1, 63-77.
- Montón, C., Pérez-Echevarría, M.J., Campos, R., Campayo, J. y Lobo, A. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención primaria*, 12, 345-349.
- Mosquera-Gallego, L. (2018). Tratamiento cognitivo-conductual de la ansiedad social y acoso escolar en una niña con capacidad intelectual límite. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* 5(1), 50-56.
- National Institute for Health and Care Excellence - NICE. (2019). Depression in children and young people: Identification and management. NICE guideline. <http://www.nice.org.uk/guidance/ng134>
- Ostelo, R.W. J. G., Deyo, R. A., Stratford, P., Waddell, G., Croft, P., Von Korff, M., Bouter, L. M. y de Vet, H. C. (2008). Interpreting change scores for pain and functional status in low back pain. *Spine*, 33(1), 90–94.
- Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Roberts, J.E. y Monroe, S.M. (1992). Vulnerable self-esteem and depressive symptoms: prospective findings comparing three conceptualizations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(5), 804-812.R
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, University Press.
- González, M., Peñate, W., Bethencourt, J. y Rovella, A. (2004). La predicción del trastorno de ansiedad generalizada en función de variables de proceso. *Psicología y Salud*, 14(2), 179–188.

- Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1995). Tratamiento psicológico de la fobia social: Un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 151-179.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A. y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J. y Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de la COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de psicopatología y psicología clínica* 25(1), 1-22.
- Soriano, J., Pérez-Fuentes, M., Molero, M., Tortosa, B. y González, A. (2019). Beneficios de las intervenciones psicológicas en relación con el estrés y la ansiedad: Revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Europea de Educación y Psicología*, 12(2), 191-206.
- Twomey, C., O'Reilly, G. y Byrne, M. (2015). Effectiveness of cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in primary care: A meta-analysis. *Family Practice*, 32, 3-15.
- Visens, L. (2014). Actualización en la prevención y tratamiento de la migraña. *Medicina*, 74(2), 147-157.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C.S. y Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19). Epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1-25.



Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of Positive and Negative Affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

WHO. Regional Office for Europe. (2020). *Mental health and psychological resilience during the Covid-19 pandemic*. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/mental-health-and-psychological-resilience-during--the-covid-19-pandemic>



## APÉNDICES

### Anexo 1

#### DATOS PERSONALES:

Nombre:

Edad:

Población:

Tlf:

#### MOTIVO DE CONSULTA:

#### ÁREA DE HÁBITOS SALUDABLES:

- Alimentación:
- Sueño:
- Higiene:
- Ejercicio físico:

#### ÁREA DE SALUD:

#### ÁREA ACADÉMICO/LABORAL:

#### ÁREA FAMILIAR:

#### ÁREA SOCIAL:

#### ÁREA EMOCIONAL:

#### MOTIVACIONES/INTERESES:

#### ANTERIORES INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS:

## Anexo 2

### Escala de inadaptación (Echeburúa y Corral, 1987)

Rodea con un círculo el número que mejor describa tu situación actual acerca de los aspectos de tu vida cotidiana que se señalan a continuación:

- 1 = Nada**  
**2 = Casi Nada**  
**3 = Poco**  
**4 = Bastante**  
**5 = Mucho**  
**6 = Muchísimo**

#### ESTUDIOS

Debido a mis problemas para relacionarme con los demás, mis estudios se han visto afectados: 1 2 3 4 5 6

#### VIDA SOCIAL

Debido a mis problemas para relacionarme con los demás, la amistad con otras personas se ha visto afectada: 1 2 3 4 5 6

#### TIEMPO LIBRE

Debido a mis problemas para relacionarme con los demás, mis actividades habituales en los ratos libres (salir con amigos, ir de excursión, viajar, practicar deportes) se han visto afectadas: 1 2 3 4 5 6

#### RELACIONES DE PAREJA

Debido a mis problemas para relacionarme con los demás, la relación con mi novio/a (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada: 1 2 3 4 5 6

#### VIDA FAMILIAR

Debido a mis problemas para relacionarme con los demás, la relación con mi familia se ha visto afectada: 1 2 3 4 5 6

#### ESCALA GLOBAL

Debido a mis problemas para relacionarme con los demás, mi vida normal general se ha visto afectada: 1 2 3 4 5 6

### Anexo 3

Escala de autoestima (Rosenberg, 1965)

#### **ESCALA DE AUTOESTIMA**

(Rosenberg, 1965)

Por favor, conteste a los siguientes ítems adecuándose a la siguiente escala:

1= TOTALMENTE DE ACUERDO  
2= DE ACUERDO  
3= EN DESACUERDO  
4= TOTALMENTE EN DESACUERDO

1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos tanto como los demás.
2. Creo que, en conjunto, soy un fracasado/a.
3. Creo que tengo cualidades buenas.
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.
5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí.
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.
8. Desearía valorarme más a mí mismo.
9. A veces me siento verdaderamente inútil.
10. A veces pienso que no sirvo para nada.

## Anexo 4

### Inventario de asertividad de Rathus (1973)

*Instrucciones:* Indique, mediante el número correspondiente, hasta qué punto le describen o caracterizan cada una de las afirmaciones de la lista:

- +3 = Muy característico de mí, muy descriptivo
- +2 = Bastante característico de mí, bastante descriptivo
- +1 = Algo característico de mí, ligeramente descriptivo
- 1 = Algo raro en mí, poco descriptivo
- 2 = Bastante extraño en mí, bastante poco descriptivo
- 3 = Muy poco característico en mí, nada descriptivo

- \_\_\_\_\_ 1. Mucha gente parece ser más agresiva y asertiva que yo
- \_\_\_\_\_ 2. He dudado en solicitar o aceptar citas por timidez
- \_\_\_\_\_ 3. Cuando la comida que me han servido en el restaurante no está hecha a mi gusto, me quejo de ello al camarero.
- \_\_\_\_\_ 4. Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas incluso aunque crea que me han molestado
- \_\_\_\_\_ 5. Cuando un vendedor se ha molestado mucho mostrándome un producto que luego no me agrada, paso un mal rato al decir «no»
- \_\_\_\_\_ 6. Cuando me piden que haga algo, insisto en saber por qué
- \_\_\_\_\_ 7. Hay veces en que provoco abiertamente una discusión
- \_\_\_\_\_ 8. Lucho, como la mayoría de la gente, por mantener mi posición
- \_\_\_\_\_ 9. En realidad, la gente se aprovecha con frecuencia de mí
- \_\_\_\_\_ 10. Disfruto entablando conversación con nuevos conocidos y extraños
- \_\_\_\_\_ 11. Con frecuencia no sé qué decir a personas atractivas del otro sexo
- \_\_\_\_\_ 12. Rehúyo telefonar a instituciones o empresas
- \_\_\_\_\_ 13. En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución, preferiría escribir cartas a realizar entrevistas personales
- \_\_\_\_\_ 14. Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado
- \_\_\_\_\_ 15. Si un pariente cercano y respetado me molesta, preferiría ocultar mis sentimientos antes que expresar mi disgusto
- \_\_\_\_\_ 16. He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto
- \_\_\_\_\_ 17. Durante una discusión temo a veces alterarme tanto como para ponerme a temblar
- \_\_\_\_\_ 18. Si un eminente conferenciante hiciera una afirmación que considero incorrecta, expondría públicamente mi propio punto de vista
- \_\_\_\_\_ 19. Evito discutir sobre precios con dependientes y vendedores
- \_\_\_\_\_ 20. Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello
- \_\_\_\_\_ 21. Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos
- \_\_\_\_\_ 22. Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, le busco cuanto antes para poner los puntos sobre las íes
- \_\_\_\_\_ 23. Con frecuencia paso un mal rato al decir «no»
- \_\_\_\_\_ 24. Suelo reprimir mis emociones antes de hacer una escena
- \_\_\_\_\_ 25. En el restaurante o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio
- \_\_\_\_\_ 26. Cuando me hacen un cumplido, con frecuencia no sé qué responder
- \_\_\_\_\_ 27. Si dos personas en el cine o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen o que se vayan a hablar a otra parte
- \_\_\_\_\_ 28. Si alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención
- \_\_\_\_\_ 29. Expreso mis opiniones con facilidad
- \_\_\_\_\_ 30. Hay ocasiones en las que soy incapaz de decir nada

## Anexo 5

Escala de afecto positivo y negativo (Positive and negative Affect Schedule; PANAS (Watson, Clark y Tellegen, 1988)

A continuación se indican una serie de palabras que describen diversos sentimientos y emociones. Lea cada una de ellas y conteste con un número (del 1 al 5) indicando hasta qué punto Ud. suele sentirse habitualmente de la forma que indica cada expresión. Por favor, conteste en el espacio reservado delante de cada descripción.

1	2	3	4	5
<i>nada</i>	<i>un poco</i>	<i>bastante</i>	<i>mucho</i>	<i>muchísimo</i>

---

Generalmente *me siento* (escriba el número que corresponda):

- 1. Interesado (que muestro interés)
- 2. Tenso o estresado
- 3. Animado, emocionado
- 4. Disgustado o molesto
- 5. Enérgico, con vitalidad
- 6. Culpable
- 7. Asustado
- 8. Enojado, enfadado
- 9. Entusiasmado
- 10. Orgullosa (de algo), satisfecho
- 11. Irritable o malhumorado
- 12. Dispuesto, despejado
- 13. Avergonzado
- 14. Inspirado
- 15. Nervioso
- 16. Decidido a atrevido
- 17. Atento, esmerado
- 18. Intranquilo o preocupado
- 19. Activo
- 20. Temeroso, con miedo



## Anexo 6

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG; Goldberg, Bridges, Duncan-Jones y Grayson, 1988)

### Escala E.A.D.G.

#### SUBESCALA DE ANSIEDAD

	SI	NO
1-¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?.....	___	___
2-¿Ha estado muy preocupado por algo?.....	___	___
3-¿Se ha sentido muy irritable?.....	___	___
4-¿Ha tenido dificultad para relajarse?.....	___	___

Subtotal \_\_\_

(Si hay 2 ó más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

	SI	NO
5-¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?.....	___	___
6-¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?.....	___	___
7-¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?.....	___	___
(síntomas vegetativos)		
8-¿Ha estado preocupado por su salud?.....	___	___
9-¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?.....	___	___

TOTAL ANSIEDAD \_\_\_

(Ansiedad: rango 0-9. Punto de corte: 4)

#### SUBESCALA DE DEPRESIÓN

	SI	NO
1-¿Se ha sentido con poca energía?.....	___	___
2-¿Ha perdido Vd. Su interés por las cosas?.....	___	___
3-¿Ha perdido la confianza en sí mismo?.....	___	___
4-¿Se ha sentido Vd. Desesperanzado, sin esperanzas?.....	___	___

Subtotal \_\_\_

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

5-¿Ha tenido dificultades para concentrarse?.....	___	___
6-¿ Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito).....	___	___
7-¿Se ha estado despertando demasiado temprano?.....	___	___
8-¿Se ha sentido Vd. enlentecido?.....	___	___
9-¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? .....	___	___

TOTAL DEPRESIÓN \_\_\_

(Depresión: rango: 0-9. Punto corte: 2)

(Golberg y cols. 1.988. Versión española GZEMPP. 1.993)