



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2025-2026

Trabajo Fin de Máster

Intervención en un caso de victimización por acoso escolar desde la Terapia
Cognitivo-Conductual y la Dialéctico-Conductual: estudio de caso

Autor/a: Andrea Castillo Cañadas

Tutor/a: Estefanía Estevez López

Código de la Oficina de Investigación Responsable: TFM.MPG.EEL.ACC.251024

Convocatoria: Enero 2026.

Resumen

El bullying o acoso escolar es una forma de maltrato persistente e intencional que conlleva una diferencia de poder entre víctima y agresor/a. Esta problemática se asocia con el déficit de autoestima, problemas interpersonales, abandono escolar, intención suicida y trastornos como la depresión, el trastorno de estrés postraumático, problemas alimentarios y ansiedad, específicamente, el trastorno de ansiedad social, basado en un gran temor ante situaciones sociales en las que se prevé el juicio externo y el fracaso en el desempeño, lo que conlleva conductas de evitación y/o huida. Hay evidencia de que el bullying puede deteriorar el funcionamiento de los niños/as y adolescentes en sus diversos contextos. El objetivo del presente trabajo fue evaluar la eficacia de la intervención basada en la terapia cognitivo-conductual y dialéctico-conductual para mejorar sus habilidades sociales, su capacidad de resolución de problemas interpersonales, su gestión de las emociones, en concreto de la ira, y reducir la sintomatología ansiosa en un adolescente de 14 años. La intervención consta de 14 sesiones semanales de una hora de duración. En la fase de evaluación se administraron entrevistas y cuestionarios. Se emplearon técnicas basadas en el manejo de la ansiedad, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas, exposición, aceptación de las emociones y entrenamiento en mindfulness. Los resultados indicaron una mejora en las habilidades sociales y capacidad de resolución de problemas del adolescente, en la capacidad de gestión emocional, y menores niveles de ansiedad.

Palabras clave: acoso; ajuste emocional; adolescencia; intervención; tratamiento.

Abstract

Bullying is a form of persistent and intentional abuse that involves a power imbalance between the victim and the aggressor. This problem is associated with low self-esteem, interpersonal problems, school dropout, suicidal intent and disorders such as depression, post-traumatic stress disorder, eating disorders and anxiety, specifically social anxiety disorder, based on a great fear of social situations in which external judgement and failure in performance are anticipated, leading to avoidance and/or escape behaviours. There is evidence that bullying can impair the functioning of children and adolescents in their various contexts. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioural and dialectical-behavioural therapy-based intervention in improving social skills, interpersonal problem-solving abilities, emotion management (specifically anger), and reducing anxiety symptoms in a 14-year-old adolescent. The intervention consisted of 14 weekly sessions lasting one hour. Interviews and questionnaires were administered during the evaluation phase. Techniques based on anxiety management, cognitive restructuring, social skills and problem-solving training, exposure, acceptance of emotions, and mindfulness training were used. The results indicated an improvement in the adolescent's social skills and problem-solving abilities, emotional management skills, and lower levels of anxiety.

Keywords: bullying; emotional adjustment; adolescence; intervention; treatment.

Introducción

El bullying o acoso escolar es una forma de maltrato persistente que se da con la intención de hacer daño a otros, y en la cual se hace evidente la diferencia de poder existente entre el/la agresor/a y la víctima. Concretamente, la agresión puede ser física, verbal o psicológica, incluyendo comportamientos como insultar, golpear, amenazar, empujar, excluir, etc. (García et al., 2023; Olweus, 2019).

Se trata de una problemática compleja a la hora de definir puesto que en ella median diversos factores (psicológicos, sociales, culturales, económicos, políticos, etc.). También atañe diferentes roles bien definidos: el de víctima; el de agresor/a; el de víctima-agresor/a, característico de personas que sufren acoso pero evolucionan al rol de acosadoras; y espectadores, aquellos que observan y/o perpetúan el bullying (García et al., 2023). Además, es un fenómeno presente en la socialización desde siempre, tal y como evidencian Martínez y Zabaleta (2024), lo que aumenta la gravedad del problema, y aún en mayor medida cuando sus repercusiones llegan a estar presentes en la adultez.

A su vez, ocasiona graves consecuencias psicológicas en aquellos/as que lo experimentan, como problemas en las relaciones sociales, insomnio, inicio precoz de la experiencia sexual, abandono escolar e intentos de suicidio (García et al., 2023). Así mismo, las víctimas de bullying presentan más probabilidad de padecer trastornos psicológicos como ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático (TEPT), así como problemas alimentarios y síntomas psicosomáticos (García et al., 2023; Rusteholz y Mediavilla, 2022).

En la misma línea y tal y como comentan García et al. (2023), los/las adolescentes víctimas de acoso escolar perciben una menor autoestima y autoeficacia, mayores niveles de estrés, mayor consumo de sustancias, menor rendimiento escolar, y un mayor locus de control externo tras haber sufrido bullying (Díaz-Aguado et al., 2024; García et al., 2023).

En cuanto al trastorno de ansiedad en específico, existe una relación directa y positiva entre el Trastorno de Ansiedad Social (TAS) y el acoso escolar, así como explican Caballo et al. (2011a; 2011b) y Calderero et al. (2011). El TAS se basa en un temor elevado que se mantiene en el tiempo ante situaciones sociales en las que la persona prevé que va a ser observada por el resto y cuyo desempeño no va a ser el adecuado, ya sea por comportarse de manera vergonzosa o por mostrarse ansiosa frente a los demás. Esto ocasiona que realice conductas de evitación y/o escape-huida de dichos escenarios o eventos sociales (Caballo et al., 2011a). Así, los/las niños/as y adolescentes con TAS son percibidos como más cohibidos al relacionarse, cuentan con menos amistades y muestran dificultades para interactuar con personas menos cercanas a ellos/as (Caballo et al., 2011a).

El acoso escolar, por tanto, es una problemática de gran impacto en la sociedad. Respecto a su prevalencia, a nivel mundial, aproximadamente uno de cada tres alumnos es agredido físicamente en alguna ocasión y, al mes, también uno de cada tres sufre acoso (Parlier, 2024). De hecho, según el informe redactado por la UNESCO en 2021, durante ese año en el mundo, el 16,1% de adolescentes sufrió agresiones físicas como golpes y ser encerrados/as; el 11,2% experimentó burlas, comentarios y humillaciones; y el 5,5% vivió situaciones de exclusión. Igualmente, en Europa el 25% de estudiantes fue víctima de acoso escolar (UNESCO, 2021).

En cuanto al género, García et al. (2023) y Marcos et al. (2022) coinciden en que los varones realizan más agresiones de tipo físico que las mujeres, y en ellas son más frecuentes las agresiones psicológicas. Sin embargo, en ambos géneros la probabilidad de ser víctima de bullying es la misma (Parlier, 2024). Por otro lado, el grupo poblacional más afectado por esta problemática son los niños y niñas y los adolescentes, puesto que presentan mayor vulnerabilidad (Parlier, 2024).

Por todo ello, se evidencia la importancia de intervenir sobre las consecuencias psicológicas negativas derivadas del bullying, destacando la sintomatología ansiosa en el plano social, contexto altamente afectado por esta problemática y, a la vez, sobre el que hay un número muy reducido de investigaciones en su relación con el acoso escolar (Caballo et al., 2011a).

A pesar de lo anterior, cabe destacar la publicación de Caballo et al. (2011b), consistente en un programa grupal basado en las habilidades sociales, para disminuir la ansiedad social en niños/as víctimas de acoso escolar de 9-14 años. En la misma línea, se encuentran en la literatura científica otros programas de tipo grupal para abordar el acoso escolar, la mayoría con un enfoque preventivo y orientados al ámbito escolar, como son el de Olweus (1993) y Olweus (1999), el único que incluye también intervención individual; el de Ortega et al. (2004), el estudio español más relevante a nivel internacional; y el de Slee (2001).

Igualmente, en cuanto al tratamiento psicológico de la ansiedad social causada por el bullying, Mosquera (2018) recoge diversas intervenciones basadas en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) que han resultado eficaces en niños/as y adolescentes, como la Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS, Olivares, 2005), la Terapia de Grupo Cognitivo-Conductual para Adolescentes (CBGT-A; Albano et al., 1991; Albano y DiBartolo, 2007) y el Programa de Terapia Cognitivo-Conductual (CBT; Spence, 1995; Spence et al., 2000). Estos protocolos contienen estrategias de intervención como la psicoeducación, el entrenamiento en habilidades sociales, la exposición y la reestructuración cognitiva, entre otros.

Del mismo modo, algunas terapias de tercera generación, como es el caso de la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) son también una opción de tratamiento eficaz para la ansiedad social. En ese sentido, Caballo et al. (2018) recomiendan en su propuesta

Intervención Multidimensional para la Ansiedad Social (IMAS) la combinación de la TCC con otras terapias contextuales como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la atención plena (mindfulness) y la DBT. El programa de tratamiento consiste en 15 sesiones de 2,5 horas en formato individual y grupal, que cuenta con algunos componentes de la DBT como la aceptación de emociones y sensaciones y la difusión de los pensamientos.

Por su parte, Soleimani y Kadkhodaei (2025) evidencian en su estudio la utilidad de esta terapia en adolescentes víctimas de ciberbullying, que recibieron ocho sesiones de 90 minutos de duración basadas en técnicas como la aceptación de las emociones, el entrenamiento en resolución de problemas, la identificación de los propios valores, la atención al momento presente (entrenamiento en mindfulness) y el entrenamiento en habilidades interpersonales eficaces, entre otras.

Por tanto, el objetivo de este trabajo es evaluar la eficacia de la intervención individual con un adolescente víctima de acoso escolar, dirigida a mejorar sus habilidades sociales; su capacidad de resolución de problemas interpersonales; su gestión de las emociones, en concreto de la ira; y reducir la sintomatología ansiosa; en síntesis, mejorar su bienestar emocional.

Así, la hipótesis que se establece es que, mediante una intervención basada en la terapia cognitivo-conductual (TCC) y en la dialéctico-conductual (DBT), consistente en el entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en resolución de problemas interpersonales, reestructuración cognitiva de los pensamientos ansiógenos, exposición a las situaciones temidas, aceptación de las emociones y entrenamiento en atención consciente (mindfulness) se logrará en el adolescente que su sintomatología ansiosa se reduzca, que sea capaz de relacionarse de una forma más adecuada, que su resolución de problemas sea más eficaz, que su gestión de la ira sea más idónea, y que su percepción sobre sí mismo y las personas que le rodean sea más realista y positiva.

Método

Participante

J. es un adolescente de 14 años de 3° de E.S.O. Vive con su madre y algunos fines de semana visita a su padre, puesto que ambos están separados. El nivel socioeconómico de los dos progenitores es medio.

El paciente acude a consulta puesto que en los últimos meses ha tenido varios conflictos con algunos compañeros/as del instituto. La madre comenta bastante preocupada que la tutora de su hijo le ha mencionado además que en alguna ocasión se han llegado a dar enfrentamientos también con algunos profesores. Ella refiere que lo percibe bastante irritable durante la mayor parte del día y que a menudo actúa gritando y dando portazos cuando le hace algún comentario o sugerencia. Por su parte, el padre también indica que lo nota enfadado con bastante frecuencia y que no suele salir de su habitación ni interactuar con sus padres. Ambos coinciden también en que no sale de casa a hacer ningún plan con otras personas ni a realizar ninguna actividad en solitario.

Por otro lado, J. comenta que no tiene interés en socializar con ninguna persona de su edad y que solo se relaciona con algún compañero en clase cuando tienen que realizar trabajos en equipo. Refiere que no siente que tenga ninguna amistad de verdad y que, cuando tiene que entablar una conversación con alguien, se siente muy incómodo y nervioso, con síntomas como dolor de estómago y dificultad para respirar. Se percibe cansado y con falta de energía muy a menudo.

El adolescente informa de que en el transcurso del curso de 4° de primaria fue agredido física y verbalmente por cinco compañeros de clase. A raíz de este acontecimiento, se trasladó a otra localidad con su familia y comenzó 5° de primaria en otro centro educativo. Durante ese curso y el siguiente, sus relaciones sociales se vieron empobrecidas y comenzó a aislarse tanto en el colegio como en las horas extraescolares, puesto que abandonó las

actividades que realizaba (judo y piano). Comenzó a notar entonces que, en situaciones concretas como al tener que elegir pareja en educación física o la hora del patio, percibía altos niveles de ansiedad y de malestar general. En 1º de E.S.O., una vez ya en el instituto, volvió a ser víctima de acoso escolar por varios compañeros dos años mayores que él, que habían repetido y con los que compartía clase. Las conductas que realizaron variaban entre las humillaciones, las amenazas y las agresiones físicas. En una ocasión, J. se defendió agrediendo a los compañeros que le acosaban y, tras este comportamiento, el bullying cesó, limitándose a miradas desagradables en clase. Tras este suceso, J. comenzó a reaccionar de manera violenta cuando alguno de sus compañeros tenía algún problema con él o se daba una discusión, elevando el tono de voz e incluso llegando a propinar puñetazos. Paralelamente, notó cómo la sintomatología ansiosa aumentaba en intensidad y frecuencia, manifestándose con síntomas como dolor en el pecho, malestar al tener que estar con personas que no conoce o más mayores que él, así como un elevado temor a hablar en público o ser el centro de atención en situaciones sociales.

Así, considerando la información anterior, se puede establecer el análisis funcional del caso que explica la relación entre las variables involucradas en el problema, y que permite conocer las que suceden antes de este y las que actúan manteniéndolo.

Se ha obtenido como resultado que la principal variable explicativa de la aparición de los síntomas ansiógenos y la conducta agresiva que el paciente muestra es el evento traumático y repetido en el tiempo que supuso para él ser víctima de acoso escolar. Dicho acontecimiento altamente estresante también ha supuesto que su vida social se haya visto reducida debido a su aislamiento, ya que se dio un condicionamiento erróneo asociando todo tipo de situaciones sociales a la oportunidad de volver a sufrir acoso por parte de sus iguales, lo que conlleva que J. evite esas situaciones, sienta ansiedad cuando tiene que enfrentarse a

ellas y haya desarrollado un estilo de afrontamiento negativo y agresivo, con la intención de protegerse y/o defenderse.

En cuanto a los factores de vulnerabilidad, se encuentran un patrón cognitivo rumiativo, así como un estilo de afrontamiento desadaptativo, basado en la evitación (O).

Del mismo modo, cabe señalar como estímulos desencadenantes (E) externos las situaciones sociales, como tener que hablar públicamente o conversar con otros; y como estímulo desencadenante interno los pensamientos negativos automáticos y anticipatorios sobre su capacidad para desenvolverse en esas situaciones y sobre la aparición de la sintomatología ansiosa frente a los demás.

Como conductas problema (R) se pueden establecer a nivel fisiológico la inquietud, nerviosismo y ansiedad que el paciente experimenta en cuanto al estímulo temido (situaciones sociales), con síntomas específicos como dolor de estómago, dificultad para respirar, dolor en el pecho, cansancio, temblores y sudoración, así como irritabilidad y anhedonia. A nivel cognitivo-emocional, se encuentran los pensamientos negativos y anticipatorios que tiene sobre su desempeño en dichos escenarios sociales como “no puedo hacerlo”, “no soy capaz”, “voy a equivocarme”, “van a notar que estoy nervioso”, entre otros. A nivel motor, el paciente no socializa, no realiza apenas actividades en el día, evita situaciones y espacios públicos y realiza conductas de tipo agresivo como gritar, responder de forma violenta, pegar e involucrarse en conflictos frecuentes con sus padres, sus compañeros y sus profesores.

Las consecuencias (C) a corto plazo de las conductas realizadas por J. conllevan alivio momentáneo al no exponerse a las situaciones que le provocan malestar (reforzamiento negativo) pero, a largo plazo mantienen el problema, generando los pensamientos anticipatorios sobre su gestión de dichas situaciones y causando todo ello una gran

disminución de su calidad de vida, pérdida de reforzadores sociales, problemas interpersonales y sentimientos de ineficacia.

Tabla 1. *Análisis funcional del caso*

Antecedentes (estímulos desencadenantes)	Respuesta (conducta problema)	Consecuencias
Factores de vulnerabilidad	Nivel psicofisiológico	A corto plazo
● Patrón cognitivo rumiativo. ● Estilo de afrontamiento desadaptativo.	● Fatiga y anhedonia. ● Irritabilidad. ● Dolor de estómago, dificultad para respirar, dolor en el pecho, temblores y sudoración.	● Alivio al no relacionarse, socializar, participar.
Externos	Nivel cognitivo	A largo plazo
● Situaciones sociales y lugares o escenarios públicos: hablar en público, conversar con otros, conocer a gente nueva, etc.	● Pensamientos como “no puedo hacerlo”, “no soy capaz”, “voy a equivocarme”, “van a notar que estoy nervioso”.	● Mantenimiento del problema. ● Aumento de la sintomatología ansiosa. ● Déficit de habilidades sociales.
Internos	Nivel motor	
● Pensamientos negativos y anticipatorios.	● Inhibición social y aislamiento. ● Evitar espacios y situaciones. ● Gritar, pegar. ● Conflictos interpersonales.	

Variables e instrumentos

La evaluación del caso se realizó durante cuatro sesiones de una hora de duración a lo largo de cuatro semanas. Para ello se utilizaron los siguientes instrumentos específicos para las variables indicadas:

Entrevista a los padres. Se recogió información que permitiese conocer datos del adolescente, la situación familiar, las conductas problema, el funcionamiento escolar y social, la postura de los padres hacia el problema y nivel de implicación en la intervención.

Entrevista al adolescente. Se realizó una breve entrevista con el paciente para averiguar su nivel de autoconocimiento sobre las variables problema y del malestar que le ocasionan, así como conocer su percepción sobre los distintos contextos.

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), versión padres y profesores (Goodman, 1997). Evalúa dificultades emocionales y comportamentales en la infancia y la adolescencia mediante 25 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de tres puntos (0-2). A través de ellos explora cinco aspectos de la salud mental mediante cinco subescalas como Hiperactividad (ítem 10: “Está continuamente moviéndose y es revoltoso”), Síntomas emocionales (ítem 24: “Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente), Problemas de comportamiento (ítem 5: “Frecuentemente tiene rabietas o mal genio”), Problemas de relaciones con iguales (ítem 6: “Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a) y Conducta prosocial (ítem 1: “Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas”). Cuenta con dos versiones, para padres y profesores, con una única versión para ambos, cuya edad de aplicación es de 3 a 17 años; y la versión autoinformada, para niños y adolescentes de 11 a 17 años. En este caso solo se utilizaron las versiones para padres y para profesores. El instrumento presenta buenas propiedades psicométricas, con un alfa de Cronbach de 0.84 (Ortuño-Sierra et al., 2015).

Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes (STAXI-NA; Spielberger, 2009). Este instrumento consta de 32 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de tres puntos (1-3), a través de los que evalúa en niños y adolescentes de 8 a 17 años la ira y sus componentes. Cuenta con 6 escalas: Estado de Ira, que cuenta a su vez con tres subescalas (Sentimiento: ítem 1, “Estoy furioso”; Expresión verbal: ítem 4, “Tengo ganas de insultar”; y Expresión física: “Tengo ganas de pegar”); Rasgo de Ira, que se compone de dos subescalas (Temperamento: ítem 9, “Tengo mal genio”; y Reacción de ira: ítem 11, “Me enfurece retrasarme por culpa de otros”); y las distintas formas de expresión y control de la ira, como Expresión Externa (ítem 17: “Demuestro mi enfado”), Expresión Interna (ítem 18: “Escondo mis sentimientos”), Control Externo (ítem 24: “Cuando pierdo el control, sé dominarme”) y Control Interno (ítem 29: “Respiro profundamente para tranquilizarme”). El cuestionario ha mostrado buenas propiedades psicométricas, con unos valores de alfa de Cronbach de entre 0.73 y 0.93 (Leibovich de Figueroa et al., 2001).

Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS; Spence, 1997; adaptación española, Godoy et al., 2011). Evalúa los seis trastornos de ansiedad más frecuentes en niños y adolescentes de 8 a 18 años a través de 38 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de cuatro puntos (0-3). Cuenta con 7 escalas: Ansiedad de separación (ítem 5: “Tendría miedo si me quedara solo en casa”), Fobia social (ítem 35: “Me da miedo tener que hablar delante de mis compañeros de clase”), Trastorno obsesivo-compulsivo (ítem 14: “Necesito comprobar varias veces que he hecho bien las cosas, como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave”), Ataques de pánico y agorafobia (ítem 13: “De repente siento que no puedo respirar sin motivo”), Fobias específicas (ítem 2: “Me da miedo la oscuridad”), Ansiedad generalizada (ítem 1: “Hay cosas que me preocupan”) y Ansiedad total (que se obtiene sumando todos los ítems). Presenta buenas propiedades psicométricas puesto que la consistencia interna es de un alfa de Cronbach entre 0.92-0.94 (Carrillo et al., 2012).

Inventario de Ansiedad y Fobia Social - Forma Breve (SPAI-B; García-López et al., 2008). Este instrumento evalúa los aspectos conductuales, psicofisiológicos y cognitivos de la ansiedad social en adolescentes de 14 a 17 años, a través de 16 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos (1-5). Se trata de la forma breve y diseñada para adolescentes del “Inventario de Fobia y Ansiedad Social” (SPAI; Turner et al., 1989), tomando para su elaboración la escala de Ansiedad social de dicha prueba. Un ejemplo de ítem es “Me siento nervioso/a cuando tengo que hablar en público” (ítem 3). El cuestionario presenta unas propiedades psicométricas satisfactorias, con un alfa de Cronbach de 0.92. (Piqueras et al., 2012).

Inventario de Depresión para Niños (CDI; Kovacks y Beck, 1992; adaptación española, Del Barrio y Carrasco, 2004). Evalúa la sintomatología depresiva en niños de 7 a 17 años a través de 27 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de tres puntos (0-2). En este instrumento se enuncian tres afirmaciones para cada ítem, de entre las que hay que elegir la respuesta que mejor represente la realidad. Cuenta con dos subescalas, que miden Disforia (ítem 1: “Estoy triste de vez en cuando”; “Estoy triste muchas veces”; o “Estoy triste siempre”) y Autoestima Negativa (ítem 5: “Soy malo siempre”; “Soy malo muchas veces”; o “Soy malo algunas veces”). A su vez, también evalúa la puntuación total de depresión. El punto de corte establecido para considerar la existencia de síntomas depresivos es 19. Presenta buenas propiedades psicométricas puesto que la consistencia interna es de 0.85 (alfa de Cronbach), así como muestra el estudio de Davanzo et al. (2004) con niños españoles.

Diseño e Intervención

El tratamiento elegido fue la terapia cognitivo-conductual y la terapia dialéctico-conductual. Los objetivos que guiaron el tratamiento fueron dirigidos a mejorar aquellos aspectos comentados por los padres como motivos de consulta principales, y fueron

los siguientes: 1) Reducir la sintomatología ansiosa, 2) Mejorar sus habilidades sociales, 3) Mejorar su capacidad de resolución de problemas interpersonales, 4) Aumentar su capacidad de gestión de las emociones, en concreto, de la ira y 5) Mejorar su bienestar emocional.

El proceso terapéutico se desarrolló mediante 14 sesiones semanales de una hora de duración. La fase de evaluación psicológica abarcó las tres primeras sesiones: en la primera se entrevistó a los padres y las dos siguientes se llevaron a cabo individualmente con el adolescente. En la cuarta sesión tuvo lugar la devolución de la información, mostrando el análisis funcional y el programa de tratamiento. Desde esa sesión y hasta la decimosegunda se realizó la intervención basada en la terapia cognitivo-conductual y en la dialéctico-comportamental, consistente en técnicas de manejo de la ansiedad (relajación y respiración), reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas, entrenamiento en exposición, aceptación de las emociones y entrenamiento en atención consciente (mindfulness). Los contenidos abordados en cada sesión y las correspondientes actividades se describen en la Tabla 2.

Por último, la intervención concluyó con la fase de evaluación posttest realizada en las dos últimas sesiones y se presentaron, tanto al adolescente como a sus padres, los objetivos conseguidos una vez aplicado el tratamiento.

Tabla 2. *Resumen de los contenidos y actividades por sesión*

Sesión	Contenidos	Actividades
1	Conocer motivo de consulta e información sobre el caso	Entrevista inicial con los padres.
2-3	Evaluación pre-test	Cumplimentar instrumentos.
4	Devolución de los resultados	Presentación del análisis funcional, del programa de tratamiento y objetivos.
	Manejo de la ansiedad	Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva de Jacobson (RMP).

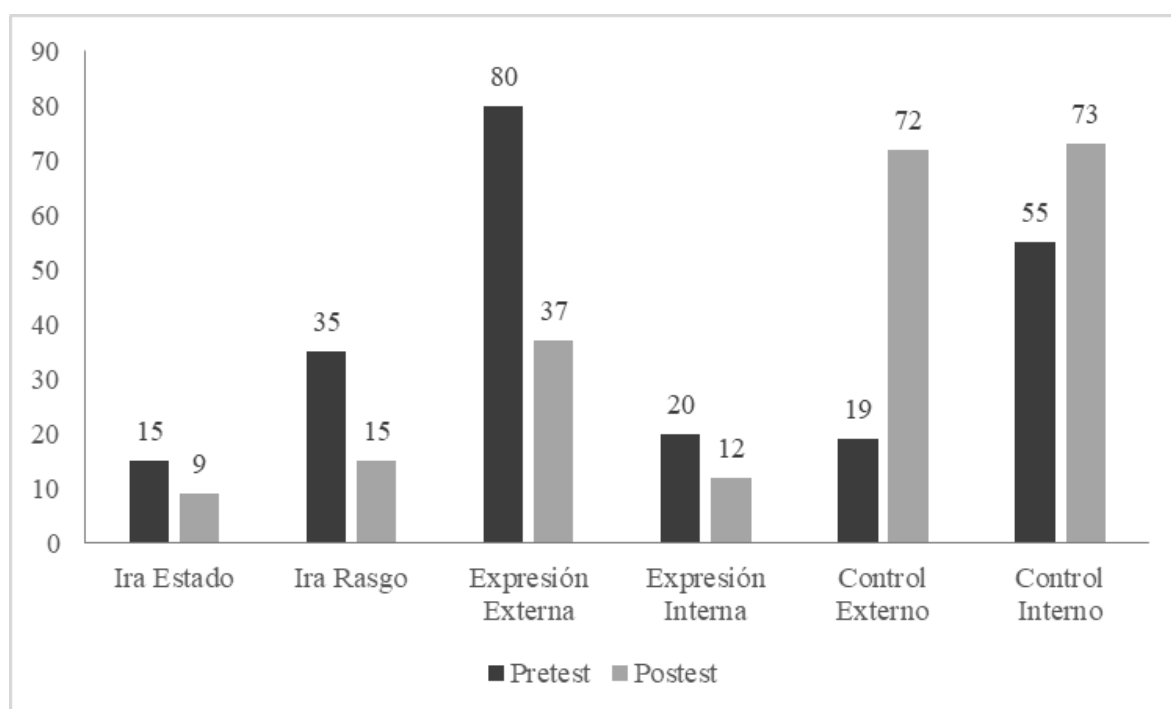
5	Reestructuración cognitiva de pensamientos ansiógenos Psicoeducación emocional	● Presentar modelo A-B-C, entrega y explicación de autorregistro (Anexo 1). ● Presentar tres componentes de la emoción: fisiológico, cognitivo y conductual.
6	Reinterpretación cognitiva de situaciones y escenarios temidos Generación de pensamientos alternativos	● Psicoeducación sobre la evaluación automática y los errores lógicos. ● Ejercicios “Calcular probabilidad” y “Pensar en lo peor” (Anexo 2). ● Revisión de autorregistro y ampliación.
7	Aceptación emocional Entrenamiento en atención consciente	● Psicoeducación sobre cómo observar las emociones desde fuera (Anexo 3). ● Entrenamiento guiado en mindfulness.
8	Evitación emocional Generación de conductas alternativas a la evitación	● Psicoeducación sobre evitación emocional y conductas impulsadas por emociones. ● Entrega y explicación de autorregistro (Anexo 4).
9	Tolerancia y afrontamiento de las sensaciones físicas Exposición situacional	● Identificación de sensaciones asociadas a las situaciones temidas. ● Elaboración de jerarquía y entrega y explicación de autorregistro (Anexo 5).
10	Entrenamiento en habilidades sociales y comunicativas	● Psicoeducación sobre componentes de la comunicación no verbal: distancia, contacto ocular, gestos, orientación y postura. ● Role-play de situaciones sociales: exposición oral en público y preguntar una duda al profesor (Anexo 6).
11	Entrenamiento en habilidades sociales y comunicativas	● Psicoeducación sobre componentes de la comunicación verbal: escucha activa, empatía, volumen y tono de voz. ● Role-play de situaciones sociales: prestar ayuda a alguien y expresar emociones a otra persona (Anexo 6).

12	Entrenamiento en resolución de problemas Gestión adecuada de la ira	• Explicación de estilos comunicativos: pasivo, asertivo y agresivo. • Role-play de situaciones sociales: resolver conflictos habituales (Anexo 6).
13	Revisión de las sesiones Evaluación postest	• Repaso de los aspectos trabajados. • Cumplimentar instrumentos.
14	Evaluación postest Prevención de recaídas	• Cumplimentar instrumentos. • Mostrar avances y objetivos alcanzados y prever futuros retos.

Resultados

La Figura 1 muestra los resultados obtenidos mediante la prueba *STAXI-NA*. Como se puede comprobar, las puntuaciones de cuatro de las seis escalas han disminuido, lo que supone que el nivel de Ira Estado ahora es más bajo. La frecuencia con la que J. reacciona con rabia ante un estímulo es menor, y su expresión de la ira ha mejorado. Por otro lado, las puntuaciones de las escalas restantes han aumentado notablemente, presentando así niveles mayores de control externo e interno de la ira.

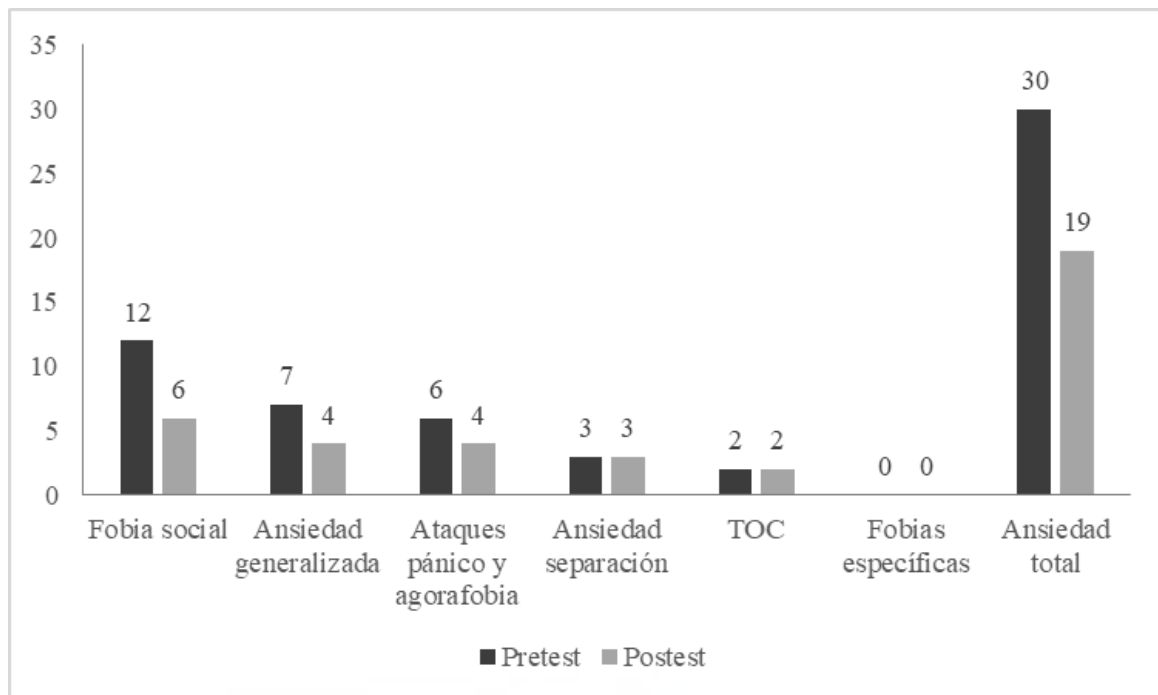
Figura 1. *Resultados pretest y postest del STAXI-NA*



En el *SDQ* la madre y la profesora del adolescente coinciden en puntuaciones altas para las subescalas de Síntomas emocionales (madre=7; profesora=6) y de Problemas con los compañeros (madre=7; profesora=9). Esto conlleva que la puntuación total de dificultades (madre=16; profesora=16) sea elevada y J. se encuentre en un nivel límite. En la evaluación posttest, la puntuación en ambas subescalas ha descendido (Síntomas emocionales madre=3; profesora=3) (Problemas con los compañeros madre=5; profesora=6). El resto de subescalas presentaban puntuaciones en niveles normales. Por todo ello, se evidencia la mejora tras la intervención de las dificultades que presentaba el adolescente.

En cuanto a la *Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS)*, esta evalúa los seis trastornos de ansiedad principales mediante siete escalas. Los resultados de este instrumento pueden apreciarse en la Figura 2. En la escala Fobia social la puntuación directa 12 del pretest ha disminuido a 6 en el posttest, por lo que se puede constatar la disminución de la sintomatología de ansiedad social del adolescente tras la intervención. En el mismo sentido, en la escala Ansiedad generalizada la puntuación directa 7 del pretest también es inferior en el posttest (PD=4), al igual que la puntuación directa de la escala Ataques de pánico y agorafobia, que en el pretest era PD=6 y en el posttest se ha reducido hasta PD=4, lo que indica una mejoría en los síntomas de ansiedad de estas tipologías. El resto de escalas (Ansiedad de separación: PD=3; Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC): PD=2; y Fobias específicas: PD=0) no se han visto modificadas tras el tratamiento puesto que sus puntuaciones directas eran bajas ya en el pretest. Por último, la puntuación directa de Ansiedad total ha variado desde PD=30 en el pretest hasta PD=19 en el posttest, lo que corrobora la reducción de la sintomatología ansiosa del adolescente tras el proceso de terapia.

Figura 2. Resultados pretest y postest de la SCAS



Respecto a los resultados del *Inventario de Ansiedad y Fobia Social - Forma Breve (SPAI-B)*, el adolescente muestra en el pretest una puntuación directa de ansiedad y fobia social muy elevada (PD=49.2), puesto que esta puntuación total varía entre 0 y 64 puntos, indicando, por tanto, que presenta sintomatología de ansiedad y fobia social con una alta intensidad y frecuencia. En el postest, sin embargo, esta puntuación total evidencia que dicha sintomatología se ha reducido notablemente tras el tratamiento, ya que ha disminuido hasta PD=25.

En el *Inventario de Depresión Infantil (CDI)*, la puntuación total de J. es PD=15, así como PD=8 para Disforia y PD=7 para Autoestima Negativa. Al encontrarse estas puntuaciones dentro de los límites normales, no hay presencia de sintomatología depresiva, por lo que no se aplicó esta prueba en la evaluación postest.

Mediante los autorregistros empleados en la intervención, se pueden constatar cambios a nivel cognitivo, disminuyendo la frecuencia de los pensamientos negativos y aumentando los pensamientos positivos alternativos. El estilo de afrontamiento de las

situaciones ansiógenas ahora es activo, disminuyendo así la evitación y el escape que antes usaba.

En definitiva, la valoración del propio adolescente, sus padres y su profesora, en cuanto a los resultados de la intervención es muy positiva. Refieren mejoras en su capacidad para resolver problemas interpersonales y relacionarse adecuadamente, y en su gestión emocional, especialmente de la ira. También observaron menores niveles de ansiedad, acompañados de una menor evitación de las situaciones sociales y un menor aislamiento, aspecto que se percibe en todos los contextos del adolescente, pero, sobre todo, en el instituto y en su tiempo libre, ya que ha retomado actividades como el judo y hace planes con sus amigos con frecuencia.

Discusión y conclusiones

Considerando los resultados obtenidos tras la intervención, se observa una mejora significativa en sintomatología ansiosa, gestión de las emociones y, en concreto, de la ira, dificultades interpersonales y resolución de problemas, y aislamiento, con lo que se confirma la hipótesis inicial ya que el bienestar emocional del adolescente ha mejorado notablemente. Por tanto, mediante la intervención cognitivo-conductual y dialéctico-conductual se ha logrado el éxito terapéutico, a lo que ha contribuido la implicación continua de la familia y la adhesión del adolescente al tratamiento.

Este trabajo presenta unos resultados consistentes con el estudio de Morán (2006), en el que se optó por la terapia cognitivo-conductual para abordar el caso de una adolescente de 13 años víctima de acoso escolar. En dicha intervención y en el presente trabajo han sido utilizadas técnicas como la reestructuración cognitiva, la relajación, el entrenamiento en habilidades comunicativas y en asertividad y el entrenamiento en resolución de problemas. Sin embargo, la intervención en ese caso se centró en reducir algunas consecuencias

negativas del bullying, como el déficit de autoestima y las dificultades en la comunicación y en la resolución de problemas, pero no se trabajó sobre la gestión emocional específicamente.

En consonancia con el estudio de Cepeda (2021), técnicas como el entrenamiento en mindfulness, la regulación emocional y la resolución de problemas han resultado eficaces para mejorar la gestión de las emociones y reducir la sintomatología ansiosa. A diferencia de la intervención del presente trabajo, la intervención fue grupal y en modalidad online, puesto que consistió en la aplicación de la terapia dialéctico-conductual para mejorar los síntomas de depresión y ansiedad de tres adolescentes de 13-17 años.

En cuanto a las limitaciones del estudio, no se conoce el estado de los logros conseguidos tras 3, 6 y 12 meses por lo que, en futuras líneas de investigación, se recomienda realizar un seguimiento tras el tratamiento. A pesar de ello, este análisis contribuye a la literatura científica sobre cómo intervenir en casos en los que el acoso escolar tiene un impacto negativo en el bienestar y funcionamiento diarios del adolescente, generando síntomas de ansiedad social y problemas de aislamiento.

Del caso abordado se extrae el interés por el abordaje de las consecuencias psicológicas derivadas del bullying, entre las que se encuentran las dificultades interpersonales, dada la prevalencia actual del fenómeno y su repercusión durante la adolescencia, para reducir su influencia negativa en la salud mental.

Referencias

- Albano, A. M., Marten, P. A. & Holt, C. S. (1991). *Therapist's manual for cognitive-behavioral group therapy for adolescent social phobia*. Manuscrito no publicado.
- Albano, A. M., & DiBartolo, P. M. (2007). *Cognitive-Behavioral Therapy for Social Phobia in Adolescents: Stand Up, Speak Out. Therapist Guide*. Nueva York: Oxford University Press.
- Caballo, V. E., Arias, B., Calderero, M., Salazar, I. C., & Iurrtia, M. J. (2011). Acoso escolar y ansiedad social en niños (I): análisis de su relación y desarrollo de nuevos instrumentos de evaluación. *Behavioral Psychology*, 19(3), 591.
https://www.researchgate.net/profile/Isabel-Salazar-6/publication/279905596_School_bullying_and_social_anxiety_in_children_I_Analysis_of_their_relationship_and_development_of_new_assessment_tools/links/6225e31f97401151d2042ba8/School-bullying-and-social-anxiety-in-children-I-Analysis-of-their-relationship-and-development-of-new-assessment-tools.pdf
- Caballo, V. E., Calderero, M., Carrillo, G. B., Salazar, I. C., & Iurrtia, M. J. (2011). Acoso escolar y ansiedad social en niños (II): una propuesta de intervención en formato lúdico. *Behavioral Psychology*, 19(3), 611.
<https://www.imrpess.com/journal/bp/19/3/pii/20111903611>
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., & Garrido, L. (2018). *Programa de Intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS): libro del paciente*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Calderero, M., Salazar, I. C., & Caballo, V. E. (2011). Una revisión de las relaciones entre el acoso escolar y la ansiedad social. *Behavioral Psychology*, 19(2), 393-419.
<https://psycnet.apa.org/record/2011-21373-007>

- Carrillo, F., Godoy, A., Gavino, A., Nogueira, R., Quintero, C., & Casado, Y. (2012). "Escala de ansiedad infantil de Spence" (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS): fiabilidad y validez de la versión española. *Behavioral Psychology*, 20(3), 529.
https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Avila-8/publication/235720972_Escala_de_aniedad_infantil_de_Spence_Spence_Childrens_Anxiety_Scale_SCAS_fiabilidad_y_validez_de_la_version_espanola/links/0c96052dbbaf4d012d000000/Escala-de-a nsiedad-infantil-de-Spence-Spence-Children-s-Anxiety-Scale-SCAS-fiabilidad-y-vali dez-de-la-version-espanola.pdf
- Cepeda, V. A. (2021). *Efecto de un protocolo de entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional basado en la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) sobre la sintomatología emocional en adolescentes* [Trabajo Fin de Grado]. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. <https://repositorio.konradlorenz.edu.co/handle/001/4774>
- Coopersmith, S. (1967). *Self-esteem inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists.
- Davanzo, P., Kerwin, L., Nikore, V., Esparza, C., Forness, S. & Murelle, L. (2004). Spanish translation and reliability testing of the Child Depression Inventory. *Child Psychiatry and Human Development*, 35, 75-92.
<https://link.springer.com/article/10.1023/B:CHUD.0000039321.56041.cd>
- Díaz-Aguado, M. J., Martínez-Arias, R., Falcón, L., & Alvariño, M. (2024). *Acoso escolar y ciberacoso en España en la infancia y en la adolescencia*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- García, W., Luzuriaga, J. C., & Álvarez, D. (2023). Abordaje psicoterapéutico frente a situaciones de bullying y cyberbullying entre adolescentes: Psychotherapeutic approach to bullying and cyberbullying situations among adolescents. *Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales Y Humanidades*, 4(2), 5243–5263.
<https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.979>

- García-López, L. J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C., Olivares, J. y Turner, S. (2008). Brief form of the social phobia and anxiety inventory (SPAI-B) for adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 24, 150-156.
<https://doi.org/10.1027/1015-5759.24.3.150>
- Godoy, A., Gavino, A., Carrillo, F., Cobos, M. P. y Quintero, C. (2011). Composición factorial de la versión española de la Spence Children Anxiety Scale (SCAS). *Psicothema*, 23, 289-294. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/9036>
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Kovacs, M., Del Barrio, V., y Carrasco, M. A. (2004). CDI, *Inventario de Depresión Infantil*. Madrid: TEA Ediciones.
- Leibovich de Figueroa, N., Schmidt, V., & Gol, S. (2001). El Inventario de Expresión de Enojo Estado-Rasgo (STAXI) y su uso en diferentes poblaciones. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(11), 55-74.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4539955>
- Marcos, V., Montes, A., y Novo., M. (2022). Conductas de acoso escolar en adolescentes: prevalencia, superposición y género. *Investigación y Práctica En Convivencia y Cultura de Paz*, 267-276.
https://www.researchgate.net/profile/Veronica-Marcos-2/publication/364213492_Conductas_de_acoso_escolar_en_adolescentes_prevalencia_superposicion_y_genero/links/633f43c776e39959d6a3b723/Conductas-de-acoso-escolar-en-adolescentes-prevalencia-superposicion-y-genero.pdf
- Martínez, S. G., & Zabaleta, E. G. (2024). El acoso escolar en España: revisión y análisis de los protocolos de actuación por comunidades autónomas. *Contextos educativos:*

Revista de educación, (33), 193-217.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9526225>

Morán, C. (2006). Intervención cognitivo-conductual en el acoso escolar: un caso clínico de bullying. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, (2), 51-56.

<https://idus.us.es/server/api/core/bitstreams/7b7a5c81-1b25-4ad2-9cb6-6b02dec9ec30/content>

Mosquera, 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. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2018.05.1.7>

Olivares, J. (2005). *Programa IAFS. Protocolo para la intervención en adolescentes con fobia social*. Madrid: Pirámide.

Olivares, J., Vera-Villaruel, P., Arriagada, D., Jorquera, D., Canales, R., Rosa-Alcázar, A. I., & López-Pina, J. A. (2009). Primeros resultados de la adaptación del Inventario de Ansiedad y Fobia Social en niños chilenos. *Anuario de Psicología*, 40(1), 63-74.

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/73258758/135247-Text_de_larticle-185439-1-10-20090702-libre.pdf?1634798710=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DPrimeros_resultados_de_la_adaptacion_del.pdf&Expires=1768165246&Signature=EDYR6ao9jN17qBdcqMSwB6jFFr12NCRWzkk9ADSpKSIvqpsxBxYIvquuu62FCJ63vWXhVJ9wcRDc9sT4iWa4nB0kMWHKw4aqvstejti7HtQLbTad7RsbOtsBnlitFMsM4XLzwQdTN5POXGWizD4bRPrapn2MQsvB2DSISCPiSZ00OkwieRWw7dRwRaJMEbkWmNp6qdUZcrPI9C83R3~doXFutrzFaMgGxEnow5Ya7AdV54lqFuBOzOn5Jwq-wVc14mGGpbpQbGfTcmqKDLfkQ2fNzZguL4sYC76PjS7ncmW5n8HX04jyRGnDS4T6vFOoIkByCFVedqVieg9jpGgO__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

- Olweus, D. (1993). *Bullying at School. What we know and what we can do*. Oxford: Blackwell.
- Olweus, D. (1999). *The nature of school bullying. A cross-national perspective*. Londres y Nueva York: Routledge.
- Olweus, D. (2019). Addressing Specific Forms of Bullying: A Large-Scale Evaluation of the Olweus Bullying Prevention Program. *International Journal of Bullying Prevention*, 1, 70-84. <https://doi.org/10.1007/s42380-019-00009-7>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2021). *Más allá de los números: Poner fin a la violencia y el acoso en el ámbito escolar*. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000378398/PDF/378398spa.pdf.multi.name_ddest=2423_18_ED_bullying_INT_S.indd%3A.100682%3A305
- Ortega, R. y Del Rey, R. y Mora-Merchan, J. A. (2004). SAVE model: an anti-bullying intervention in Spain. *Bullying in schools: how successful can interventions be?*, Cambridge: Cambridge University.
- Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., y Sastre-Riba, S. (2016). Evaluación de dificultades emocionales y comportamentales en población infanto- juvenil: El cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ). *Papeles del psicólogo*, 37(1), 14-26. <https://www.redalyc.org/journal/778/77844204003/html/>
- Parlier, R. (6 de noviembre de 2024). *Violencia y acoso escolar: la UNESCO reclama una mejor protección de los estudiantes*. UNESCO. <https://www.unesco.org/es/articles/violencia-y-acoso-escolar-la-unesco-reclama-una-mejor-proteccion-de-los-estudiantes>
- Piqueras, J. A., Espinosa-Fernández, L., García-López, L. J., & Beidel, D. C. (2012). Validación del "Inventario de ansiedad y fobia social-forma breve" (SPAI-B) en jóvenes adultos españoles. *Behavioral Psychology*, 20(3), 505.

https://dspace.umh.es/bitstream/11000/35884/1/2012_36_Investigacion_Publicaciones_Validacion%20de%20inventario%20de%20ansiedad.pdf

- Rusteholz, G., & Mediavilla, M. (2022). *El impacto del acoso escolar en el rendimiento académico en España*. Valencia: Fundación Alternativas.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Slee, P. T. (2001). *The PEACE Pack: a program for reducing bullying in Schools* (3ª ed). Adelaide: Flinders University.
- Soleimani, B., & Kadkhodaei, M. (2025). The effectiveness of dialectical behavior therapy on cyber bullying in second period high school students. *Journal of Applied Psychological Research*. <https://doi.org/10.22059/japr.2025.373326.644874>
- Spence, S. H. (1995). *Social skills training: enhancing social competence in children and adolescents*. Windsor, Reino Unido: NFER-Nelson.
- Spence, S. H., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: the effectiveness of a social skills training based cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 713-726. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00659>
- Spielberger, C. D., Del Barrio, M. V., y Aluja, A. (2009). STAXI-NA, *Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.

Anexos

Anexo 1. Actividades de reestructuración cognitiva y de psicoeducación emocional (Sesión 5)

ACTIVIDAD 1: COMPONENTES DE LAS EMOCIONES

Como ya se ha explicado en esta sesión, las emociones cuentan con tres componentes:

1. Fisiológico: “¿Qué siento en mi cuerpo?”, “¿Qué sensaciones percibo?: por ejemplo, tensión muscular, temblores, sudoración, etc.” En este componente se han de relacionar las emociones con sensaciones, puesto que estas últimas son la manifestación física de las emociones.
2. Cognitivo: “¿Qué pienso?”, “¿Qué pensamientos tengo cuando me siento nervioso?”, “¿Y cuando estoy enfadado?”. En este componente se han de relacionar los pensamientos con emociones.
3. Conductual: “¿Qué hago?”. En este componente se ha de reflexionar sobre qué conductas se realizan cuando se tiene una emoción en concreto.

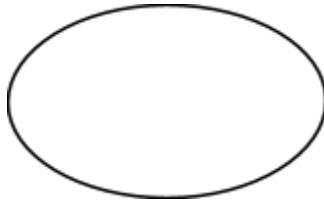
Ahora que ya conoces estos conceptos, debes comenzar a identificar los tres componentes en las situaciones que te causan malestar, temor o preocupaciones, es decir, qué sensaciones, pensamientos y comportamientos tienes en dichas situaciones, todo ello, relacionado con la emoción que percibas en ese momento.

También debes recoger a partir de ahora estos tres aspectos cuando se den esas situaciones en tu día a día, al menos registrar una situación a lo largo de cada semana.

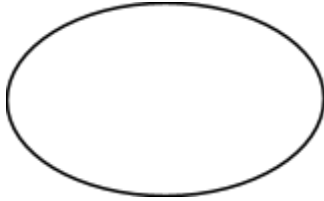
Esto será de gran utilidad para poder ser más consciente de tus emociones y sus tres componentes en aquellos momentos “problemáticos” para ti, e ir “rompiéndolas” para que te generen menos malestar.

Puedes imaginarlas y anotar tu información de la siguiente manera:

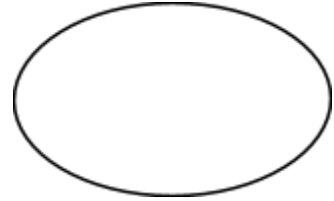
Sensaciones físicas/sentimientos: “¿Qué estoy sintiendo?”



Pensamientos: “¿Qué pienso?”



Conductas: “¿Qué hago?”



ACTIVIDAD 2: MODELO COGNITIVO A-B-C

Una vez han sido comprendidos los tres componentes de las emociones, se han introducido en la explicación de esta sesión otras tres nuevas variables:

1. La “A” (Antecedentes) son acontecimientos estresantes, desde contratiempos a sucesos vitales, situaciones que desencadenan las emociones y los pensamientos (pueden haber sucedido en este momento, hoy, hace unos días, etc.).
2. La “B” (Balance cognitivo) son los pensamientos o interpretaciones que se hacen de la realidad, de los eventos o situaciones experimentadas.
3. La “C” (Consecuencias) son las emociones que se experimentan, las conductas que se realizan y las sensaciones físicas que se perciben tras los pensamientos generados.

Por tanto, aunque en ocasiones parezca que las emociones “aparecen de la nada”, ahora sabes que no es así. Todas las emociones se derivan de un pensamiento que surge tras un evento o acontecimiento externo. De esta forma, y como ya has visto en la explicación, si los pensamientos son irracionales y/o catastróficos, se generarán con mayor probabilidad emociones desagradables.

En este momento, también debes registrar esas tres variables: los acontecimientos que vives, los pensamientos que aparecen en tu mente tras ellos, y las emociones que percibes, los comportamientos que realizas y las sensaciones que notas, para lograr comprender cómo influyen tus pensamientos en tus estados emocionales. Puedes usar la siguiente plantilla para anotarlo, cada vez que identifiques una emoción desagradable.

FECHA Y HORA	- A - ANTECEDENTES (Acontecimientos, ¿Qué ocurre?)	- B - BALANCE (Pensamientos, ¿Qué pienso?)	- C - CONSECUENCIAS (Emociones: ¿Qué siento?) (Conductas: ¿Qué hago?) (Sensaciones: ¿Qué noto?)

Anexo 2. Actividades de reinterpretación cognitiva y de generación de pensamientos positivos (Sesión 6)

ACTIVIDAD 1: EVALUACIONES AUTOMÁTICAS Y ERRORES LÓGICOS

En la presente sesión, han sido explicados los conceptos de evaluación automática y error lógico de pensamiento. Con la intención de que termines de familiarizarte con estos términos y los comprendas adecuadamente para realizar las siguientes actividades, a continuación se recoge una breve explicación de lo abordado.

Evaluaciones automáticas: los acontecimientos que nos ocurren diariamente son interpretados de manera inmediata y automática con el objetivo de poder dar una respuesta efectiva y rápidamente. Esta acción es adaptativa puesto que nos resulta útil. Sin embargo, en ocasiones, realizamos este mismo proceso de forma errónea, es decir, hacemos una interpretación personal y subjetiva de las situaciones y, al hacerlo de forma automática, no percibimos que lo estamos haciendo y que, por tanto, no se trata de una visión realista y ajustada de la realidad, sino únicamente de nuestra percepción. La actividad propuesta para trabajar sobre las evaluaciones automáticas está basada en la técnica de las flechas descendentes, que consiste en plantearse las tres siguientes preguntas para cada uno de los pensamientos o preocupaciones que se tenga:

¿Qué pasaría si fuera cierto?



¿Qué ocurriría después?



¿Qué significado tendría para mí?

Tomando como referencia el siguiente ejemplo, utiliza esta técnica para cada una de las evaluaciones automáticas que detectes en tu patrón de comportamiento y anótalo por escrito.

Situación de ejemplo: *Un amigo te invita a su fiesta de cumpleaños, a la que invitará a algunos chicos y chicas de tu edad. Tú cancelas la invitación puesto que piensas que “no tendrás nada que decir ni de lo que hablar”.*



**Si esto fuera cierto, ¿qué querría decir sobre mí? ¿Por qué es esto importante para mí?
¿Qué ocurriría si esto fuera verdad? ¿Qué ocurriría después?**



Evaluación encubierta: “No tendré nada que decir, soy aburrido”



**Si esto fuera cierto, ¿qué querría decir sobre mí? ¿Por qué es esto importante para mí?
¿Qué ocurriría si esto fuera verdad? ¿Qué ocurriría después?**



Evaluación encubierta: “Si no tengo nada que decir, no me invitarán a más fiestas



**Si esto fuera cierto, ¿qué querría decir sobre mí? ¿Por qué es esto importante para mí?
¿Qué ocurriría si esto fuera verdad? ¿Qué ocurriría después?**



Evaluación encubierta: “Si no me invitan a más fiestas, no tendré amigos”



**Si esto fuera cierto, ¿qué querría decir sobre mí? ¿Por qué es esto importante para mí?
¿Qué ocurriría si esto fuera verdad? ¿Qué ocurriría después?**



Evaluación encubierta: “Me quedaré sin amigos y estaré solo para siempre”.

Errores lógicos de pensamiento: consisten en formas de interpretar las situaciones de un modo sesgado, erróneo y no realista. Como has visto, existen distintos tipos de errores de pensamiento:

- Sobregeneralización.
- Etiquetar.
- Pensamiento dicotómico.
- “Debería...”.
- Leer la mente.
- Adivinar el futuro (ponerse en lo peor, catastrofizar).
- Saltar a las conclusiones (sobreestimar las probabilidades del resultado negativo).
- Inferencia arbitraria.
- Abstracción selectiva.
- Magnificación y minimización.
- Personalización.

ACTIVIDAD 2: CALCULAR PROBABILIDAD Y PENSAR EN LO PEOR

En la sesión se han presentado técnicas de reinterpretación cognitiva de las situaciones que generan malestar. Una de ellas, basada en calcular la probabilidad de que ocurra lo que se teme, puesto que se sobreestiman las probabilidades del resultado negativo, resulta útil para aprender a reevaluar el salto a las conclusiones. La otra consiste en “ponerse en lo peor” para cuestionar la probabilidad de ocurrencia de dichas circunstancias temidas y comprender que, normalmente, las consecuencias que se prevén, no suelen darse de dicha manera.

Para familiarizarte con las dos técnicas, puedes utilizar las siguientes plantillas, que debes rellenar con la información de aquellos acontecimientos que te generan temor.

Calcular la probabilidad para pasar de catastrofizar a descatastrofizar

1. ¿Sé seguro que _____ es cierto o va a pasar?

2. ¿Estoy seguro al 100% de que esas consecuencias tan negativas ocurrirán?

3. ¿Qué evidencias tengo para tener este miedo o creencia?

4. ¿Qué ha sucedido otras veces en esta misma situación?

5. ¿Podría haber alguna otra explicación?

6. ¿Cuánto creo/siento que _____ es cierto o va a pasar?

7. ¿Mi predicción negativa viene impulsada por las emociones tan intensas que estoy teniendo?

8. ¿Realmente _____ es tan importante o con tantas consecuencias como creo?

9. Dadas estas respuestas ¿cuál es un modo alternativo de ver esta situación?

Pensar en lo peor para aprender a reevaluar

1. ¿Qué es lo peor que podría pasar? ¿Cómo sería de malo?

2. Si _____ pasara, ¿podría afrontarlo?,
¿cómo lo haría?, ¿cómo manejaría la situación?

3. ¿Entonces, ¿qué pasaría?

4. Incluso, si _____ pasara, ¿podría sobrellevarlo?

5. ¿He sabido afrontarlo en el pasado?

6. ¿Cuánto creo/siento que _____ va a pasar?

7. ¿Es _____ realmente tan terrible?

8. Dadas estas respuestas ¿cuál es un modo alternativo de ver esta situación?

ACTIVIDAD 3: MODELO COGNITIVO A-B-C-D-E

Después de la sesión anterior, en la que se introdujo el modelo A-B-C, se explicaron los tres componentes y se facilitó el autorregistro para su cumplimentación en la vida diaria, en esta sesión se han añadido dos nuevas variables: la “D”, consistente en los pensamientos alternativos a los de la “B”, generalmente más realistas y positivos; y la “E”, que se refiere a

las consecuencias (emociones, conductas y sensaciones) derivadas de esos pensamientos alternativos, es decir, cómo te sientes, notas y actúas tras esos pensamientos diferentes a los que aparecían inicialmente. En esta ocasión, debes rellenar el siguiente autorregistro en el que han sido incluidos los dos nuevos componentes.

FECHA Y HORA	- A - ANTECEDENTES (Acontecimientos, ¿Qué ocurre?)	- B - BALANCE (Pensamientos, ¿Qué pienso?)	- C - CONSECUENCIAS (Emociones: ¿Qué siento?) (Conductas: ¿Qué hago?) (Sensaciones: ¿Qué noto?)	- D - PENSA- MIENTO ALTERNA- TIVO	- E - CONSE- CUENCIAS DEL PENSA- MIENTO ALTERNA- TIVO

Anexo 3. Actividades de aceptación emocional y de entrenamiento en atención consciente (Sesión 7)

ACTIVIDAD 1: OBSERVAR LAS EMOCIONES DESDE FUERA

Tras esta sesión, debes haber mejorado la habilidad de salir del ciclo de interacción de pensamientos, sensaciones físicas y conductas, para poder observar tu experiencia de manera objetiva, desde fuera. Para lograrlo, se debe ser consciente de las propias emociones pero sin juzgarlas. Así, se podrá diferenciar entre las emociones y las reacciones que se desempeñan tras las emociones.

A partir de ahora y con la finalidad de que incorpores esta acción en tu repertorio de conductas, sigue los siguientes pasos para poder observar las emociones “desde fuera”.

1. Permanece en contacto con tus emociones.
2. Acéptalas tal y como son.
3. Deja que ocurran cuando las sientas.
4. Deja que vengan y se vayan, sin intentar reducirlas, cambiarlas, o considerarlas buenas o malas, y sin intentar huir de ellas.

Aceptar nuestras emociones consiste en observar las que están en el momento presente. A pesar de ser desagradables en ocasiones, surgen porque nos están aportando información y brindando un mensaje.

ACTIVIDAD 2: ENTRENAMIENTO GUIADO EN MINDFULNESS

Como has comprendido a lo largo de la sesión, en ocasiones el momento presente se ve enfrentado con recuerdos del pasado y preocupaciones del futuro. A la acción de prestar atención a tus experiencias emocionales aquí y ahora se le denomina tener conciencia plena (mindfulness). La conciencia plena consiste en brindar atención de manera consciente a lo que sucede en el presente sin juzgarlo, observándolo tal y como es en este momento.

En la presente sesión ha tenido lugar un breve entrenamiento guiado en mindfulness. Para que logres generalizar esta práctica a tu rutina y contextos cotidianos y, así, observar de forma objetiva tus emociones, pensamientos y sensaciones, realiza este ejercicio durante 5 minutos todos los días a lo largo de esta semana.

“Cierra tus ojos y permanece en tu silla. Por un momento, dirige tu atención a ti mismo en la habitación. Imagina la habitación, qué cosas hay, dónde están ubicados los muebles. Ahora imagínate sentado dentro de la habitación y en el lugar exacto donde estás. Nota cómo te sientes sentado en la silla. Comienza a observar cómo se siente tu cuerpo, y cualquier

sensación que tenga. Nota cualquier reacción física que tengas en este momento. Para por un momento, y sólo permítete observar tus sensaciones.

¿Qué has notado?”

Segal et al. (2002).

Anexo 4. Actividades para abordar la evitación emocional (Sesión 8)

ACTIVIDAD 1: EVITACIÓN EMOCIONAL Y CONDUCTAS IMPULSADAS POR EMOCIONES

En la presente sesión, han sido explicados los conceptos de evitación emocional y conductas impulsadas por emociones (CIEs). Con la intención de que termines de familiarizarte con estos términos y los comprendas adecuadamente para realizar las siguientes actividades, a continuación se recoge una breve explicación de lo abordado.

Evitación emocional: conductas que son realizadas con la intención de eludir la experimentación de emociones que resultan desagradables o molestas. Al igual que existe la evitación emocional, también se encuentra la evitación conductual (por ejemplo: no mirar a los ojos) y la evitación cognitiva (rumiación, preocupación, distracción). El mecanismo de la evitación emocional, aunque es utilizado puesto que alivia el malestar (a corto plazo), con el paso del tiempo, genera una serie de consecuencias negativas:

- No permite la habituación o la reducción de la intensidad emocional ante el estímulo al que se teme.
- Interfiere en el proceso de extinción, disminución de la respuesta a través de la repetición de la conducta sin consecuencias adversas.
- Impide el desarrollo del sentido de eficacia personal y autocontrol.
- Dificulta el desarrollo de la habilidad para tolerar emociones negativas.

Por todo lo anterior, se trata de una estrategia desadaptativa que, aunque es efectiva al principio, es recomendable evitarla.

Conductas impulsadas por emociones (CIEs): Las CIEs son adaptativas puesto que tienen una importante función de supervivencia. En ocasiones, algunas CIEs son menos adaptativas, o incluso dificultan la adaptación a determinadas situaciones dependiendo del contexto en el que aparecen. A corto plazo, las CIEs pueden reducir el estrés emocional negativo, pero a largo plazo se convierten en círculos emocionales negativos. A continuación, se propone una actividad para que puedas ahondar más en este concepto.

Elige una situación reciente en la que has sentido fuertes emociones: ¿Cuál era la situación?
¿Qué emociones estabas experimentando?

Situación:

Emoción:

CIEs:

Análisis de las respuestas:

- ❖ ¿Cuál era el propósito o la función de las CIEs?
- ❖ ¿Parecen razonables y adaptativas dada la naturaleza de la situación?
- ❖ ¿Cómo te han hecho sentir la realización de esas conductas?

- ❖ ¿Cuáles fueron las consecuencias a corto y largo plazo de esas conductas?
- ❖ ¿Te gustaría actuar de una manera diferente como respuesta a tus emociones? Si es así, ¿cómo?

ACTIVIDAD 2: ACCIONES ALTERNATIVAS A LAS CIEs

Ahora que has comprendido que las CIEs no siempre son conductas adaptativas, conviene trabajar sobre ellas generando acciones alternativas. A continuación se presentan algunos ejemplos de CIEs y de conductas alternativas.

- Protegerte intentando reducir tus palpitaciones: no hagas nada.
- Comprobar si el gas está abierto: sal de casa y no mires más.
- Alejarme/escapar de algo que me produce miedo: acercarme.
- Inactividad por bajo estado de ánimo: implicarme en actividades.
- Llevar contigo la medicación ansiolítica: dejar el fármaco en casa.
- Desviar la mirada: establecer contacto ocular.

A partir de ahora, completa este autorregistro indicando aquellas CIEs que realizas con frecuencia y la conducta alternativa por la que podrías sustituirla. Después, anota si has sido capaz de sustituir la CIE por dicha acción.

Conducta impulsada por la emoción (CIE)	Conducta alternativa	¿He sido capaz de realizar la sustitución de una por otra?

Anexo 5. Actividades de afrontamiento de las sensaciones físicas y de exposición (Sesión 9)

ACTIVIDAD 1: MIS SENSACIONES CUANDO ESTOY FRENTE A LO QUE TEMO

A lo largo de esta sesión se han abordado las sensaciones físicas y/o fisiológicas que experimentas cuando te encuentras en las situaciones que normalmente evitas. También se ha explicado que en el mismo sentido que los pensamientos y conductas pueden influir en las experiencias emocionales, también lo pueden hacer las sensaciones físicas. Las emociones influyen en qué sensaciones físicas tenemos y nuestras sensaciones físicas en cómo nos sentimos.

Las sensaciones físicas pueden convertirse en una “señal” de que las emociones son más intensas de lo que realmente son y pueden influir en la intensidad de la respuesta emocional. Para llegar a ser más conscientes y estar más cómodos con nuestras sensaciones físicas internas, podemos empezar a ponerlas en perspectiva y ver cómo influyen en toda nuestra experiencia emocional.

Para trabajar la conciencia que tienes sobre tus propias sensaciones físicas temidas, completa el siguiente ejercicio.

¿Qué sensaciones físicas has asociado con las situaciones que evitas o con emociones que no te gusta experimentar?

ACTIVIDAD 2: EXPOSICIÓN A LO QUE TEMO

Como has visto a lo largo de esta sesión, eres capaz de buscar alternativas más realistas a los pensamientos negativos que experimentas. También eres capaz de mantenerte en el momento presente tomando conciencia de tu experiencia sin juzgarla y tomando conciencia también de tus sensaciones físicas. Y, del mismo modo, logras identificar las CIEs desadaptativas y las conductas de evitación que realizas y pones en marcha conductas alternativas opuestas a la emoción. Por ello, es el momento de progresar, ya que has adquirido muchas habilidades y conocimientos acerca de cómo afrontar las emociones que te generan malestar, y es el momento de trasladar todos esos conocimientos y habilidades a la práctica.

Por otro lado, también se han abordado las consecuencias negativas de evitar aquellas situaciones, escenarios y momentos que te generan malestar:

1. El alivio de la ansiedad momentáneo, de corta duración.
2. Refuerza negativamente el miedo por el alivio momentáneo de la ansiedad.
3. Generalización a otros momentos o lugares diferentes.
4. Pérdida de habilidades.
5. Impide realizar actividades que se desean hacer.
6. Impide comprobar si lo que teme es cierto o no.
7. Pérdida de la confianza en ti mismo y disminución de tu autoestima.

En este sentido y como se ha comentado en la sesión, es el momento de la exposición gradual a las situaciones temidas. Para ello, primero se ha de crear el listado de dichas situaciones, especificándolas todo lo posible e indicando el nivel de malestar que generan. Puedes tomar de referencia el siguiente ejemplo para el caso de una persona con fobia a los insectos.

Ejemplo de jerarquía de exposición a los insectos:

Situación	Nivel de ansiedad (0-10)
1. Ver imágenes de insectos	3
2. Ver vídeos de insectos	5
3. Sostener un frasco cerrado con insectos	6
4. Permitir que el insecto esté libre por la habitación	7
5. Tocar un insecto con algún objeto	8
6. Tocar un insecto con la mano y sostenerlo mínimo 20 segundos	10

Anota las situaciones que te generan malestar y asígnales una puntuación desde 0 (no ansiedad) hasta 10 (grado más alto de ansiedad que has sentido). Después, ordénalas según la ansiedad que te generan, de menor a mayor.

Situación	Nivel de ansiedad (0-10)	Enumera de menor a mayor, según la ansiedad que genera

A partir de este momento, conforme se te irá indicando y se revisará en las siguientes sesiones, te expondrás a esas situaciones progresivamente. Utiliza el siguiente autorregistro para anotar la información de dichas exposiciones y poder analizarlo a lo largo del proceso de la terapia.

Fecha	Situación a la que te expones	Nivel de ansiedad (0-10)		Observaciones
		Inicial	Final	

Anexo 6. Actividades de entrenamiento en HHSS y HH comunicativas (Sesiones 10, 11 y 12)

ACTIVIDAD 1: AUTORREGISTRO PARA DINÁMICAS DE ROLE-PLAY

En el transcurso de esta sesión y a lo largo de las sesiones correlativas, está siendo abordada el área de la comunicación, dentro del ámbito de las habilidades sociales y se están explicando componentes de la comunicación no verbal (CNV), como la distancia interpersonal, los gestos, el contacto ocular, la orientación y la postura corporal; de la comunicación verbal (CV), como la escucha activa, la actitud empática, el volumen y el tono de voz; y los estilos de comunicación: el estilo pasivo, el asertivo y el agresivo.

Tras recibir pautas y recomendaciones para mejorar estos aspectos de la comunicación, vas a practicarlos interpretando diversas situaciones que te serán indicadas. Con la intención de analizar cómo es tu desempeño y tu nivel de ansiedad mientras te encuentras en esa situación, a continuación se presenta el autorregistro que debes rellenar con dicha información.

Nivel de ansiedad (1-10)			Calificación de los siguientes elementos (de 0-10)	Antes del role-play	Después del role-play
Antes del role-play	Durante el role-play	Al finalizar el role-play			
			Distancia		
			Gestos		
			Contacto ocular		
			Orientación		
			Postura corporal		
			Escucha activa		
			Empatía		
			Volumen		
			Tono de voz		