



**Universidad
Europea** MADRID

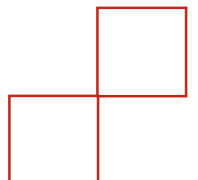
**PROCESO PSICOTERAPÉUTICO CON LUISA, UNA PACIENTE DE 47
AÑOS CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS E INSATISFACCIÓN VITAL**

Máster de Psicología General Sanitaria

Teresa García Garcés 2237622

Giuseppe Iandolo (M-22742)

14 de febrero de 2022



Agradecimientos

Quiero agradecer especialmente a la psicóloga clínica, Susana Moreno Antón (M-18983) la oportunidad de participar con ella en este caso clínico y acompañarla durante todo el proceso. Ha sido una experiencia muy enriquecedora de la que a nivel personal y profesional me llevo muchos aprendizajes. También quiero agradecer a la paciente que permitió mi presencia durante las sesiones. Y, por último, agradecer a mi tutor, Giuseppe, su acompañamiento durante la elaboración de este caso, su paciencia y generosidad, y por sus acertados comentarios y observaciones.

Resumen

En el siguiente trabajo se describe el proceso de evaluación y psicoterapia con una paciente de 47 años con un cuadro sintomatológico de tipo depresivo y con gran insatisfacción vital. A lo largo del proceso de intervención psicológica se identificaron en la paciente rasgos de personalidad con tendencia a la dependencia emocional, falta de confianza, baja autoestima e inseguridad, alta exigencia, gran crítica interna, pensamientos rumiativos y obsesivos, cambios de humor frecuentes, sentimientos de rabia, frustración e ira, sentimientos de culpa, además de una excesiva frustración relacionada con la imposibilidad de cumplir con los altos estándares autoimpuestos.

Las temáticas presentadas por la paciente en sesión se relacionan principalmente con una gran insatisfacción vital, en todas las áreas de su vida, siendo este uno de los motivos de consulta, junto a los sentimientos de tristeza, apatía, y falta de concentración y autocontrol, lo que afectaba a sus relaciones familiares. Se intervino mediante la perspectiva cognitivo-conductual, combinada con técnicas propias de la psicología positiva y mediante la creación de un vínculo terapéutico que sanara el patrón relacional y el estilo de apego inseguro-preocupado de la paciente. La intervención tuvo una duración de quince sesiones semanales de una hora, más las tres sesiones iniciales de evaluación. Tras el tratamiento psicoterapéutico, se observó una mejoría tanto en los síntomas presentados como en la satisfacción vital. Así mismo se observó una disminución de los pensamientos negativos repetitivos.

Palabras clave: Autoexigencia, baja autoestima, crítica interna, depresión, distorsiones cognitivas, frustración, insatisfacción vital.

Abstract

The following case study outlines the evaluation and psychotherapy process with a 47-year-old patient showing depressive symptomatology and life dissatisfaction. Throughout the psychological intervention process, some personality traits were identified in the patient, such as emotional dependency, lack of confidence, low self-esteem and insecurity, high demand, highly self-critical, ruminative and obsessive thoughts, frequent mood swings, feelings of rage, frustration and anger, and feelings of guilt, as well as excessive frustration related to inability to meet self-imposed high standards.

The topics presented by the patient are related to great life dissatisfaction, in all areas of her life, this being one of the reasons for consultation, along with feelings of sadness, apathy, and lack of concentration and self-control, which affected her family relationships. An intervention was made from a cognitive behavioral perspective combined with techniques of positive psychology, and through the creation of a therapeutic bond that healed the relational pattern and the insecure-worried attachment style of the patient. The intervention lasted fifteen one-hour weekly sessions, plus the three initial evaluation sessions. After psychotherapeutic treatment, it was observed an improvement both in the symptoms presented and in life satisfaction. Likewise, a decrease in repetitive negative thoughts was observed.

Keywords: Self-demand, low self-esteem, internal criticism, depression, cognitive distortions, frustration, life dissatisfaction.

Índice

1 INTRODUCCIÓN	PÁG 5
1.1. Distorsiones cognitivas Beck	PÁG 8
1.2. Teorías del apego y de la construcción de la identidad	PÁG 9
1.3. Psicología positiva	PÁG 10
2 IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA	PÁG 12
3 ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN	PÁG 13
3.1. Entrevista clínica y observación directa	PÁG 15
3.2. Inventario de síntomas SCL-90-R	PÁG 16
3.3. Cuestionario ECR-S de relaciones Interpersonales	PÁG 17
3.4. Escala de Satisfacción Vital (SWLS)	PÁG 18
3.5. Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS)	PÁG 18
3.6. Cuestionario SWAP-200	PÁG 18
3.7. Entrevista semiestructurada de Apego Adulto (AAI)	PÁG 19
3.8. Análisis Funcional	PÁG 20
4 FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO	PÁG 20
4.1. Análisis psicológico del problema (origen y mantenimiento)	PÁG 21
4.2. Análisis funcional del problema	PÁG 25
4.3. Resultados de las pruebas de evaluación	PÁG 27
4.4. Diagnóstico	PÁG 34
5 TRATAMIENTO	PÁG 35
5.1. Objetivos del tratamiento	PÁG 35
5.2. Tipo de tratamiento	PÁG 37
5.3. Aplicación del tratamiento	PÁG 37
5.4. Seguimiento del tratamiento	PÁG 38
6 VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO	PÁG 38
7 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	PÁG 42

8 VALORACIÓN PERSONAL	PÁG 44
9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	PÁG 46
10. ANEXOS	PÁG 53

Índice de tablas

TABLA 1	Herramientas de evaluación del caso de Luisa pre y post tratamiento	PÁG 15
TABLA 2	Dimensiones sintomáticas valoradas en el SCL-90-R	PÁG 16
TABLA 3	Resultados en el SCL-90R. Baremo: muestra psiquiátrica	PÁG 27
TABLA 4	Comparativa en las puntuaciones obtenidas pre y post tratamiento SWLS y PANAS.	PÁG 39
TABLA 5	Comparativa de los resultados del tratamiento en función de los síntomas percibidos a través del Cuestionario SCL-90-R. (Población general no clínica).	PÁG 41

Índice de Figuras

Figura 1	El bienestar y sus componentes	PÁG 11
Figura 2	Modelo del apego adulto (adaptado de Bartolomew y Horowitz, 1991)	PÁG 17
Figura 3	Estructura jerárquica de los diagnósticos de personalidad según SWAP-200	PÁG 19
Figura 4	Diagrama analítico funcional (FACCD) del origen del estado de ánimo deprimido e insatisfacción vital	PÁG 26
Figura 5	Puntuaciones obtenidas por parte de Luisa en el cuestionario ECR-S	PÁG 30
Figura 6	Resultados de la Escala de satisfacción con la vida (SWLS)	PÁG 31
Figura 7	Modelo de prototipos de Bartholomew y Horowitz (1991)	PÁG 34

1. INTRODUCCIÓN

Las creencias son representaciones, interpretaciones de la realidad. Son pensamientos, juicios e ideas sobre nosotros mismos, sobre el mundo que nos rodea y su funcionamiento, sobre las personas que conocemos, etc. Las creencias filtran lo que recibimos a través de nuestros sentidos, de forma que determinan los significados que asociamos a cada experiencia en particular. Las creencias pueden ser un valioso recurso o una gran limitación en nuestra vida. Nos dan permiso para actuar y gracias a ellas evolucionamos y adquirimos nuevas habilidades, o bien nos dejan en un inmovilismo y nos paralizan. La vida que vivimos está bajo la constante influencia de programas inconscientes (creencias), que abarcan desde una opinión, que es una creencia poco arraigada y fácil de cambiar, hasta un juicio que es más profundo y difícil de cambiar, o una convicción o principio inamovible.

Estas representaciones mentales influyen en todos los aspectos de la vida de un individuo, en las decisiones que toma, en la manera de percibirse y percibir el mundo, en cómo interpreta las situaciones y su forma de reaccionar o actuar ante ellas. Las creencias determinan la forma que tenemos de pensar, sentir y actuar en el mundo. Esta forma de estar en el mundo se refleja en acciones más o menos adaptativas al entorno físico, psicológico y social. Cuando las creencias no permiten una adaptación “saludable” al entorno, entonces podemos decir que estas creencias son desadaptativas y el trabajo consistirá en hacer una revisión profunda de dichas creencias para poder descartar o readaptar aquellas que en estos momentos no están sirviendo.

Son de vital importancia las creencias que tenemos sobre nosotros mismos, pues determinarán cómo nos relacionamos con nosotros y con los demás. A su vez, las creencias que tenemos sobre nosotros mismos vienen influidas por las relaciones tempranas y por los vínculos que hemos establecido con las personas de referencia. Por lo tanto, el apego, la identidad construida de la persona y su sistema de creencias están íntimamente relacionados en un sistema que se influye constantemente de forma directa y recíproca.

Por otro lado, las expectativas que tenemos respecto a la vida, el futuro, y nosotros mismos, no dejan de ser creencias de cómo deberían ser las cosas, de qué deberíamos tener o alcanzar y de cómo deberíamos ser o comportarnos ante determinadas situaciones.

El caso clínico que se expone en este trabajo pone de manifiesto cómo un sistema de creencias conformado en la primera infancia, que está influido por las relaciones tempranas con las figuras de

apego, construye una identidad y unas expectativas que en momentos de gran estrés emocional llevan a la paciente a experimentar una gran insatisfacción vital cuando ésta compara lo que es y lo que tiene con respecto a lo que cree que debería de ser y lo que debería tener en la vida.

Así a pesar de tener una vida “aparentemente normal” la paciente manifiesta grandes sentimientos de frustración, rabia y malestar. A su vez, estos sentimientos experimentados no son permitidos ni entendidos, lo que le provoca mucha tristeza y culpa y la sensación de estar en un “bucle” del que no logra salir. La paciente presenta numerosos pensamientos negativos repetitivos sobre sí misma, sobre sus relaciones, sobre su vida en general, sobre el futuro, etc.

Estos pensamientos negativos repetitivos se definen como “pensamientos repetitivos sobre uno o más temas negativos, que se experimentan como difíciles de controlar e implican una actividad cognitiva atenta, perseverante, frecuente y relativamente incontrolable que se centran en los aspectos negativos del yo y el mundo” (Ehring y Watkins, 2008, p. 193). Los constructos que tienen un elemento común a los pensamientos negativos repetitivos son la rumiación, la preocupación rasgo, los pensamientos intrusivos y los pensamientos obsesivos (LoSavio, Dillon y Resick, 2017), y se presentan de manera frecuente en los trastornos de depresión y ansiedad (Watkins, 2008).

Por ese motivo se propone trabajar con las creencias y los esquemas cognitivos, para llevar a la paciente, a través de un proceso de reestructuración cognitiva, a percibir el mundo y sobre todo a ella misma de una forma diferente, a reconstruir una identidad más positiva que le permita mejorar su autoconcepto como persona, como madre y como mujer. Además, a través de la relación terapéutica se pretende crear un apego seguro que brinde un entorno de confianza donde la paciente pueda ir revisando cada aspecto de su vida y reevaluando aquellas áreas que le producen gran insatisfacción.

También través de las técnicas de la psicología positiva, pretendemos que la paciente ponga el foco de su atención en aquellos aspectos, fortalezas y recursos de los que ya dispone para afrontar de forma más “saludable” los acontecimientos de su vida, en lugar de focalizarse únicamente en lo que ella percibe como carencias. La aceptación y la gratitud podrían ser las herramientas claves que le ayuden a deshacer tanta frustración e insatisfacción.

1.1. Distorsiones cognitivas Beck.

Según Beck (1983), las distorsiones cognitivas son errores sistemáticos en el proceso de información. Estos errores cognitivos suponen la aplicación rígida de esquemas mentales, lo que da lugar a respuestas desadaptativas que afectan al funcionamiento de la persona. Según el modelo cognitivo de la depresión (A. Beck) existen tres conceptualizaciones para explicar el fundamento psicológico de la depresión: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores en el procesamiento de información. Este modelo plantea la hipótesis de que las emociones y los comportamientos de las personas están influenciados por las percepciones e interpretaciones de los eventos que suceden (Beck, 1964). De esta forma las personas deprimidas se consideran excesivamente negativas en sus interpretaciones del mundo y los otros, de sí mismas y del futuro (Beck, 1976). Se ha demostrado que el enfoque cognitivo conductual es útil y adaptable para tratar los síntomas depresivos en el adulto (Contreras et al., 2006). Este tipo de tratamientos se enfocan en la disminución de los síntomas negativos para conseguir que los pacientes mejoren.

En la información recogida durante el proceso de evaluación se detectan numerosas distorsiones cognitivas, y pensamientos negativos automáticos, centrados sobre todo en una baja autoestima y sentimientos de inutilidad. Por ese motivo y debido también a que la paciente presenta una sintomatología depresiva se decide trabajar con este modelo, bajo la hipótesis de que, si la paciente reduce el número y frecuencia de este tipo de pensamientos, su estado emocional mejorará significativamente.

A través de estas técnicas cognitivas se pretende ayudar a identificar y modificar en la paciente aquellos sesgos sistemáticos y los contenidos disfuncionales que se suelen dar en el pensamiento depresivo. Para ello, una herramienta que acompaña a esta terapia es el autorregistro, el cual ayuda a focalizar la atención del paciente en las respuesta tanto físicas, emocionales y conductuales que tiene ante determinadas situaciones.

Albert Ellis (1913-2007), desarrolla un modelo cognitivo llamado ABC el cual trata de explicar por qué las personas, a pesar de vivir un mismo suceso, pueden desarrollar respuestas diferentes en función de sus creencias. Estas creencias se convierten en un pilar fundamental para comprender cómo ve la persona el mundo y cómo hace frente a las demandas de su vida cotidiana.

En el caso de la paciente, sus creencias irracionales, parecen estar basadas en aspectos poco lógicos y en exageraciones que hace de algunas partes de su personalidad o de sus capacidades.

Estas creencias son pensamientos falsos y no probados, los cuales vienen de demandas demasiado exigentes, que ella formula en términos de ‘debería’ o ‘tendría que’. Luisa presenta también una visión muy negativa de sí misma, y unas exigencias demasiado poco realistas. Todo esto la lleva a percibirse a sí misma como una inútil o que no vale lo suficiente. Esto tiene como resultado el que sienta diversas y profundas emociones negativas que se normalmente se asocian a síntomas depresivos y de gran insatisfacción vital.

Así, la depresión es considerada como un trastorno del estado de ánimo, que tiene como consecuencia un punto de vista sesgado y negativo, sobre sí mismo, el mundo y el futuro. En este sentido, la paciente, se ve a sí misma como una inútil, inadecuada y sin valor. Todas las cosas negativas que le ocurren las atribuye a un defecto en ella misma. Además, suele interpretar sus experiencias en términos negativos. Cuando se plantea el futuro, lo hace anticipando una serie de dificultades y sufrimientos que cree que durarán indefinidamente.

Saber que las distorsiones cognitivas mantienen y agravan los síntomas depresivos; nos ayudará a enfocar el tratamiento de la paciente para tratar de forma adecuada los sesgos cognitivos y así disminuir el malestar físico y emocional que siente. Para ver cuáles son algunas de las distorsiones cognitivas más frecuentes (Ruiz, 2012), ver el Anexo 1.

1.2. Teorías del apego y de la construcción de la identidad.

La teoría del apego ofrece una explicación de cómo las experiencias tempranas moldean e influyen en la forma en la que nos relacionamos a lo largo de la vida. “El apego es una necesidad biológica innata” (Bowlby, 1980, 1979, 1969), un vínculo entre el niño y su cuidador, que le permite desarrollar su manera de ser, de experimentar y representar las relaciones afectivas cercanas. El apego se forma en la primera infancia e influye en las interacciones con los otros y a su vez puede ser modificado por estas. Como mencionan Collins y Feeney (2004), el vínculo de apego posiblemente representa la forma más íntima de relación humana. Algunos autores afirman que la teoría del apego se ha utilizado también para comprender la formación de la identidad, los aspectos de la personalidad y las relaciones próximas en la etapa adulta, y expone que las dinámicas que aparecen en las relaciones tempranas entre el niño y sus padres estarían influyendo en la forma en que los adultos se comportan en sus relaciones cercanas (Gillath et al., 2016).

Serían estos Modelos Operantes Internos, que incluyen las expectativas, pensamientos y creencias, los que de forma inconsciente guían la experiencia. Las personas se ven influidas por ellos en la manera que se relacionan a lo largo de toda su vida, son estables siempre y cuando se hayan desarrollado en un contexto estable (Bowlby, 1973).

Estos pensamientos y expectativas le proporcionan un conjunto de reglas sobre la direccionalidad del afecto (unidireccional o bidireccional), así como modelos de creencias y comportamientos en las interacciones sociales (Bretherton & Munholland, 2008).

Según Bowlby los modelos operantes internos (IWM):

Son un sistema interno de expectativas y creencias acerca del self y de los otros que les permiten a los niños predecir e interpretar la conducta de sus figuras de apego. Estos modelos se integran a la estructura de la personalidad y proveen un prototipo para futuras relaciones sociales... (Bowlby, 1979, p.70)

Bowlby (1985) destacó el rol de las experiencias tempranas y en cómo influyen en los modelos operativos internos que a su vez afectan la experiencia y el comportamiento, por ende, el autoconcepto, la autoestima y las relaciones interpersonales (Mason et al., 2005).

1.3. Psicología positiva.

Desde la psicología positiva, se quiere conocer qué factores promueven un desarrollo saludable desde una perspectiva integral y holística que facilite una mejor comprensión del comportamiento humano (Rodríguez, Ramos, Ros, Fernández y Revuelta, 2016). La Psicología Positiva enfatiza el estudio del bienestar, los rasgos y las experiencias positivas de las personas (Gancedo, 2008; Seligman, 2011; Vázquez, 2006).

Dentro de la psicología positiva cobra importancia el concepto del bienestar subjetivo, que se entiende como la evaluación global que hace una persona sobre su vida teniendo en cuenta todas las áreas.

Pavot y Diener (2013) consideran que el bienestar está formado a su vez por dos componentes que están íntimamente relacionados entre sí: Por un lado, el **componente emocional** (Lucas, Diener y

Suh, 1996; Sandín, 1999), que se caracteriza por afectividad positiva o negativa; y el **componente cognitivo**, denominado satisfacción con la vida (Andrews y Withey, 1976).

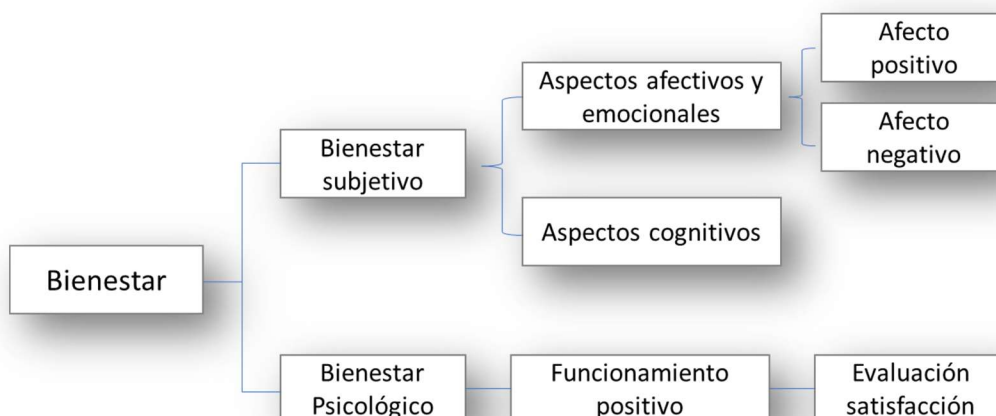
La satisfacción vital (dimensión cognitiva del bienestar) es el resultado de un equilibrio entre expectativas y logros. Por otro lado, la felicidad (dimensión afectiva del bienestar), es un indicador subjetivo de la calidad de vida.

La satisfacción vital sería por lo tanto el resultado de la comparación que una persona hace de su propia vida con un criterio subjetivo. La satisfacción vital se puede analizar desde dos perspectivas: la emocional y la cognitiva. Desde la perspectiva emocional, la satisfacción vital se comprende como un equilibrio entre afectos positivos y negativos (Cole, Peeke, Dolezal, Murray & Canzoniero, 1999). De esta forma, el grado de satisfacción será el resultado del juicio global que ella misma realiza al comparar sus sentimientos negativos con los positivos. Es decir, las personas son más felices cuando la experiencia afectiva positiva prevalece sobre la negativa.

Si tenemos en cuenta la perspectiva cognitiva, la satisfacción vital se define como “un proceso de juicio a través del cual el sujeto valora la calidad de su vida sobre la base de su propio conjunto de criterios" (Pavot & Diener, 1993, p. 164). Esta valoración supone la comparación entre lo que se ha conseguido o logrado y lo que se esperaba obtener, es decir, las expectativas (García-Viniegras & González, 2000; Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991; Veenhoven, 1994).

Figura 1

El bienestar y sus componentes



Desde la psicología positiva se orienta a las personas a pensar de forma positiva, para que busquen la felicidad y aumenten el número de las emociones positivas. En recientes investigaciones se ha visto la importancia de las relaciones sociales, las relaciones interpersonales efectivas y el compromiso (Seligman et al., 2006). Según otros autores una de las cosas para prevenir y superar la depresión es la actitud positiva ante la vida, que queda reflejada en el nivel de satisfacción vital (Cuadra-Peralta, Veloso-Besio, Moya-Rubio, Reyes-Atabales, & Vilca-Salinas, 2010). Por otro lado, se sabe que la capacidad de estar agradecidos y valorar los aspectos positivos de nuestra vida, pasados y presentes, da un significado muy agradable a la existencia (Peterson y Seligman, 2004; Emmons, 2007). Además, el desarrollo de vínculos positivos está asociado a mayores niveles de bienestar subjetivo y físico.

En el caso de Luisa, se ve claramente como la diferencia entre las expectativas y lo que considera que ha conseguido en la vida, le genera una gran insatisfacción vital y una actitud negativa hacia la vida y hacia sí misma. Además, no parece reconocer ni validar los recursos personales que posee. Por ese motivo el incorporar a la intervención este enfoque de la psicología positiva puede reforzar y ayudar a tener una mayor satisfacción vital y una visión más positiva de sí misma y del futuro.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA

Luisa es una mujer española de 47 años, casada desde hace 20 años y madre de una hija de 14 años y un niño de 11. Nivel de estudios bachillerato. Nivel sociocultural/económico medio. Actualmente trabaja a tiempo completo en una empresa de telefonía (40 horas/semanas; L-V: 9.00-18.00h).

La paciente acude a consulta refiriendo síntomas de preocupación (hacia su desempeño actual como madre, pareja y trabajadora) y ansiedad psíquica. El motivo de consulta principal es abordar la sensación de insatisfacción con su vida en el área laboral y familiar y explorar nuevas oportunidades para las que actualmente no se siente suficientemente preparada y formada. Le gustaría ser feliz, aprender a vivir la vida y cada momento, a disfrutar de las pequeñas cosas y a no sentir tanta frustración y rabia.

Además, Luisa refiere falta de autocontrol en situaciones cotidianas en el hogar relacionadas con el orden, la limpieza, y el cuidado de los hijos que la llevan a reacciones de conflicto exageradas seguidas por sentimientos de culpa. Luisa también informa de cierto desbordamiento emocional,

marcada autoexigencia y autocrítica, pensamientos rumiativos sobre errores y dependencia emocional hacia las relaciones interpersonales.

Manifiesta también síntomas relacionados con un bajo estado de ánimo, le cuesta realizar las tareas por desgana y desidia. Refiere una marcada sensación de vacío interno y de sentirse infeliz, lo que actualmente no llega a comprender.

Luisa ha informado de una elevada necesidad de control de los acontecimientos externos y es muy exigente y crítica también hacia sí misma y los demás. Se siente emocionalmente inmadura e incapaz de llevar a cabo las tareas que se le proponen desde hace aproximadamente año y medio. Dice sentir ella misma muchas resistencias para mejorar, como si no quisiera en el fondo salir de ese estado de frustración y bajo estado de ánimo, y seguir siendo una víctima, aunque otra parte de ella siente que quisiera cambiar. Dice sentirse víctima y verdugo de sí misma al mismo tiempo.

A nivel emocional presenta mucha frustración y rabia por no ser como ella cree que debería de ser, ni haber alcanzado en la vida lo que ella considera que debería haber obtenido. Dice no valorar las cosas que tiene y envidiar las cosas que tienen los demás.

Esta rabia y frustración también la siente con los miembros de su familia sobre todo con su hija mayor con la que tiene actualmente conflictos frecuentes.

Cuando tenía 17 años fue diagnosticada por un Trastorno de la Alimentación por lo estuvo ingresada durante un mes en el reparto psiquiátrico hospitalario en concomitancia del fallecimiento de su padre. Actualmente no informa de síntomas relacionados con un trastorno de alimentación ni se observa un peso fuera de los valores normales.

En el Anexo 2 se han recogido algunas transcripciones literales de las motivaciones de la paciente recogidas en el proceso de evaluación y de algunas notas enviadas por la paciente a la psicóloga.

3. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN

El proceso de evaluación de la paciente se realizó a través de la administración de nueve instrumentos de evaluación pre-tratamiento y de tres instrumentos de evaluación post-tratamiento (tabla 2) además de la entrevista y observación clínica.

A continuación, se resumen las estrategias de evaluación llevadas a cabo en este caso:

1. **Entrevista clínica**, recogida de datos cualitativos. (Primera, segunda y tercera sesión)
2. **Observación clínica** de las conductas durante las entrevistas, atendiendo a la comunicación verbal y no verbal de la paciente, expresiones, postura corporal, etc. (Durante toda la evaluación e intervención).
3. **Cuestionarios cuantitativos** para recoger los síntomas de la paciente en las dos últimas semanas (SCL-90-R de Derogatis, L. R. (1994)), así como para evaluar las relaciones cercanas (ECR-S de Alonso-Arbiol et al.2007) y el nivel de satisfacción general de lo logrado en la vida y de su satisfacción sobre esto (Escala de Satisfacción Vital de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985) SWLS). (Tercera sesión). La Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS, Watson et al.1988), lo realiza en casa y se le entrega en la tercera sesión de evaluación.
4. Una **entrevista semiestructurada de Apego Adulto** (AAI, Goerge, Kaplan & Main, 1984, 1985, 1996) donde se evalúan las relaciones tempranas con los padres y el patrón de apego predominante (*Patrón Seguro-Autónomo; Patrón Inseguro-Rechazante; Patrón Inseguro-Preocupado; Patrón desorganizado-desorientado*). El análisis de la AAI depende exclusivamente del estudio literal de las transcripciones de la entrevista. (Sesiones 4 y 5).
5. El **cuestionario SWAP-200** (J. Schedler y D. Westen, 1999) Es un instrumento normalizado de heteroevaluación clínica que se basa en las observaciones de la psicóloga durante las diferentes sesiones de la entrevista con la paciente. Se evalúan distintos trastornos de personalidad: esquizoide, esquizotípico, antisocial, borderline, histriónico, narcisista, evitativo, dependiente, paranoide y obsesivo.

Con toda la información recogida durante el proceso de evaluación se elaboró el análisis funcional del caso (ver apartado 4.2).

Una vez realizado el tratamiento se administraron tres cuestionarios para la valoración del mismo, lo que ha permitido ver los cambios en los síntomas percibidos por la paciente (SCL-90-R de Derogatis, L. R. (1994)). Se administró de nuevo la Escala de Satisfacción Vital de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985) (SWLS) para comprobar cómo el tratamiento ha influido en la satisfacción vital

de la paciente y la Escala de afectividad positiva y negativa (PANAS) de Watson et al., 1988. (Los resultados obtenidos se explican en el apartado 6.2.)

Tabla 1

Herramientas de evaluación del caso de Luisa pre y post tratamiento

PRE-TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none">• Entrevista clínica. Recogida de datos cualitativos• Inventario de síntomas SCL-90-R de Derogatis, L. R. (1994)• Cuestionario de Relaciones Interpersonales (ECR-S) de Alonso-Arbiol et al., 2007• Escala de Satisfacción Vital de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985) (SWLS)• Escala de afectividad positiva y negativa (PANAS) (Watson et al., 1988)• Entrevista semiestructurada de Apego Adulto (AAI). Goerge, Kaplan & Main, 1984, 1985, 1996• Cuestionario SWAP-200 (Shedler, 2010; Shedler & Westen, 2007; Westen et al., 2012)• Análisis Funcional del caso
POST-TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none">• Inventario de síntomas SCL-90-R de Derogatis, L. R. (1994)• Escala de Satisfacción Vital de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985)• Escala de afectividad positiva y negativa (PANAS) (Watson et al., 1988)

3.1. Entrevista clínica y observación directa

Durante las tres primeras sesiones se recogió información cualitativa sobre el motivo de consulta de la paciente y los objetivos que le gustaría lograr tras la terapia. Además, se recogió información sobre las distintas áreas de su vida: laboral, salud, familiar, pareja, social, etc. En la tercera sesión se le explicó cómo realizar un autorregistro para obtener información de las principales conductas en las que presenta quejas, esta información ha permitido elaborar un análisis funcional del caso (ver apartado 4.2).

Físicamente Luisa es una mujer delgada, con buena presencia, cuidada, muy activa, muestra muy buena predisposición a colaborar con la psicóloga y se muestra muy colaboradora con las pruebas o las preguntas durante todas las sesiones.

Muestra verdadero interés en mostrarse y entender sus comportamientos. Tiene una comunicación verbal fluida, y aunque la mayor parte del tiempo expresa bien lo que quiere decir, en ocasiones habla rápido y salta de un tema a otro. Utiliza mucho el sentido del humor, sonrío y hace buen contacto visual. Durante las entrevistas su postura corporal es hacia adelante, mostrando interés. Gesticula bastante con las manos, y sus movimientos acompañan de forma adecuada su mensaje. Busca la aprobación y la reafirmación del terapeuta de forma constante. Parece preocupada por lo que se pueda estar pensando de ella.

Hace las tareas entre sesión y sesión y trae notas de casa sobre cómo se siente de forma espontánea, aunque no se le hayan solicitado. Se muestra colaborativa y predispuesta. Utiliza mucho el humor y la risa cuando contacta con la emoción durante las sesiones. Se observa cierto grado de disociación sobre todo cuando habla de experiencias dolorosas o con cierto grado de carga emocional.

3.2. Inventario de síntomas (SCL-90-R)

El Symptom Checklist-90-R de Derogatis, L. R. (1994) es un instrumento diseñado en la Universidad Johns Hopkins que cuantifica los síntomas presentados por el paciente, lo que permite evaluar una amplia gama de síntomas psicológicos y psicopatológicos, tanto en población clínica, como en población normal. El SCL-90-R recoge la presencia de 90 síntomas y su intensidad colocándolos en una escala que va desde la ausencia total (0) hasta la máxima intensidad (4).

Tabla 2

Dimensiones sintomáticas valoradas en el SCL-90-R

DIMENSIONES SINTOMÁTICAS DEL SCL-90-R	
• Somatizaciones (SOM)	• Ansiedad (ANS)
• Obsesiones y compulsiones (OBS)	• Hostilidad (HOS)
• Sensibilidad interpersonal (SI)	• Ansiedad fóbica (FOB)
• Depresión (DEP)	• Ideación paranoide (PAR)
• Psicoticismo (PSIC)	

3.3. Cuestionario de relaciones Interpersonales (ECR-S)

Este instrumento (ECR-S) de Alonso-Arbiol et al. (2007), es la versión española adaptada del cuestionario Experiences in Close Relationships (ECR) de Brennan, Clark y Shaver (1998). La Escala de Experiencia en Relaciones Cercanas - ECR (Brennan, Clark y Shaver, 1998) evalúa los comportamientos afectivos en las relaciones cercanas. Tiene 36 ítems que se valoran en una escala Likert de 7 puntos.

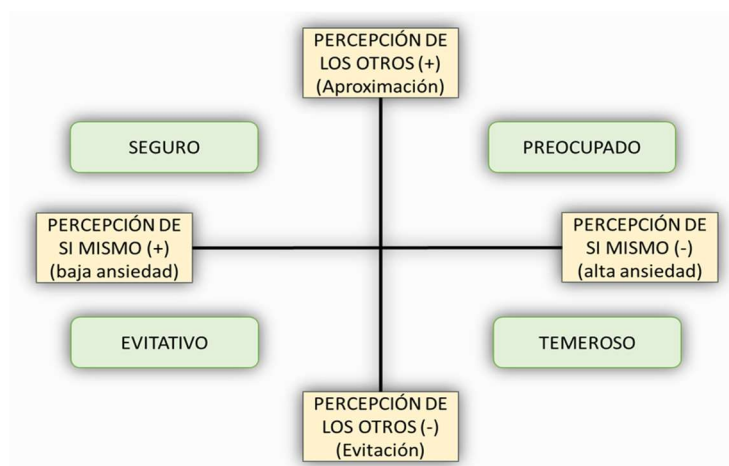
La escala va desde (1) "Totalmente en desacuerdo" hasta (7) "Totalmente de acuerdo". Estos ítems están formados por afirmaciones que se dividen dos subescalas, llamadas ansiedad y evitación. La mitad de los ítems evalúa la dimensión de ansiedad (M= 3.92, DT= 0.94) y los 18 restantes la de evitación (M=3.12, DT= 1.06). Se entiende por *ansiedad* la anticipación o temor ante el rechazo o abandono, y por *evitación* todos aquellos comportamientos orientados a prevenir las relaciones íntimas y la cercanía con los demás.

La versión ECR-S en español (Alonso-Arbiol, Balluerka & Shaver, 2007) muestra una buena consistencia interna (α Ansiedad de Cronbach: 0.85; α Evitación de Cronbach: 0.87; Alonso-Arbiol et al., 2007). Diversos estudios avalan sus buenas propiedades psicométricas en lo que respecta a la fiabilidad ($\alpha < .90$) y estabilidad temporal de sus medidas (véase Fraley, Niedenthal, Marks, Brumbaugh y Vicary, 2006).

El cuestionario ECR da lugar a cuatro patrones de apego en función de dos dimensiones, la percepción de sí mismo y la percepción de los otros.

Figura 2

Modelo del apego adulto (adaptado de Bartolomew y Horowitz, 1991)



En el Anexo 3 se explican en qué consisten cada uno de estos patrones de apego.

3.4. Escala de Satisfacción Vital (SWLS)

Con el objetivo de medir el *componente cognitivo del bienestar*, Diener, Emmons, Larsen & Griffin (1985) construyeron la Escala de Satisfacción Vital-SWLS. La prueba quedó compuesta por cinco ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 7 puntos. Los cinco ítems a valorar son:

- 1. En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal.*
- 2. Las condiciones de mi vida son excelentes.*
- 3. Estoy satisfecho con mi vida.*
- 4. Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida.*
- 5. Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida.*

Los estudios sobre su fiabilidad y validez evidencian resultados favorables (Cabañero Martínez et al., 2004; Diener et al., 1985). El Coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach de la SWLS obtenido es de .836 según el estudio de Moyano, N. C., Tais, M. M., & Muñoz, M. P. (2013).

3.5. Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS)

La escala de afecto positivo y afecto negativo de Watson, D., Clark., L., & Tellegen, A. (1988) es conocida como PANAS (Positive Affect and Negative Affect Scale). Se compone de 20 palabras o adjetivos que describen emociones de carácter positivo o negativo, 10 de ellas positivas y 10 negativas. Cada palabra es puntuada mediante una escala Likert con 5 opciones de respuesta. Las puntuaciones oscilan entre 20 y 100 puntos. Existen dos subescalas: Escala de Afecto positivo y Escala de Afecto Negativo. Las altas puntuaciones indican alta presencia de emociones positivas o negativas.

Las dimensiones positiva y negativa son independientes entre sí, por ello puntuaciones altas en una de ellas no implica puntuaciones bajas en la otra. Las propiedades psicométricas del instrumento son muy buenas, con alfa de Cronbach que van desde 0,85 a 0,90 (Watson, 1988).

3.6. Cuestionario SWAP-200

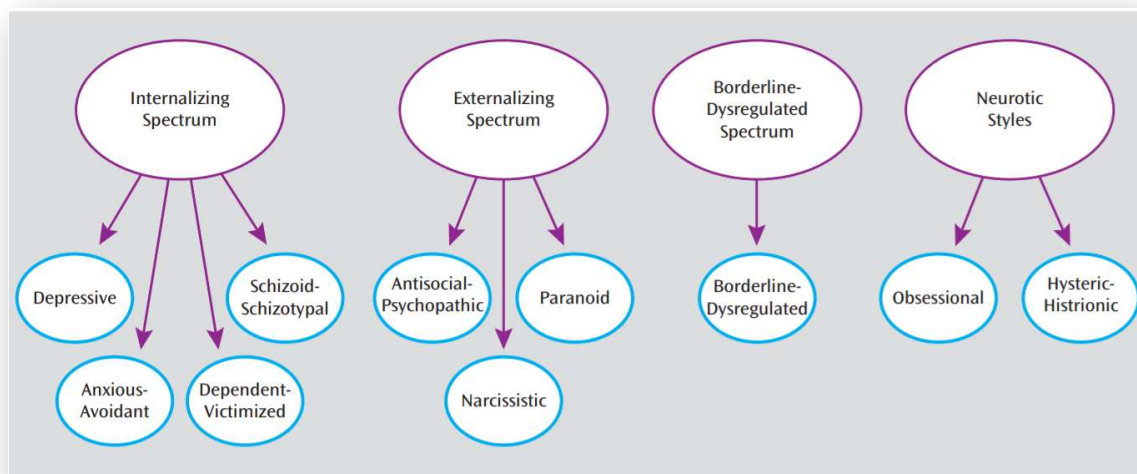
El SWAP-200, “the Shedler-Westen Assessment Procedure” (Shedler, 2010; Shedler & Westen, 2007; Westen et al., 2012) es un cuestionario de heteroevaluación que tiene el objetivo de registrar sistemáticamente las observaciones del psicólogo sobre su paciente a través de una valoración clínica

de 12 factores de alteraciones de la personalidad según DSM-IV. En el SWAP-200 los trastornos de personalidad son entendidos como continuos y no como categorías.

El software de puntuación SWAP-200 genera tres puntuaciones de personalidad. Una fuerte coincidencia con un prototipo de DP ($T > 60$) indica que el paciente sería dado el diagnóstico de TP por consenso de médicos expertos. ($T > 55$) significa que el paciente tiene "características" del trastorno, pero está por debajo del umbral para el diagnóstico.

Figura 3

Estructura jerárquica de los diagnósticos de personalidad según el SWAP-200



3.7. Entrevista semiestructurada de Apego Adulto (AAI)

La entrevista de apego adulto AAI (George, Kaplan & Main, 1984, 1985, 1996) consiste en una serie de preguntas que el psicólogo dirige al paciente y que dirigen explícitamente la atención de este a recuerdos relacionados con experiencias de apego.

Tras solicitar una descripción general de la relación en la infancia con ambos progenitores, los pacientes son invitados a seleccionar cinco adjetivos o frases para describir su relación temprana con cada uno de los padres, y posteriormente, a apoyar estas descripciones con ejemplos.

Main y Goldwyn (1982, 1998, citados en Main, 2000) describieron tres tipos generales de “estados de la mente” para referirse a los estilos de apego que son: **Patrón Seguro-Autónomo; Patrón Inseguro-Rechazante; Patrón Inseguro-Preocupado.**

Posteriormente se añadió otro estilo de apego que correspondía a un grupo de individuos cuyas clasificaciones eran más cambiantes y difíciles de clasificar, al cual llamaron **Patrón Desorganizado-Desorientado** y que fue descrito por Salomon y Main (1990, citado en Main, 2000).

3.8. Análisis Funcional del Caso

El análisis funcional (AF) es la herramienta clínica básica de toda terapia psicológica. Su objeto de análisis es el comportamiento de las personas. El objetivo del AF es explicar el mantenimiento del comportamiento, el cual se define como la interacción entre un organismo y su entorno.

4. FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO.

En este apartado se presenta el análisis psicológico del problema, incluyendo la historia actual del problema, la historia familiar de la paciente, las hipótesis de origen y las hipótesis de mantenimiento, el análisis funcional del problema, así como una tabla con los antecedentes y consecuentes de algunas conductas problema.

Además, se presenta un diagrama analítico funcional (FACCD¹) del origen del estado de ánimo deprimido e insatisfacción vital de la paciente.

¹ Los FACCD son diagramas que tienen como propósito organizar y comunicar al cliente las hipótesis sobre las relaciones causales más importantes de sus problemas.

4.1. Análisis psicológico del problema (origen y mantenimiento)

4.1.1. Historia actual del problema:

- Fecha de inicio del problema: Hace aproximadamente un año y medio.
- Evolución: Siente que con el tiempo los síntomas de tristeza, rabia y frustración se van agravando más. También a medida que se hace mayor pierde la esperanza y tiene el sentimiento de que el tiempo se le acaba.
- Factores precipitantes o causas: discusiones con su hija adolescente, insatisfacción laboral, poco apoyo y atención del marido y situación de pandemia y confinamiento.
- Búsqueda anterior de soluciones: intentos de no pensar, hacer cosas, distraerse. Es la primera vez que busca ayuda profesional a excepción de cuando tuvo el TCA.

4.1.2. Historia Familiar:

Luisa es la mayor de dos hermanas. Su hermana nació 16 meses después y siempre han estado muy unidas. Su padre trabajaba de autónomo, y su madre trabajaba en el comercio. Cuando era pequeña, ella y su hermana se quedaban al cuidado de la abuela materna durante los periodos en los que los padres tienen que trabajar y durante las vacaciones de verano.

El estilo educativo de esta abuela es muy estricto y exigente en cuanto a las normas sociales y en cuanto a la libertad de movimientos. Les da mucha importancia a los modales y al “saber estar” y está muy preocupada por la imagen que dan a los demás y por la opinión de los otros. Luisa estudia en un colegio público y se recuerda como una niña buena, tímida, simpática. De esta época la paciente tiene muy pocos recuerdos y en general recuerda esta etapa de la infancia y adolescencia como muy buena.

La paciente sufrió de un trastorno de alimentación con 17 años que coincide con la enfermedad y muerte de su padre. La familia, madre, hermana y tíos maternos se volcaron en su cuidado y con ayuda y tratamiento psiquiátrico consiguió superar la enfermedad. Durante la adolescencia y juventud, en el periodo que coincide con su enfermedad aparece el fracaso escolar, repitiendo 4 cursos en esa etapa. Cuando termina los estudios ella quiere irse al extranjero para estudiar inglés, pero no recibe el apoyo de su familia y se pone a trabajar. Tiene una primera relación que recuerda como un amor platónico. Estando en esta relación conoce a su actual marido en una fiesta, como ella no se decidía, este le da un ultimátum para que elija y al final ella se decide por él porque tienen muchas cosas en común, es muy maduro, dinámico y divertido. Dice haberse sentido valorada como mujer y como madre, aunque

últimamente se siente más sumisa y dependiente de él. En ocasiones se siente abandonada y busca llamar la atención. En la actualidad no se siente respaldada por él.

En lo laboral, después de varios años la despiden y eso dice la deja muy marcada en su autoestima. Se casan y tienen dos hijos. Una niña y un niño. Ella vuelve a encontrar trabajo como administrativa. Actualmente viven juntos en un piso con sus dos hijos.

4.1.3. Hipótesis de origen:

La enfermedad y muerte de su padre unido a la anorexia nerviosa que ella misma desarrolla en un momento crucial de su desarrollo y que le llevan a un fracaso escolar, hacen que la paciente adquiera una especial vulnerabilidad biológica y psicológica ante eventos estresantes como una situación de pandemia y las discusiones con su hija adolescente. La falta de atención por parte de su marido, la sensación de abandono y la necesidad de ser mirada y atendida, junto con la insatisfacción laboral y personal pueden ser los desencadenantes de su malestar y de las estrategias de llamar la atención a través de una sintomatología depresiva, dependiente y a través de la victimización y la culpa.

Por otro lado, es posible que los modelos operantes internos de la paciente (desarrollado en el apartado 1.2), constituidos por pensamientos y expectativas están influyendo en la forma en la que la paciente se relaciona consigo misma y con los demás. Estos modelos operantes internos, las creencias irracionales, junto con el estilo de apego “preocupado” y los factores de personalidad están en el origen y en el mantenimiento de la manera en el que la paciente interpreta el mundo, las situaciones y a sí misma.

La paciente muestra un patrón atribucional caracterizado por una externalización del éxito y una internalización del fracaso, y como consecuencia aparece miedo y ansiedad ante la posibilidad de fracasar, y así parecer ante los demás como una incompetente.

Además, sus esquemas y distorsiones cognitivas estarían influyendo en las emociones y sentimientos con las que vive las discusiones con su hija y su insatisfacción personal y laboral y que le llevarían a la insatisfacción vital y el bajo estado de ánimo. Las instrucciones y reglas, que fueron principalmente aprendidas en los primeros contextos de socialización -relación con cuidadores y familiares, sobre todo la abuela materna, habrían tenido una gran influencia en los esquemas y expectativas de la paciente.

4.1.4. Hipótesis de mantenimiento

En el caso de Luisa, se plantea que son dos tipos de variables las que están manteniendo el problema:

- a) variables personales: rasgos de personalidad, expectativas, modelo atribucional, distorsiones cognitivas, etc. Es decir, parte de los factores que originan su malestar son los que también lo mantienen, generando así un círculo vicioso del que le resulta muy difícil salir.
- b) Variables ambientales o familiares que están reforzando el comportamiento de la paciente a través de la obtención de reforzadores (atención y cuidado).

Las variables personales serían algunos rasgos de su personalidad (dependientes y obsesivos, asociados a cierta variabilidad emocional), su estilo de apego (inseguro “preocupado”), los esquemas y distorsiones cognitivas (sobre ella como persona y madre), una imagen muy empobrecida de sí misma, y unas reglas rígidas de cómo debería ser el mundo y ella misma.

Las reglas de cómo “debería” ser su vida, un gran anhelo de una vida deseada que incluye un mayor nivel socio-económico y las cosas que según ella debería tener, le producen una gran insatisfacción y frustración. Esta insatisfacción la achaca exclusivamente a sí misma, lo que contribuye a bajar su autoestima y aumentar sus sentimientos de culpa.

Su elevada autoexigencia y su mirada fija casi siempre en aquello que no tiene o le falta, a causa de sesgos cognitivos disfuncionales, le llevan a compararse con aquellos que tienen más que ella.

Estos hechos le acaban provocando gran malestar, culpa, tristeza y apatía, lo que a su vez hace que pierda reforzadores naturales para ella, pues deja de hacer actividades que antes le gustaban. La situación de restricción social provocada por la pandemia agrava aún más este hecho, pues hay muchas cosas que ahora no puede hacer, como salir con sus amigas, salir a realizar distintas actividades placenteras, deporte etc.

La baja autoestima, el pesimismo, la culpabilidad, etc., podrían ser el resultado de las atribuciones que hace la paciente acerca de sus sentimientos de tristeza, irritabilidad, inquietud y ansiedad (disforia).

Su tendencia perfeccionista, el desear metas inalcanzables, centrarse solo en los aspectos negativos de su entorno, darse pocos refuerzos positivos, una tasa de autocastigo elevada, la

regulación errónea de las expectativas, los sentimientos de envidia, la percepción errónea sobre ella misma, errores en el procesamiento de la información donde la recuperación de los acontecimientos negativos se maximiza y se minimizan los aspectos positivos de su vida, son algunas variables que estarían manteniendo las conductas problema.

En la relación con los demás se percibe inadecuada y normalmente se siente culpable. Se entrega mucho a las relaciones y se muestra siempre dispuesta a sacrificarse por los demás. Después utiliza la queja para demandar lo que siente que los demás le deben y en su demanda puede llegar a odiar y destruir a las personas que quiere.

Las variables ambientales o familiares que por otro lado están en el mantenimiento del problema, son el hecho de que parte de su comportamiento actual está recibiendo atención por parte de su familia y amistades próximas, sobre todo por parte de los hijos y el marido. Estos, en su intento de calmarla y tranquilizarla, le mandan mensajes del tipo: “eres una buena madre”, “no te preocupes”, “no eres tan mala” etc. Este tipo de comentarios se convierten en reforzadores positivos para la paciente, y el mero hecho de obtener la atención de sus seres queridos es reforzante en sí mismo. Parece que a través de la queja constante y la autocrítica está buscando ese refuerzo y atención que tanto necesita.

De esta forma y teniendo en cuenta estas hipótesis habrá que trabajar con la paciente para que pueda adquirir estrategias y técnicas más saludables de atender sus necesidades de reconocimiento y atención sin necesidad de colocarse en ese “rol de víctima” o “rol de mala madre”. Ayudarla para que pueda explorar formas más adaptativas de obtener ese reconocimiento que ella desea, no solo a través de los demás sino de ella misma también.

Este comportamiento se podría explicar según la teoría del triángulo dramático de Stephen Karpman (Karpman, 1968), y los distintos papeles que se juegan en las relaciones: perseguidor, salvador, víctima. Las personas van cambiando de uno a otro según las circunstancias. La paciente lo expresa a menudo con frases del tipo: “*me siento verdugo y víctima al mismo tiempo*”. A veces las personas se comunican desde estos roles y entran en lo que se denomina “juegos psicológicos”. Tomar conciencia de los roles y los juegos psicológicos será uno de los objetivos del tratamiento terapéutico con Luisa.

4.2. Análisis funcional del problema.

Áreas problema: insatisfacción vital, síntomas depresivos y baja autoestima.

Conductas problema: distorsiones cognitivas, visión muy negativa de sí misma, sentimientos de culpa por no ser una buena madre y por no conseguir salir del estado en el que se encuentra, sentimientos de insatisfacción vital, sentimientos de rabia e ira, incapacidad de contener sus expresiones emocionales, síntomas de tristeza y falta de energía, incapacidad de disfrutar de las cosas y falta de interés por iniciar distintas actividades.

Variables moduladoras personales o disposicionales:

- **Biológicas u orgánicas:** la paciente ha sufrido durante su desarrollo una anorexia nerviosa durante varios años que le dejaron secuelas a nivel físico. Comienzo de la menopausia. Enfermedad y muerte de su padre cuando tenía 17 años.
- **Psicológicas/conductuales (repertorios de conducta):** creencias o esquemas cognitivos disfuncionales (reglas verbales), baja tolerancia a la frustración, rigidez de pensamiento, perfeccionismo, modelo atribucional (los demás lo hacen todo bien y yo todo mal), elevada autoexigencia.

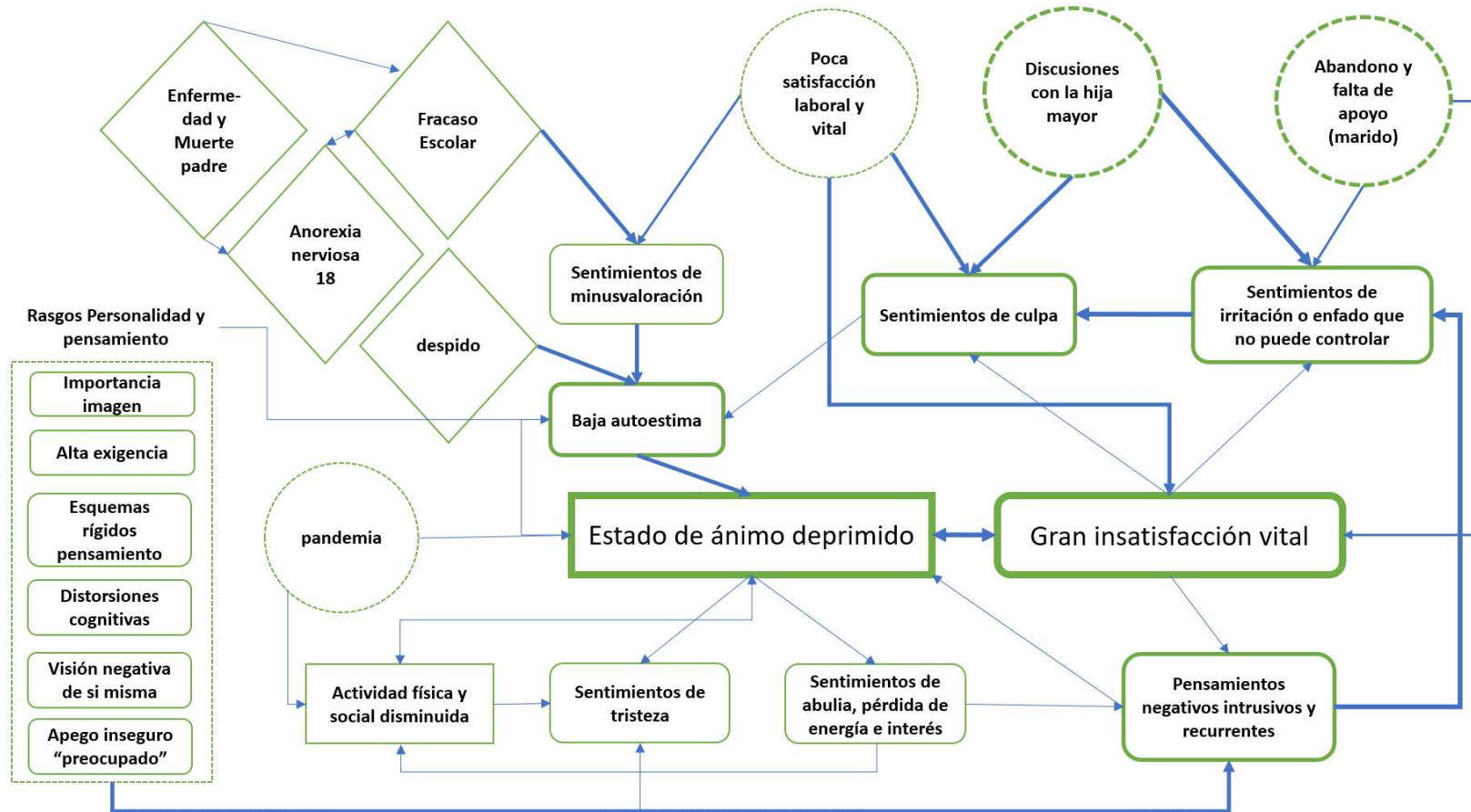
Variables moduladoras del entorno o facilitadores ambientales: actualmente está en un trabajo que no le gusta y que no le satisface, dos hijos que están en la adolescencia, malas relaciones con la hija, confinamiento y estado de alarma por el Covid-19. Las relaciones con su marido no son satisfactorias pues siente que ya no le presta tanta atención, que sus opiniones no son igual de válidas y no se siente apoyada por él.

Fortalezas de la persona o factores de protección: buenas relaciones personales y familiares (madre, hermana, primas), alta motivación para el cambio, buena disposición hacia el trabajo terapéutico.

Factores de vulnerabilidad: baja autoestima, creencias limitantes.

Ver la tabla detallada del AF de los antecedentes y consecuentes de las conductas problema en el Anexo 4.

Figura 4 Diagrama analítico funcional (FACCD) del origen del estado de ánimo deprimido e insatisfacción vital



4.3. Resultados de las pruebas de evaluación

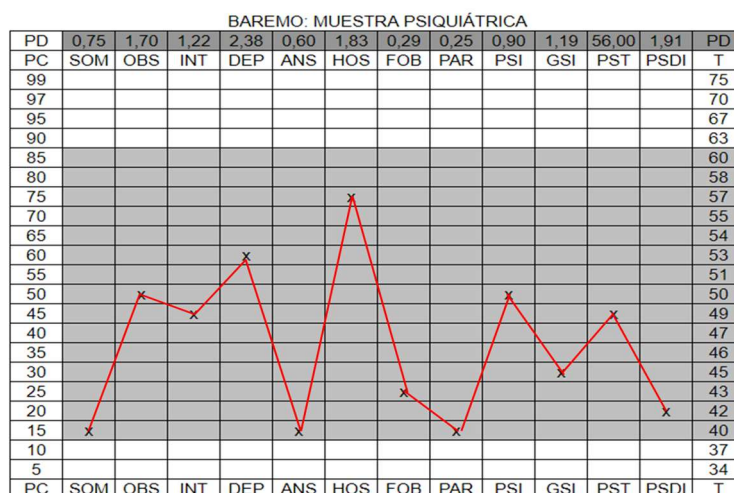
4.3.1. Resultados SCL-90R²

El perfil sintomático detectado a través del cuestionario *SCL-90R* indica que actualmente Luisa experimenta un malestar moderado principalmente en áreas sintomatológicas relacionadas con estado de ánimo bajo (depresión) actualmente asociados con cierta irritabilidad (hostilidad), sensibilidad interpersonal (interpersonal) y rumiaciones (obsesión) y un patrón de infravaloración de sí misma. Luisa se siente triste, con poca energía y con falta de interés en general. Además, se siente culpable y tiene la sensación de estar atrapada. Ha perdido el interés en las relaciones sexuales. Tiene pensamientos rumiativos y está muy preocupada por el orden, la limpieza y la organización. Tiene dificultad para tomar decisiones y a veces la mente se le queda en blanco.

A menudo se siente molesta e irritada con los demás, y suele verse envuelta en discusiones frecuentes, donde tiene arrebatos de cólera que le llevan a tirar cosas. Esto puede ser debido a su sensibilidad y facilidad de sentirse herida por los demás unido a un sentimiento de inferioridad que viene acompañado de frecuentes sentimientos de culpa y de ser inadecuada. Tiene además la sensación de que los demás no la comprenden, no reconocen sus méritos y no la hacen caso. Todo esto la lleva a estar con frecuencia en tensión y a tener dolores musculares.

Tabla 3

Resultados en el SCL-90R. Baremo: muestra psiquiátrica



² Para consultar las puntuaciones detalladas ver Anexo 5

Más en lo específico los síntomas más acusados son:

Depresión (DEP):

- Pérdida de deseo o de placer sexual
- Sentirse baja de energía o decaída
- Sensación de estar atrapada o como encerrada
- Culparse a sí misma de todo lo que pasa
- Sentirse triste
- No sentir interés por nada

Hostilidad (HOS)

- Sentirse fácilmente molesta, irritada o enfadada
- Tener discusiones frecuentes

Obsesión-Compulsión (OBS)

- Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente
- Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización
- Dificultad en tomar decisiones

Psicoticismo (PSI)

- Sentirse siempre distante, sin sensación de intimidad con nadie
- La idea de que algo anda mal en su mente

Sensibilidad interpersonal (INT)

- Ser demasiado sensible o sentirse herida con facilidad
- La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso
- Sentirse inferior a los demás

4.3.2. Resultados del Cuestionario SWAP-200

Como profundización del cuadro sintomático y de personalidad se ha utilizado el **Cuestionario SWAP-200**³ aplicado a la psicoterapeuta.

Los resultados indican la presencia de rasgos de **dependencia** (T=56,31), es decir una tendencia hacia comportamientos sumisos y pegajosos relacionado con necesidad de ser cuidada. Además presenta ciertos rasgos **histriónicos** (T=54.32) y **obsesivos-compulsivos** de la personalidad (T=54.28) con tendencia a la preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.

Por otro lado, el Índice **de salud psicológica** que la paciente ha obtenido en el SWAP 200 es de **T=60,77** lo que indica que tiene la capacidad de mantener relaciones significativas, utilizar talentos y habilidades de manera efectiva y productiva para reconocer perspectivas alternativas, para responder a las necesidades y sentimientos de los demás, para encontrar significado y satisfacción en la vida, actividades, etc.

Según los resultados del SWAP-200 y teniendo en cuenta los síndromes de personalidad SWAP(Q-T) del eje II del DSM IV, la paciente presenta ciertos rasgos depresivos, obsesivos y disfóricos.

Es decir, se han detectado puntuaciones indicativas de síntomas relacionados con un **estado de ánimo deprimido** (*Depresión Q-T=64,76*); un estado de ánimo claramente desmotivado y claramente disminuido, caracterizado por una intensa penumbra, una melancolía y un descontento general (*Disforia Q-T=57,54*); una autoestima frágil con bastante autocrítica, teniendo cierta necesidad de atención y aprobación ajena (*Obsesivo Q-T=58,45; Dependiente Q-T=52,83*) y una tendencia a que sus sentimientos y pensamientos sean influenciados por las otras personas más autoritarias (*Histriónico Q-T=54,88*).

³ Se puede consultar información adicional sobre el cuestionario SWAP-200 en el Anexo 6.

4.3.3. Resultados ECR-S

En la valoración del estilo relacional actual (Cuestionario ECR-S) se registra una tendencia hacia un estilo preocupado, caracterizado por una ansiedad de apego medio alta ($Z\ 0,76$) y una muy baja evitación de relaciones cercanas ($Z\ -1,38$).

La paciente se encuadra en un patrón de apego de tipo “PREOCUPADO” donde se manifiesta una alta ansiedad y poca evitación en las relaciones cercanas, con una visión de los demás como capaces de brindar afecto, cuidado y atención, y de uno mismo como indigno de ello. Este patrón se caracteriza por un sentimiento de inadecuación personal, búsqueda de aprobación y valoración y confianza ciega. (Gillath, Karantzas, & Fraley, 2016; Bartholomew & Shaver, 1998).

Figura 5

Puntuaciones obtenidas en el cuestionario ECR-S



Puntuaciones Z (Media: 0; DT 1).

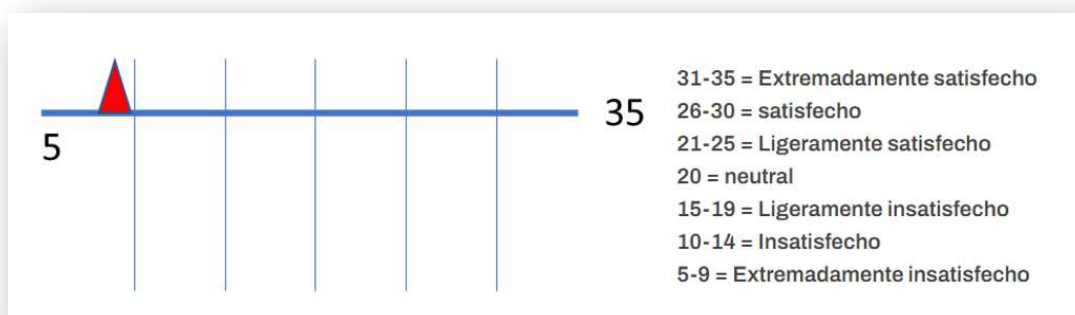
4.3.4. Resultados Escala de satisfacción con la vida (SWLS)

En esta escala, la paciente ha obtenido una **puntuación directa de 8** y un **percentil 1** (n=296 mujeres entre 46 y 55 años, Media=23.99, DT=6,02), lo que indica **una extrema insatisfacción vital**. Esto concuerda con lo expresado por la paciente y lo recogido a lo largo de las sesiones y lo recogido en la fase de evaluación.

En términos generales, la satisfacción con la vida es la percepción personal de bienestar o felicidad, es decir, la valoración de la vida en relación con los objetivos propios, expectativas o intereses mediados por el contexto cultural.

Figura 6

Resultados de la Escala de satisfacción con la vida (SWLS)



4.3.5. Resultados del PANAS

Los valores en la escala de afecto positivo y negativo van de 10-50. En AP, a más alta puntuación, mayor nivel de afectividad positiva. En la escala de AN, a menor puntuación menor nivel de afecto negativo. Las puntuaciones directas y percentiles de Luisa en la Escala PANAS fueron los siguientes:

- **Afectividad positiva (AP):** 17 (Puntuación media mujeres 30,37 y DT=6,08) **Percentil 3**
- **Afectividad negativa (AN):** 39 (Puntuación media mujeres 22,69 y DT=6,83) **Percentil 99**

Obtiene puntuaciones muy por debajo de la media en Afecto Positivo y puntuaciones altas por encima de la media en Afecto Negativo. En ambos casos se sitúan en percentiles extremos tanto inferior en AP como superior en AN, lo que se considera clínicamente relevante y significativo.

4.3.6. Resultados Entrevista del Apego Adulto (AAI)

La administración de la AAI se ha realizado durante dos sesiones de 1 hora y media y se ha grabado en audio bajo consentimiento de la paciente. Sucesivamente se ha transcrito literalmente y se han codificado los contenidos según tres variables principales, según lo indicado por Main (Main, 1990). Durante la administración se ha observado un flujo abundante de discurso que ha dado como resultado más de 50 páginas de transcripción.

A través de los resultados obtenidos de la entrevista semiestructurada de apego adulto (Adaptación del Adult Attachment Interview protocol, Mary B. Main) se tienen en cuenta los siguientes tres parámetros:

Los resultados de la entrevista AAI demuestran que la paciente ha sido capaz de desarrollar relaciones de apoyo a lo largo de su vida, y ha experimentado relaciones estables y sanas lo que le lleva a poder generar recursos personales para superar las adversidades. Además, parece que los cuidados que ha recibido durante su infancia han sido buenos en general, aunque en algunos momentos los padres no han podido estar presentes y han descuidado necesidades de la paciente. En cuanto al nivel de consciencia del posible daño sufrido y del impacto en su vida actual, los resultados indican siguiendo los criterios de George, Kaplan y Main (1985) que actualmente la paciente:

- Minimiza u omite las experiencias infantiles dolorosas o negativas o su impacto en su vida actual o en su parentalidad. Solo resalta los aspectos positivos. *“Estábamos desayunando y no sé si iba a hacer algo y alguien me dijo: Luisa, cariño, hija que vas a tirar el café, ten cuidado...o algo así, pero no recuerdo... pero bien, todo muy.....cordial...no recuerdo nada malo... no vi así nada que me llamara la atención.....”.*
- Utiliza de forma frecuente expresiones como una vida normal, unos padres normales, una niña normal, lo normal, como en todas las familias, etc”. *“Bien, bien, bien, cordial, bien, bien, bien, si, si, si, vamos... tranquila y feliz...no recuerdo nada malo ...ni fantásticoni.....malo.....o sea lo recuerdo bien”. “¿algún azote o algo? Sí, pero vamos, que eso lo tengo yo asumido como algo normal de educación, o sea, que no lo tengo percibido como algo negativo, es más yo a mis hijos le he pegado azotes también”.*
- Deliberadamente evita hablar del pasado y se focaliza en el presente o en otros aspectos de su niñez, por ejemplo, cambia de tema o no recuerda. *“es que es como si no tuviera recuerdos.... a ver te voy a decir bien, porque no recuerdo nada malo.....solo momentos*

puntuales y tengo momentos puntuales dónde tengo flashes y bien... pero no tengo recuerdos de decir hemos hecho...pero como convivencia diaria y tal...no te podría decir de pequeña..."

- Presenta un relato de infancia perfecto o idealizado (todo fue maravilloso). *"Yo creo que ella se iba feliz y lo disfrutaba, y todo, pero de primeras le costaba separarse un poco..... Pero yo no tengo recuerdo de eso traumático ni nada"*.
- Presenta una idealización de los padres (y no reconoce las dificultades o limitaciones y el impacto en sus relaciones actuales interpersonales). Hablando de su madre: *"Confianza.... mucho cariño... amor..... cuidado... ¿eso te vale?..... Para mí también mi madre es un poco mi amiga por eso confianza, no sé qué más decirte.... confianza, cariño, amor, amabilidad, cordialidad..... templanza.... templanza o.... y alegría también porque siempre se estaba riendo, recuerdo siempre muchas ganas de vernos, mucho cariño...Si es que no sé ... negativo cero.... vamos mejor.... pero vamos es que soy malísima para esto..."*.

Tras el análisis y según George, Kaplan y Main (1985), la paciente entraría dentro de la categoría de *padres rechazados*:

Estos padres quitan importancia a sus relaciones infantiles de apego y tienden a idealizar a sus padres, sin ser capaces de recordar experiencias concretas. Lo poco que recuerdan lo hacen de una forma muy fría e intelectual, con poca emoción. El comportamiento de estos padres con sus hijos, que son generalmente considerados como inseguros-evitativos, suele ser frío y, a veces, rechazante. (Delgado,2004, P.69)

Además, aparece una sobreprotección sobre los hijos tratando de evitarles el sufrimiento en el futuro, y desde ahí hay una "persecución" para no reproduzcan comportamientos similares a los que ella realiza.

Esto se observa en la dificultad de acceder a los recuerdos de la infancia, siendo la información que recuerda a través de su hermana principalmente. *"No me viene ninguna escena llamativa, eso me cuesta.... me cuesta tener recuerdos, si ya luego me recuerdan o veo algo pues a lo mejor.... pero así de primeras soy incapaz de recordar.... Tengo algunos momentos, pero no tengo tanto detalle cómo pueda tener la gente.... no sé amigas.... o mi hermana.... Es cómo eliminar cada día el disco duro y mi hermana se acuerda de todo..."*

Tiene muy pocos recuerdos propios, pero a pesar de eso habla de unos padres “ideales” y de una infancia muy feliz. Incluso de la adolescencia y juventud, cuando aparecen problemas de salud en la familia (enfermedad y muerte del padre) y ella misma (hospitalización por TCA), no parece tener recuerdos emocionalmente relevantes, lo cuenta con aparente normalidad y falta de afectación, incluso utilizando el sentido del humor, quizás como mecanismo de defensa para escapar de un dolor con el que no puede conectar.

Se puede inferir que la paciente muestra un **patrón de apego inseguro preocupado**:

Figura 7

Modelo de prototipos de Bartholomew y Horowitz (1991).

		MODELO DEL YO	
		Positivo	Negativo
MODELO DE LOS OTROS	Positivo	SEGURO (con intimidad y autonomía)	PREOCUPADO (preocupado por las relaciones)
	Negativo	RECHAZANTE (evita y niega la necesidad de intimidad)	TEMEROSO (teme la intimidad y tiene evitación social)

El estilo de apego preocupado se caracteriza por el deseo intenso de intimidad y la preocupación por el abandono (George, Kaplan y Main, 1985; Hazan y Shaver, 1987; Bartholomew y Horowitz, 1991).

4.4. Diagnóstico

Actualmente Luisa presenta una sintomatología depresiva, caracterizada por insatisfacción vital, autodevaluación, sentimientos de inutilidad y culpabilidad, que actualmente no cumplen los criterios DSM 5 para su diagnóstico clínico, en una personalidad con rasgos dependientes y obsesivos, asociados a cierta variabilidad emocional.

4.4.1. Resultados de la observación clínica (conclusiones diagnósticas)

Tras las diferentes evaluaciones realizadas a Luisa, se puede observar que la paciente no cumple con los requisitos recogidos en el **DSM 5** para los **trastornos del estado de ánimo** (trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente, etc.) salvo para el criterio 7 de tener sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días. Se puede consultar en detalle este análisis en el Anexo 7.

5. TRATAMIENTO.

5.1. **Objetivos del tratamiento**

En función de lo recogido en la etapa de evaluación y el análisis funcional del caso se desarrollan los objetivos y propuestas de intervención ad hoc, principalmente la mejora del estado del ánimo, la mejora en la satisfacción vital percibida y la reducción y modificación de creencias disfuncionales.

Por otro lado, la paciente es una persona inteligente con muchos recursos, pero que en momentos difíciles se puede llegar a desequilibrar. Por este motivo, otro objetivo de la terapia es ayudarla a desarrollar mecanismos adaptativos de maduración personal que le permitan enfrentarse a futuros acontecimientos difíciles del ciclo de vida, con una fuerza y un bagaje de experiencias positivas, incluida también la relación interpersonal con la terapeuta.

En este sentido, la intervención se plantea desde un punto de vista preventivo para que los síntomas actuales no se conviertan en algo crónico, porque ya ha tenido en el pasado experiencias de acontecimientos duros, como la muerte del padre, que la dejan caer en síntomas mucho más marcados. Así, el tratamiento va orientado a dotar a la paciente de mayor resiliencia, de recursos y experiencias positivas, a las que acudir para enfrentarse a situaciones difíciles que le puedan sobrevenir en el futuro, asociadas al ciclo de vida: jubilación, marcha de los hijos, envejecimiento, pérdida del cónyuge o un ser querido, etc.

Para ello se propuso un **plan de intervención**, de quince sesiones con frecuencia semanal y de una hora⁴ de duración, que incluyó los siguientes objetivos y técnicas:

⁴ Excepto para las sesiones de la entrevista de apego adulto (AAI) donde las sesiones fueron de hora y media.

- Mejora en el manejo de pensamientos desadaptativos, rumiación y/o verbalizaciones desadaptativas. Desarrollar cambios en reglas o verbalizaciones desadaptativas. Cambio en el modelo atribucional. Reducción de la frecuencia de los pensamientos recurrentes negativos.
 - Reestructuración cognitiva
 - Psicoeducación
 - Debate socrático
 - Defusión
 - Atención plena
- Incrementar el nivel de actividad y programación de actividades placenteras. Establecer objetivos vitales a corto, medio y largo plazo.
 - Activación conductual.
 - Programación de actividades agradables.
 - Resolución de problemas
 - Valores.
- Mejora en el manejo de las relaciones interpersonales y la comunicación
 - Reestructuración cognitiva (estilo cognitivo)
 - Manejo de las expectativas y la frustración
 - Entrenamiento en HHSS (expresión de críticas, asertividad, expresión de afecto, cumplidos...)
- Mejora de la percepción de sí misma e incremento de su autoestima.
 - Reestructuración cognitiva y psicoeducación
 - Trabajo con su identidad, autoconcepto, autoimagen.
 - Trabajo con valores.
 - Empoderarla para que sea capaz de asumir la responsabilidad de su propia vida.
- Mejora en el nivel de satisfacción vital y aumento en el bienestar subjetivo. Disminución del malestar físico y emocional.
 - Incorporar prácticas de la psicología positiva (prácticas de gratitud)
 - Satisfacción con el pasado (gratitud, perdón y olvido)
 - Satisfacción con el presente (gratitud, disfrute y gratificación)
 - Optimismo en el futuro (optimismo, fortalezas)

5.2. Tipo de tratamiento

El tipo de tratamiento que se considera más adecuado para este caso es la combinación de la **terapia cognitivo-conductual (TCC)** junto con técnicas basadas en la **psicología positiva**, la autocompasión y la aceptación. El tratamiento busca en general disminuir los síntomas depresivos, y aumentar el nivel de satisfacción vital de la paciente. Se considera que la terapia cognitivo conductual (TCC) es la terapia recomendada para los trastornos depresivos en general por ser una de las terapias más eficaces (Narbona, Gómez y Martínez, 1993; Berrío, 2019).

5.3. Aplicación del tratamiento

El proceso constó de tres sesiones de evaluación más quince sesiones de tratamiento. En las primeras se cumplimentó los distintos cuestionarios, y se puso mucho hincapié en la creación del vínculo terapéutico con la paciente. Las sesiones 4 y 5 se dedicaron a la realización de la entrevista de apego adulto (AAI) y ambas fueron de una hora y media cada una. Estas sesiones fueron las únicas que se grabaron en audio, previo consentimiento de la paciente, para posterior transcripción y análisis. Las sesiones siguientes se dedicaron a la explicación del análisis funcional y el establecimiento de objetivos, que se consensuaron con la paciente.

Las siguientes sesiones (7-9) se centraron en trabajar con las técnicas de TCC, sobre todo la reestructuración cognitiva, a través de la terapia cognitiva de Beck, la terapia racional emotiva, el entrenamiento en técnicas de asertividad y habilidades sociales, psicoeducación, etc. Se trabajó en la identificación de los pensamientos negativos ayudándola a diferenciar entre el acontecimiento, lo que piensa sobre el y la emoción resultante. Se le animó a llevar autorregistros en casa y se le enseñó a identificar las situaciones y los pensamientos negativos, a analizarlos y cuestionarlos, a generar pensamientos alternativos, o sustituirlos por interpretaciones más positivas o realistas, etc.

Estas sesiones se combinaron con el trabajo con la gratitud, la aceptación, la autocompasión y técnicas autocuidado.

5.4. Sesiones de evaluación y tratamiento desarrolladas durante 5 meses.

Se han desarrollado 18 sesiones (semanales) de terapia de una hora de duración (de septiembre a enero) a lo largo de 5 meses, las cuales se pueden consultar con detalle (objetivos, contenido y técnicas aplicadas) en el Anexo 8.

5.5. Seguimiento del tratamiento

La sesión 18 se utiliza para la evaluación del proceso, comunicar los resultados de las pruebas, la consecución de los objetivos y para la valoración de la paciente del proceso. Luisa dice que se siente mejor en general pero que le gustaría seguir con el tratamiento, espaciando las sesiones cada quince días. Dice sentirse más relajada y más consciente de las cosas que el ocurren. Quiere seguir avanzando y mejorando sobre todo en la aceptación de sí misma y de la vida en general.

6. VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO

6.1. Adherencia al tratamiento.

La paciente presenta una buena adhesión al tratamiento, tomando desde el primer momento un papel activo y responsable. En general la conducta de la paciente se ajusta a las recomendaciones acordadas por la psicóloga.

6.2. Consecución de los objetivos.

Se observa por parte de la psicóloga y la paciente confirma (registros), una disminución de los pensamientos negativos y de la rumiación. Las relaciones interpersonales, sobre todo familiares, han mejorado, en concreto hay una disminución de las discusiones con su hija adolescente. Hay una mejora en como se percibe a sí misma y aparecen menos sentimientos de culpa. Así mismo la paciente dice sentirse más satisfecha en general y hay una disminución del malestar físico y emocional. Las actividades fuera de casa se han incrementado (gimnasio y salidas regulares con amigas y familia).

En la siguiente tabla se presenta la comparación de medidas pre-post tratamiento.

Tabla 4

Comparativa en las puntuaciones obtenidas pre y post tratamiento en SWLS y PANAS

FECHA	Escala Satisfacción vital (SWLS)	Escala de afecto (PANAS)
PRE-TRATAMIENTO (Fecha 7/09/2021)	PD=8 (Percentil 1) Extremadamente insatisfecha	Afecto positivo PD=17 (P3) Afecto negativo PD=39 (P99)
POST-TRATAMIENTO (Fecha 18/01/2022)	PD=20 (Percentil 25) Neutral (ni satisfecha ni insatisfecha)	Afecto positivo PD=23 (P15) Afecto negativo PD=27 (P93)

Como se puede observar hay una diferencia significativa en las dos escalas después de aplicar el tratamiento.

En el caso de **la Escala de Satisfacción con la vida (SWLS)**, la paciente se siente mucho menos insatisfecha con su vida, pasando de un percentil 1 a un percentil 25. Obviamente todavía siente cierta insatisfacción en algunas áreas de su vida, pero se observa una mejoría en este sentido. Además, ella misma refiere sentirse mejor en este aspecto.

En la **Escala de Afecto (PANAS)** también se ven diferencias después del tratamiento, mostrando un incremento de los afectos positivos en 6 puntos y una disminución de los afectos negativos en 12 puntos, lo que indica Según Watson, et al., (1988), una mejora en el estado de ánimo de la paciente.

En la tabla 6 se muestran los resultados del **Cuestionario de síntomas SCL-90-R** antes y después del tratamiento. En verde se muestran las escalas en las que se observa una mejoría de los síntomas. Hay mejoras en las escalas de Depresión (del p97 pasa a un p95), Hostilidad (del p95 al p90), Ansiedad Fóbica (del p60 al p45) y Psicoticismo (del p95 al p85). En el resto de escalas no se muestran cambios.

En cuanto a los tres índices globales se observa lo siguiente:

- índice GSI (índice global de gravedad o severidad - índice sintomático general) es una medida generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicossomático global. Pasa de 1,19 a 1,07. (-0,12)
- Índice PST (índice total de síntomas positivos) contabiliza el número total de síntomas presentes. Pasa de 56 a 54 puntos (-2)
- Índice PSDI (índice de distrés de síntomas positivos) que relaciona el sufrimiento o distrés con el número de síntomas y es un indicador de la intensidad somática media. Pasa de 1,91 a 1,70 (-0,21)

Se observa por lo tanto una disminución general de los síntomas y el sufrimiento tras el tratamiento.

A continuación, se presenta la tabla 5 con la comparativa de los resultados pretratamiento y los resultados post-tratamiento del cuestionario SCL-90-R.

Tabla 5
Comparativa de los resultados de SCL-90-R pre-tratamiento y post-tratamiento
SCL90-R SCORING PRE-TRATAMIENTO

ESCALAS	Punt	ITEMS	PD	Pob. General		Pob. Psicopat.		Muestra Psiquiá.	
				Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T
SOMATIZACIÓN (SOM)	9	(/12)	0,75	60	53	40	47	15	40
OBSESIÓN-COMPULSIÓN (OBS)	17	(/10)	1,70	93	65	80	58	50	50
SENSIBILIDAD INTERPERSONAL (INT)	11	(/9)	1,22	90	63	65	54	45	49
DEPRESIÓN (DEP)	31	(/13)	2,38	97	70	90	63	60	53
ANSIEDAD (ANS)	6	(/10)	0,60	60	53	40	47	15	40
HOSTILIDAD (HOS)	11	(/6)	1,83	95	67	85	60	75	57
ANSIEDAD FÓBICA (FOB)	2	(/7)	0,29	60	53	45	49	25	43
IDEACIÓN PARANOIDE (PAR)	5	(/20)	0,25	40	47	30	45	15	40
PSICOTICISMO (PSI)	9	(/10)	0,90	95	67	80	58	50	50

 ESCALA ADICIONAL **6** (/7)

TOTAL 107

GSI (ÍNDICE GLOBAL DE GRAVEDAD O SEVERIDAD - ÍNDICE SINTOMÁTICO GENERAL)	1,19
PST (TOTAL DE SÍNTOMAS POSITIVOS - TOTAL RESPUESTAS POSITIVAS)	56
PSDI (ÍNDICE DE DISTRÉS DE SÍNTOMAS POSITIVOS)	1,91

	Pob. General		Pob. Psicopat.		Muestra Psiquiá.	
	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T
	90	63	70	55	30	45
	95	67	75	57	45	49
	65	54	60	53	20	42

SCL90-R SCORING POST-TRATAMIENTO

ESCALAS	Punt	ITEMS	PD	Pob. General		Pob. Psicopat.		Muestra Psiquiá.	
				Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T
SOMATIZACIÓN (SOM)	9	(/12)	0,75	60	53	40	47	15	40
OBSESIÓN-COMPULSIÓN (OBS)	16	(/10)	1,60	93	65	80	58	50	50
SENSIBILIDAD INTERPERSONAL (INT)	10	(/9)	1,11	90	63	65	54	45	49
DEPRESIÓN (DEP)	25	(/13)	1,92	95	67	80	58	40	47
ANSIEDAD (ANS)	5	(/10)	0,50	60	53	40	47	15	40
HOSTILIDAD (HOS)	8	(/6)	1,33	90	63	75	57	60	53
ANSIEDAD FÓBICA (FOB)	1	(/7)	0,14	45	49	40	47	15	40
IDEACIÓN PARANOIDE (PAR)	5	(/20)	0,25	40	47	30	45	15	40
PSICOTICISMO (PSI)	6	(/10)	0,60	85	61	65	54	40	47

 ESCALA ADICIONAL **7** (/7)

TOTAL 92

GSI (ÍNDICE GLOBAL DE GRAVEDAD O SEVERIDAD - ÍNDICE SINTOMÁTICO GENERAL)	1,02
PST (TOTAL DE SÍNTOMAS POSITIVOS - TOTAL RESPUESTAS POSITIVAS)	54
PSDI (ÍNDICE DE DISTRÉS DE SÍNTOMAS POSITIVOS)	1,70

	89	62	65	54	25	43
	95	67	75	57	40	47
	45	49	40	47	10	37

6.3. Dificultades en la consecución de los objetivos.

En las sesiones iniciales se observó cierta dificultad para disminuir los sentimientos de culpa de la paciente y dificultad para abandonar algunas distorsiones cognitivas, que si bien disminuyeron la frecuencia de aparición siguieron apareciendo durante las sesiones posteriores. No obstante, la paciente en algunas ocasiones tomaba conciencia de las mismas y trataba de corregirlas o cambiarlas.

Así mismo se observa cierta dificultad de la paciente para acceder a recuerdos de su infancia y adolescencia y a conectar con sus emociones. Cuando conecta con ellas trata de salir rápidamente de ese estado haciendo bromas o riéndose. Poco a poco fue capaz de mantenerse más en conexión con las emociones reconociéndolas y nombrándolas.

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En general, se considera que se han alcanzado los objetivos propuestos que eran la mejora del estado de ánimo, la mejora en la satisfacción vital de la paciente, así como la reducción de distorsiones cognitivas. Se observa una mejora en los síntomas depresivos, se siente menos decaída y menos triste y tiene más interés por las cosas. También se ve una mejora en la escala de hostilidad pues se siente menos irritada, molesta o enfadada lo que se refleja en tener menos discusiones con su hija y con su marido. Además, se siente menos distante de los demás y con más intimidad en sus relaciones y desaparece la sensación de tener pensamientos que no son suyos.

En cuanto los motivos de consulta por los que la paciente acudía, ella misma refiere que ha aprendido a valorar más las cosas pequeñas de su día a día, y a no perder el control en sus relaciones familiares. Refiere tener menos episodios de rabia y frustración y manejar mejor las relaciones interpersonales. Se siente más a gusto consigo misma, aunque dice tener todavía mucho por aprender en este aspecto. Siente que se prioriza más y que ha aprendido a poner límites de una forma más asertiva. En lo laboral se está planteando un cambio y está mirando posibilidades.

En las relaciones con sus hijos dice poder mantener mejor el control de sí misma y de sus emociones y vive las relaciones de forma más positiva. Cuando hay algún conflicto o discusión en la familia, la sensación de malestar y culpabilidad le dura menos tiempo.

Luisa comenta también que es más flexible en algunas ocasiones y ha bajado su nivel de autoexigencia, permitiéndose de vez en cuando no hacer las cosas perfectas sin sentirse mal con ella

misma. Su discurso interno ha cambiado y ella se da cuenta de que ha mejorado la forma en la que se dirige a ella misma y en cómo se habla.

Luisa se muestra menos exigente con sus hijos, aunque dice que tiene mucho que mejorar. Parece que es capaz de reconocer sus pequeños logros en el día a día y darse ese reconocimiento ella misma. Cuando comete errores se empieza a dar permiso para equivocarse y conecta menos con la culpa. También refiere que ahora le resulta más fácil no enredarse con los pensamientos y quedarse en bucle, hay menos rumiación. En general se observa una mayor maduración a nivel personal, está más segura de sí misma, confía más en tener las habilidades y recursos para gestionar las situaciones problemáticas.

En lo anteriormente expuesto, vemos como las distorsiones cognitivas, los pensamientos sobre uno mismo, sobre la forma en la que interpretamos las situaciones tienen una influencia directa en lo que sentimos y en el estado de ánimo y en consecuencia en la satisfacción con la vida. Nuestro modo de pensar puede enfermarnos y por lo tanto también puede sanarnos, tal como lo han demostrado incontables investigaciones científicas.

Se ha observado por parte de la paciente una disminución de los pensamientos negativos automáticos tras el tratamiento. Así, los resultados obtenidos van en la línea de numerosas investigaciones sobre el efecto de la cognición y el pensamiento en los trastornos depresivos. (Ehring et al., 2008),

Normalmente a los pensamientos negativos se asocian otros síntomas como la tendencia a la preocupación y los pensamientos intrusivos (LoSavio et al., 2017), estos de alguna forma podrían ser entendidos como una estrategia de evitación cognitiva que se encontraría en el origen y mantenimiento de los trastornos emocionales (Ruiz, Flórez, García-Martín, Monroy-Cifuentes, 2018).

El análisis funcional del caso resultó determinante para optar por un plan de tratamiento en el que se priorizó la necesidad de disminuir los síntomas depresivos, aumentar la satisfacción y disminución de los pensamientos negativos. Para ello, se valoró la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, así como una base de psicoeducación emocional, y otras técnicas derivadas de la psicología positiva, en especial la gratitud, la aceptación y el autocuidado.

En general, aparte de la reestructuración cognitiva, se ha buscado en la relación terapéutica y el vínculo positivo con la terapeuta, el empoderamiento y maduración de la paciente, dotándola de herramientas y estrategias más adaptativas y eficaces, que le hagan ganar en confianza en sí misma, una mayor autoestima y una mirada más compasiva hacia ella y hacia los demás.

Además, se le ha dotado de herramientas de comunicación y asertividad que le ayuden a tener relaciones interpersonales positivas más satisfactorias, las cuales están relacionadas con la satisfacción vital.

Viendo los resultados del caso, se puede concluir por lo tanto que la combinación de la TCC y otras técnicas de la Psicología positiva son eficaces para tratar síntomas de bajo estado de ánimo, insatisfacción vital y pensamientos negativos repetitivos, lo cual anima a seguir investigando en esta línea de trabajo. Algunos ejemplos en esta línea son los estudios de Seligman et al. (2006) y de A. Cuadra et al., (2010). Ambos estudios dan cuenta de la eficacia de estas intervenciones como tratamientos para la depresión.

8. VALORACIÓN PERSONAL

Personalmente he aprendido mucho como psicóloga participando como observadora en este caso. El haber podido asistir a las sesiones de forma presencial y entrar en contacto con el contexto terapéutico me ha aportado muchísimos aprendizajes. También la lectura de la literatura científica asociada al caso me ha preparado para entender y profundizar en lo que se trabajaba en cada sesión. La forma organizada de trabajar de la psicóloga, sus observaciones tras las sesiones, me han ayudado a entender el proceso terapéutico y lo ha dotado de sentido. La paciente se ha sentido cómoda con mi presencia y eso también me ha ayudado a implicarme en el caso.

Al principio me parecía un caso bastante complejo y parecía difícil que la paciente fuera haciendo los cambios que la terapia requería, pero con el pasar de las semanas se observaba que ella se iba haciendo más fuerte y ganaba en confianza en sí misma y en el proceso. Ha sido muy bonito poder ver la transformación de una persona a lo largo del tiempo y poder acompañarla en ese camino.

Me ha parecido muy satisfactorio y me hace sentir muy bien con la decisión de trabajar como psicología general sanitaria. Creo que es una profesión que requiere mucha dedicación y estar al día de forma constante pero que reporta grandes satisfacciones como persona y como profesional.

Me doy cuenta que también durante el proceso he aprendido aparte de las técnicas y procedimientos, otras muchas cosas: la flexibilidad, la aceptación incondicional del paciente, la confianza en el proceso, la importancia del vínculo y de la relación terapéutica, la empatía, la compasión, la escucha activa, la paciencia y el respeto para saber llevar el ritmo del paciente.

Me siento muy agradecida de haber podido participar y realizar este trabajo que me ha exigido mucho esfuerzo y dedicación y a la vez me ha aportado muchos aprendizajes y grandes satisfacciones.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. y Stayton, D. J. (1991). Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reci-procal responsiveness to signals. En M. Woodhead, R. Carr y P. Light (Eds.), *Becoming a person* (pp. 30-55). Londres: Routledge.
- Almache Navarrete, E. V. (2019). *Relación entre distorsiones cognitivas y depresión: Unidad de Intervención en Crisis del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón* (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
- Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N. y Shaver, P.R. (2007). A Spanish version of the Experiences in Close Relationships (ECR) adult attachment questionnaire. *Personal Relationships*, 14, 45-63.
- Bados López, A. y García Grau, E. (2010). *La Técnica de la reestructuración cognitiva*.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244
- Bartholomew, K., & Shaver, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment: Do they converge? In J. A. Simpson y W. S. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and Close Relationships* (pp. 25-45). New York: Guilford
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of general psychiatry*, 10(6), 561-571.
- Beck, AT (1976) *Terapia cognitiva y trastornos emocionales*. Penguin
- Beck, AT, Rush, AJ, Shaw, BF y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Brouwer.
- Beck, AT (2005). El estado actual de la terapia cognitiva: una retrospectiva de 40 años. *Archivos de psiquiatría general*, 62 (9), 953-959.
- Bowlby, J. (1969). *Apego y pérdida: Apego; John Bowlby*. Libros básicos.
- Bowlby, J. (1973). Apego y pérdida: Volumen II: Separación, ansiedad e ira. En *Apego y pérdida: Volumen II: Separación, ansiedad e ira* (págs. 1-429). Londres: la prensa de Hogarth y el instituto de psicoanálisis.

- Bowlby, J. (1979). La teoría del apego de bowlby-ainsworth. *Ciencias del comportamiento y el cerebro*, 2 (4), 637-638.
- Bretherton, I. (1999). Actualización de la construcción del 'modelo de trabajo interno': Algunas reflexiones. *Apego y desarrollo humano*, 1 (3), 343-357.
- Bretherton, I. y Munholland, KA (2008). Modelos de trabajo interno en las relaciones de apego: elaboración de un constructo central en la teoría del apego.
- Burns, DD, Shaw, BF y Croker, W. (1987). Estilos de pensamiento y estrategias de afrontamiento de mujeres deprimidas: una investigación empírica. *Investigación y terapia del comportamiento*, 25 (3), 223-225.
- Caballo, V. E. (Ed.). (2014). *Habilidades sociales*. Fundación VECA.
- Cabañero-Martínez, MJ, Richart-Martínez, M., Cabrero-García, J., Orts-Cortés, MI, Reig-Ferrer, A. y Tosal-Herrero, B. (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y púerperas. *Psicothema*, 16, 448-455.
- Casullo, M., & Pérez, M. (2004). El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. *Universidad de Buenos Aires*.
- Cole, DA, Peeke, L., Dolezal, S., Murray, N. y Canzoniero, A. (1999). Un estudio longitudinal del afecto negativo y la competencia autopercebida en adolescentes jóvenes. *Revista de personalidad y psicología social*, 77 (4), 851-862.
- Collins, N. L. y Feeney, B. C. (2004). An attachment theory perspective on closeness and intimacy. En D. J. Mashek y A. Aron (Eds.), *Handbook of closeness and intimacy* (pp. 163-187). Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Contreras, F., & Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Diversitas*, 2(2), 311-319.
- Contreras, D., Moreno, M., Rojas, P. E. L., Villarroel, P. E. V., Araya, P., & Martínez, N. (2006). Efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre variables emocionales en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(1), 45-58.

- Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Ibergaray Pérez, M. y Rocha Zuniga, M. (2010). Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión. *Terapia psicológica*, 28 (1), 127-134.
- Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Puddu-Gallardo, G., Salgado-García, P., & Peralta-Montecinos, J. (2012). Impacto de un programa de psicología positiva en sintomatología depresiva y satisfacción vital en adultos mayores. *Psicología: Reflexão e Crítica*, 25, 644-652.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A. y Dobson, KS (2013). Un metaanálisis de la terapia cognitivo-conductual para la depresión en adultos, sola y en comparación con otros tratamientos. *La Revista Canadiense de Psiquiatría*, 58 (7), 376-385.
- Delgado, A. O., & Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual* (Third Edition). Minneapolis: National Computer Systems.
- Diener, E., Emmons, RA, Larsen, RJ y Griffin, S. (1985). La satisfacción con la vida. Escala. *Revista de evaluación de la personalidad*, 49, 71-75. doi: 10.1207 / s15327752jpa4901_13.
- Ehring, T., y Watkins, E. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3) 192-205.
- Ellis, A., Grieger, R. y Marañón, AS (1990). *Manual de terapia racional-emotiva* (Vol. 2). Barcelona, España: Desclée de Brouwer.
- Fenn, K. y Byrne, M. (2013). Los principios clave de la terapia cognitivo-conductual. *InnovAiT*, 6 (9), 579-585.
- Foek-Rambelje, KPLS, van der Heijden, PT, Berix, AA y Egger, JI (2020). Estructura factorial de la versión en holandés del Procedimiento de Evaluación Shedler-Westen (SWAP). *Revista europea de evaluación psicológica*.
- Fraley, R. C., Niedenthal, P. M., Marks, M., Brumbaugh, C. y Vicary, A. (2006). Adult attachment and the perception of emotional expressions: Probing the hyperactivating strategies underlying Anxious Attachment. *Journal of Personality*, 74, 1163-1190.

- Froján Parga, M.X. & Calero Elvira, A. (2011). Guía para el uso de la reestructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento. *Psicología conductual*, 19 (3), 659-682.
- Gancedo, M. (2008). *Historia de la Psicología Positiva*. En MM Casullo (compilador). *Prácticas en Psicología Positiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- García-Viniegras, C. y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico, su relación con otras categorías sociales, *Revista Cubana de Medicina Integral*, 16 (6), 586-592.
- Gillath, O., Karantzas, GC y Fraley, RC (2016). *Apego adulto: una breve introducción a la teoría y la investigación*. Prensa académica.
- Haynes, SN, Leisen, MB y Blaine, DD (1997). Diseño de programas individualizados de tratamiento conductual mediante modelos analíticos funcionales de casos clínicos. *Evaluación psicológica*, 9 (4), 334.
- Karpman, SB (2019). Análisis de guiones dramáticos II. *Revista Internacional de Investigación y Práctica del Análisis Transaccional*, 10 (1).
- Lacomba Trejo, L., García Cuenca, I. M., & Sanz Cruces, J. M. (2021). Intervención cognitivo conductual para mujeres con trastorno depresivo persistente: sintomatología ansiosa, depresiva y satisfacción vital. *Clínica Contemporánea (Madrid)*, 2021, vol. 12, num. e3, p. 1-16.
- Librán, CE (2006). Dimensiones de personalidad y bienestar subjetivo. *Revista española de psicología*, 9 (1), 38-44.
- 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.
- Meyer, T. D., & Scott, J. (2008). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos del estado de ánimo. *Psicoterapia Conductual y Cognitiva*, 36(6), 685-693.
- Mikulincer, M. y Shaver, P. R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. En M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 53-152). Nueva York: Academic Press.

- Mikulincer, M. y Shaver, PR (2007). *Apego en la edad adulta: estructura, dinámica y cambio*. Prensa de Guilford.
- Moyano, N. C. (2010). Gratitude en la psicología positiva. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, (10), 103-118.
- Moyano, M., Furlan, L., & Piemontesi, S. E. (2011). Análisis factorial exploratorio del inventario de pensamientos automáticos (IPA). In III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Moyano, N. C., Tais, M. M., & Muñoz, M. P. (2013). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(2), 161-168.
- Padesky, CA (1993, septiembre). Cuestionamiento socrático: cambiar de opinión o guiar el descubrimiento. En *un discurso de apertura pronunciado en el Congreso Europeo de Terapias Conductuales y Cognitivas, Londres* (Vol. 24).
- Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). Fortalezas de carácter y bienestar. *Revista de Psicología Social y Clínica*, 23, 603-619.
- Parraga Gallardo, C.D.R. (2015). Eficacia de la intervención psicológica basada en estrategias positivas. (Tesis doctoral inédita). Universidad de Sevilla, Sevilla.
- Pavot, W. y Diener, E. (2008). La escala de satisfacción con la vida y el constructo emergente de satisfacción con la vida. *La revista de psicología positiva*, 3 (2), 137-152.
- Pitillas, C., & Berástegui, A. (2018). *Primera Alianza: fortalecer y reparar los vínculos tempranos* (Vol. 100629). Editorial GEDISA.
- Polo, J. V. P., & Díaz, D. E. P. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257.
- Ramírez, A. V. (2002). Aplicación de técnicas cognitivo conductuales en un caso de problemas familiares: reestructuración cognitiva, asertividad y manejo de contingencias. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 5(2).

- Robles, R. y Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS) *Salud Mental*, 26 (1): 69-75.
- Ruiz, M. A., Diaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales. bilbao: desclee de brouwer sa.
- Ruiz, FJ, Flórez, CL, García-Martín, MB, Monroy-Cifuentes, A., Barreto-Montero, K., García-Beltrán, DM, ... & Gil-Luciano, B. (2018). Una evaluación de línea de base múltiple de un breve protocolo de terapia de aceptación y compromiso centrado en el pensamiento negativo repetitivo para trastornos emocionales moderados. *Diario de la ciencia del comportamiento contextual*, 9, 1-14.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., & Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.
- Seligman, M. (2003). *La auténtica felicidad*. Ediciones B.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M., Rashid, T., & Parks, A. (2006). Positive Psychotherapy. *American Psychologist*, 774-786.
- Seligman, M., Steen, T., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive Psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- Shedler, D Westen. (2004). Dimensiones de la patología de la personalidad: una alternativa al modelo de cinco factores. *Revista Estadounidense de Psiquiatría*.
- Shedler, J. (2009). Guía de interpretación de SWAP-200. *Borrador inédito, fecha de revisión*, 7-29.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98-109.
- Shedler, J., & Westen, D. (2007). The ShedlerWesten Assessment Procedure (SWAP): Making personality diagnosis clinically meaningful. *Journal of Personality Assessment*, 89, 41-55
- Steele, H. y Steele, M. (Eds.). (2008). *Aplicaciones clínicas de la entrevista de apego de adultos*. Prensa de Guilford.

- Duque, C., Vázquez, A., & Hervás, G. (2012). Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) en una muestra representativa de españoles adultos: Validación y datos normativos (Trabajo fin de Máster). *Madrid: Universidad Complutense de Madrid.*
- Veloso-Besio, C., Cuadra-Peralta, A, Antezana-Saguez, I, Avendaño-Robledo, R., y Fuentes-Soto, L., (2013). Relación entre inteligencia emocional, satisfacción vital, felicidad subjetiva y resiliencia en funcionarios de Educación Especial. *Estudios Pedagógicos, 2*, 355-366.
- Wallin, DJ (2007). *Apego a la psicoterapia*. Prensa de Guilford.
- Watson, D., Clark, L.A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(6): 1063-1070.
- Wright, J. (2006). Terapia cognitivo-conductual: principios básicos y avances recientes. *Focus 4*, 173-178.
- Yárnoz, S., Alonso-Arbiol, I., Plazaola, M. y Sainz de Murieta, L. M. (2001). Apego en adultos y percepción de los otros. *Anales de Psicología, 17*, 159-170.

10. ANEXOS

Anexo 1	Distorsiones cognitivas más frecuentes (Ruiz, 2012)	PÁG 54
Anexo 2	Motivaciones y necesidades de la paciente recogidas en el proceso de evaluación	PÁG 55
Anexo 3	Diferentes tipos de apego adulto (<i>Bartolomew y Horowitz, 1991</i>)	PÁG 57
Anexo 4	Tabla de antecedentes y consecuentes de las conductas problemas	PÁG 58
Anexo 5	Puntuaciones detalladas de los resultados del SCL-90R	PÁG 60
Anexo 6	Información adicional sobre el Cuestionario SWAP-200	PÁG 62
Anexo 7	Análisis detallado de las conclusiones diagnósticas	PÁG 63
Anexo 8	Sesiones de evaluación y tratamiento desarrolladas durante 5 meses	PÁG 64
Anexo 9	Representación gráfica de los problemas, causas y consecuencias en el Diagrama analítico funcional (FACCD)	PÁG 69
Anexo 10	Gráficos de resultados del SCL-90R Pre-tratamiento y Post-tratamiento	PÁG 70
Anexo 11	Consentimiento informado	PÁG 72

Anexo 1

Distorsiones cognitivas más frecuentes (Ruiz, 2012)

Según algunos autores (Ruiz, 2012), algunas de las distorsiones cognitivas más frecuentes son:

- Pensamiento dicotómico. (Categorías extremas)
- Catastrofismo (ocurrirá lo peor posible)
- Comparación (tendencia a compararse y llegar a la conclusión de que es inferior a los demás)
- Magnificación (exageración de un aspecto)
- Minimización (infravalorar un aspecto)
- Externalización de la propia valía (minimizar lo que nos confiere valor)
- Inferencia arbitraria. Lectura del pensamiento (cree saber lo que piensan). Error del adivino (cree saber lo que pasará)
- Abstracción selectiva (considerar un detalle y transformar toda la situación en función de ese detalle)
- Generalización excesiva (si ocurre una vez, será así siempre)
- Personalización (auto atribuciones negativas sin evidencias)
- Razonamiento emocional (razonar en función de cómo se siente la persona)
- Perfeccionismo (esfuerzos constantes por cumplir con alguna representación interna o externa de perfección)
- Deberías (Crítica según reglas rígidas)

Anexo 2

Motivaciones y necesidades de la paciente recogidas en el proceso de evaluación

- *“Necesito solucionar mi vida y existencia ya!, no aguanto más mi sensación de mala persona sobre todo con mis hijos ...no sé qué heridas tengo o patrones que romper, pero no soporto más ser y estar así, sintiéndome mal con mis hijos y conmigo misma.... de no saber gestionar mi frustración, ira, rabia, de crearles inseguridad, inmadurez y de que me vean así”.*
- *“Quiero saber gestionar mi frustración, la aceptación a todos los niveles, mi inseguridad y saber hacerme valer. Tengo tanta frustración que no acepto mi vida, no acepto el no haber triunfado a nivel económico, social, laboral, cultural (fracaso), no he cumplido mis expectativas de vida”. “Anhele la vida de clase media-alta, el sentir que todo está controlado económicamente”. “no tengo objetivos, me siento fracasada”, “ no me he sentido nunca valorada...” “no tengo rumbo y objetivo en la vida, quiero hacerlo y descubrirlo, pero no sé cómo y me mata la inseguridad y el miedo porque creo que no lo voy a conseguir”*
- *“Me siento sumisa hacia los demás, cero valorada, soy tan buenista que no me impongo ni me hago valer y por ese motivo también sufro.”*
- *“Siento que tengo que cubrir todas las necesidades de los demás, físicas, emocionales, mentales.... ¿y las mías? ¿quién las cubre y se da cuenta de ellas?*
- *“Reconozco parte de mis valías, pero no me satisfacen lo suficiente ni me llenan” “me siento, por reconocer esto, más descuidada, egoísta e insensible...me doy vergüenza”*
- *“Soy tan triste que no tengo mundo ni objetivo, y odio que mi hija siga mis pasos y mis patrones, ¡quiero romper eso! Quiero que brille y destaque, que tenga lo que quiera y que sea feliz y que no dependa emocional ni económicamente de nadie, que tenga capacidad mental y económica suficiente, que sea segura y feliz”. “¿Cómo puedo transmitir y enseñar si yo no creo en mí misma y no creo que sea capaz de ello, si no puedo cambiar mis pensamientos y mis actos...”*
- *“Estoy tan débil y frágil emocionalmente que no puedo transmitir nada bueno ni nada real a mis hijos. Imposible enseñar y transmitir fuerza, ganas, determinación, valentía, valor ni amor”. “No puedes ser nada en la vida si no crees en ti”*

- *“...esto me hace ver que mi vida es cutre y no puedo con ello, pero sigo quieta, inmóvil, al qué pasará, al qué pensarán, al qué dirán, ...sigo sin tenerme en cuenta y sin saber cómo he llegado a este punto”.*
- *“me queda poco tiempo, me mata el pensar en no ser capaz de cambiar y revertir la situación vivida, y se me pasa la juventud y las ganas de luchar...”*
- *“Mi niña interior tiene ganas de que alguien la sostenga, la proteja, la de seguridad y la diga que todo está bien y que va a estar bien. Sigo pensando que habrá una varita mágica que hará que todo esté bien de un momento a otro”. “Da igual las heridas del pasado, lo que cuenta es que no he sido capaz de hacer nada en la vida, y esto ahora me persigue y me atormenta, y me degrada, y me hace ver que no he hecho nada y no soy nada y ya tengo poco tiempo para remediarlo”. “He perdido mi vida”.*

Anexo 3

Diferentes tipos de apego adulto (Bartolomew y Horowitz, 1991)

El tipo “SEGURO” se refiere a baja ansiedad y baja evitación en las relaciones cercanas, proveniente de una percepción positiva de uno mismo y de los demás, ambos con la capacidad y voluntad de dar y recibir afecto, cuidado y atención, intimidad y confianza básica.

El tipo “EVITATIVO” se refiere a la baja ansiedad y alta evitación en las relaciones cercanas, proveniente de una percepción positiva de uno mismo y negativa de los demás, con una visión de uno mismo como merecedor de afecto, cuidado y atención, y de los demás como incapaces o no dispuestos a hacerlo. Presentan escepticismo sobre las relaciones, deseo de invulnerabilidad, falta de empatía y desconfianza distante.

El tipo “PREOCUPADO” se refiere a una alta ansiedad y poca evitación en las relaciones cercanas, con una visión de los demás como capaces de brindar afecto, cuidado y atención, y de uno mismo como indigno de ello. Sentimiento de inadecuación personal, búsqueda de valoración y aprobación, confianza ciega.

El tipo “TEMEROSO” se refiere a una alta ansiedad y alta evitación en las relaciones cercanas, con una visión de los demás como incapaces de brindar afecto, cuidado y atención, y de uno mismo como indigno de ello. Miedo al rechazo, contacto impersonal, desconfianza temerosa.

(Gillath, Karantzas, & Fraley, 2016; Bartholomew & Shaver, 1998).

Anexo 4

Tabla de antecedentes y consecuentes de las conductas problemáticas

ANTECEDENTES	CONDUCTA PROBLEMA	CONSECENTES
Ve que sus amigas tienen una casa más grande y bonita que la suya o un trabajo mejor que el suyo.	Pensamientos y creencias de no haber conseguido nada en la vida. "no he hecho nada en la vida"	Insatisfacción, Rabia, frustración. Sentimientos de culpa, tristeza, incapacidad.
Se compara con lo que otras personas tienen y ella no.	Pensamiento: "no he conseguido nada en la vida" Sentimientos de envidia, rabia, frustración.	Se culpa a ella misma por no tener lo que cree que debería haber tenido.
Discute con su hija cuando no se comporta como ella espera, o cuando la imita (hace o dice cosas similares a ella).	Pensamiento: "soy una mala madre". Sentimientos de ser una mala madre. Culpa, rabia, tristeza.	Llora. La hija le intenta consolar y le dice que no es mala madre.
Su hija se comporta de forma similar a ella cuando limpia su habitación y la ordena minuciosamente.	Pensamiento "mi hija es igual que yo y va a ser una desgraciada". Pensamiento: "Está mal ser igual que yo". Sentimientos de miedo a que su hija repita su patrón y sufra.	Se pone nerviosa y crítica a la hija. Le dice: así vas por mal camino. Se siente mal consigo misma. Se autocrítica. La hija le dice que ella no es tan mala, que no exagera.
Se da cuenta de que está triste y "deprimida", que le faltan las fuerzas o la energía.	Pensamientos de que nunca será capaz de cambiar y salir de este estado. "da igual lo que haga nada va a cambiar". Sentimientos de indefensión. Desesperanza.	Bloqueo. Inacción. Tristeza. Se queda en casa y no hace nada.

ANTECEDENTES	CONDUCTA PROBLEMA	CONSECUENTES
Está en el trabajo haciendo trámites administrativos.	<p>Pensamiento “Mi trabajo no me gusta, pero no puedo conseguir nada mejor”.</p> <p>Sentimientos de frustración, tristeza y culpa.</p>	No busca otras opciones ni se prepara para el cambio.
Queda con su madre o hermana para pasar la tarde juntas.	<p>Expectativas de cómo debería sentirse en determinadas situaciones.</p> <p>Piensa: “debería tener más ganas de abrazarlas”, “Debería estar sintiéndome de otra forma en esta situación”, “Debe haber algo raro en mí”.</p> <p>Sentimientos de frustración, tristeza, culpa.</p>	<p>Se aleja de las personas y las situaciones.</p> <p>Se mantiene distante y no conecta a nivel emocional.</p> <p>Se siente mal consigo misma.</p>
Su marido y sus hijos no le hacen caso. No le prestan la atención que ella quiere.	<p>Piensa: “Creo que para estar bien los demás deben ocuparse de mí, y hacer las cosas como yo necesito”</p> <p>Siente: “Siento rabia hacia los demás cuando no se comportan tal y como yo espero”</p>	<p>Enfado con los demás puesto que ellos son la causa de mi malestar.</p> <p>Se aleja de ellos o les agrede con las palabras.</p>
Cuando se siente triste y desesperanzada. Por la noche en su casa.	<p>Pensamientos: “Creo que yo sola no puedo ser feliz”, “no voy a conseguir salir nunca de aquí”</p> <p>Sentimientos: tristeza, soledad, insatisfacción.</p>	<p>Espera que el cambio venga de fuera, no se pone en acción. Inactividad.</p> <p>Espera que los demás vengan a consolarla y cuidarla.</p>
No se siente atendida ni tenida en cuenta, por parte de su marido y sus hijos.	<p>Piensa: “Dependo de los demás para ser feliz”.</p> <p>Siente tristeza, abandono, soledad. Expresa lo mal que se siente, la falta de ganas de hacer cosas, expresa tristeza, llora...</p>	<p>Su familia se preocupa por ella, le pregunta, intenta animarla, le presta atención. Se siente reforzada y querida.</p> <p>Se siente vista y tenida en cuenta.</p>

Anexo 5

Puntuaciones detalladas de los resultados del SCL-90R

Cuestionario de síntomas SCL-90R: (puntos T) Media=50 y DT=10. El Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R) es un cuestionario de autoinforme ampliamente utilizado en el ámbito de la salud mental para evaluar síntomas tanto en muestras clínicas como en la población general. El Symptom Check-List-90-R evalúa síntomas psicológicos y distrés a través de 90 ítems que conforman nueve dimensiones primarias y tres índices globales. Estos tres índices globales proporcionan una medida de la intensidad, variedad y amplitud del sufrimiento del sujeto: Índice de Sintomatología General (GSI, General Symptom Index), Índice de Alteración de Síntomas Positivos (PSDI, Positive Symptom Distress Index) e Índice Total de Síntomas Positivos (PST, Positive Symptom Total). Las nueve dimensiones sintomatológicas primarias evaluadas son las siguientes: Somatización, Obsesividad-Compulsividad, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideas paranoides y Psicoticismo. A continuación, se listan las puntuaciones obtenidas por LUISA en los diferentes índices y dimensiones del cuestionario, comparadas con las normas de la población general, de una muestra de pacientes con disfunción psicósomática témporo-mandibular y de una muestra psiquiátrica.

- **Índice de Sintomatología General (GSI)** - [Puntos T: Media=50 y DT=10]. PUNTUACIÓN BRUTA REGISTRADA: 1,19. Es una medida global de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicósomático expresado en el cuestionario. *Población general no clínica: PUNTUACIÓN T 63 (PERCENTIL 90). Población general con disfunción psicósomática témporo-mandibular: PUNTUACIÓN T 55 (PERCENTIL 70). Muestra psiquiátrica: PUNTUACIÓN T 45 (PERCENTIL 30).*
- **Índice de Alteración de Síntomas Positivos (PSDI)** - [Puntos T: Media=50 y DT=10]. PUNTUACIÓN BRUTA REGISTRADA: 1.91. Es una medida de la intensidad sintomática media expresada en el cuestionario. *Población general no clínica: PUNTUACIÓN T 54 (PERCENTIL 65). Población general con disfunción psicósomática témporo-mandibular: PUNTUACIÓN T 53 (PERCENTIL 60). Muestra psiquiátrica: PUNTUACIÓN T 42 (PERCENTIL 20).*
- **Total de Síntomas Positivos (PST)** - [Puntos T: Media=50 y DT=10]. PUNTUACIÓN BRUTA REGISTRADA: 56. Es una medida de la amplitud y diversidad de los síntomas declarados en el cuestionario. En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 (en varones) e iguales o inferiores a 4 (en mujeres) indican un intento de mostrarse mejores de lo que realmente se está. Por otro lado, puntuaciones brutas superiores a 50 (en varones) y a 60 (en mujeres) indican una tendencia a exagerar la patología. *Población general no clínica: PUNTUACIÓN T 67 (PERCENTIL 95). Población general con disfunción psicósomática témporo-mandibular: PUNTUACIÓN T 57 (PERCENTIL 75). Muestra psiquiátrica: PUNTUACIÓN T 49 (PERCENTIL 45).*

- **Síntomas de depresión (DEP)** - [Puntos T: Media=50 y DT=10]. PUNTUACIÓN BRUTA REGISTRADA: 2,38. *Población general no clínica: PUNTUACIÓN T 70 (PERCENTIL 97). Población general con disfunción psicósomática témporo-mandibular: PUNTUACIÓN T 63 (PERCENTIL 90). Muestra psiquiátrica: PUNTUACIÓN T 53 (PERCENTIL 70). Síntomas: Pérdida de deseo o de placer sexual (mucho o extremadamente), Sentirse baja de energías o decaída (mucho o extremadamente), Sentirse triste (mucho o extremadamente). La sensación de estar atrapada o como encerrada, Culparse a sí misma de todo lo que pasa, No sentir interés por nada (bastante). Llorar fácilmente, Preocuparse demasiado por todo, Sentirse desesperanzado con respecto al futuro, La sensación de ser inútil o no valer nada (moderadamente).*
- **Síntomas de hostilidad (HOS)** - [Puntos T: Media=50 y DT=10]. PUNTUACIÓN BRUTA REGISTRADA: 1,83. *Población general no clínica: PUNTUACIÓN T 67 (PERCENTIL 95). Población general con disfunción psicósomática témporo-mandibular: PUNTUACIÓN T 60 (PERCENTIL 85). Muestra psiquiátrica: PUNTUACIÓN T 57 (PERCENTIL 75). Síntomas: Sentirse fácilmente molesta, irritada o enfadada, Tener discusiones frecuentes (bastante). Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar, gritar o tirar cosas (moderadamente).*
- **Síntomas de obsesión-compulsión (OBS)** - [Puntos T: Media=50 y DT=10]. PUNTUACIÓN BRUTA REGISTRADA: 1,70. *Población general no clínica: PUNTUACIÓN T 65 (PERCENTIL 93). Población general con disfunción psicósomática témporo-mandibular: PUNTUACIÓN T 58 (PERCENTIL 80). Muestra psiquiátrica: PUNTUACIÓN T 50 (PERCENTIL 50). Síntomas: Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente (bastante), Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización (moderadamente). Dificultad en tomar decisiones (bastante). La dificultad para recordar las cosas, Sentirse incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas, Que se le quede la mente en blanco (moderadamente).*
- **Síntomas de psicoticismo (PSI)** - [Puntos T: Media=50 y DT=10]. PUNTUACIÓN BRUTA REGISTRADA: 0,90. *Población general no clínica: PUNTUACIÓN T 67 (PERCENTIL 95). Población general con disfunción psicósomática témporo-mandibular: PUNTUACIÓN T 58 (PERCENTIL 80). Muestra psiquiátrica: PUNTUACIÓN T 50 (PERCENTIL 50). Síntomas: Sentirse siempre distante, sin sensación de intimidad con nadie, La idea de que algo anda mal en su mente (bastante).*
- **Síntomas de sensibilidad interpersonal (INT)** - [Puntos T: Media=50 y DT=10]. PUNTUACIÓN BRUTA REGISTRADA: 1,22. *Población general no clínica: PUNTUACIÓN T 63 (PERCENTIL 90). Población general con disfunción psicósomática témporo-mandibular: PUNTUACIÓN T 54 (PERCENTIL 65). Muestra psiquiátrica: PUNTUACIÓN T 49 (PERCENTIL 45). Síntomas: Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad, La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso, Sentirse inferior a los demás (bastante).*

Anexo 6

Información adicional sobre el Cuestionario SWAP-200

Cuestionario SWAP-200 (Shedler–Westen Assessment Procedure-200): Puntuaciones T; media = 50 desviación típica = 10. Es una herramienta de evaluación que cuantifica las observaciones e inferencias de un observador clínico experto generando puntuaciones dimensionales en distintas áreas:

- **Trastornos de personalidad DSM-IV** (Puntuaciones PD-T): puntuaciones para cada uno de los trastornos de personalidad descritos en el eje II de DSM-IV. Puntuaciones altas ($T \geq 60$) indican la presencia de un trastorno de personalidad. Puntuaciones moderadas ($T \geq 55$) indican que el paciente presenta algunas características del trastorno. Si dos o más escalas presentan puntuaciones elevadas, la más elevada proporciona el diagnóstico primario en el eje II de DSM-IV.
- **Índice de salud psicológica** que evalúa las fortalezas de la personalidad del paciente. Puntuación alta ($T = 60$) recursos y capacidades psicológicas significativas, como la capacidad para mantener relaciones significativas, utilizar los talentos y habilidades de forma efectiva y productiva, reconocer perspectivas alternativas, responder a las necesidades y sentimientos de los demás, encontrar significado y satisfacción en las actividades cotidianas, etc. Puntuación media ($T = 50$) nivel adecuado de funcionamiento relativo a una muestra de pacientes con diagnóstico en el eje II de DSM-IV.
- **Síndromes de personalidad SWAP** (Puntuaciones Q-T): puntuaciones para un conjunto de síndromes de personalidad empíricamente identificados. Esta clasificación alternativa pretende solventar limitaciones del sistema de clasificación DSM y está diseñado para captar de una forma más fiable los patrones y síndromes de personalidad que aparecen en la práctica clínica. Puntuaciones moderadas ($T \geq 55$) indican que el paciente presenta algunas características del trastorno. Si dos o más escalas presentan puntuaciones elevadas, la más elevada proporciona el diagnóstico primario en el eje II de DSM-IV. Están diseñados para capturar más fielmente el síndrome de personalidad vistos en la práctica clínica y para facilitar el caso clínico formulación y planificación del tratamiento.
- **Puntuaciones-T:** puntuaciones para doce factores de personalidad (dimensión rasgo) identificados a través de análisis factorial de los ítems de SWAP-200, complementan el diagnóstico subrayando áreas específicas del funcionamiento psicológico.

Anexo 7

Análisis detallado de las conclusiones diagnosticas

A continuación, se explica con detalle porque la paciente no cumple los criterios diagnósticos para un trastorno del estado del ánimo.

Dice tener algún día de bajón y tristeza, pero otros días está bien. Expresa encontrarse apática en general, posponer tareas, pero reconoce que sí puede disfrutar de algunas tareas y momentos. A veces dice pasarlo bien, pero sentir que no lo disfruta tanto como debiera, como tener la sensación de estar fuera de la experiencia, *“estoy y no estoy al mismo tiempo”*. Es como si no pudiera vivir con la intensidad de antes las experiencias y tiene la sensación de *“frialdad”*, como de estar fuera de sí, *“como espectadora de lo que ocurre”*, *“como sin sentirlo igual que lo sentía antes”*. Siente que con la pandemia se han agravado los síntomas porque le da más miedo abrazar y acercarse a la gente y le perturba cuando cree que debería sentir ganas de acercarse (por ejemplo, con su familia) y no lo siente.

No tiene grandes variaciones de peso y de apetito, y su índice de masa corporal está dentro de la normalidad, aunque cuando está triste dice notar un poco la bajada de peso, pero no es significativo. Dice comer igual todos los días. Tampoco presenta alteraciones del sueño y aunque duerme bien le cuesta un poco levantarse por las mañanas. Se siente un poco cansada al despertar, como si no hubiera descansado lo suficiente, pero luego una vez se levanta se activa.

No presenta agitación o retraso psicomotor ni fatiga o pérdida de energía casi todos los días, si acaso de forma muy puntual. Tampoco se observa disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, salvo en ocasiones, o para tomar decisiones. Tampoco presenta pensamientos de muerte recurrentes o ideas suicidas. Los síntomas de tristeza y apatía que presenta desde hace aproximadamente año y medio son por periodos de tiempo determinados y puntuales, siendo más intensos por ejemplo en otoño.

Anexo 8

Sesiones de evaluación y tratamiento desarrolladas durante 5 meses.

Sesión	Objetivos	Contenidos	Técnicas
1. Presentación y acogida de la paciente	Conocer el motivo de consulta de la paciente y establecer la relación terapéutica.	<p>Bienvenida.</p> <p>Presentación de terapeutas.</p> <p>Consentimiento informado.</p> <p>Motivo de consulta.</p> <p>Confidencialidad.</p>	TCC. Empatía. Escucha activa. Explicación del marco de referencia. Contrato terapéutico (nº sesiones, frecuencia, duración, precio, etc.)
2. Evaluación cualitativa	<p>Recogida de información sobre el problema motivo de consulta.</p> <p>Exploración de tratamientos previos.</p> <p>Exploración de distintas áreas (familiar, laboral, social, etc).</p>	<p>Estado de salud general.</p> <p>Exploración de síntomas afectivos, motivacionales, fisiológicos-vegetativos, cognitivos y conductuales.</p> <p>Estilo de atribución.</p> <p>Cómo hacer un autorregistro.</p>	<p>TCC.</p> <p>Entrevista abierta. Historia clínica.</p> <p>Autorregistros (para casa).</p>
3. Evaluación cuantitativa y observación de los síntomas	<p>Evaluación a través de los cuestionarios para obtener una línea base que permita, junto a la información cualitativa, realizar el análisis funcional y proponer el tratamiento.</p> <p>Objetivar los síntomas de la paciente y relacionar los síntomas con los pensamientos</p>	<p>Evaluación de los síntomas de las dos últimas semanas.</p> <p>Evaluación de las relaciones personales.</p> <p>Evaluación de la satisfacción vital.</p> <p>Evaluación de la afectividad positiva y negativa.</p> <p>Síntomas afectivos, motivacionales, fisiológicos-vegetativos, conductuales, cognitivos.</p>	<p>SCL-90-R (casa)</p> <p>ECR-S</p> <p>Escala de Satisfacción Vital (SWLS)</p> <p>PANAS (casa)</p> <p>Recogidos durante la fase de evaluación, en entrevista.</p> <p>Cuestionarios</p> <p>Autorregistros.</p>

Sesión	Objetivos	Contenidos	Técnicas
4 y 5. Entrevista de Apego Adulto AAI	Recogida de información sobre el tipo de apego, la infancia y el tipo de relaciones familiares	Entrevista semiestructurada que recoge la descripción subjetiva de los recuerdos de la madre o del padre, sobre su propia relación con sus progenitores.	AAI - Attachment Adult Interview (AAI: George, Kaplan & Main, 1984/1985/1996)
6. Explicación del AF y del modelo cognitivo	Comprender cómo las cogniciones influyen en la emoción. Entender las variables que originan y mantienen el problema.	Relación entre pensamientos y emociones. Relación entre los síntomas depresivos y las cogniciones negativas de sí misma, del mundo y del futuro. AF	Psicoeducación. Explicación del modelo de ABCDE (Ellis, 1979). Reestructuración cognitiva. (Terapia cognitiva de Beck). Ejemplos de la paciente. Autorregistros.
7. Pensamientos y creencias	Recoger en las distintas áreas de su vida cuáles son sus creencias actuales. Aprender a identificar las creencias irracionales, los pensamientos automáticos negativos.	Se van recogiendo en cada una de las áreas cuáles son sus pensamientos, creencias y opiniones. Registro de pensamientos y creencias.	TCC Psicoeducación Reestructuración cognitiva (Terapia cognitiva de Beck) Autorregistros Entrevista. clínica
8. Creencias desadaptativas	Reconocer e identificar creencias desadaptativas y ponerlas a prueba. Ayudarla a poner a prueba una por una buscando evidencia a favor y en contra.	Identificación de las cogniciones desadaptativas y las emociones y conductas asociadas. Explicación de que es una creencia desadaptativa. Modelo ABC de Albert Ellis (1971)	TCC Experimentos. Autorregistros. Debate socrático. Juego de roles.

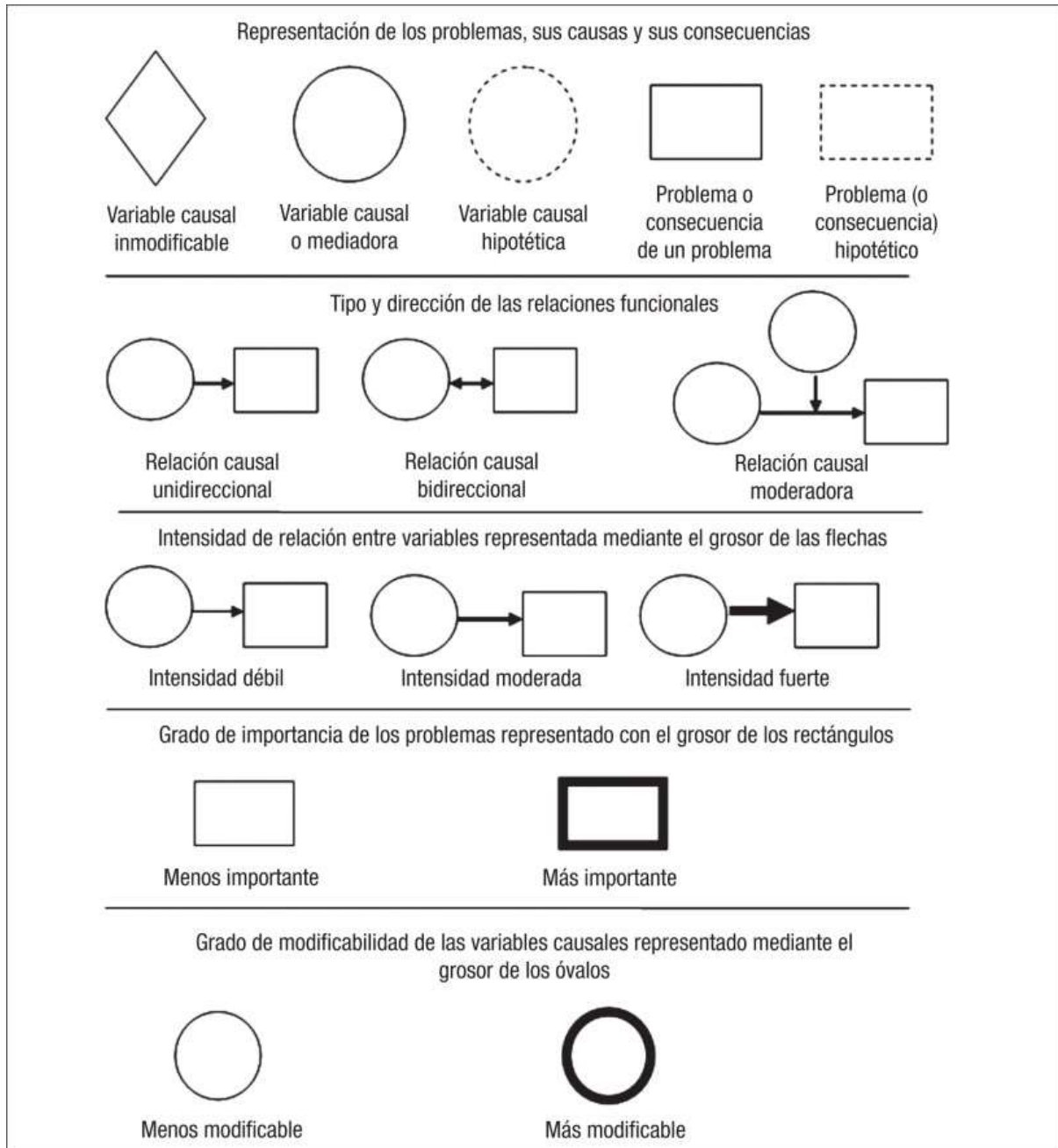
Sesión	Objetivos	Contenidos	Técnicas
9. Pensamientos negativos	<p>Identificación de pensamientos negativos.</p> <p>Desarrollo de pensamientos alternativos.</p>	<p>Relación entre pensamiento y emoción.</p> <p>Explicación de técnicas: parada de pensamiento, defusión cognitiva.</p>	<p>TCC</p> <p>Autorregistros.</p> <p>Psicoeducación.</p> <p>Reestructuración cognitiva. (Terapia cognitiva de Beck).</p> <p>Exteriorización de voces internas.</p>
10. Trabajo con valores	<p>Descubrir qué es lo importante para ella en la vida para dotarla de un sentido o fin.</p> <p>Identificar sus valores.</p>	<p>Qué son los valores.</p> <p>Diferencias entre valores, objetivos, metas.</p>	<p>Psicoeducación.</p> <p>Diana de valores. Metáfora del jardín.</p>
11. Activación conductual y depresión.	<p>Aumentar las actividades placenteras para obtener refuerzos positivos.</p> <p>Establecer objetivos vitales a corto, medio y largo plazo.</p> <p>Darse el permiso para disfrutar.</p> <p>Adquirir habilidades de manejo de la sintomatología depresiva.</p>	<p>Sistemas de recompensas.</p> <p>Recordar actividades placenteras y gratificantes.</p> <p>Posibles obstáculos y cómo afrontarlos.</p> <p>Identificación de necesidades.</p> <p>Que es la depresión.</p> <p>Aspectos cognitivos, motores y físicos de la tristeza, la sintomatología depresiva y los trastornos del estado de ánimo.</p> <p>Factores de vulnerabilidad, precipitantes, y mantenimiento.</p>	<p>TCC</p> <p>Psicoeducación.</p> <p>Listados.</p> <p>Plan de acción de metas a corto, medio y largo plazo.</p> <p>Visualizaciones.</p>

Sesión	Objetivos	Contenidos	Técnicas
12. Autoconcepto, autoestima y autoaceptación.	<p>Descubrir que es el autoconcepto, la autoestima y cómo mejorar la autoaceptación.</p> <p>Mejorar la percepción de una misma y la autocompasión.</p>	<p>Autoconcepto. Autoestima.</p> <p>Detección de aspectos que le hacen sentir valiosa.</p> <p>Autoaceptación y autocompasión.</p>	<p>Psicoeducación.</p> <p>Listados.</p> <p>Trabajo con el cuerpo.</p> <p>Visualizaciones.</p>
13 y 14. Gratitud y aceptación	<p>Conocer los beneficios de la gratitud y la aceptación, así como las técnicas para incorporar en su día a día. Trabajar en la aceptación del pasado, el disfrute del presente y el optimismo del futuro.</p>	<p>Gratitud y Aceptación. Gratitud y bienestar. Beneficios.</p> <p>Explicación de ejercicios.</p> <p>Aceptar el pasado. Trabajar el perdón.</p> <p>Mirar al futuro con optimismo.</p>	<p>Psicoeducación. Diario de gratitud. Bote de la gratitud.</p> <p>Carta de agradecimiento. Contar bendiciones. Asuntos pendientes.</p> <p>Mi yo del futuro.</p> <p>Pregunta milagro.</p>
15 y 16. Mejora en la comunicación y las relaciones con los demás.	<p>Reconocer y comunicar sus sentimientos de forma asertiva.</p> <p>Identificar su estilo en la resolución de conflictos.</p> <p>Aprender a poner límites, saber decir que no.</p> <p>Identificar los roles en las relaciones con los demás.</p>	<p>Estilos de resolución de conflictos.</p> <p>Pensamiento, emoción y comportamiento.</p> <p>Triángulo dramático de Karpman.</p> <p>Roles y juegos psicológicos.</p> <p>Entrenamiento en técnicas asertivas.</p>	<p>Psicoeducación.</p> <p>Rueda sentimientos.</p> <p>Ejemplos de los autorregistros.</p> <p>Role-Playing.</p> <p>Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad (Caballo, 2014).</p> <p>Exposición para responder de forma asertiva en situaciones de interacción social (Caballo, 2014).</p>
17. Autocuidado y autocompasión	<p>Conocer la importancia del autocuidado y la autocompasión.</p> <p>Reconocer sus</p>	<p>Importancia del autocuidado.</p> <p>Habilidades de autocuidado.</p>	<p>TCC</p> <p>Psicoeducación.</p> <p>Role Playing.</p>

Sesión	Objetivos	Contenidos	Técnicas
	<p>necesidades y crear nuevos hábitos de autocuidado.</p> <p>Incorporar habilidades que potencien el autocuidado y el amor por una misma.</p>	<p>Identificación de las necesidades propias.</p> <p>Roles que desempeñamos.</p> <p>La escucha y el amor hacia una misma.</p> <p>Comunicación desde la necesidad.</p>	<p>Silla vacía.</p> <p>Ejercicios de autocompasión.</p> <p>Visualizaciones.</p> <p>Ejercicios para casa de identificar necesidades y atenderlas.</p>
18. Evaluación de proceso	<p>Evaluación de los objetivos propuestos, analizar los avances y determinar las mejoras percibidas y realizar las medidas post-tratamiento.</p> <p>Seguimiento.</p>	<p>Revisión de los objetivos. Mejoras percibidas. Aspectos pendientes. Satisfacción con la terapia.</p> <p>Satisfacción con las psicólogas. Cuestionarios Postratamiento.</p>	<p>SCL-90-R (casa) sesión anterior.</p> <p>Escala de Satisfacción Vital (SWLS)</p> <p>(PANAS)</p>

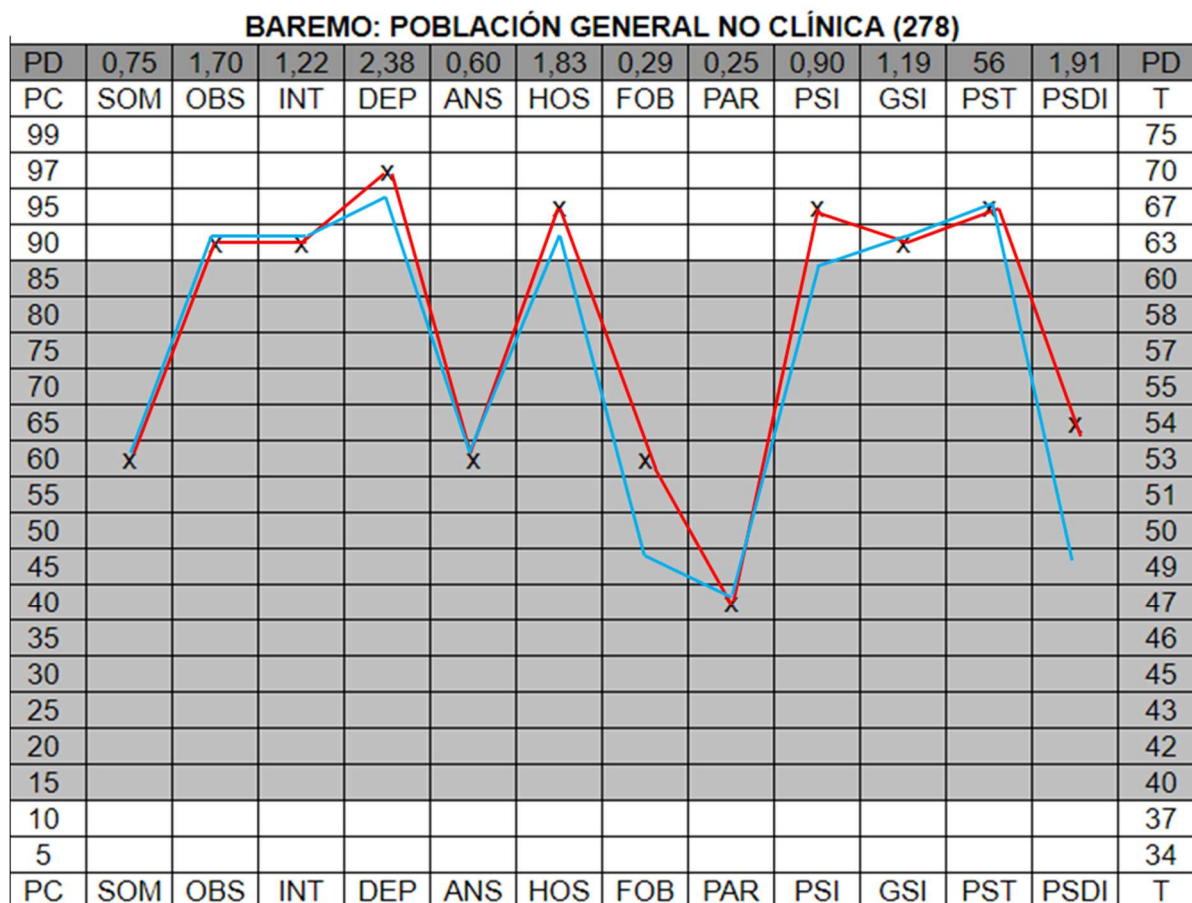
Anexo 9

Representación gráfica de los problemas, causas y consecuencias en el Diagrama analítico funcional (FACCD)



Anexo 10

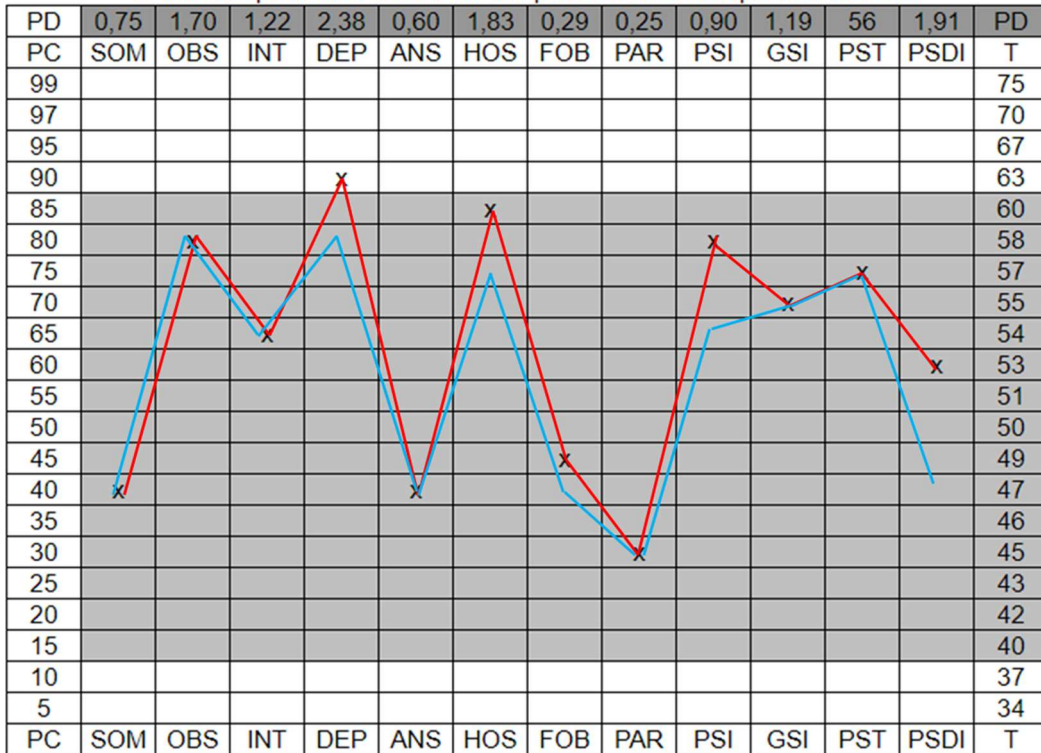
Gráficos de resultados del SCL-90R Pre-tratamiento y Post-tratamiento



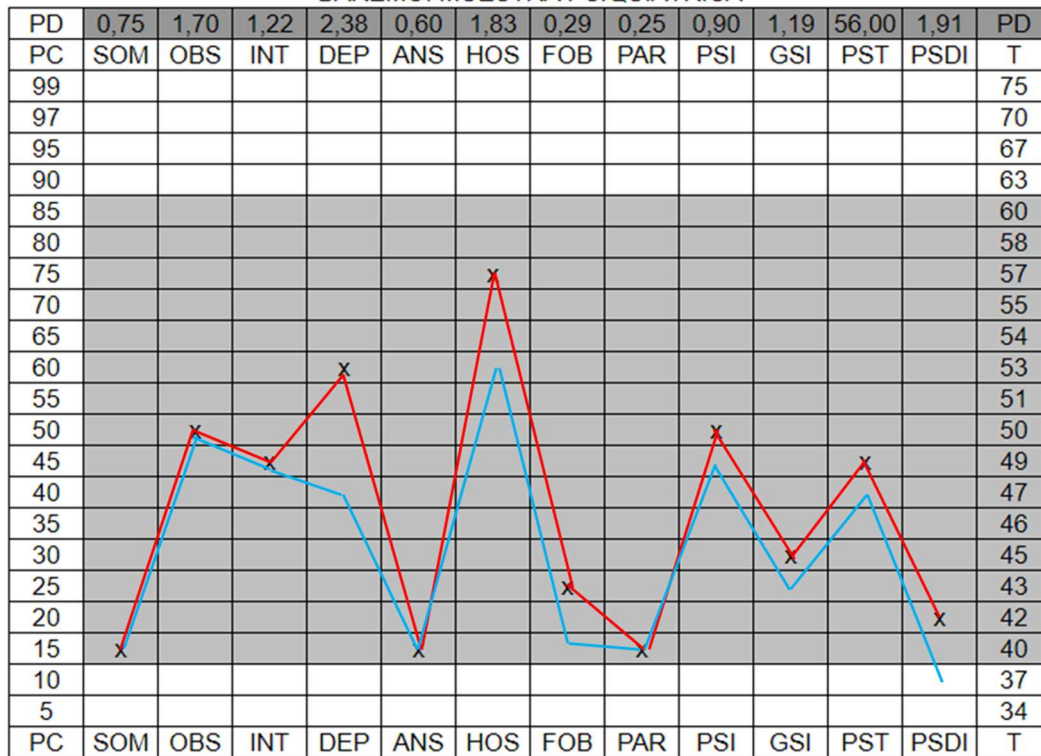
Resultados pre-tratamiento ———

Resultados post-tratamiento ———

BAREMO: pacientes con disfunción psicósomática témporo-mandibular



BAREMO: MUESTRA PSIQUIÁTRICA



CONSENTIMIENTO EXPRESO PACIENTES

En aras a dar cumplimiento al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, y siguiendo las Recomendaciones e Instrucciones emitidas por la Agencia Española de Protección de Datos (A.E.P.D.), **SE INFORMA:**

- Los datos de carácter personal solicitados y facilitados por usted, son incorporados un fichero de titularidad privada cuyo responsable y único destinatario es SUSANA MORENO ANTÓN.
- Solo serán solicitados aquellos datos estrictamente necesarios para prestar adecuadamente los servicios sanitarios solicitados, pudiendo ser necesario recoger datos de contacto de terceros, tales como representantes legales, tutores, o personas a cargo designadas por los mismos.
- Todos los datos recogidos cuentan con el compromiso de confidencialidad como profesionales de la sanidad, con las medidas de seguridad establecidas legalmente, y bajo ningún concepto son cedidos o tratados por terceras personas, físicas o jurídicas, sin el previo consentimiento del paciente, tutor o representante legal, salvo en aquellos casos en los que fuere imprescindible para la correcta prestación del servicio.
- Una vez finalizada la relación entre la empresa y el paciente los datos serán archivados y conservados, durante un periodo tiempo de 5 años desde la última visita, tras lo cual se destruirá.
- Los datos que facilito serán incluidos en el Tratamiento denominado Pacientes de SUSANA MORENO ANTÓN, con la finalidad de gestión del tratamiento médico, emisión de facturas, fines educativos, contacto..., todas las gestiones relacionadas con los pacientes y manifiesto mi consentimiento. También se me ha informado de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, indicándolo por escrito a SUSANA MORENO ANTÓN con domicilio en C/ MIGUEL SERVET, 4, 4-1, 28703, SAN SEBASTIAN DE LOS REYES -MADRID-.

Medios Telemáticos:

- Existe la posibilidad de realizar comunicaciones a través de sistemas de mensajería instantánea como Whatsapp con la finalidad de agilizar la gestión de los servicios contratados, para lo cual se solicita su consentimiento expreso.
- Existe la posibilidad de realizar sesiones telemáticas a través de las aplicaciones disponibles (por ejemplo, Skype, Vyzit, Vsee, Zoom, Regroup Therapy y Breakthrough) para lo cual se solicita su consentimiento expreso. Queda expresamente prohibido la grabación de las sesiones.

Encuadre Terapéutico:

La periodicidad de las sesiones será, en principio, semanal. Es imprescindible respetar el día y hora de la sesión acordada, en caso de tener que anular la cita, se deberá hacer con 24 horas de antelación para que la sesión no tenga que ser abonada.

Nombre y apellidos del paciente: _____ DNI: _____
_____ Fecha de nacimiento: _____ Email: _____
_____ Teléf.: _____ Domicilio: _____
_____ C.P.: _____
Provincia: _____

Representante legal (menores de edad): _____ DNI: _____

En _____, a _____ de _____ de 20 _____

FIRMA: _____