



Estudio de caso: Intervención en paciente con síntomatología ansioso-depresiva.

Máster de Psicología General Sanitaria

Autor/a: María Rodríguez Vázquez

Tutor/a clínico: Mireia Cañeque Grau

Tutor/a académico: Nerea Amezcua Valmala

Fecha de realización del trabajo: Febrero 2023

Nº palabras: 10.925

Resumen

En este trabajo se expone el caso clínico de una mujer de veintidós años con sintomatología ansiosa y depresiva caracterizándose principalmente por una disfuncional gestión de emociones, baja autoestima y pensamientos negativos recurrentes. Se comienza detallando la terapia desde la primera entrevista hasta los resultados obtenidos en las medidas pre y post tratamiento, con el objetivo de mostrar los resultados obtenidos con el proceso terapéutico. El plan de tratamiento que se expone se llevó a cabo en base a la corriente cognitivo-conductual y sistémica, finalizando en la diecisieteava sesión espaciando las sesiones a mensuales. Finalizando, la paciente presenta mejoras clínicamente significativas respecto al comienzo de terapia, con un incremento de autoestima y con una disminución de ambas sintomatologías.

Palabras clave: Ansiedad, Autoestima, Comunicación asertiva, Depresión, Terapia Cognitivo - conductual

Abstract

This paper presents the clinical case of a twenty two years old woman with anxiety and depressive symptoms, mainly characterised by dysfunctional emotional management, low self-esteem and recurrent negative thoughts. We begin by detailing the therapy from the first interview to the results obtained in the pre and post treatment measures, with the objective of showing the results obtained with the therapeutic process. The treatment plan presented was carried out based on the cognitive-behavioural and systemic current, ending in the seventeenth session, spacing the sessions out on a monthly basis. At the end, the patient presented clinically significant improvements with respect to the beginning of therapy, with an increase in self-esteem and a decrease in both symptomatologies.

Keywords: Anxiety, Assertive communication, Cognitive - behavioral therapy, Depression, Self-esteem.

Tabla de Contenido

Introducción	5
Conceptualización de la ansiedad y depresión	5
Etiología de los modelos psicológicos de la ansiedad y depresión	10
Tratamientos más eficaces	14
Identificación del Paciente y Motivo de Consulta	15
Estrategias de Evaluación	18
Formulación Clínica del Caso	21
Análisis funcional de la conducta	21
Resultados e interpretación de los cuestionarios y test de evaluación	25
Tratamiento	29
Objetivos del tratamiento	29
Desarrollo de las sesiones de tratamiento	31
Valoración del Tratamiento	35
Resultados de los cuestionarios y test de evaluación post-tratamiento.	36
Discusión y Conclusiones	40
Referencias bibliográficas	44
Apéndice	51

Introducción

Conceptualización de la ansiedad y depresión

Revisando los datos ofrecidos por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de España en la Encuesta Nacional de Salud (ENSE, 2017) podemos observar cómo afecta la salud mental a la población. La ansiedad crónica refiere ser un problema de salud mental para el 6,7%, de adultos, siendo mujeres una mayor proporción. La depresión se encuentra en la misma proporción que la ansiedad (6,7%). Además, ambos trastornos se solapan en más de la mitad de las personas que lo padecen. Por otro lado, se alega cómo la ansiedad y depresión en muchos países son la principal causa de discapacidad teniendo, por ejemplo, como consecuencia, la anticipada jubilación (ENSE, 2017).

Es importante conocer cómo se desarrollan y afectan los diferentes trastornos en la población, para ello se refiere a continuación los datos más destacables. Centrándonos en los Trastornos de Ansiedad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), 301 millones de personas sufren un trastorno de ansiedad caracterizado por un miedo y una preocupación excesivos. Siendo los síntomas lo suficientemente graves como para provocar angustia o discapacidad funcional.

Por otro lado, se ha de hacer alusión al problema social de primer orden que constituye la depresión, considerándose la quinta causa de discapacidad de todo el mundo. Además, afecta de manera particular a las mujeres, siendo más del doble respecto a los varones (Organización Panamericana de la Salud, s.f).

Tal y como se plasma en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª edición (DSM-V) (American Psychiatric Association [APA], 2013) los trastornos de ansiedad son aquellos que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. Centrándonos en el concepto único de ansiedad, se ha de recalcar la

complejidad del tema e incluso la nomenclatura que existe entre ansiedad y otras experiencias emocionales. Asimismo, se debe de tener en cuenta que cada teoría psicológica define la ansiedad de una manera única (González-Martínez, 1993).

Los orígenes de este término se remontan al instante que es incorporada la ansiedad al vocabulario de la psicología a través de “*Angst*” utilizado por Freud, haciendo referencia a la angustia, malestar y preocupación al que hacían referencia los filósofos existencialistas (González-Martínez, 1993).

Es fundamental llevar a cabo la distinción entre “ansiedad” y “angustia”, a pesar de como señala Pichot (1999) se han utilizado indistintamente. Haciendo hincapié, la “angustia” es más física y visceral y la “ansiedad” más vivencial y psíquica. Además, a estos dos términos se suma un estado emocional muy relacionado, el “miedo”, que al igual que la ansiedad surge ante una situación de amenaza real o imaginaria, desarrollando reacciones de activación neurofisiológica y estados emocionales desagradables para el individuo (González-Martínez, 1993).

Seguidamente, es de relevancia hacer hincapié en los distintos trastornos de ansiedad. Analizando la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V), podemos observar que se han incluido nuevos trastornos en la clase diagnóstica de trastornos de ansiedad (TA), siendo hoy trece los que lo conforman (Tortella-Feliu, 2014). Actualmente, los que tienen más prevalencia son, el trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, y por último, el trastorno de ansiedad generalizada.

Se destaca el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) el cual se fundamenta en una preocupación y ansiedad excesivas, persistentes y con dificultad para controlar ante diferentes acontecimientos, provocando irritabilidad, tensión muscular o inquietud entre otros, prolongándose dichas características más de 6 meses (APA, 2013).

Por otro lado, es importante exponer cómo se afronta el diagnóstico en los trastornos depresivos, debido a su aparente similitud y frecuente confusión con otros estados no patológicos, como la tristeza. Se debe recalcar que, a pesar de hablar de sentimientos de tristeza e incluso de depresión cuando se viven situaciones estresantes o traumáticas, la tristeza es un estado de ánimo y la depresión un trastorno del estado de ánimo (Caballo et al., 2011).

Con relación a los Trastornos Depresivos se toma como referencia el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2013) destacando el trastorno de depresión mayor, caracterizado por aspectos de la sintomatología depresiva gran parte del día. Frecuenta con síntomas de pérdida de interés o placer, pérdida importante de peso sin dieta o aumento, dificultades del sueño, sensación de fatiga o pérdida de energía, problemas de concentración, agitación o retraso psicomotor, sentimiento de culpabilidad o inutilidad y pensamientos de muerte recurrentes, incluyendo ideación suicida sin un plan determinado. Todo ello debe de estar presente mínimo dos semanas y presentar pérdida de interés o estado de ánimo deprimido.

Hablar del concepto estado de ánimo o humor y depresión es completamente distinto. El concepto de estado de ánimo es un estado afectivo relativamente autónomo y duradero, afectando de manera global a las experiencias psicológicas y corporales, y, de manera principal, a la percepción del yo. Del mismo modo, los sentimientos son vivencias breves y variables de naturaleza psicológica como la ira o la pena (Peralta y Cuesta, 2002). En cambio, los trastornos del estado de ánimo, donde se incluye la depresión, se conoce como un estado afectivo de carácter duradero, persistente y estable que repercute en las experiencias psicológicas y corporales de una persona. (Peralta y Cuesta, 2002).

La evolución del concepto de depresión considera varios factores, sobre todo adquieren relevancia los culturales y neurobiológicos en las últimas décadas, ya que contribuyen con las evidencias para su sistematización, comprensión clínica, prevención, clasificación y tratamiento (Chinchilla Moreno, 2011).

Actualmente, se define la depresión con tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y reducido amor propio, de la misma forma que, todas las facetas de la vida podrían verse afectadas (Mackinnon, Michels, 1971). Por otro lado, Navarro (1990) se refiere a la depresión como la sensación de malestar, con manifestaciones de tristeza y angustia, mal humor o frustración entre otras como consecuencia de algo negativo que ha sucedido. Del mismo modo, Hollon y Beck (1979) definen el concepto de depresión como un síndrome que interactúa de forma afectiva, somática, conductual y cognitiva. Destacan como causa principal las distorsiones cognitivas como el desenlace del resto de componentes.

Hoy en día los trastornos mencionados anteriormente se encuentran estrechamente relacionados con distintas variables que podrían ser desarrolladas por quien los padece. En dicho caso se destacan la autoestima y el sueño.

La autoestima es una variable identificada por el DSM-V como síntoma especificador del trastorno depresivo, haciendo referencia a la relación directa que establecen (APA, 2013). En primer lugar, señalar la evolución del concepto de autoestima y cómo ha ido asentándose en el lenguaje coloquial de la sociedad. Siendo esto un aspecto que ha provocado a los investigadores realizar una exhaustiva búsqueda de la definición idónea del constructo (Herrero et al, 2015).

La conceptualización de la autoestima ha logrado la vinculación de la salud mental con la percepción del autoconcepto, es decir, con la opinión que cada persona tiene de sí mismo, y así lo han remarcado los siguientes autores. Por un lado, Barron (1953) comenta que la autoestima es una dimensión de la fortaleza del self, añadiendo Pearlin y Schooler (1978) ser ésta un aspecto de la personalidad que expresa un recurso de afrontamiento. Del mismo modo, Dohrenwend y Dohrenwend (1981) y Wheaton (1983) la señalan como un factor disposicional o, un predictor de la conducta de afrontamiento permitiendo una adaptación satisfactoria a lo largo del ciclo vital como indican Husaini y Neff (1981).

Un aspecto para resaltar del constructo de autoestima es la relación que guarda con el trastorno de depresión, pudiendo presentar una relación directa o indirecta en base a la influencia diferencial que ejerzan las diferentes dimensiones en el desarrollo de la persona (Herrero et al., 2014). Una disminución de la autoestima fomenta irremediamente el manifiesto de distintos trastornos psicológicos, es decir, la autoestima negativa es un indicador de irregularidad psicológica.

Por el contrario, tal y como indica Wills (1985) una elevada autoestima alienta a la persona a llevar a cabo relaciones recíprocas, teniendo como posible resultado el apoyo social, pudiendo con ello hacer frente a situaciones estresantes e influyendo en la promoción del bienestar psicológico.

Por último, a pesar de que ambos constructos (depresión y baja autoestima) mostraban una correlación moderada, cuando se observaron con otras variables se percibió que la autoestima únicamente mostraba relaciones significativas con la educación y ausencia de vínculos sociales fuertes, por el contrario, la depresión sumaba a estas dos variables el género y los eventos vitales estresantes (Dean, 1986).

La ansiedad también es uno de los trastornos que está relacionada con el constructo de autoestima, refiriendo que aquellas personas que sufrían de alta ansiedad poseían una más baja autoestima que los que no la tenían (Bano et al., 2012). Tras los estudios realizados a distintas muestras de población adolescente por Caballo et al., (2018) los resultados obtenidos clarifican que una menor autoestima está relacionada con una mayor ansiedad y viceversa.

Por otra parte, una variable influyente en los trastornos mencionados es el sueño. Un descanso reducido o de baja calidad influye de manera negativa, siendo la causa o consecuencia de la ansiedad o depresión (Vasco Gómez et al., 2018).

El sueño es un aspecto primordial en la vida de una persona, ya que se relaciona estrechamente tanto con el estado de salud física, como mental y psicológica. Aquellas personas que llevan a cabo un patrón de sueño intermedio (7-8 horas de sueño) desarrollan una mejor salud,

reduciendo los riesgos de enfermedades o alteraciones psicológicas respecto a un patrón de sueño corto (menos de seis horas de sueño) o largo (más de nueve horas de sueño) (Loría-Castellanos et al., 2009).

En referencia a la relación que guarda los trastornos depresivos con las alteraciones del sueño, tal y como Brooks, Girgenti, & Mills (2009) señalan existen síntomas de la depresión relacionados con un patrón de pocas horas de sueño, como el cansancio, la agitación, fatiga o la irritabilidad entre otras. Además, Kripke et al. (2002) y Roepke & Ancoli-Israel (2010) señalan que dichas alteraciones se presentan en todas las edades, remarcando que los adultos mayores son el grupo de población de mayor probabilidad de padecerlas, teniendo como consecuencia un mayor número de enfermedades y riesgo de mortalidad.

Miró et al. (2006) realizaron un estudio en jóvenes entre 18 y 26 años afirmando cómo la ansiedad se relaciona con la calidad subjetiva del sueño y no con la duración de este. Por el contrario, un estado de ánimo deprimido se relaciona con ambas características. Asimismo, se recalca cómo los sujetos que experimentan un patrón de sueño corto presentan mayores síntomas de bajo estado de ánimo o tristeza a diferencia de los que llevan a cabo un patrón de sueño medio o largo que no se disciernen entre sí. Por último, se establece que los sujetos con un estado de ánimo más bajo se relacionan con una baja calidad de sueño, al contrario de aquellos que tienen un estado de ánimo menos deprimido (Miró et al., 2006).

Etiología de los modelos psicológicos de la ansiedad y depresión

Una vez se conocen los principales trastornos, es relevante conocer los principales modelos teóricos que los explican hasta la actualidad. En primer lugar, conocer aquellos que envuelven a los trastornos de ansiedad, como son los expuestos a continuación:

Modelo metacognitivo (MMC) propuesto por Wells (1995, 1999, 2004, 2005) postula que los individuos con TAG experimentan dos tipos de preocupaciones. Por un lado, el proceso conocido

como Preocupación Tipo 1 en el que los individuos se enfrentan en un principio a una situación que provoca ansiedad, y producen creencias positivas acerca de la preocupación (Wells, 2005). Por otra parte, la Preocupación Tipo 2 que se desarrolla a partir de la Preocupación Tipo 1, es decir, lo que es llamado por Wells (2005) meta-preocupación.

Modelo de preocupación como evitación (Borkovec et al., 2004): se fundamenta en la teoría del miedo bifactorial de Mowrer (1947) y deriva del modelo de procesamiento emocional de Foa y Kozak (1986). En el comienzo, la preocupación se definió como una sucesión de pensamientos e imágenes con carga afectiva negativa. El modelo caracteriza la preocupación como una actividad lingüística en la que su función se basa en la evitación de imágenes mentales vívidas, las cuales se refuerzan negativamente al prevenir la activación somática y emocional negativa (Behar et al., 2005; Borkovec & Inz, 1990; Borkovec et al., 2004)

Modelo cognitivo: Es desarrollado de manera más profunda por David, Clark y Aaron & Beck (2010) y, como otros autores consideran la preocupación una estrategia de evitación desadaptativa y mantenedora de la ansiedad. La preocupación magnifica una interpretación sesgada de la amenaza anticipada, generando una falsa sensación de control, veracidad y previsibilidad. Además, garantiza la atribución errónea de la no ocurrencia de lo temido, y finaliza en intentos frustrantes de establecer seguridad (Clark & Beck, 2010).

Modelos basados en el procesamiento de la información: En dicho modelo se encuentra el modelo cognitivo de Beck (1979) y la teoría de la red asociativa de Bower (1981), en éste se señala cómo crean los nodos redes semánticas que representan emociones, explicando así que si se activa una emoción concreta es más sencillo recordar un suceso con esa misma carga emocional antes que un evento que posea una emoción distinta (Torres et al., 2017).

Modelo jerárquico de los tres factores (Barlow 2000): se basa en la existencia de tres factores, compartiendo los trastornos de depresión y ansiedad los dos primeros. El primero, lo

constituye la vulnerabilidad biológica generalizada, compuesta por factores genéticos y neurobiológicos. El segundo factor del modelo está compuesto por la vulnerabilidad psicológica generalizada, configurada por un bajo nivel de predicción y de control percibido. Y, por último, el tercer factor únicamente propio de los trastornos de ansiedad trata de una vulnerabilidad psicológica específica donde la persona aprende qué cosas son potencialmente peligrosas en particular.

Por otra parte, haciendo hincapié en los trastornos de depresión se explican los principales modelos teóricos:

En primer lugar, señalar la teoría cognitiva de Beck et al. (1979) en la que en el presente se basan la mayor parte de los estudios sobre la depresión. En dicha teoría se explica que la depresión es el resultado de cómo el sujeto realiza una interpretación desacertada acerca de las situaciones que tiene que afrontar. Asimismo, se ha de apuntar que se sustenta alrededor de tres conceptos fundamentales: cognición, esquemas y contenido cognitivo. Por un lado, los esquemas son creencias centrales constituidas con el fin de procesar la información originaria del medio, por ejemplo, Beck et al. (1979) consideran que los esquemas depresivos se relacionan con acontecimientos como la desaprobación o la pérdida de los progenitores. En referencia al contenido cognitivo, explican que es el significado que el sujeto le otorga a las imágenes y pensamientos de su mente, y, la cognición, por último, hace referencia al proceso, contenido y estructura de las representaciones mentales, el pensamiento y la percepción (Beck et al., 1979).

Del modo que señala Perris (1989) la teoría cognitiva se basa en la tríada cognitiva, los pensamientos automáticos negativos, los errores en la percepción y en el procesamiento de información y, por último, en la disfunción en los esquemas. Considera claves estos cuatro componentes para explicar y entender en qué consiste la depresión. Haciendo hincapié en los pensamientos automáticos negativos se expone que los poseen ocasionalmente todos los sujetos, pero en caso de sufrir problemas de depresión este tipo de pensamientos predomina su conocimiento consciente (Beck, 1991).

Modelo interpersonal: Este modelo para explicar la depresión se basa en gran parte en la teoría interpersonal de Sullivan (1953) y en la teoría psicobiológica (Meyer, 1957). Klerman y Weissman (1993) suscitan que las relaciones interpersonales desempeñan un papel importante tanto en el comienzo como en el mantenimiento de la depresión. Además, Korman y Saradiansky (2011) comentan tras diferentes estudios empíricos que la teoría interpersonal se basa en cinco líneas de investigación, apuntando el soporte social, los acontecimientos vitales, la epidemiología, la evolutiva infanto-juvenil y, la experimentación animal. En relación a lo comentado y como señala Carrasco (2017) los eventos de la infancia son el principio fundamental en el que se sustenta este modelo. Señala que dichos acontecimientos influyen en el subconsciente de la psicopatología, de manera que eventos provocadores pueden desarrollar en el individuo un trastorno, y a su vez el estado de ánimo depresivo provocar fatiga, baja concentración o retraimiento social (Carrasco, 2017).

Modelo de orientación psicoanalítico: Freud señala como un factor relacionado con la depresión las experiencias traumáticas de la infancia, que provocan carencias tempranas e interferencias en la relación de apego (Carrasco, 2017).

Modelo cognitivo-conductual: dicho modelo explica que las experiencias aversivas aprendidas se atribuyen a complejos pensamientos negativos acerca de uno mismo o del mundo externo que se activan en diferentes situaciones (Carrasco, 2017).

Por otro lado, un aspecto importante a tener en cuenta en la sintomatología ansiosa y depresiva que en dicho caso se presenta es la corriente sistémica, ya que es útil a la hora de abordar esta problemática. Es común trabajar mediante la línea de vida y genograma, ya que ayudan a obtener información de forma rápida sobre los acontecimientos a resaltar de su ciclo vital, así como las personas que median en ellos (Mc Goldrick y Gerson, 1985). Ayudan al terapeuta a conseguir un encuadre del ámbito familiar teniendo la oportunidad de entender las relaciones y conexiones de los miembros. De la misma forma, contribuye a entender los eventos relevantes de su historia de vida, al igual que del momento actual a través de los sucesos familiares (Ortiz Granja, 2008).

Tratamientos más eficaces

En relación con los tratamientos más eficaces se destaca la farmacología y, en cuanto a tratamientos psicológicos para la depresión tiene gran relevancia la terapia cognitiva de Beck, recalcando ser específicamente diseñado para la erradicación de la sintomatología depresiva, siendo el modelo psicológico de referencia (Beck, 1991). Del mismo modo, la terapia conductual ofrece un amplio planteamiento de dicho trastorno, el cual cuenta con evaluación diagnóstica, teoría y procedimiento terapéutico, y concibiendo el trastorno de depresión como pensamientos negativos sobre el mundo, el futuro y sobre sí mismo a causa de errores en el procesamiento de la información (Pérez Álvarez y García Montes, 2001). Por otro lado, Rehm, Kaslow & Rabin (1987) añaden que aquellos que mejoran los objetivos conductuales poseen menos fuerza en la consecución de objetivos cognitivos y viceversa.

Respecto a la eficacia que plantean los diferentes tratamientos existentes, Pérez Álvarez y García Montes (2001) relatan la existencia de muchos tratamientos teniendo todos una misma eficacia, presentando la opción de llevar a cabo un tratamiento mixto en el que se combine la psicoterapia con la farmacología.

Haciendo referencia a los tratamientos psicológicos más utilizados en la sintomatología ansiosa se manifiesta al igual que en los trastornos de depresión los tratamientos farmacológicos, destacando tener beneficios pero ser solapados por las desventajas que producen los efectos secundarios, el incremento de tolerancia y el síndrome de abstinencia (Capafons, 1993). La terapia cognitivo-conductual presenta una eficacia empíricamente demostrable, con tasas de abandono reducidas durante el tratamiento y beneficios mantenidos a lo largo del tiempo, es decir, provocando un buen efecto tras el tratamiento (Capafons, 2001). Además, Roth y Fonagy (1999) señalan que la terapia cognitivo - conductual obtiene más beneficios que otro tipo de terapia a medio plazo, siendo el tratamiento más admisible en la adherencia y resultados de seguimiento. Por otro lado, Barlow,

Esler y Vitadi (1998) señalan que el tratamiento más eficaz son aquellas terapias que combinan la relajación con la terapia cognitivo-conductual.

Identificación del Paciente y Motivo de Consulta

Para salvaguardar el anonimato de la paciente del caso estudiado, y teniendo en cuenta el código deontológico profesional, a partir de ahora y durante todo el desarrollo del trabajo, será identificada como Ana.

Ana es una mujer de veintidós años, sin hijos y en la actualidad con pareja estable desde hace tres años. Tiene un nivel sociocultural medio-bajo y actualmente estudia un grado medio sociosanitario. Nacida en Madrid donde vive en el presente.

Ana solicita por primera vez los servicios de Psicolink vía correo electrónico el 17 de agosto de 2022 para posteriormente ser citada telefónicamente el 1 de septiembre donde se realiza una entrevista acerca de las diferentes áreas de su vida teniendo el foco principal en el motivo de consulta. A continuación, se realizó una anamnesis para recoger todos los datos relevantes de las diferentes áreas de interés y poder así, derivar al profesional idóneo. En este aspecto junto con la supervisión y orientación de mi tutora, seré yo misma quien lo lleve a cabo. Seguidamente, se presenta el caso de estudio.

Ana solicita nuestros servicios al referir haber experimentado desde hace aproximadamente tres años sintomatología ansiosa en la que predominan presión en el pecho, dificultades para respirar y temblores. También, comenta tener un diálogo interno negativo que está deteriorando progresivamente su autoestima, así como dificultades a la hora de gestionar adecuadamente sus emociones. A su vez, verbaliza encontrarse motivada y dispuesta a abordar sus inseguridades de cara a aumentar su estado anímico y mejorar sus relaciones interpersonales. Por último, comenta que combina el proceso terapéutico con los servicios de psiquiatría para promover un cambio positivo en su vida.

En cuanto al **área familiar**, Ana señala vivir junto a sus padres en Moratalaz (Madrid). Indica que tiene un hermanastro de un anterior matrimonio de su madre, ocho años mayor que ella, casado y con una hija y con el que mantiene una positiva relación verbalizando considerarle su hermano. Respecto a la relación con sus padres apunta, es buena, aunque subraya tener más confianza con su madre. Menciona en reiteradas ocasiones la estrecha relación que mantiene con su abuela indicando que desde hace “poco” tiene algunos síntomas de demencia.

En lo relativo al **ámbito académico**, Ana informa haber repetido sexto de primaria siendo esto un punto de inflexión en sus relaciones sociales. En la misma línea, relata haber repetido también segundo de bachiller, recordando dicho curso como una época de exigencia y tensión. Además, refiere haber realizado diferentes cursos de formación como monitora y de escaparatismo. Actualmente se encuentra cursando un grado medio sociosanitario del que comentó estar satisfecha ya que estudia sobre lo que le gustaría trabajar en un futuro.

A **nivel sentimental**, Ana indica que desde los catorce hasta los dieciséis años mantuvo una relación con un compañero de clase, describiéndola como un descubrimiento del amor, y señala que se finalizó porque ella “dejó de sentir por él”. Refiere que a los dieciocho años comenzó una relación con duración de un año con M. afirmando haber experimentado violencia psicológica. Consecuentemente, destaca haber desarrollado sintomatología ansiosa. Parece sentir una profunda frustración y se emociona cuando matiza: “han pasado tres años y todavía sigo así”. Por último, resalta a D., su actual pareja con la que mantiene una relación desde hace aproximadamente tres años destacándola como la persona con la que tiene un vínculo más estrecho.

Respecto a su **red social**, Ana manifiesta tener un buen recuerdo de su círculo social hasta que repitió curso en primaria, ya que menciona que sus nuevos compañeros le hacían el vacío con burlas, insultos y dejándole sola, algo que le provocaba malestar hasta encontrar apoyo en otros compañeros que se encontraban en la misma situación. Comenta que durante ese mismo año conoció a B., una amiga del pueblo con la que sigue manteniendo amistad hoy en día y señala

“disfrutar mucho cuando están juntas”. Por otro lado, resalta su amistad con C., una amiga de bachiller que actualmente vive en León, pero la que considera “su mayor apoyo” matizando que a pesar de la distancia hablan con “frecuencia”, al igual que S. y su pareja, a la que califica como “amiga íntima” resaltando que le apoyó “en su peor momento”. Por otra parte, explica que del grado medio que estudia tiene “buena” relación con todos haciendo hincapié en D. y N., pero considera que son compañeros. Por último, destaca a M., una amiga tras estar trabajando en IFEMA. Sin embargo, parece sentir una gran culpa cuando explica tener dificultades para confiar en su entorno, añadiendo que suele mostrarse irritable y aislarse sin identificar un motivo concreto.

En relación con la **alimentación**, Ana alega llevar una dieta variada y equilibrada realizando todas las comidas del día, haciendo hincapié en que no presenta “ninguna” dificultad. Acerca de las conductas de **sueño**, Ana reporta que en épocas en las que sufre de altos niveles en su sintomatología ansiosa, a pesar de encontrarse cansada no consigue conciliar el sueño. Menciona que durante dos semanas consumió Lorazepam por prescripción médica de su psiquiatra, pero aclara no haber vuelto a consumirlo. Además, relata llevar a cabo un ritual que sucede alrededor de las cinco de la mañana, consistiendo en revisar a sus perros e ir al cuarto de baño, puntualizando que esto no le interrumpe el sueño, ya que consigue conciliarlo tras completarlo.

Los **objetivos** que Ana quiere conseguir con la terapia son:

- Reducir pensamientos rumiativos.
- Disminuir sintomatología ansiosa.
- Aumentar su autoestima y autopercepción.
- Recuperar la identidad y confianza.

Estrategias de Evaluación

La primera toma de contacto con Ana se tiene el 1 de septiembre con la primera entrevista como previamente se ha comentado, una vez estudiado su caso se comienza el proceso de derivación en el que me fue asignado, y tras la autorización de la paciente y el contrato de confidencialidad (Apéndice A) por ambas partes se pudo llevar a cabo la evaluación y el diseño de un tratamiento junto con la supervisión de mi tutora. La primera sesión en la que me reuní con Ana fue el 29 de septiembre, llegando a un acuerdo durante dicha sesión de que acudiría de manera semanal hasta que se alcance una reducción de la sintomatología ansiosa y estabilización emocional que presenta.

Seguidamente se desarrollará cada técnica utilizada durante el proceso de evaluación para una mejor comprensión.

Entrevista semiestructurada: Se utiliza el 29 de septiembre en una primera sesión, creada por el equipo de psicólogos de Psicolink. Se emplea ya que es un instrumento de evaluación útil para adaptarse a la personalidad de la paciente, trabajando con su forma de sentir y su punto de vista, además de aportar información, ayuda a entenderla desde dentro recabando de su biografía los datos más significativos, asimismo información como, nombre, estado civil, fecha de nacimiento, lugar y con quién vive o teléfono de contacto. Se continuó tratando el motivo de consulta comentado previamente en la llamada telefónica e indagando con preguntas que surgieron a lo largo de la sesión para obtener una explicación. Además, se exploraron otras áreas de interés como red de apoyo, área familiar, sentimental o académica, la conducta de sueño o alimentación. Se concluyó con los objetivos personales que Ana tenía frente al proceso terapéutico.

Línea de vida: El 6 de octubre, durante la segunda sesión con Ana se utilizó un esquema gráfico igualmente proporcionado por el equipo de Psicolink. En este se muestran los sucesos más relevantes de la vida de la paciente acompañándolo de la emoción principal que sintió en cada uno

de ellos (Tapia Gutiérrez y Muñoz Pirce, 2019). Gracias a utilizar dicha técnica se puede indagar en aquellos aspectos que han sido importantes en la vida de una persona, y que por tanto han podido influir en su historia y en la actualidad. En este se recogen los sucesos por años e identificándose en un baremo +10 y -10 siendo 0 un evento neutro (Apéndice B).

Genograma: McGoldrick y Gerson (1985) consideran el uso del genograma como una representación gráfica de la información principal de, por lo menos tres generaciones de una familia. Además, ayuda al terapeuta a reconocer de una manera más rápida patrones relevantes en el funcionamiento familiar del paciente, siendo una herramienta que identifica sobre cómo un problema puede estar relacionado con el entorno familiar y las relaciones que estos mantienen entre sí (Pérez Sánchez et al., 2018). En el caso de Ana se propuso realizar en la tercera sesión para conocer cómo representa los datos de la familia nuclear (tres generaciones), el tipo de relación y se pidió añadir tres adjetivos significativos a aquellos miembros que eligió, señalando en rojo con los que no se identifica y/o no lo desea, en verde aquellos con los que se identifica, y, por último, en azul aquellos que quisiera poseer, para así obtener más información acerca de la visión familiar de la paciente y sus relaciones (Apéndice C).

Test STAI o Cuestionario Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger et al., 1999). Es uno de los cuestionarios más empleados en terapia. Se realiza en 40 ítems que evalúan dos conceptos independientes de la ansiedad. Por un lado, la ansiedad Estado (A/E) como estado transitorio, y por otro, la ansiedad Rasgo (A/R) como rasgo latente. La escala de A/E está definida como un estado o condición emocional transitoria del organismo y se caracteriza por sentimientos subjetivos y, en cambio, la escala de A/R indica una estable propensión ansiosa al percibir situaciones como amenazadoras elevando así, la A/E (Spielberg et al., 1982). En relación con la validez del instrumento ha demostrado evaluar la ansiedad a pesar de mostrar correlaciones con diferentes instrumentos que miden la depresión y, además muestra ser fiable siendo mayor a 0,90 tanto en A/E como en A/R (Guillén-Riquelme, 2014). Por último, hay que comentar que se le propuso a la paciente realizar

dicho cuestionario, ya que fue uno de los objetivos que verbalizó querer conseguir a lo largo del proceso terapéutico (Apéndice D).

Test BDI-II inventario de depresión de Beck (Beck et al., 1996): Se utilizó la versión adoptada al castellano validada por Vázquez y Sanz (1991). Consiste en un autoinforme de 21 ítems de tipo Likert. Se considera el instrumento más utilizado para la detección y evaluación de la gravedad de la sintomatología depresiva tanto en población general como en clínica. Se decidió pasar a la paciente, ya que verbaliza tener bajo estado de ánimo, así como pensamientos rumiativos. Además, como se indica anteriormente estos son uno de los objetivos de Ana a conseguir. Respecto a la fiabilidad de la adaptación española de dicho cuestionario respecto a población general indica una fiabilidad de 0,87 (Prieto et al., 2000). Por otro lado, la validez de la adaptación española ha sido empíricamente demostrada para distinguir los diferentes niveles de gravedad (Sanz et al., 2013) (Apéndice F).

Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965): Se trata de la escala más utilizada para la medición global de la autoestima. Se compone de 10 ítems centrándose en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo, siendo cinco con enunciado positivo y la otra mitad con enunciado negativo. En referencia a la versión española, cuenta con una consistencia interna de 0,87 y una fiabilidad de 0,74 (Vázquez-Morejón et al., 2004). Se consideró utilizarla ya que como se expone anteriormente, la paciente verbaliza tener baja autoestima en la primera toma de contacto, información que se confirma a lo largo de la primera sesión (Apéndice G).

Cuestionario índice de calidad de sueño de Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI): Es el cuestionario más utilizado para medir la calidad del sueño y consta de 19 ítems de auto-respuesta. Las restantes hasta 24 ítems no se precisan, ya que son respondidas por una tercera persona y son meramente informativas en dicho caso. Las propiedades de la prueba confirman su utilidad en la práctica clínica cerciorando la consistencia interna siendo ésta superior a 0,78 (Jiménez-Genchi et al., 2008). Se decidió utilizar con Ana, ya que como señaló lleva a cabo un ritual

aproximadamente a las 5 de la mañana, por lo que es conveniente garantizar cómo es el descanso y cómo afecta en los despertares nocturnos (Buysse et al., 1988) (Apéndice H).

A continuación, se presenta un cronograma en el que se recoge las sesiones de evaluación (véase Tabla 1) con fecha, número de sesión, las técnicas utilizadas en cada una de ellas y las tareas encomendadas a la paciente para realizar en casa.

Tabla 1

Cronograma de sesiones del proceso de evaluación

Fecha	N.º de sesión	Técnicas de evaluación	Tareas para casa
Jueves 1/09	Entrevista Psicolink	Entrevista para anamnesis	Ninguna
Jueves 29/09	1º sesión	Entrevista semiestructurada	Línea de Vida
Jueves 6/10	2º sesión	Línea de Vida + Genograma	Genograma
Jueves 20/10	3º sesión	STAI	
Jueves 03/11	4º sesión	BDI-II + Índice de calidad de sueño	Escala de Autoestima
Jueves 10/11	5º sesión	Devolución de los resultados	

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Formulación Clínica del Caso

Análisis funcional de la conducta

La hipótesis de origen ayuda a dar una explicación al inicio y sobre la adquisición de los distintos problemas que presenta Ana teniendo en cuenta los elementos presentes en el momento que surgió el conflicto.

Durante la infancia, Ana presencié en varias ocasiones fuertes discusiones entre su padre y su hermano sintiendo gran malestar ante lo vivido, funcionando como castigo positivo (C+) y teniendo como respuesta el retirarse a casa de su abuela como reforzador negativo (R-).

Por otro lado, Ana, en cuanto a la toma de decisiones sentía la necesidad de aprobación de amigos-compañeros y familia, y en los casos que no obtenía una aprobación positiva provocaba en ella gran malestar (castigo positivo (C+)) respecto a sentirse válida y en sintonía con los demás. Todo esto, es algo que sucede durante toda la adolescencia, intentando “agradar” y en caso de no conseguirlo provocando en Ana un sentimiento de inferioridad que funciona de nuevo como castigo positivo (C+). Todo funciona como reforzador positivo (R+) cuando Ana se reafirma en su sentimiento de inferioridad manteniendo su bajo autoconcepto. Por lo que cuando se encuentra en situaciones donde tiene que expresar su opinión siente la necesidad de buscar la aprobación para no sentir la presión “del qué dirán” y así, aliviar su malestar (R-).

A continuación, las variables que se podrían considerar que han estado presentes en la adquisición de su sintomatología:

Factores de vulnerabilidad o predisposición: son las variables que abordan el origen de la problemática. Se recalcaría cómo se han desenvuelto las relaciones familiares durante la infancia, incidiendo en los conflictos recurrentes entre su hermano y su padre. Sería importante resaltar el lazo estrecho que ha mantenido con ambas abuelas debido a que podría haber desarrollado con su madre un apego ansioso-ambivalente, lo que desarrolla una inestabilidad e inseguridad constante afirmando ser una persona “muy complaciente”.

Como *variables personales o endógenas* Ana, presenta una tendencia a la baja autoestima y a los pensamientos negativos recurrentes, acompañado de un estilo cognitivo “rumiativo”, tendencia a un locus de control externo y al pensamiento dicotómico.

Por otro lado, como *precipitantes o desencadenantes* se destacan los siguientes aspectos: la difícil relación de su hermano con su padre hasta la adolescencia, el estado de embriaguez tras la jornada laboral de su padre, la comparaciones de su madre respecto al ámbito académico y las respectivas repeticiones de curso, el acoso escolar, la relación tóxica con su anterior pareja, las distintas relaciones a lo largo de los años que le han hecho sentir “inferior” y la escasa comunicación asertiva que se habitúa en casa y con su actual pareja.

A continuación, se detallan aquellos factores necesarios para comprender por qué Ana mantiene su sintomatología ansioso-depresiva y la autoestima debilitada. En primer lugar, hay que recalcar que dicha problemática tiene como origen lo anteriormente mencionado complementándose con la siguiente información:

En el presente, Ana muestra la necesidad de complacer al prójimo, ya que es la forma que conoce para mantener cerca a aquellas personas importantes de su vida, lo que impide construir un locus de control interno. Además, cuando vive una discusión con su pareja o familia no concibe solucionar la problemática mediante una comunicación asertiva, sino tratar de olvidar y “hacer como si nada”, aspecto que ha visto “siempre” como solución a las disputas en casa, es decir, dicho comportamiento ha sido adquirido por modelaje.

En resumen, lo que provoca que Ana siga manteniendo en la actualidad su sintomatología es, el miedo al rechazo unido a gestos complacientes, su baja autoestima y la adquisición de actitudes por modelaje.

Por otro lado, Ana es una persona consciente, introspectiva y con gran capacidad de reflexión sobre lo que quiere conseguir y modificar, así como sus objetivos, pero no cuenta con las herramientas suficientes para llegar al cambio teniendo como consecuencia el mantenimiento de su sintomatología.

A continuación, se muestra el análisis funcional (véase Tabla 2) recogiendo todas aquellas conductas e identificando las variables más influyentes a lo largo del ciclo vital de Ana.

Tabla 2

Análisis funcional de la conducta

Antecedentes	Conducta Problema	Consecuencias
<u>Remotos externos:</u> - Fallecimiento de mascota. - Pérdida amigos del colegio. - Diabetes gestacional crónica (madre). - Enfrentamientos familiares (hermano y padre). - Comentarios negativos sobre el rendimiento académico.	<u>Cognitivas:</u> - “No quiero ser así”. - “No me gusto ni física ni psicológicamente”. - “Siento que no valgo”. - Problemas de concentración. - Preocupaciones (amistades y pareja). - Diálogo interno negativo.	<u>Corto plazo:</u> - Reducción del malestar (R-). - Sentimientos de culpabilidad (C+). - Mejora de sintomatología ansiosa (R+). - Sensación de control (R+). - Disminución de preocupaciones (R+).
<u>Remotos internos:</u> - Patrón de conducta de complacencia. - Baja autoestima. - Deterioro en la relación con sus padres.	<u>Fisiológicas-emocionales:</u> - Dificultad para respirar. - Llanto. - Apatía. - Culpabilidad. - Tristeza. - Estado de ánimo bajo. - Temblores. - Irritabilidad. - Miedo.	<u>Medio-largo plazo:</u> - Deterioro en las relaciones sociales (C-). - Malestar general (C+). - Evitación de situaciones (C-). - Problemas de pareja (C+). - No priorizar sus necesidades y autocuidado (C-). - Disconformidad con su imagen corporal (C+). <u>Medio - largo plazo:</u> - Decrecimiento de la autoestima (C-). -Dificultad en habilidades sociales (C+).

Antecedentes	Conducta Problema	Consecuencias
<p><u>Próximos externos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Comentarios negativos por parte de la familia. - Falta de comprensión por parte de su pareja - Dificultades en la comunicación de pareja - Comparaciones negativas por parte de la figura materna. - Invalidación de sentimientos a nivel familiar. 	<p><u>Motoras:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Distanciamiento social. - Aislamiento. - Evitación de conflictos. - Pasear a sus perros cuando tiene ansiedad. - Ritual de sueño nocturno. - Evitar situaciones sociales. 	
<p><u>Próximos internos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pensamientos rumiativos acerca de la opinión de los demás. - Dificultad de adaptación en clase. - Evitación situaciones sociales - Autoexigencia. - Baja autoestima. 		

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Resultados e interpretación de los cuestionarios y test de evaluación

STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo

En vista de los resultados obtenidos tras la prueba administrada (ver Tabla 3), Ana presenta niveles muy altos en ambos conceptos de ansiedad. Respecto a la interpretación en los percentiles y según los datos aportados, podemos confirmar que únicamente un 25% de la población presenta una ansiedad estado (A/E) mayor. Asimismo, en cuanto a la ansiedad rasgo (A/R) que Ana presenta,

podemos observar que la puntuación obtenida señala superar al 95% de la población siendo únicamente superada por el 5%. Los datos reunidos muestran que en el momento de la evaluación Ana presentaba una sintomatología ansiosa alta, siendo un rasgo que ha mantenido a lo largo de su vida.

Tabla 3

Resultado STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberg et al., 1999)

Puntuación directa	Percentil
Ansiedad Estado (A/E): 31	75
Ansiedad Rasgo (A/R): 42	95

BDI: Inventario de depresión de Beck-II

La puntuación obtenida de Ana en el BDI ha sido moderada (Tabla 4), ya que en la sintomatología que presenta prevalecen los rasgos ansiosos a los depresivos, por lo que ha sido una puntuación esperada. Se ha de recalcar que, durante la administración, puntúa con 1 el ítem 9 “pensamientos o deseos de suicidio” remarcando que en otra etapa de su vida sí que tuvo dicho pensamiento, pero hace hincapié en que señala esa puntuación para ser sincera, puesto que actualmente remarcaría el valor de puntuación 0. Durante la sesión se exploró con detenimiento dicha área.

Tabla 4

Resultado BDI: Inventario de depresión de Beck-II (Beck et al., 1996)

Puntuación directa	Interpretación
25	Depresión moderada

Escala de autoestima de Rosenberg

Uno de los objetivos que verbalizó querer conseguir Ana durante el proceso de terapia fue aumentar su autoestima, por lo que utilizar el cuestionario ayudó a cerciorarnos de cómo se encontraba en el presente (Tabla 5), y por tanto, conocer por cada ítem cómo trabajar cada área tras los resultados obtenidos.

Tabla 5

Resultado Escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965)

Puntuación directa	Interpretación
20	Autoestima baja

Cuestionario PSQI

Como objetivo se tuvo mediar los problemas de sueño, así como la calidad de éste, ya que como se ha expuesto anteriormente Ana relató llevar a cabo un ritual durante la noche, por lo que es de importancia saber cómo afecta en la rutina de sueño dicha conducta. Tras obtener los resultados (ver Tabla 6) observamos que la calidad del sueño es baja al no ser inferior a una puntuación de cinco, por lo tanto, afirma ser un aspecto a trabajar en terapia. Resaltar que a mayor puntuación total en el PSQI peor calidad de sueño, de este modo una puntuación total inferior o igual a cinco expone una calidad de sueño óptima, siendo una puntuación total superior a cinco una señal de problemas de sueño.

Tabla 6

Resultado Cuestionario de Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI)

Puntuación directa	Interpretación
10	Calidad de sueño baja

A continuación, se exponen las diferentes conductas a modificar con Ana y aquellas que se tienen como objetivo implantar.

Conductas para modificar

Complacencia: Ana verbaliza creer que se muestra vulnerable ante el mundo, considerándolo el factor principal de por qué no se siente valorada por parte de los demás, ya que conlleva a poder aprovecharse de ella y, por tanto, no valorar su esfuerzo. Durante el transcurso de las sesiones se indagará en base a preguntas circulares qué es para la paciente ser vulnerable, complaciente, la diferencia con “buena persona” y qué valor tiene el “no” como respuesta para ella. Se trabajará la puesta en práctica de forma progresiva de cómo enfrentarse a situaciones donde nace dicho sentimiento en ella.

Locus de control externo: Ana presenta al inicio del proceso terapéutico un discurso en el que estaba presente la culpabilidad ligada a la baja autoestima, por lo que se pondrá en práctica el diálogo socrático y su propia reflexión acerca de lo hablado, para poder establecer una conclusión de que hay situaciones que no dependen de su respuesta y que las relaciones tanto sentimentales, familiares como sociales son mutuas y no se someten únicamente a los hechos de una persona.

Evitación de situaciones sociales: La paciente presenta un patrón evitativo el cual mantiene debido a los recurrentes pensamientos negativos acerca de su valía personal. Por medio de entrenamiento en asertividad e ir trabajando a lo largo de las sesiones en su autoestima se está consiguiendo de forma progresiva dejar atrás dicho patrón y enfrentarse a las situaciones.

Conductas para implantar

Trabajar autoestima: desde un inicio presentaba baja autoestima en las diferentes áreas que la componen, comentando que anteriormente era una una persona “risueña” que ha dejado de serlo por el aumento de un diálogo interno negativo, subrayando que le cuesta aceptar su valía y logros e incluso en ocasiones aumenta su malestar al ser consciente de los comentarios negativos que se

autorrealiza. Para ello identificamos y establecimos pensamientos alternativos al respecto con el trabajo del autoconocimiento.

Tratamiento

Para el caso de Ana se ha seguido una estrategia de estudio de caso, evaluación y tratamiento basada principalmente en la corriente psicológica cognitivo-conductual. Del mismo modo, se han utilizado técnicas de otras corrientes como la sistémica para indagar en sus relaciones de forma integral, buscando enriquecer el proceso y personalizarlo a la demanda, con el fin de complementar y potenciar la terapia, ya que parte del equipo de Psicolink y mi tutora son expertos en dicha corriente.

La intervención tuvo una duración total de 12 sesiones. Por otro lado, debido a la sintomatología que presentaba la paciente y bajo criterio profesional se estableció que el proceso de terapia de Ana tuviera sesiones de una hora de duración con una frecuencia semanal.

Objetivos del tratamiento

A continuación, se exponen los objetivos generales y específicos a llevar a cabo durante las sesiones de tratamiento (véase Tabla 7).

Cabe explicar la dinámica llevada a cabo para todas las sesiones. Se comienza tratando los eventos relevantes de la semana, así como los puntos relevantes de la sesión anterior. Seguidamente, se pone en práctica aquello que se tiene como objetivo trabajar. Por último, se dedica un tiempo a la explicación de las tareas para casa en caso de ser necesario, o la explicación de lo aprendido para la puesta en práctica de manera individual con la finalidad de conseguir una terapia efectiva.

Tabla 7

Objetivos generales y específicos

OBJETIVOS	TÉCNICAS
<p>Aprender a gestionar de manera adaptativa la sintomatología ansiosa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reducir pensamientos rumiativos. - Aprender a modificar pensamientos negativos. - Disminuir la necesidad de aprobación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de distracción cognitiva - Técnica de parada de pensamiento - Psicoeducación en ansiedad. - Autorregistro. - Análisis del pensamiento (Modelo ABC).
<p>Mejorar el estado de ánimo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminuir el diálogo interno negativo. - Aprender a gestionar sus emociones. - Generar autoconocimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración cognitiva. - Diálogo socrático. - Técnica Ventana de Johari.
<p>Establecer un estilo de comunicación asertivo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adquirir herramientas para un estilo de comunicación asertivo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación en comunicación asertiva y estilos de habilidades asertivas. - Técnica del disco rayado.

Nota. Fuente: elaboración propia

Las primeras cinco sesiones fueron destinadas a la evaluación. Durante éstas se ha priorizado fomentar el vínculo y la alianza terapéutica para abordar con eficacia la demanda de Ana. En la *primera sesión* se tuvo como objetivo conocer el motivo de consulta y realizar un buen encuadre terapéutico. En las *tres sesiones* siguientes se tuvo la finalidad de indagar en la historia de vida, utilizando durante el desarrollo de estas diferentes pruebas psicométricas, así como técnicas como la línea de vida o genograma. Se ha de recalcar que todas aquellas tareas encomendadas para casa han sido supervisadas y comentadas en sesión.

En la **sesión 5**, se realizó la explicación del análisis funcional y la devolución de la información. A su vez se revisaron los objetivos terapéuticos para ejecutar el plan de tratamiento.

Desarrollo de las sesiones de tratamiento

Sesión 6 y 7: El objetivo es trabajar el control de pensamientos automáticos, y reducir sintomatología ansiosa. Para ello utilizamos una técnica de distracción (Roca, 2015). Se comienza identificando qué es aquello que le produce ansiedad utilizando preguntas tipo: <<“¿Qué sentiste en el cuerpo? ¿qué estabas pensando? o ¿qué conductas llevaste a cabo?”>>. De esta forma se obtuvo información sobre los pensamientos, sentimientos y conductas que ha ido narrando, que se relacionan entre sí y dan lugar a una emoción.

Una vez se identifica la causa de la sintomatología ansiosa, se tiene como finalidad modificar el foco atencional para que los pensamientos y emociones den lugar a estímulos que alivien los síntomas. De manera simultánea se practica la psicoeducación tanto para difundir información relevante como para explicar técnicas.

Sesión 8: Se comienza trabajando en la disminución del diálogo interno negativo. Para ello utilizamos el modelo ABC de Ellis (Ellis, 1999). Se le pidió a Ana que identificara eventos que le resultaban desagradables y una vez seleccionados, que indicara qué es aquello que se dice así misma y cuáles son las consecuencias de éstos. Posteriormente, tras identificarlos se buscan alternativas funcionales a las situaciones y verbalizaciones, con el fin de lograr un diálogo interno más adaptativo.

Sesión 9: Tras la sesión anterior donde se logró comprender e identificar las situaciones que provocan malestar, y con ello un diálogo interno más positivo; se utiliza la parada de pensamiento (Bain, 1928), con el objetivo de detener los pensamientos negativos que provocan malestar emocional, sustituyéndolos por otros más adaptativos. El objetivo es aprender a manejar las emociones, así como comprender cómo reducir pensamientos rumiativos negativos sobre sí misma. Por último, se explicó que sería necesario no solo la puesta en práctica en sesión, sino llevarlo a cabo en los contextos amenazantes para poder obtener resultados.

Sesión 10-11: Uno de los objetivos de Ana es mejorar su autoestima, para ello llevamos a cabo el Árbol de los logros, para poder reflexionar sobre aquellas cualidades, virtudes, capacidades y logros obtenidos, teniendo como fin centrar la atención en la parte positiva, además de conocer qué imagen tiene sobre sí misma. Se complementa con psicoeducación sobre autoestima (Branden, 1993) para hacerle conocedora de las diferentes áreas que la componen y cómo interfiere en nuestra vida.

Sesión 12: La aprobación es un aspecto fundamental en la vida de Ana, ya que sus respuestas se basan en el beneplácito del resto. Para ello, a través del diálogo socrático (Partarrieu, 2011) abordamos la importancia de centrarse en las emociones y cómo se siente ella, y la importancia de no trasladar esta función a los demás. Por otro lado, trabajamos la autoestima mediante la Ventana de Johari para conocer cómo cree que la perciben y cómo se percibe ella misma, con el fin de buscar un cambio en lo que le genera malestar.

Sesión 13: La comunicación asertiva es uno de los objetivos a conseguir. Para ello llevamos a cabo el aprendizaje sobre habilidades asertivas de comunicación mediante psicoeducación, haciendo referencia a la importancia del tono, mensaje, tipos de comunicación y emociones cuando se recibe una respuesta, ya que es un factor que le paraliza para iniciar una conversación. Además, se utilizó la sesión para ponerlo en práctica mediante un role – playing y, así vivir la experiencia.

Sesión 14: Se trabajó en psicoeducación sobre la higiene del sueño (Morales Soto, 2009), identificando soluciones a conductas no saludables y conociendo cuales son los beneficios que desarrolla un descanso óptimo. Todo tiene como finalidad una mejora en la calidad del sueño.

Sesión 15: Comenzamos re-aplicando las pruebas psicométricas para conocer la evolución durante la terapia. Además, recordamos aquellas técnicas utilizadas para la mejora de su sintomatología con el fin de recapitular la información importante de cada una de ellas, y poder llevarlas a cabo.

Sesión 16: Se trabajó revisando objetivos e hipótesis de origen y mantenimiento con el fin de observar con detenimiento el progreso. Del mismo modo, se le comentaron los resultados obtenidos

en la sesión post-tratamiento. Además, se identificaron ocasiones en las que pudiese volver su sintomatología para ajustar correctamente el plan de prevención, seleccionando las técnicas de la sesión anterior que mejor se adaptan para poder utilizarlas.

Sesión 17: Durante la sesión se informó a la paciente que debido a su progreso y tras comentarlo con el equipo de Psicolink se llevaría a cabo un espaciamiento de sesiones, teniendo lugar la próxima el siguiente mes, y puntualizando que en caso de sentir una recaída podría ponerse en contacto con nosotros para recurrir a una cita con anterioridad. Por último, comentamos la diferencia entre caída y recaída recalando la importancia de informarnos en caso de que sea necesario.

A continuación, se muestra un cronograma (véase Tabla 8) en el que se recoge un resumen con el número de sesiones de tratamiento, el objetivo a llevar a cabo en cada una de ellas y las técnicas empleadas

Tabla 8

Cronograma de las sesiones de tratamiento

Nº DE SESIÓN	OBJETIVO	TÉCNICAS
Sesión 6 y 7	- Control de pensamientos automáticos - Disminución de la sintomatología ansiosa	- Técnicas de distracción - Psicoeducación en ansiedad
Sesión 8	- Disminuir el diálogo interno negativo - Aprender a gestionar sus emociones	- Análisis del pensamiento mediante el modelo ABC.
Sesión 9	- Aprender a gestionar sus emociones - Reducir pensamientos rumiativos	- Autorregistro de situaciones negativas. - Parada de pensamiento.
Sesión 10 y 11	Generar autoconocimiento y aumentar autoestima	- Psicoeducación en conocer elementos de la autoestima. - Árbol de los logros.
Sesión 12	- Adquirir herramientas para una gestión funcional de la autoestima - Disminuir la necesidad de aprobación	- Diálogo socrático. - Ventana de Johari.
Sesión 13	- Adquirir un estilo de comunicación asertivo	- Psicoeducación en comunicación asertiva y estilos de habilidades asertivas. - Role - playing.
Sesión 14	- Establecer hábitos saludables en su rutina	- Psicoeducación sobre la higiene del sueño.
Sesión 15	- Evaluación Post tratamiento	- Evaluación de test. - Recapitulación de las técnicas aprendidas.
Sesión 16	- Devolución de resultados y detección de situaciones de riesgo.	- Devolución de información. - Plan de prevención de recaídas.
Sesión 17	- Seguimiento	- Comprobación y supervisión.

Nota. Fuente: elaboración propia

Valoración del Tratamiento

Ana ha tenido una buena adherencia al tratamiento. Desde el comienzo se ha podido observar una actitud proactiva, implicada y con interés acerca de lo que se trataba en sesión. Acudiendo a todas las citas y mostrándose colaboradora con las tareas para casa. Estos aspectos han impulsado a una mejoría, teniendo como resultado la consecución de objetivos. Igualmente, comenta tener en terapia un espacio donde poder ser ella misma, resaltando ser la primera vez que lo encuentra. Este aspecto nos cerciora de haber conseguido forjar una buena alianza terapéutica. Recalca ser para ella muy importante acudir a sesión, ya que lo considera un lugar de aprendizaje, mejora y ventilación emocional, indicando haber adquirido herramientas que en el presente pone en práctica para la reducción de su sintomatología ansiosa. Además, menciona haber desarrollado un patrón más adaptativo de comunicación asertiva, teniendo como efecto una mejora en sus relaciones, asimismo, cuenta seguir trabajando en deshacerse del miedo cuando comunica desde un punto de vista diferente, ya que es conocedora del aumento exponencial de su autoestima cuando lo lleva a cabo. Del mismo modo, transmite que un factor importante para ella es la relación con su madre y su pareja, la cuales se han visto mejoradas desde que acude a sesión.

Entre las dificultades a resaltar, se destaca el cambio de modalidad de terapia durante el periodo de Navidad, realizando las sesiones durante dos semanas en formato online. Dicha forma ha influido en el proceso debido a la falta de intimidad al realizar la sesión en un espacio donde podían estar otras personas. Otro aspecto a recalcar como dificultad ha sido el trabajado en las primera sesiones sobre el locus de control externo, utilizando la capacidad reflexiva de Ana para trabajar hacia un locus de control interno.

A continuación, se mostrarán de manera visual (Figura 1) los resultados obtenidos de la evaluación post - tratamiento donde se expone el avance y mejoría respecto a los resultados pre-tratamiento. Todo ello fue comentado con Ana en la sesión dieciséis para hacerla conocedora del progreso.

Resultados de los cuestionarios y test de evaluación post-tratamiento.STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo

Los resultados de las pruebas de evaluación post-tratamiento indican que la paciente presenta un cambio en la sintomatología ansiosa (Tabla 9). Actualmente, la paciente tras las sesiones ha ido adquiriendo herramientas y habilidades para gestionarla de manera positiva. Asimismo, en comparación con las pruebas de evaluación inicial ha habido una clara mejoría (Figura 1). Se ha podido observar con el paso del tiempo el avance en las propias sesiones; a diferencia de las primeras, Ana puede verbalizar, explicar y sentir la vivencia sin el grado de agitación del principio, ya que ha ido poniendo en práctica todo lo aprendido para bajar los niveles, teniendo como efecto una reducción y control de la situación.

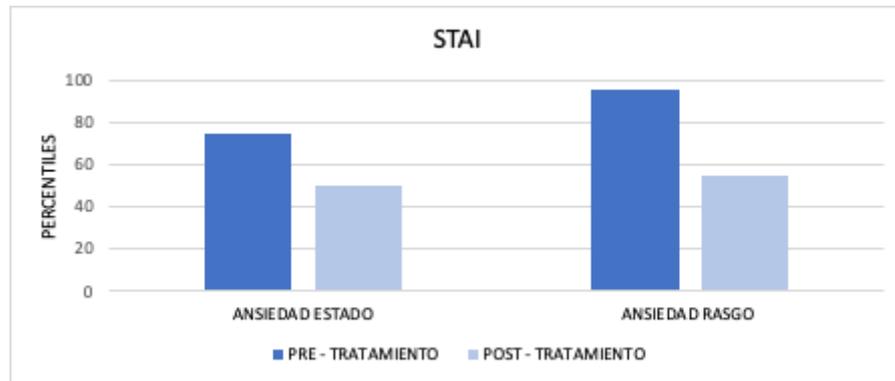
Tabla 9

Resultado post - tratamiento: STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberg et al., 1999)

Puntuación directa	Percentil
Ansiedad Estado (A/E): 21	50
Ansiedad Rasgo (A/R): 26	55

Figura 1

Resultados pre y post - tratamiento: STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberg et al.,1999)



Nota. El gráfico representa las puntuaciones en percentiles de las diferentes clasificaciones de la ansiedad (Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo) en diferentes momentos de la intervención.

BDI: Inventario de depresión de Beck-II

En referencia a la sintomatología depresiva y de acuerdo con el resultado obtenido, se puede observar un avance a depresión leve (Tabla 10). Tras las sesiones se puede apreciar una mejoría transitando de una depresión moderada (pd=25) a obtener una puntuación directa de 15 indicando una depresión leve (Figura 2). Es importante recalcar que la puntuación no es igual de relevante que la valoración subjetiva de Ana al respecto de su sintomatología. Por lo que, se ha de tener en cuenta que en ocasiones las respuestas tienden al extremo debido al malestar con el que se realiza el inventario. Debido al aprendizaje durante la terapia se ha podido disminuir la sintomatología depresiva, ofreciéndole a la paciente herramientas para la detección de sus emociones y de pensamientos negativos, con el fin de mejorar su estado de ánimo.

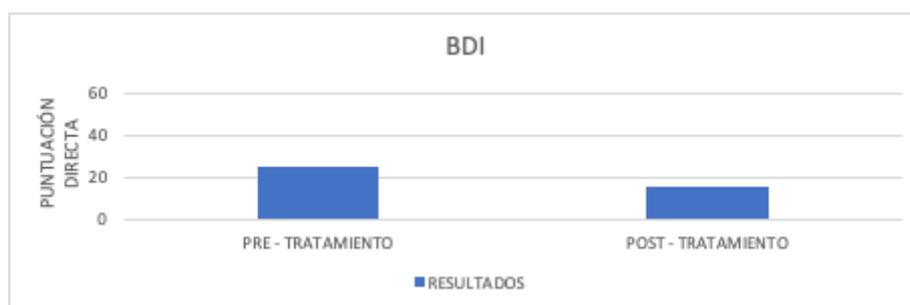
Tabla 10

Resultado post - tratamiento BDI: Inventario de depresión de Beck-II (Beck et al., 1996)

Puntuación directa	Interpretación
15	Depresión leve

Figura 2

Resultados pre y post - tratamiento BDI: Inventario de depresión de Beck-II (Beck et al., 1996)



Nota. El gráfico representa la puntuación directa obtenida por Ana en el inventario de depresión en los diferentes momentos de realización.

Escala de autoestima de Rosenberg

Con el transcurso de las sesiones se puede destacar el aumento de su autoestima obteniendo una puntuación directa de 28, equivalente a una autoestima media (Tabla 11). Se ha de remarcar que la paciente en el primer momento de la realización de la escala obtuvo una puntuación directa de 20 refiriendo una autoestima baja (Figura 3). Ana comenta estar más segura de sí misma y reconocer con facilidad sus miedos, a los que señala sentirse satisfecha cuando se enfrenta a ellos consiguiendo no paralizarse. Llevando a cabo psicoeducación, delimitando las problemáticas y trabajando con las fortalezas la paciente está llevando a cabo uno de sus objetivos.

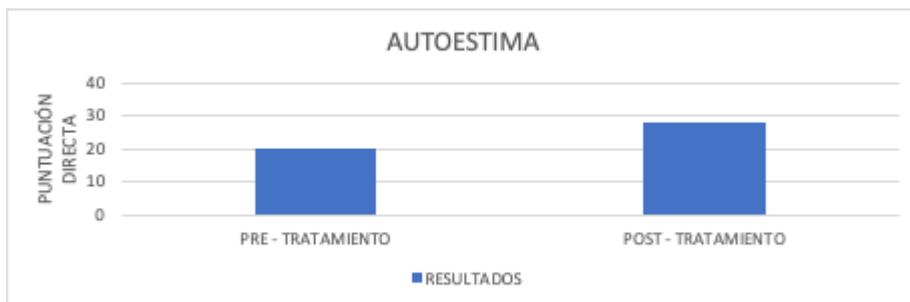
Tabla 11

Resultado post - tratamiento: Escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965)

Puntuación directa	Interpretación
28	Autoestima media

Figura 3

Resultados pre y post - tratamiento: Escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965)



Nota. El gráfico representa la comparación de resultados obtenidos en la escala de autoestima. En el resultado pre - tratamiento Ana obtuvo una baja autoestima (pd=20) y en pos-tratamiento una autoestima media (pd=28).

Cuestionario PSQI

Como se puede observar en la evaluación post-tratamiento la calidad del sueño ha mejorado en comparación con el principio de terapia, obteniendo actualmente un puntuación directa de seis (Tabla 12) en comparación con el resultado pre-tratamiento con puntuación directa de diez (Figura 4). Tras las sesiones y la conciencia sobre la importancia de la higiene del sueño, Ana ha ido

adquiriendo conductas saludables, las cuales sigue poniendo en práctica con el fin de llegar a obtener un sueño reparador y una calidad óptima.

Tabla 12

Resultado post - tratamiento: Cuestionario de Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)

Puntuación directa	Interpretación
6	Calidad de sueño baja

Figura 4

Resultados pre y post - tratamiento: Cuestionario de Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)



Nota. En la gráfica se representan las puntuaciones directas obtenidas sobre la calidad del sueño, teniendo en cuenta el momento de la realización.

Discusión y Conclusiones

En el presente trabajo se profundiza sobre la salud psicológica y las consecuencias derivadas de ésta. Se tiene en cuenta el valor de la sintomatología ansiosa y depresiva, así como la consecución de objetivos a trabajar, con el fin de encontrar la forma exacta de su reducción.

Tras lo expuesto con anterioridad al respecto de los resultados obtenidos con el proceso terapéutico, se puede considerar que los objetivos establecidos han sido conseguidos a lo largo del proceso, mejorando el estado de ánimo y la sintomatología ansiosa de la paciente. Por lo que se cumple con la hipótesis de origen, lo que declara haber llevado a cabo un buen tratamiento. Aunque, se ha de remarcar que la paciente debe de continuar en la misma actitud en la que se encontraba cuando finalizó el proceso para mantener los resultados obtenidos.

A lo largo de nuestra vida, según Cardila et al. (2015), el 20% de los españoles sufriremos algún trastorno mental, siendo los más comunes los trastornos depresivos, con una prevalencia del 3.9% (5.62% para las mujeres y 2.15% para los hombres) (Cardila et al., 2015). Además, la ENSE (2017) concluyó en una muestra representativa de españoles que un 14.1% de las mujeres y un 7.2% de hombres referían sufrir algún problema de salud mental. Concretamente, depresión y ansiedad crónica con valores muy similares entre ellos, siendo la prevalencia de la ansiedad el 6.7%, de los cuales el 9.1% hacían referencia a las mujeres, y el 4.3% a los hombres; y de la depresión, también el 6.7%, de los cuales el 9.2% correspondía a mujeres, y el 4% a hombres (ENSE, 2017). Además, se encontró en un estudio de muestra internacional que la prevalencia de sufrir trastornos depresivos era del 8.56% (Ayuso et al., 2001).

Tras los datos comentados se puede objetar que Ana se encuentra dentro de la particularidad a la que se hace referencia. Para ello, concretamos unos objetivos a llevar a cabo a partir de las hipótesis de origen y mantenimiento. Tal y como se expone en los resultados pre y post tratamiento, se puede confirmar que las técnicas utilizadas cognitivo-conductuales con la ayuda de las pertenecientes a la corriente sistémica tienen efectos positivos en el tratamiento llevado a cabo para erradicar la sintomatología ansiosa-depresiva que presenta Ana.

Un aspecto importante para resaltar es conocer y vivir en primera persona las limitaciones tanto a nivel profesional como personal. Se recalca la importancia de una formación continuada y actualizada, al igual que la necesidad de trabajar en los estigmas que actualmente posee la sociedad

acerca de la salud mental. En cuanto a las limitaciones durante la terapia, es relevante señalar las tareas encomendadas para casa, puesto que a pesar de recomendar durante la sesión cómo se ha de realizar cada una de ellas, únicamente tenemos como demostración las verbalizaciones de cómo la paciente las ha llevado a cabo.

En referencia a posibles líneas futuras se considera importante remarcar que el trabajo llevado a cabo es de caso único, realizado mediante la terapia cognitivo conductual combinada con técnicas de la corriente sistémica. Este tratamiento ha demostrado eficacia con las características que ha presentado la paciente y el número de sesiones utilizadas. Previsiblemente este tipo de terapia podría funcionar en pacientes con características similares, de manera que se adapten las técnicas a su contexto y necesidades, individualizando cada caso.

Tal y como señalan Orgilés Amoros et al. (2003) la terapia cognitivo conductual es una de las mayormente elegidas por los profesionales para llevar a cabo en terapia debido a su eficacia con el fin de erradicar la sintomatología ansioso-depresiva. Tras un estudio en el que se valoraba la eficacia de dicha terapia, Narváez et al. (2008) concluyeron que tras poner en práctica la terapia cognitivo-conductual en pacientes que indicaban rasgos ansiosos y depresivos se obtuvo una mejoría significativa cerciorando la eficiencia de dicho modelo de terapia para suprimir la sintomatología.

En base a la literatura existente remarcar que ha resultado útil dicho tratamiento, demostrando especialmente que la terapia cognitivo-conductual produce resultados beneficiosos en personas con sintomatología ansioso-depresiva, y, por tanto, sí que es una buena metodología para llevar a cabo con pacientes que presenten una sintomatología similar.

A modo de conclusión, parece interesante hacer hincapié en la importancia de dar visibilidad a la salud mental, así pues, la normalización de acudir a terapia con la finalidad de favorecer el bienestar personal. Finalizando, remarcar la confianza depositada en mí, tanto por parte de la paciente como del equipo de Psicolink en poder llevar a cabo el proceso de terapia, contribuyendo a aumentar mi bagaje de cara a la futura práctica clínica, así como en la adquisición de herramientas

imprescindibles para llevar a cabo un buen proceso. Por último, señalar de esta experiencia la oportunidad que se me ha brindado para conocer cuáles son los puntos fuertes y débiles como profesional, y con ello poder seguir mejorando como psicóloga.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Antón V, García P, García M. Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 2016;3(1):40-45.
- Ayuso-Mateos, J.L., Vazquez-Barbero, J.L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O.S., Casey, C., Wilkinson, C., Lasa, L., Page, H., Dunn, G., Wilkinson, G., y the Odin Group (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 179(4), 308-316.
- Barraca, J. (2011). ¿Aceptación o control mental? Terapias de aceptación y Mindfulness frente a las técnicas cognitivo- conductuales para la eliminación de pensamientos intrusos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 37, 43- 63.
- Beck, A. T., Steer, R.A., & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory (BDI-II)* (Vol. 10). Pearson.
- Benavides, P. (2017). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revistapuce*. <https://doi.org/10.26807/revpuce.v0i0.119>.
- Branden, N. (1993). *Poder de la Autoestima*. Paidós Iberica, Ediciones S. A.
- Buyse DJ, Reynolds CF, Monk TH, et al. The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989; 28:193–213.
- Buyse, DJ, Reynolds III, CF, Monk, TH, Berman, SR y Kupfer, DJ (1989). El índice de calidad del sueño de Pittsburgh: un nuevo instrumento para la práctica y la investigación psiquiátrica. *Investigación en psiquiatría*, 28 (2), 193-213.
- Caballo, V.E., Salazar, I.C. y Carrobbles, J.A. (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.

Caballo, Vicente & Salazar, Isabel & Espana, Equipo & Antona, C. & Bas-Sarmiento, Pilar & Irurtia, María & Piqueras, Jose & Salavera, Carlos. (2018). La autoestima y su relación con la ansiedad social y las habilidades sociales. *Behavioral Psychology* 26.23-53.

Capafons, A., (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13(3), 442-446.

Cardila, F., Martos, A., Barragán, A., Pérez-Fuentes, M., Molero, M. y Gázquez, J. (2015). Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. Vol. 5(2), 267-279.

<https://doi.org/10.1989/ejihpe.v5i2.118>.

Compañ, V., Feixas i Viaplana, G., Muñoz Cano, D., & Montesano del Campo, A. (2012). El genograma en terapia familiar sistémica.

Corrales, A., Quijano, N. K., & Góngora, E. A. (2017). Empatía, comunicación asertiva y seguimiento de normas. un programa para desarrollar habilidades para la vida. *Enseñanza e Investigación En Psicología*, 22(1), 58–65. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29251161005>

Feliú, MRT (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 62-69.

Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S. y Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del “Cuestionario de ansiedad estado-rasgo” (STAI) en universitarios. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*, 20, 547-561.

Fullana, M., Fernández, L., Bulbena, A y Toro, J. (marzo, 2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138(5), 215-219.

- Garay, C., Donati, S., Ortega, I., Freiría, S., Rosales, G. y Koutsovitis, F. (2020). Modelos cognitivo-conductuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista de Psicología*, 15(29), 7-21.
- García Alonso, A. (2009). La depresión en adolescentes. *Revista de Estudios de Juventud*, 84(5), 85-104.
- García-Ayala, C. (2016). Comprendiendo la procrastinación con el Modelo ABC de Albert Ellis. *ResearchGate*, 2(1), 7-5.
- Guillén Riquelme, A. (2014). *Validación de la adaptación española del State-Trait Anxiety Inventory en diferentes muestras españolas*. Universidad de Granada.
- González-Martínez, M. T. (1993). Aproximación al concepto de ansiedad en psicología: Su carácter complejo y multidimensional. *Aula*, 5, 9-22. Recuperado de:
<http://revistas.usal.es/index.php/0214-3402/index>
- Hekler, E. (2011). Modelos teóricos actuales del trastorno de ansiedad generalizada (TAG): revisión conceptual e implicaciones en el tratamiento. Recuperado de:
[https://www.academia.edu/19257983/Modelos te%C3%B3ricos actuales del trastorno de ansiedad generalizada TAG revisi%C3%B3n conceptual e implicaciones en el tratamiento?auto=citations&from=cover_page](https://www.academia.edu/19257983/Modelos_te%C3%B3ricos_actuales_del_trastorno_de_ansiedad_generalizada_TAG_revisi%C3%B3n_conceptual_e_implicaciones_en_el_tratamiento?auto=citations&from=cover_page)
- Ibáñez, I., del Pino, A., Olmedo, E., & Gaos, MT (2010). Fiabilidad y validez de una versión Española del Inventario de Depresión de Beck-II en una muestra de la población general canaria. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica y de la Salud*, 18 (1), 35–56.
- Jiménez-Genchi, A., Monteverde-Maldonado, E., Nenclares-Portocarrero, A., Esquivel-Adame, G., & de la Vega-Pacheco, A. (2008). Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del

índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gaceta médica de México*, 144(6), 491-496.

Korman, G.P. & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión, *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 119-145

Loría CJ, Rocha JM, Márquez ÁG. Patrón y calidad subjetiva de sueño en médicos residentes y su relación con la ansiedad y la depresión. *Emergencias*. 2010; 22(1):33-39.

McGoldrick, M. y Gerson, R. (2008). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Gedisa.

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie de informes monográficos 1 - Salud Mental. Disponible en:
<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/ense.htm>.

Miró E, Martínez P, Arriaza R. Influencia de la cantidad y calidad de sueño en el estado de ánimo deprimido. *Salud Mental*. 2006; 29 (2): 30-37.

Morales Soto NR. El sueño, trastornos y consecuencias. *Acta Med Per*. 2009; 26 (1):3-5.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v26n1/a01v26n1.pdf>

Narváez, A., Rubiños, C., Gómez, R., García, A., & Cortés-funes, F. (2008). Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cáncer de mama. *Psicooncología*, 5(1), 93-102.

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Ansiedad*. (2022). Revisado en noviembre de 2021.
Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Orgilés, M., Méndez, F.X., Rosa, A.I. e Inglés, C. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: un análisis de su eficacia. *Anales de Psicología*, 19, 193-204.

Ortiz Granja, G. (2008). *La terapia familiar sistémica*. Universidad Politécnica Salesiana. Ecuador.

Partarrieu, A. (2011). Diálogo socrático en psicoterapia cognitiva. 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. <https://www.aacademica.org/000-052/236>

Pérez, L., Oropeza, R., López, J & De la Roca, J. (2018). Estudio de caso: genograma familiar, diagnóstico para la intervención sistémico familiar en la enfermedad crónica. *Alternativas en psicología*, 39, 8-21.

Pérez-Acosta, A. M., Rodríguez-Sánchez, A., & Vargas, M. C. (2008). Albert Ellis (1913- 2007): Pionero de los modelos mediacionales de intervención [Albert Ellis (1913- 2007): Pioneer of mediational models of intervention]. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 16(2), 341-348.

Roca, E. y Roca, B. (2000). *Cómo tratar con éxito el pánico* (con o sin agorafobia) (2ª ed.). Valencia: Ediciones ACDE.

Sanz, J., (2013). 50 años de los inventarios de depresión de Beck: consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica. *Papeles del Psicólogo*, 34 (3), 161-168.

Sanz, J., Navarro, M. E., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.

Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3), 249-280.

Schauer, M., Neuner, F., Elbert, T., 2011. Narrative Exposure Therapy: A Short Term Treatment for Traumatic Stress Disorders, second ed. Hogrefe Publishing, Cambridge, MA.

<https://doi.org/10.1080/15299732.2013.757689>

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1982). Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo [State/Trait Anxiety Questionnaire]. Madrid: TEA ediciones.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., & Cubero, N. S. (1999). STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Madrid: TEA ediciones.

Subdirección General de Información Sanitaria. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. 2021.

Tapia Gutiérrez, C. y Muñoz Pirce, P. (2019). Línea de vida como recurso narrativo para la formación socioemocional en estudiantes de pedagogía. *Praxis educativa*, 23(2),

1-17. <https://dx.doi.org/10.19137/praxiseducativa-2019-230206>

Téllez, A., Juárez-García, D. M., Jaime-Bernal, L., & García-Cadena, C. (2016). Prevalencia de trastornos de sueño en relación con factores sociodemográficos y depresión en adultos mayores de Monterrey, México. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 95–106.

doi:10.15446/rcp.v25n1.47859

Torres Pardo, B., Rodríguez López, P., Mascarós Álvarez, L., Serra Pla, J. F., Morer Bamba, B., & Tajima Pozo, K. (2017). Manual de Psicología Clínica (Tomo I) (2ª Edición, Vol.1). APIR PSICOLOGÍA.

Vasco Gómez A, Herrera Morales C, Martínez Delgado Y, Junyent i Iglesias E, Pedreira Robles G.

Relación entre calidad del sueño, ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Enferm Nefrol* 2018;21(4):369-76.

Vázquez-Morejón Jiménez, R., Jiménez García-Bóveda, R., & Vázquez Morejón, A. J. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 247-255. ISSN 0213-3334. Disponible en:

<https://idus.us.es/handle/11441/140>

Vázquez, F. L., Muñoz, R., & Becoña, E. Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, 8(3), 417-449, 2000.

Vílchez, M., & Orozco, M. T. (2015). Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en un caso de trastorno obsesivo compulsivo. *Revista De Casos Clínicos En Salud Mental*, 3(1), 79-100.

Apéndice

Apéndice A: *Consentimiento informado*

DATOS DEL CENTRO

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS DE SESIONES DE PSICOTERAPIA

Este documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a la utilización que se realizaría de sus datos de participación en las sesiones de psicoterapia. Léalo atentamente y consulte con el/la terapeuta todas las dudas que se le planteen.

1. INFORMACIÓN ACERCA DE LA RECOGIDA DE DATOS DE LAS SESIONES

Desde el **DATOS DEL CENTRO** ubicado en **DATOS DEL CENTRO** se lleva a cabo una recogida de información de las sesiones de psicoterapia con fines formativos y de desarrollo profesional para los/las terapeutas que realizan su labor en el centro. Los datos recogidos podrán emplearse para el desarrollo de trabajos de investigación.

2. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de formación e investigación y solamente por parte del equipo de terapeutas que desempeña su labor en el centro, guardándose siempre sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información y atendiendo a un estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal.

En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

3. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Si, en el caso de decidir participar y consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la intervención usted desea dejar de participar, rogamos que nos lo comunique y a partir

DATOS DEL CENTRO

de ese momento se dejarán de utilizar sus datos con fines de formación y desarrollo profesional.

4. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Don/Dña. he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de la recogida de datos de las sesiones de psicoterapia y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación, investigación y desarrollo profesional para el equipo de terapeutas del centro.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, consiento en participar y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

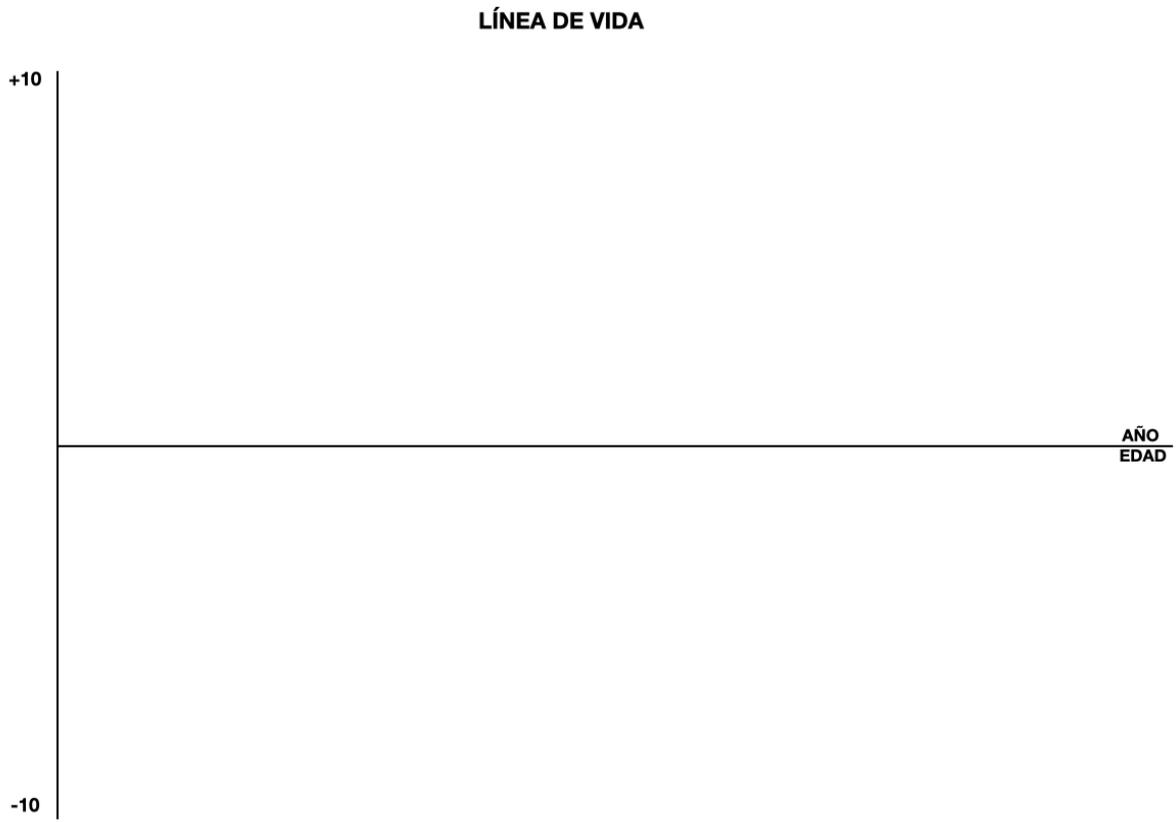
En, a de de 20....

Firmado:

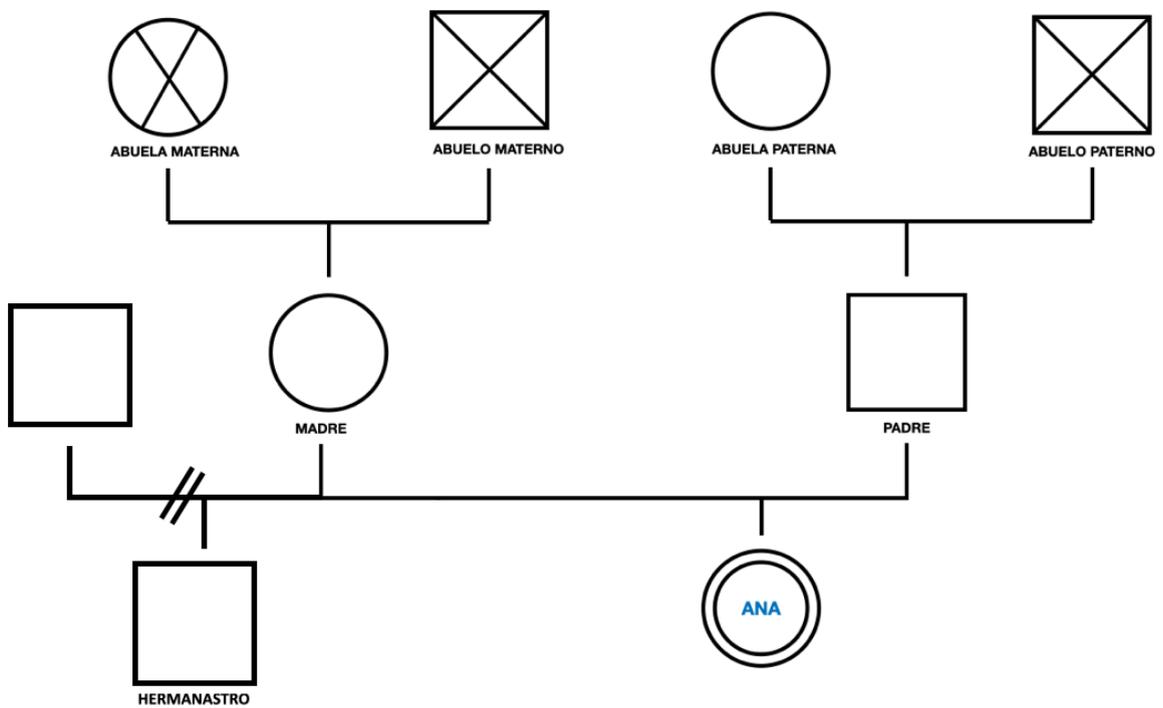
Don/Dña.:



Apéndice B: *Plantilla utilizada en técnica línea de vida*



Apéndice C: *Modelo similar Genograma de Ana*



Apéndice D: Cuestionario Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo (Spielberg et al., 1999)

STAI

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____

A-E

A-R

LEA DETENIDAMENTE LAS INSTRUCCIONES

Seguidamente va a encontrarse con una serie de frases de las que se utilizan para describirse a uno mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor como SE SIENTE USTED EN ESTE MOMENTO. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando aquella respuesta que mejor describa como se siente usted ahora.

RECUERDE = 0 CASI NUNCA, 1 A VECES, 2 A MENUDO, 3 CASI SIEMPRE

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

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES Y HA SEÑALADO UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases

INSTRUCCIONES

A Continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que mejor indique como se SIENTE USTED HABITUALMENTE, EN LA MAYORÍA DE LAS OCASIONES. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa como se siente usted generalmente.

RECUERDE = 0 CASI NUNCA, 1 A VECES, 2 A MENUDO, 3 CASI SIEMPRE

21.- Me siento bien.....	0	1	2	3
22.- Me canso rápidamente.....	0	1	2	3
23.- Siento ganas de llorar.....	0	1	2	3
24.- Me gustaría ser tan feliz como otros.....	0	1	2	3
25.- Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.....	0	1	2	3
26.- Me siento descansado.....	0	1	2	3
27.- Soy una persona tranquila, serena y sosegada.....	0	1	2	3
28.- Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.....	0	1	2	3
29.- Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	0	1	2	3
30.- Soy feliz.....	0	1	2	3
31.- Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.....	0	1	2	3
32.- Me falta confianza en mí mismo.....	0	1	2	3
33.- Me siento seguro.....	0	1	2	3
34.- Evito enfrentarme a las crisis o dificultades.....	0	1	2	3
35.- Me siento triste (melancólico).....	0	1	2	3
36.- Estoy satisfecho.....	0	1	2	3
37.- Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.....	0	1	2	3
38.- Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.....	0	1	2	3
39.- Soy una persona estable.....	0	1	2	3
40.- Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.....	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES Y HA SEÑALADO UNA SOLA RESPUESTA

Apéndice F: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck et al.,1996)

BDI-II

NOMBRE FECHA

EDAD SEXO ESTADO CIVIL

PROFESION ESTUDIOS

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

1. Tristeza 0. No me siento triste habitualmente 1. Me siento triste gran parte del tiempo 2. Me siento triste continuamente 3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo	5. Sentimientos de culpa 0. No me siento especialmente culpable 1. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo 3. Me siento culpable constantemente
2. Pesimismo 0. No estoy desanimado sobre mi futuro 1. Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes 2. No espero que las cosas mejoren 3. Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán	6. Sentimientos de castigo 0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo 1. Siento que puedo ser castigado 2. Espero ser castigado 3. Siento que estoy siendo castigado
3. Sentimientos de fracaso 0. No me siento fracasado 1. He fracasado más de lo que debería 2. Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso 3. Me siento una persona totalmente fracasada	7. Insatisfacción con uno mismo 0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo 1. He perdido confianza en mí mismo 2. Estoy decepcionado conmigo mismo 3. No me gusta
4. Pérdida de placer 0. Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes 1. No disfruto de las cosas tanto como antes 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que he hecho o debería haber hecho 3. No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba	8. Auto-críticas 0. no me critico o me culpo más que antes 1. Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser 2. Critico todos mis defectos 3. Me culpo por todo lo malo que sucede

..... Puntuación Página 1
Continúa en la página siguiente

Copyright por Aaron Beck y The Psychological Corporation. Adaptación española: J. Sanz, M.E. Navarro y C. Vázquez. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

9. Pensamientos o deseos de suicidio 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio. 1. Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo. 2. Me gustaría suicidarme. 3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad	16. Cambios en el patrón de sueño 0. No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño 2a. Duermo algo más de lo habitual 1b. Duermo algo menos de lo habitual 2a. Duermo mucho más de lo habitual 2b. Duermo mucho menos de lo habitual 3a. Duermo la mayor parte del día 3b. Me despierto 1 ó 2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.
10. Llanto 0. No lloro más de lo que solía hacerlo 1. Lloro más de lo que solía hacerlo 2. lloro por cualquier cosa 3. Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo	17. Irritabilidad 0. No estoy más irritable de lo habitual 1. Estoy más irritable de lo habitual 2. Estoy mucho más irritable de lo habitual 3. Estoy irritable continuamente
11. Agitación 0. No estoy más inquieto o agitado que de costumbre 1. Me siento más inquieto o agitado que de costumbre 2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto 3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo	18. Cambios en el Apetito 0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito 1a. Mi apetito es algo menor de lo habitual 1b. Mi apetito es algo mayor de lo habitual 2a. Mi apetito es mucho menor que antes 2b. Mi apetito es mucho mayor que antes 3a. He perdido completamente el apetito 3b. tengo ganas de comer continuamente
12. Pérdida de Interés 0. No he perdido el interés por otras personas o actividades 1. estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades 2. Me he perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas 3. Me resulta difícil interesarme en algo.	19. Dificultad de concentración 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente 2. Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo 3. No puedo concentrarme en nada
13. Indecisión 0. Tomo decisiones más o menos como siempre 1. Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre 2. tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión	20. Cansancio o Fatiga 0. No estoy más cansado o fatigado que de costumbre 1. Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre 2. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer 3. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer
14. Inutilidad 0. No me siento inútil 1. No me considero tan valioso y útil como solía ser 2. Me siento inútil en comparación con otras personas 3. Me siento completamente inútil	21. Pérdida de interés en el sexo 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo 1. Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora 3. He perdido completamente el interés por el sexo
15. Pérdida de energía 0. Tengo tanta energía como siempre 1. Tengo menos energía de la que solía tener 2. No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas 3. No tengo suficiente energía para hacer nada	

..... Puntuación Página 1
..... Puntuación Página 2
..... Puntuación Total (págs. 1+2)

Apéndice G: Escala de la autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965)

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE- α).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de si misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

Apéndice H: Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)

Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño.

Nombre:..... ID#.....Fecha:.....Edad:.....

Instrucciones:

Las siguientes cuestiones solo tienen que ver con sus hábitos de sueño durante el **último** mes. En sus respuestas debe reflejar cual ha sido su comportamiento durante la mayoría de los días y noches del pasado mes. Por favor, conteste a todas las cuestiones.

1.- Durante el último mes, ¿cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?

2.- ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes? (Marque con una X la casilla correspondiente)

Menos de 15 min	Entre 16-30 min	Entre 31-60 min	Más de 60 min

3.- Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?

4.- ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?

5.- Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de:

a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

b) Despertarse durante la noche o de madrugada:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

c) Tener que levantarse para ir al servicio:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

d) No poder respirar bien:

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

e) Toser o roncar ruidosamente:

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

f) Sentir frío:

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

g) Sentir demasiado calor:

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

h) Tener pesadillas o malos sueños:

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

i) Sufrir dolores:

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- j) Otras razones. Por favor descríbalas:**
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- 6) Durante el último mes, ¿cómo valoraría en conjunto, la calidad de su sueño?**
- Muy buena
- Bastante buena
- Bastante mala
- Muy mala
- 7) Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?**
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- 8) Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?**
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- 9) Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el tener ánimos para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?**
- Ningún problema
- Sólo un leve problema
- Un problema
- Un grave problema
- 10) ¿Duerme usted solo o acompañado?**
- Solo
- Con alguien en otra habitación
- En la misma habitación, pero en otra cama
- En la misma cama