



**Universidad
Europea** MADRID

ESTUDIO DE CASO

Trastorno de depresión mayor y ansiedad desde la intervención cognitivo conductual

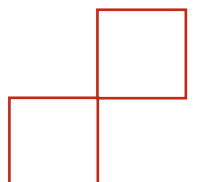
Máster de Psicología General Sanitaria

Autora Noelia Cayuela Rodríguez

Tutora Nerea Amezcua Valmala

Esther Legorgeu Bermejo

28 febrero 2022



Resumen

En el presente estudio se presenta un caso de una persona con diagnóstico de trastorno de depresión mayor y trastorno de ansiedad generalizada y tratada con farmacología por la psiquiatra. Esta persona acude a consulta para recibir tratamiento psicológico. El estudio de este caso comienza con una revisión bibliográfica relacionada al diagnóstico de la paciente y tratamientos que aportan la información necesaria y relevante para ofrecerle la respuesta más adecuada.

Se realiza la evaluación del diagnóstico de trastorno depresión mayor y trastorno de ansiedad generalizada con instrumentos cuantitativos aplicando las escalas BDI-II, STAI y MCMI-IV para conocer su grado de influencia y nivel de gravedad en la paciente. También se practica la evaluación con diferentes instrumentos cualitativos para valorar las características y necesidades individuales e intervenir desde un tratamiento más ajustado a dichas necesidades según el enfoque cognitivo conductual.

La paciente ha realizado hasta el momento 24 sesiones del diseño del tratamiento de una hora cada sesión. La psicóloga valora las mejoras significativas de la paciente después del tratamiento, la psiquiatra le disminuye la medicación y la paciente se incorpora de nuevo a la vida laboral. Por todo ello, se respalda el alcance eficaz del tratamiento basado en el enfoque cognitivo conductual.

Se propone a la paciente continuar con el mantenimiento en las conductas conseguidas, realizar el programa de Terapia Cognitiva basada en Mindfulness en prevención de recaídas en depresión y seguimiento de la paciente a 1, 3 y 6 meses.

Palabras clave

Ansiedad, depresión e Intervención Cognitiva Conductual.

Abstract

The present study presents a case of a person diagnosed with mayor depression disorder and generalized anxiety disorder and treated with pharmacology by the psychiatrist. This person comes to consultation to receive psychological treatment. The study of this case begins with a bibliographic review related to the diagnosis of the patient and treatments that provide the necessary and relevant information to offer the most appropriate response.

The diagnosis of major depression disorder and generalized anxiety disorder is evaluated with quantitative instruments applying the BDI-II, STAI and MCMI-IV scales to know their degree of influence and level of severity in the patient. Evaluation is also practiced with different qualitative instruments to assess individual characteristics and needs and intervene from a treatment more adjusted to these needs according to the cognitive behavioral approach.

The patient has so far performed 24 treatment design sessions of one hour each session. The psychologist values the significant improvements of the patient after treatment, the psychiatrist decreases the medication and the patient is incorporated back into working life. Therefore, the effective scope of treatment based on the cognitive behavioral approach is supported.

It is proposed to the patient to continue with the maintenance in the behaviors achieved, to carry out the Cognitive Therapy program based on Mindfulness in prevention of relapses in depression and follow-up of the patient at 1, 3 and 6 months.

Keywords

Anxiety, Depression and Cognitive Behavioral Intervention.

Índice

1.	Introducción	6
1.1.	Trastorno de depresión mayor	7
1.1.1.	Conceptualización del trastorno de depresión mayor	7
1.1.2.	Criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor	8
1.1.3.	Comorbilidad	9
1.2.	Trastorno de ansiedad generalizada	10
1.2.1.	Conceptualización de ansiedad	10
1.2.2.	Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada	11
1.3.	Terapia Cognitiva Conductual	12
2.	Identificación del paciente y motivo de consulta	14
2.1.	Datos personales	14
2.2.	Motivo de consulta	14
3.	Estrategias de evaluación	16
3.1.	Temporalización	16
3.2.	Instrumentos de evaluación.....	16
4.	Formulación clínica del caso.....	21
4.1.	Análisis psicológico del problema	21
4.2.	Análisis funcional del problema.....	23
4.3.	Hipótesis de origen y de mantenimiento	25
4.4.	Conclusiones y descripción de los resultados de la evaluación inicial	27
5.	Tratamiento	30
6.	Valoración del tratamiento.....	34
6.1.	Adherencia al tratamiento	34
6.2.	Consecución de los objetivos	34
6.3.	Dificultades en la consecución de los objetivos y adherencia al tratamiento.....	37

7. Discusión y conclusiones.....	38
8. Referencias bibliográficas	42
9. Anexos	48
9.1. Anexo 1. Información en materia de protección de datos de carácter personal.....	48
9.2. Anexo 2. Autorregistro.....	50
9.3. Anexo 3. Inventarios BDI-II, MCMI-IV y escala STAI	54
9.4. Anexo 4. Principios básicos mindfulness.....	64
9.5. Anexo 5. Autoestima.....	65
9.6. Anexo 6. Comunicación asertiva.....	70

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor (APA, 2014)	8
TABLA 2. Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada (APA, 2014)	11
TABLA 3. Temporalización de la evaluación.....	16
TABLA 4. Análisis funcional	23
TABLA 5. Metodología sesión mindfulness	31
TABLA 6. Medidas clínicas en las distintas escalas y evaluaciones	36
TABLA 7. Comparativa Objetivos Puerta Padilla (2011) y Objetivos del Estudio de Caso	39

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Hipótesis de origen y mantenimiento.....	26
FIGURA 2. Línea de vida	27
FIGURA 3. Genograma.....	28
FIGURA 4. Nivel de depresión y ansiedad en las diferentes evaluaciones.....	37

1. Introducción

En primer lugar, es preciso indicar que la depresión es un trastorno mental que afecta aproximadamente al 4,4 % de la población, es decir, a aproximadamente 300 millones de personas. A su vez, se establece que se trata de un trastorno que genera en la vida cotidiana de las personas que la experimentan, un deterioro significativo en la calidad de su propia vida y en la de las personas de su entorno (Organización Mundial de la Salud [OMS] y Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017).

Del mismo modo, se considera que la ansiedad es una condición humana que se desarrolla de forma evolutiva y que aporta ciertas ventajas frente al resto de especies. En concreto, es considerada una respuesta emocional de carácter complejo, la cual se activa ante procesos tanto de evaluación como de reevaluación cognitiva, mediante los que permite a las personas relevar y analizar la información importante sobre una situación, los recursos y el resultado esperado para actuar en consecuencia (Díaz y De la Iglesia, 2019). Por tanto, tiene una función adaptativa.

Con todo, hay ciertas personas que presentan una preocupación y sentimientos de intranquilidad, terror y miedo excesivos dando lugar, así, a lo que se conoce como trastorno de ansiedad (Reyes y De Portugal, 2019).

Por otra parte, hay que tener presente que las situaciones de confinamiento generadas como consecuencia de la pandemia por Covid-19 han supuesto no solo un agravamiento de los síntomas de las personas con ansiedad (Galindo et al., 2019), sino que además ha aumentado de forma significativa el número de casos, puesto que una de cada cinco personas que han sufrido el Covid-19 han experimentado síntomas de ansiedad y depresión por primera vez en sus vidas. Por lo tanto, según Cerdá (2021), en España tras la pandemia por Covid-19, la prevalencia del trastorno depresivo se encuentra en un 6,1 % de las personas, de las cuales, el 8 % son mujeres y el 4,1 % son hombres.

Aun así, hay que tener presente que sin llegar a cumplir con todos los criterios necesarios para ser diagnosticados con trastorno de depresión o de ansiedad, se estima que un 16,5 % de la población general presenta síntomas depresivos y un 28,8 %, síntomas de ansiedad (Cerdá, 2011).

Dicho esto, resulta imprescindible indicar que, para dar respuesta a esta problemática, han ido surgiendo diferentes tipos de tratamientos a lo largo de los últimos años. Un ejemplo de ello sería el tratamiento farmacológico o la Terapia Cognitivo Conductual (TCC en adelante), a través de la cual el psicoterapeuta colabora con las personas que padecen estos trastornos para que sean capaces de relacionar y establecer vínculos entre lo que piensan, lo que sienten y la forma de comportarse que presentan (Antón-Menárguez et al., 2016). En concreto, se considera que puede ofrecer múltiples ventajas para dar respuesta a personas con este tipo de trastornos.

Así pues, se establece que los trastornos de depresión y ansiedad son una serie de trastornos que pueden presentarse por separado o de forma conjunta. En consecuencia y tomando como referencia lo expuesto sobre sus posibles tratamientos en el párrafo anterior, es que a través del presente trabajo se presenta el diseño y resolución de un caso de trastorno de depresión mayor y ansiedad a través de la Terapia Cognitivo Conductual. Respecto a este, se determina que, para su resolución, tal y como se verá más tarde, se ha optado por realizar un análisis funcional de la paciente y desarrollar una intervención a través de la TCC.

1.1. Trastorno de Depresión Mayor

1.1.1. Conceptualización de Trastorno de Depresión Mayor

El trastorno de depresión mayor se considera el trastorno principal de los que se engloban dentro de los trastornos depresivos recabados por el DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014). Se trata de un trastorno del estado de ánimo que tiende a presentarse cuando los sentimientos de pérdida, ira, frustración o tristeza intervienen en el desarrollo funcional de la vida diaria durante periodos prolongados de tiempo.

Además, se determina que se trata de un trastorno mental caracterizado por una pérdida del interés, una tristeza profunda y un amplio conjunto de síntomas físicos, emocionales, del comportamiento y cognitivos que incluyen entre otros el llanto, el retraimiento social, la falta de libido, la irritabilidad, la disminución de la actividad, la fatiga y la pérdida de interés y disfrute hacia las tareas cotidianas (Pérez-Padilla et al., 2017).

Respecto a su origen, se considera que se trata de un aspecto complejo, ya que este puede ser multifactorial y deberse tanto a causas fisiológicas como hormonales y genéticas, así como puede estar provocada por ciertos factores psicosociales (Pérez-Padilla et al., 2017). No obstante, hay que tener en cuenta que cuando se debe a estos últimos, los episodios depresivos suelen presentarse tras la vivencia de un acontecimiento estresante.

Para terminar, resulta imprescindible indicar que para que este trastorno pueda ser diagnosticado debe cumplir con los criterios que se presentan a través del punto siguiente, donde se exponen los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-5 (APA, 2014) para este trastorno.

1.1.2. Criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor

Una vez delimitado lo que se entiende por depresión y en concreto, por trastorno de depresión mayor, se pasa a hacer referencia a los criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor (Tabla 1):

Tabla 1

Criterios Diagnósticos del Trastorno de Depresión Mayor

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los siguientes síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o del placer.

Nota: No incluir síntomas que se puedan atribuir claramente a otra afectación médica.

- “Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días”.
- “Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días”.
- “Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso”.
- “Insomnio o hipersomnia casi todos los días”.
- “Agitación o retraso psicomotor casi todos los días”.
- “Fatiga o pérdida de energía casi todos los días”.
- “Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada”.

- “Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones, casi todos los días”.
 - “Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o plan específicos para llevarlo a cabo”.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afectación médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco
-

Fuente: Adaptado de American Psychiatric Association (2014)

1.1.3. Comorbilidad

Tras delimitar los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor, es preciso indicar que un componente importante a tener en cuenta junto al mismo, es la comorbilidad elevada de este trastorno con otros (Vázquez y Sanz, 1995). En concreto, se considera que el 45,7 % de los pacientes con depresión mayor presentan un trastorno comórbido a este, un 19,9 % llega a presentarlo con dos más y un 8,3 % con tres trastornos más.

Aragonés et al. (2008) señala por su parte que el trastorno de depresión mayor puede presentar comorbilidad con otros trastornos como el trastorno de ansiedad generalizada (55,2 %), el trastorno de somatización (6,6 %), el trastorno de pánico (33,8 %) y la distimia (15,7 %).

Para terminar, tomando como referencia los resultados encontrados por el autor citado en el párrafo anterior, se establece que este trastorno suele estar asociado a la ansiedad y a diferentes combinaciones

sintomatológicas en sus manifestaciones. Por tanto, tratarlos de forma conjunta suele arrojar resultados más positivos en las personas con estos trastornos (Aragón et al., 2008).

En consecuencia, a través del punto siguiente, se pasa a presentar el trastorno de ansiedad generalizada, por ser este con el que mayor comorbilidad presenta y el que la paciente del caso a analizar presenta junto al trastorno de depresión mayor.

1.2. Trastorno de ansiedad generalizada

1.2.1. Conceptualización del trastorno de ansiedad generalizada

Para comenzar, antes de describir que se entiende por trastorno de ansiedad generalizada, es preciso señalar que la ansiedad es un tipo de respuesta emocional que comprende aspectos fisiológicos, motores y cognitivos y que se caracteriza porque suele producirse por estímulos situacionales o externos a la persona, así como por estímulos internos a la misma (Miguel-Tobal, 1990).

De esta forma, una vez definido lo que se entiende por ansiedad, se establece que cuando se habla de trastorno de la ansiedad generalizada se está haciendo referencia a un tipo de trastorno de preocupación excesiva y persistente que se produce sobre diferentes aspectos como puede ser el trabajo o la vida personal de las personas, los cuales son percibidos por las personas como situaciones complejas de control (APA, 2014).

Al mismo tiempo, tomando en cuenta lo expuesto en el DSM-5 (APA, 2014), se establece que este tipo de trastorno suele presentar unos síntomas físicos concretos como inquietud, nerviosismo, fatiga, sensación de excitación, irritabilidad, alteraciones del sueño, tensión muscular, mente en blanco o problemas para concentrarse.

Por último, tal y como se expuso ante lo referente al trastorno de depresión mayor, se pasan a presentar a través del punto siguiente, los diferentes criterios diagnósticos que deben presentarse según el DSM-5 (APA, 2014), para que una persona pueda ser diagnosticada con trastorno de ansiedad generalizada.

1.2.2. Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada

Una vez definido lo que se entiende por trastorno de ansiedad generalizada, se pasa a exponer los diferentes criterios diagnósticos que hay que tener en cuenta a la hora de tratar y diagnosticar a una persona que lo padezca (Tabla 2).

Tabla 2

Criterios Diagnósticos del Trastorno de Ansiedad Generalizada

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- B. El individuo presenta dificultades para controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación que se experimentan se asocian a tres o más de los síntomas que se enumeran a continuación. Además, alguno de los síntomas debe haberse presentado durante más días de los que se han ausentado durante los últimos seis meses. Dichos síntomas son los que se enumeran a continuación:
 - “Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta”.
 - “Fácilmente fatigado”.
 - “Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco”.
 - “Irritabilidad”.
 - “Tensión muscular”.
 - “Problemas de sueño”.
- D. La preocupación, la ansiedad o los diferentes síntomas físicos tienden a causar cierto malestar clínicamente significativo y un deterioro en lo laboral, lo social u otras áreas relevantes vinculadas con el funcionamiento.
- E. La alteración no puede deberse a los efectos fisiológicos de una sustancia ni de ninguna otra afección médica.

- F. La alteración no se puede explicar mejor a través de ningún otro trastorno mental como puede ser la preocupación de presentar ataques de pánico, característica propia de los trastornos de pánico.
-

Fuente: Adaptado de American Psychiatric Association (2014)

1.3. Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

Tal y como se expuso en el punto de introducción, uno de los tratamientos que más ventajas parece estar presentando en el tratamiento de las personas con trastorno de depresión mayor es la TCC. Esta terapia se centra en colaborar con las personas que acuden a consulta para que sean capaces de relacionar y establecer vínculos entre lo que sienten, piensan y la manera que tienen de comportarse (Davidson, 2000), tal y como se expuso previamente. A su vez, se determina que se trata de una terapia que tiene en consideración las vivencias de los pacientes.

En referencia a lo expuesto, Puerta y Padilla (2011) señalan que se trata de una estrategia muy utilizada en el tratamiento de la depresión, cuyos objetivos en el tratamiento de ésta son los que se exponen a continuación (Puerta y Padilla, 2011):

- Disminuir el pensamiento disfuncional.
- Aumentar las habilidades de autocontrol con las que cuenta.
- Optimizar la capacidad de resolución de problemas.
- Mejorar las habilidades sociales e interpersonales.
- Aumentar las tasas de reforzamiento positivo.

Por otra parte, es necesario señalar que, dentro de la TCC, existe una variedad relacionada con la aplicación de esta terapia a través del *Mindfulness*, el cual es considerado una terapia psicológica de tercera generación, dentro de la cual destaca el programa conocido como *Mindfulness-based cognitive therapy*, más conocido por sus siglas como MBCT para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresión (Hernández, 2017).

Al mismo tiempo, en referencia al uso de *Mindfulness* como parte de la TCC, autores como Kuyken et al. (2015) señalan que se trata de una estrategia que permite reducir el riesgo de recaída en pacientes que presentan depresiones recurrentes.

Del mismo modo, entre las ventajas que el uso de estas estrategias presenta en el tratamiento de las personas con trastorno de la depresión mayor y ansiedad, se encuentra la reducción del estrés, de los síntomas afectivos (ansiedad y depresión) y disminución de los pensamientos rumiantes (Sánchez, 2016).

Por otra parte, La utilización de una aplicación “REM, volver a casa” en el teléfono móvil para llevar a cabo el entrenamiento en la práctica formal del mindfulness resulta eficaz para reducir la ansiedad y favorecer una mayor regulación emocional (Orosa-Duarte y col., 2021).

A continuación, se pasa a plantear el estudio del caso de Silvia, una mujer adulta diagnosticada de trastorno de depresión mayor y trastorno de ansiedad generalizada por su psiquiatra y que hasta el momento ha sido tratada con fármacos. A su vez, se establece que dicho estudio se realiza de acuerdo a lo expuesto en la *Guía Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*, con el apoyo del DSM-5, la guía NICE (Instituto Nacional de Excelencia para la Salud y los Cuidados, 2018), y una serie de instrumentos de evaluación que se describen en el apartado correspondiente.

El objetivo de este estudio es evaluar el nivel de depresión y ansiedad que la paciente presenta a través de una serie de instrumentos de evaluación específicos y plantear la intervención a desarrollar desde el enfoque de la TCC.

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

2.1. Datos personales

Los datos personales que se indican sobre la paciente de este estudio de caso son ficticios para salvaguardar su identidad cumpliendo con la Ley Orgánica de Protección de Datos (ver Anexo 1) y para respetar el código deontológico profesional. Se hará referencia a la paciente mediante el nombre de Silvia en lugar de su nombre real.

Silvia es una mujer de 46 años, madre soltera de una hija de 10 años. Trabaja durante 16 años como orientadora en empleo para adolescentes. Silvia posee un nivel de estudios superiores universitarios y un nivel socio-cultural y económico medio. Nació y vivió en Galicia hasta los 17 años cuando se trasladó a vivir a Madrid. Actualmente, se encuentra separada hace siete años del padre de su hija y tiene la custodia de ésta alternando los fines de semana con el padre.

La paciente se encuentra en una situación actual de baja laboral desde junio de 2021 por ansiedad, según refiere Silvia, como consecuencia de la pandemia y por la suma de varios factores estresantes. El tratamiento que recibe actualmente prescrito por la psiquiatra es Brintellix 10mg y Lorazepam 1mg puntual. Cuando Silvia tenía 24 años acudió por primera vez a un centro clínico. El motivo de consulta por el que acudió por primera vez fue por ansiedad, otras por depresión y en ninguna de estas ocasiones recibió diagnóstico ni tratamiento farmacológico.

Motivo de consulta

Silvia acude a consulta el 29 de septiembre de 2021. En esta primera sesión tiene una actitud ansiosa y colaboradora. Verborrea y pide disculpas anticipadas porque tiene mala concentración y puede tener dificultades en no contestar exactamente a lo que la terapeuta le pregunta. Presenta síntomas emocionales de tristeza y pensamientos intrusivos “tengo ganas de morir” pero no con ideación autolítica ni suicida. Acude a consulta porque la paciente refiere que necesita apoyo externo para afrontar la relación conflictiva con el padre de su hija. Silvia considera que en este momento la relación conflictiva que existe con el padre de su hija influya negativamente en el bienestar de ésta. Por este motivo, resalta la importancia de

encontrarse a sí misma y a tomar las decisiones más adecuadas para ser un buen referente para su hija. La paciente refiere que espera obtener de la terapia actual aumentar la autoestima e iniciar nuevas relaciones con otros hombres para interactuar con ellos positivamente.

3. Estrategias de Evaluación

3.1. Temporalización

La estructura del método de evaluación consta de dos partes (Tabla 3). La primera parte constituye la evaluación pretratamiento que se desarrolla antes de iniciar el plan terapéutico. Esta primera parte consta de tres sesiones en las que se aplican los diferentes instrumentos de evaluación, que a posteriori se explican, más una cuarta para comunicar los resultados de dicha evaluación inicial. La finalidad de la evaluación pretratamiento es realizar una evaluación previa a la intervención. El postratamiento y seguimiento se desarrolla al finalizar el plan terapéutico y consta de cuatro sesiones. Dos de estas sesiones se dedican a aplicar los instrumentos de evaluación los cuales analizan las mismas variables de medida: estado de ánimo que se utilizan en la evaluación pretratamiento y las otras dos sesiones se comunican los resultados de éstos a la paciente. La finalidad de la evaluación post-tratamiento es observar los cambios producidos tras la intervención, y de seguimiento para valorar el progreso de la paciente.

Tabla 3

Temporalización de la Evaluación

Fase	Sesión	Estrategia
Evaluación Pretratamiento	3	<i>Instrumentos de evaluación</i>
	1	<i>Resultados</i>
Evaluación Postratamiento	2	<i>Instrumentos de evaluación</i>
	2	<i>Resultados</i>

3.2. Instrumentos de evaluación

Para realizar la evaluación del caso, se hará uso de una serie de instrumentos de evaluación de carácter cualitativo y cuantitativo con el objetivo de lograr un resultado lo más afinado posible sobre las necesidades individuales que esta paciente presenta.

En consecuencia, se considera necesario hacer uso de instrumentos de evaluación que permitan confirmar cuál es la conducta problema que presenta la paciente y aplicarlos de forma adecuada. Dicho esto, se establece que los instrumentos de evaluación seleccionados e implementados en este caso son los que se describen a continuación:

- Entrevista semiestructurada. Esta es definida como un instrumento de evaluación compuesto por una serie de preguntas abiertas y otras cerradas, a través de las cuales se puede recabar información relevante sobre las diferentes áreas a tratar con la paciente, así como identificar rasgos de su historia de vida que sean importantes para el caso, los factores predisponentes del problema, los factores estresantes y los recursos que la paciente presenta para afrontar su situación (Muñoz, 2003). De esta forma, a través de la información recogida durante las dos primeras sesiones se puede plantear la formulación del caso y con ello, el análisis funcional del mismo.
- Autorregistro adaptado al Modelo ABC de Ellis (1962). Este instrumento (ver Anexo 2) permite identificar diferentes pensamientos, emociones y acontecimientos, al mismo tiempo que indica el nivel de ansiedad sobre las relaciones interpersonales. Por tanto, se trata de un instrumento que permite extraer información importante al psicoterapeuta para que este pueda determinar que estrategias utilizar y de qué forma puede contribuir al bienestar de la paciente a través de las interacciones que mantenga con ella en un futuro próximo.

En referencia a este último instrumento, hay que tener presente que se ha optado por el mismo debido a que mediante su uso puede ser la propia paciente quien registre desde su hogar, es decir, en un entorno natural, las conductas a trabajar. A su vez, se considera que esto le proporciona también, la posibilidad de tomar conciencia del tipo de conductas o comportamientos que genera en los momentos en que se presenta la situación problema. De este modo, es preciso indicar que este instrumento ha sido implementado durante todo el proceso terapéutico en que se ha trabajado con la paciente.

Por otro lado, en relación a los instrumentos cuantitativos (ver Anexo 3), se establece que se ha optado por utilizar una serie de escalas que permiten valorar el grado de influencia y gravedad que la paciente presenta

respecto a las variables correspondientes al estado de ánimo como son la ansiedad y la depresión y las variables referentes a la personalidad. Dichas escalas son las que se describen a continuación:

- Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II en adelante). Se trata de un autoinforme que fue propuesto por Beck et al. (1996), siendo tras las modificaciones y validaciones posteriores, uno de los instrumentos más utilizados para el diagnóstico de la depresión. En concreto, se trata de un instrumento compuesto por un total de 21 ítems, tipo Likert. Cada uno de estos ítems presenta a su vez, cuatro respuestas posibles, las cuales van de menor a mayor gravedad (0-3). En concreto, su objetivo es valorar la presencia y gravedad de los síntomas depresivos que pueden presentar las personas adultas y adolescentes mayores de 13 años que hayan sido diagnosticadas en psiquiatría previamente.

Dicho esto, cabe señalar que se trata de un cuestionario cuya implementación temporal va de los 5 a los 10 minutos, en el que los puntos de corte establecidos para la clasificación de las personas que son evaluadas son: 0-13 (mínima depresión), 14-19 (depresión moderada) y de 29-63 (depresión grave). Respecto a esto, Sanz et al. (2003) señalan que a partir de las muestras tomadas sobre la población española se ha podido observar una validez de constructo de 0.68 y una consistencia interna de 0.88 en relación a este instrumento.

- Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI en adelante). Esta escala fue creada y validada para la población española por Spielberger et al. (1982). En concreto, se trata de una escala autoaplicada, cuya finalidad es medir y evaluar (Del Río et al., 2018):
 - El nivel de ansiedad actual, también denominada ansiedad estado. Se define como un estado emocional transitorio, el cual se caracteriza por sentimientos conscientemente percibidos, subjetivos de aprensión y atención y por la hiperactividad del sistema nervioso autónomo.

- El rasgo latente o ansiedad rasgo. Este es definido como una propensión ansiosa, establece relativamente que hace que las personas muestren una mayor tendencia a percibir determinadas situaciones como amenazadoras.
 - En cuanto a la población meta, se considera que está planteada para ser utilizada en la población general adulta y adolescente. Sus puntos de corte establecidos van de 0-19 (ansiedad mínima), 20-28 (ansiedad leve), 29-39 (ansiedad alta) y 40-60 (ansiedad severa).
 - De igual forma, se establece que se trata de un instrumento compuesto por 40 ítems, de los cuales una mitad conforman la subescala rasgo y el resto la subescala estado. Además, se determina que cada ítem puede ser valorado a través de una escala de 4 puntos (0 nada – 3 mucho) y cuya duración de implementación no suele ser superior a los 15 minutos.
 - En muestras de población española posee una consistencia interna que oscila entre 0.90 y 0.93 para la escala de Estado y entre 0.84 y 0.87 para la escala de rasgo (Spielberger et al., 1982).
- El inventario clínico multiaxial de Millon-IV. Se trata de un instrumento que fue diseñado por Millon et al. (2018) y que se describe como un autoinforme cuyo objetivo es evaluar la psicopatología y personalidad de las personas adultas que están recibiendo tratamiento o atención psiquiátrica o farmacológica. A su vez, Millon et al. (2018) señalan que este instrumento presenta unas características concretas que hacen que sea uno de los más utilizados para la evaluación de los aspectos anteriormente señalados. En concreto, dichas características son las siguientes (Millon et al., 2018):
 - Está fundamentada en la teoría evolutiva de la personalidad de Theodore Millon.
 - Evalúa múltiples dominios de acuerdo con los trastornos de la personalidad que se incluyen dentro del DSM-5 y el CIE-10, así como los síndromes clínicos más importantes.
 - Facilita la identificación de problemas clínicos.
 - Está validada de acuerdo a los baremos actuales de la población española.
 - Igualmente, se establece que se trata de una escala cuya duración de implementación va de los 20 a 30 minutos. Está formada por 192 ítems de respuesta verdadero-falso y cuyas

escalas se agrupan de acuerdo a cuatro categorías: patrones de la personalidad, síndromes clínicos graves, patrones clínicos de la personalidad y síndromes clínicos. Del mismo modo, según Millon et al. (2018), se incorporan escalas de facetas Grossman, las cuales han sido adaptadas por primera vez y cuyo diseño tiene como objetivo facilitar la interpretación de puntuaciones elevadas en patología grave y patrones clínicos de la personalidad.

- Por último, en relación a su puntuación de prevalencia, se establece que entre 75 y 85 indica rasgos clínicos de la personalidad y a partir de 85, un nivel de funcionamiento más grave.
- De igual forma, respecto a su fiabilidad y validez, se establece que, tras un estudio llevado a cabo con una muestra alta, la consistencia interna mediante coeficiente alfa varía entre 0.66 y 0.89, mientras que los estudios correlacionales realizados sobre su validez, establecen que esta es de 0.69 (Millon et al., 2018).

Para terminar, resulta imprescindible indicar que estas escalas se han utilizado durante la implementación de la tercera sesión. Además, es necesario tener presente que los resultados de las tres escalas tras los procesos de pretratamiento, postratamiento y seguimiento serán comparados para poder delimitar cuál es la evolución de la paciente.

4. Formulación clínica del caso.

4.1. Análisis psicológico del problema

A continuación, se describe de manera más detallada la información vinculada con la baja regulación emocional y las preocupaciones como principales conductas problemas, en los diferentes ámbitos familiar, de salud, laboral y social relacionados con la paciente.

Silvia es natural de Galicia, donde vive toda su familia. A lo largo de la entrevista expresa que su padre bebía con frecuencia, y verbalmente era agresivo con su madre. El primer episodio conflictivo entre ambos lo recuerda con siete años. A esta edad es internada en un colegio y ve a sus padres los fines de semana. Ella refiere que siente carencia atencional de sus padres, aunque opina que la quieren. Actualmente, mantiene la misma relación conflictiva con su padre que cuando era pequeña y buena relación con su madre. Silvia es la mayor de tres hermanos. Su hermano pequeño sufrió una depresión e ingresó en una clínica. Actualmente, tiene relaciones distantes con sus dos hermanos.

La paciente vive en Madrid con su hija de 10 años. Según refiere Silvia, le agota la relación que mantiene con ella por las conductas disruptivas que ésta demuestra con gritos, portazos... En otras ocasiones, su hija le indica propuestas de cuándo y cómo se tienen que organizar con los quehaceres de la casa y/o actividades de ocio. Silvia refiere que no sabe indicar a su hija con claridad los límites, aun así, mantienen muy buena relación.

La paciente refiere que en el mes de junio de 2021 tiene baja médica por ansiedad y acude por primera vez al psiquiatra quien le medica por depresión. No fuma, lo dejó hace seis años, ni tampoco bebe. Y en cuanto a su alimentación ha acudido recientemente a una nutricionista para ponerse a dieta. Tiene somnolencia y refiere que está fatigada y sin energía la mayor parte del tiempo expresando “tengo ganas de morir” y “quiero descansar”. No realiza ningún deporte. Le gusta leer, ir a museos, viajar, bailar, cocinar, aunque actualmente no las lleva a cabo.

Silvia trabaja durante 16 años como orientadora para adolescentes. La pandemia supuso un aumento muy considerable de carga laboral y cambios profesionales sintiendo en ocasiones presión en el pecho y nudo en la garganta. La relación con sus compañeras y jefe son muy positivas.

Silvia refiere que sufre en dos ocasiones bullying. La primera, escolar cuando tenía trece años, se burlaban de su físico y ella se avergonzaba. La segunda, en la adolescencia por parte de su familia paterna al culparla del apoyo que le ofreció a una prima.

Silvia describe las relaciones con los hombres como abusivas y de acoso desde la infancia hasta la actualidad. Cuando mantiene interacciones que no son agradables le resulta muy difícil decir no y después se siente culpable por no saber poner límites.

A los 34 años conoce al padre de su hija. Silvia rompió la relación cuando su hija tenía 3 años y desde entonces han pasado 8 años. Silvia refiere que es una mala influencia para su hija, a nivel escolar y de salud porque según ella, no participa positivamente en ninguno de los dos ámbitos adecuadamente. Expresa diferentes pensamientos con relación a su expareja: “el padre de mi hija me mira mal”, “el padre de mi hija piensa que lo puedo hacer mejor en cuanto a la higiene de nuestra hija”. Desde el confinamiento mantienen una relación más conflictiva a través de mail y durante 5 meses no son capaces de llegar a un acuerdo para iniciar un tratamiento dental para su hija. Esta actúa como mediadora entre ambos y, según le comenta a Silvia, en año y medio su padre pedirá la custodia. Silvia expresa también los posibles cambios que se producirán: “Estaré menos tiempo con mi hija” “Mi hija se relacionará con las malas influencias de su padre”.

Ella no ha vuelto a mantener una relación de pareja. Actualmente él mantiene una relación estable en convivencia con una mujer con la que su hija no se lleva bien.

Silvia refiere que tiene muchos amigos y amigas. Algunas son de la infancia otros recientemente como la anterior psicóloga, su abogada o mamás del colegio de su hija. Desde el confinamiento ha roto la relación con tres amigas.

Factores estresantes: la pandemia le supuso un aumento considerable de carga laboral, cambios profesionales y mala relación con el padre de su hija durante el confinamiento.

Recursos de la paciente: Cuando siente estrés en el trabajo, acude al médico y busca ayuda en una Fundación y a posteriori al centro clínico donde se le atiende actualmente.

4.2. Análisis funcional del problema

El análisis funcional muestra las variables que provocan baja regulación emocional y las preocupaciones de la paciente y que son importantes a tener en cuenta para diseñar a posteriori un tratamiento lo más adecuado para Silvia (Tabla 4).

Tabla 4

Análisis funcional

ANTECEDENTES	CONDUCTA	CONSECUENTES
LEJANOS	NIVEL COGNITIVO	CORTO PLAZO
Estilo educativo pasivo	pensamientos intrusivos	Bajo estado de ánimo
Bulling escolar	“tengo ganas de morir” “Quiero descansar”	Sintomatología ansiosa
Bulling familiar	pensamientos lectura crítica	Mayor descanso por baja médica remunerada(R-)
Experiencias tempranas en Relaciones de acoso	“El padre de mi hija me mira mal”	Evitación relaciones interpersonales sexuales(R-)
Acontecimientos agresivos verbales del progenitor	“El padre de mi hija piensa que lo puedo hacer mejor”	Abandono diferentes actividades del hogar (R+) de ocio (R-)
Importante carga genética con sintomatología depresiva	pensamientos anticipatorios	
	“cambiará la custodia de mi hija en un año cuando la pida su padre”	
	“Estaré menos tiempo con mi hija”	
	“Mi hija se relacionará con las malas influencias de su padre”	
	rumiaciones	
	Disminución de concentración	
DESENCADENANTES	NIVEL FISIOLÓGICO	Disminución de toma de decisiones(R+)
Pandemia	Fatiga o pérdida de energía	Relaciones interpersonales
Aumento y cambio laboral	somnolencia	
Relación distante y conflictiva	Nudo en la garganta	

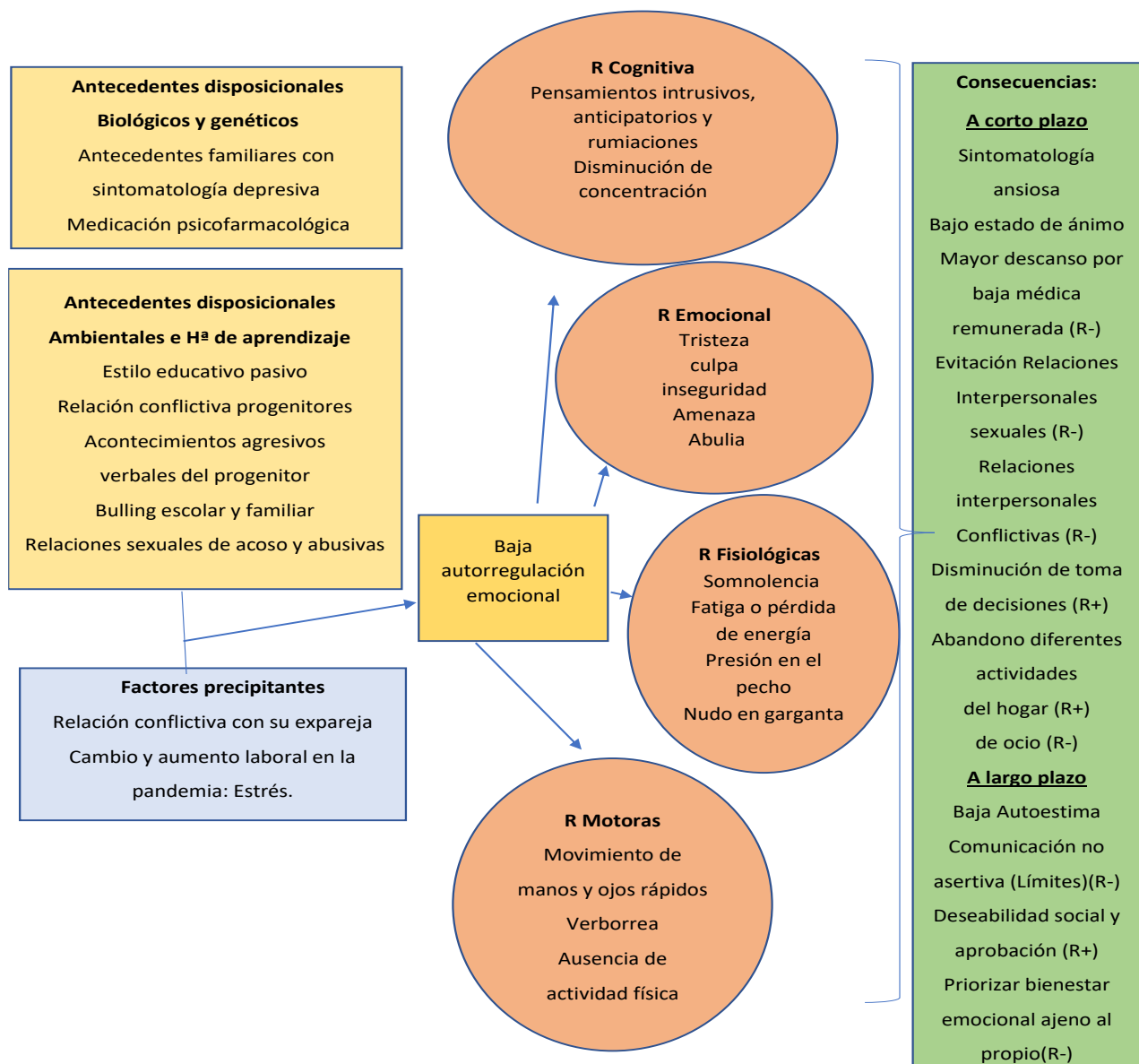
con el padre de su hija	Presión en el pecho	conflictivas (R-)
PRÓXIMOS	NIVEL MOTOR	LARGO PLAZO
Relación conflictiva de progenitores	movimiento rápidos de manos y ojos	Priorizar bienestar emocional
Medicación psicofarmacología prescrita	Verborrea	ajeno al propio(R-)
	Ausencia de actividad física	No comunicar asertivamente
EXTERNOS	NIVEL EMOCIONAL	los límites (R-)
Momentos de estrés	Tristeza	Deseabilidad social y
Momentos de ansiedad	Amenaza	aprobación (R+)
INTERNOS	Culpa	Baja autoestima
Estilo de afrontamiento ansiosa	inseguridad	
	Abulia	

4.3. Hipótesis de origen y de mantenimiento

Según el análisis de secuencia (Figura 1), tras realizar el análisis funcional, se observa que la baja regulación emocional de la paciente podría originarse por el estilo educativo pasivo que recibe en edades muy tempranas. Al no recibir durante su infancia la atención adecuada por parte de sus progenitores y sufrir bullying le genera una gran baja autoestima y una alta necesidad de aprobación y deseabilidad social, priorizando los sentimientos ajenos a los propios y desarrollando estrategias inadecuadas en la comunicación asertiva en las diferentes relaciones interpersonales. Varios factores precipitantes como la aparición de la pandemia, mayor carga laboral y deterioro significativo en la relación con el padre de su hija han podido contribuir al mantenimiento de emociones desagradables y preocupaciones. Al no presentar la paciente estrategias adecuadas para regular las emociones recurre al abandono en realizar actividades de ocio y a relaciones interpersonales inadecuadas. A corto plazo, esta forma de actuar (reforzamiento negativo) provoca bajo estado de ánimo y sintomatología ansiosa. A largo plazo, se mantiene el déficit de regulación emocional y las preocupaciones debido a la falta de habilidades de afrontamiento.

Figura 1

Hipótesis de Origen y Mantenimiento.

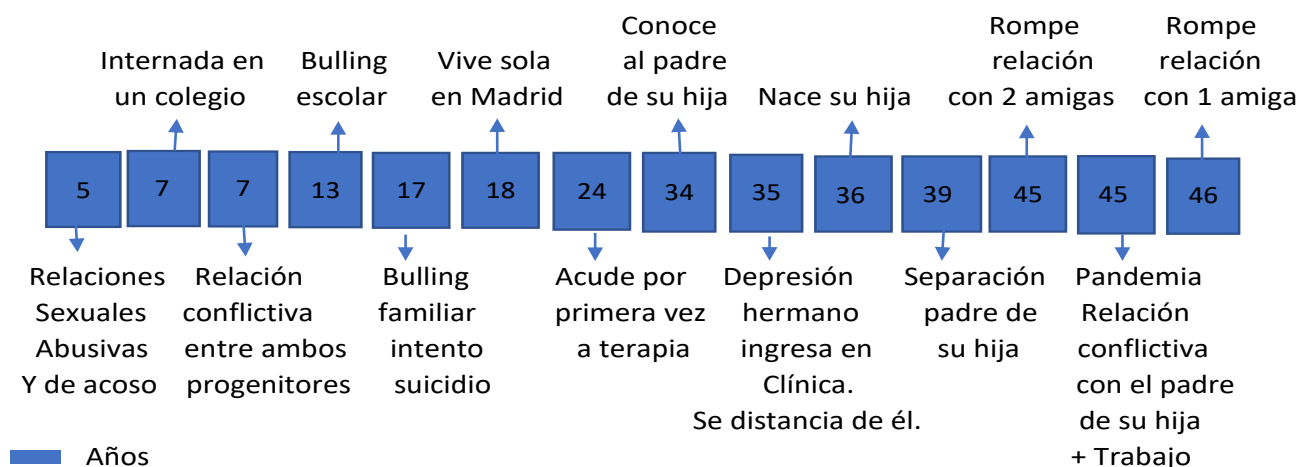


4.4. Conclusiones y descripción de los resultados de la evaluación inicial

La línea de vida ofrece información relevante de la paciente a un solo golpe de vista con la finalidad de valorar las situaciones personales desde su infancia hasta la actualidad (Reyes, 2019). Esta información es recogida por la terapeuta a través de la entrevista. La representación de las relaciones interpersonales de Silvia a lo largo de su vida se puede valorar de forma significativa ya que se observan como abusivas desde la infancia, conflictivas, distantes o más recientemente en relaciones de ruptura (Figura 2).

Figura 2

Línea de Vida

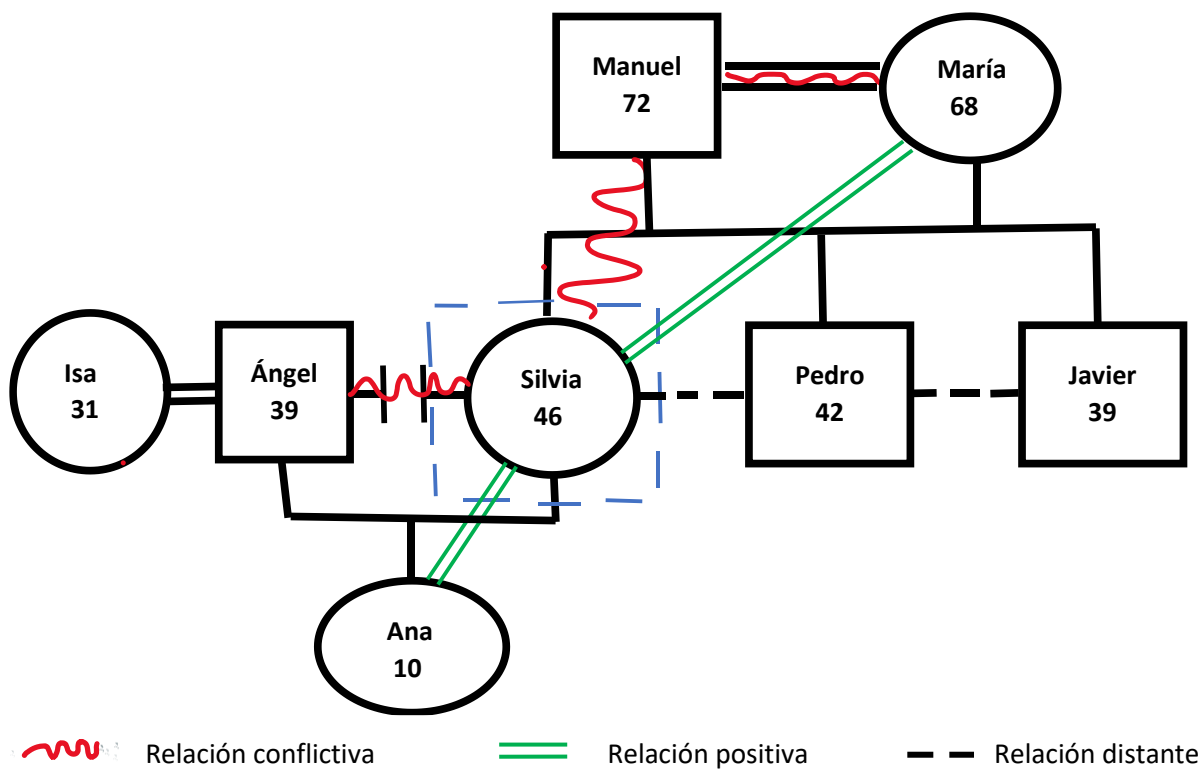


Además, la terapeuta recoge información para realizar el genograma que proporciona la observación de las diferentes relaciones familiares más cercanas a la paciente durante la entrevista (McGoldrick y Gerson, 1997) Silvia mantiene relaciones interpersonales inadecuadas con los hombres más cercanos a ella. La

relación interpersonal con su padre y el padre de su hija son conflictivas y las relaciones con sus hermanos son distantes (Figura 3).

Figura 3

Genograma



A continuación, se valora los resultados en el pre-tratamiento de las diferentes escalas evaluadas, en el inventario BDI-II, en la escala STAI y en el Inventario clínico multiaxial de Millon-IV. Éstos muestran teniendo en cuenta las variables de medida respecto al estado de ánimo (depresión y ansiedad) y de personalidad, que la paciente presenta una depresión grave sin ideación de suicida y ansiedad estado y rasgo por encima de la media. Esto nos indica la presencia de ansiedad en el momento de la evaluación,

así como su tendencia general a experimentar estados de ansiedad y destacando en el patrón clínico histriónico de la personalidad por su resultado significativamente alto por el buscador de atención.

Todos los resultados anteriormente mencionados confirman el diagnóstico de Silvia valorado por la psiquiatra, trastorno de depresión mayor y trastorno de ansiedad, y muestran el nivel grave de depresión y ansiedad destacando la faceta histriónica en la paciente. Como consecuencia de dicha confirmación, el objetivo general es lograr disminuir el nivel de depresión y ansiedad. A partir de los objetivos y necesidades con los que acude Silvia: aumentar la autoestima, afrontar la relación conflictiva con el padre de su hija e iniciar nuevas relaciones con otros hombres para interactuar con ellos positivamente, se acuerdan los siguientes objetivos específicos de forma conjunta entre la terapeuta y la paciente:

- Aumentar la atención en el presente en la vida cotidiana.
- Activar conductas individuales gratificantes y sociales.
- Aumentar la autoestima.
- Mejorar la comunicación asertiva expresando límites.
- Tomar decisiones de forma autónoma.
- Iniciar relaciones interpersonales con el otro sexo.

Las conductas de la paciente que se pretenden cambiar, tanto en la relación intrapersonal para aumentar su autoestima como en la relación interpersonal para adquirir mayor capacidad en habilidades sociales, son para conseguir vínculos más sanos consigo misma y en consecuencia con los demás.

5. Tratamiento

El tratamiento que se aplica desde el enfoque de la TCC consiste en un total de 24 sesiones desarrolladas en una hora cada sesión durante dos días a la semana hasta que se dilataron las sesiones.

Las tres primeras sesiones se dedican a la evaluación inicial o pretratamiento. En la cuarta sesión se explica los resultados de las diferentes escalas de evaluación y el análisis funcional. Se propone como tarea para casa cumplimentar el autorregistro en las relaciones interpersonales que le provoquen ansiedad indicando así, el nivel de ésta, la situación, pensamiento y la emoción (ver Anexo 2).

Desde la quinta hasta la vigésima sesión dura el tratamiento terapéutico. Éste se lleva a cabo dos días a la semana. Se interviene cada semana, una sesión con mindfulness y la otra sesión semanal se dedica a facilitar otras estrategias a la paciente. A continuación, se pasan a detallar:

- En la quinta sesión se inicia el tratamiento con la estrategia de intervención mindfulness. Se realiza durante las sesiones cinco, siete, nueve, once, trece, quince, diecisiete y diecinueve un día por semana durante 8 semanas. Se utiliza la sección PRACTICAR con el programa “REM, volver a casa”. Este es un programa de regulación emocional que ofrece la posibilidad de utilizar tres secciones: ESCUCHAR información y datos referentes al mindfulness, PRACTICAR en el entrenamiento del mindfulness e INTEGRAR la atención a la vida cotidiana. Los contenidos de PRACTICAR la experiencia del mindfulness son los siguientes: “Atención a la respiración o a otro objeto de atención, escáner corporal, enraizamiento, meditación en la postura de los siete puntos, meditación sentada, bondad amorosa, contemplación interpersonal y desarrollar tu práctica personal” (Efsyp, 2016).

A continuación, se detalla la estructura metodológica llevada a cabo en la intervención con mindfulness aplicadas en cada sesión. Se representa más abajo dicha metodología mostrando la estructura en tres contenidos diferentes a intervenir (Tabla 5).

1. Se lleva a cabo un entrenamiento formal en la práctica de la atención plena a través de la sección PRACTICAR, escuchando los contenidos del programa “REM, volver a casa” a través del teléfono móvil. Esta práctica formal entrena a la paciente en cada sesión con un audio de los contenidos

mencionados anteriormente para que observe sin juzgar los pensamientos, emociones, sensaciones corporales y ser consciente de la experiencia presente. Se le propone a la paciente como tarea para casa escuchar el audio una vez al día como mínimo.

2. La terapeuta explica a la paciente a cerca de los principios básicos mindfulness (ver Anexo 4). Éstos hacen referencia a Kabat-Zinn (1990), citado por Grecucci y cols. (2015), quien propone una lista de actitudes y comportamientos que ayudan al desarrollo de la atención plena en la vida cotidiana, y como aplicarlos en la práctica diaria en la propia experiencia de la paciente. Así, cuando la paciente expresa verbalmente pensamientos con lectura interpretativa a cerca de algunas interacciones que se producen con el padre de su hija, la terapeuta propone a la paciente aplicar el principio de no juzgar los pensamientos, sin sacar conclusiones prematuras.
3. La terapeuta propone a la paciente realizar práctica informal de mindfulness, como tarea para casa integrando mindfulness, en la vida cotidiana. Esta práctica consiste en centrar la atención en el presente en conductas de forma progresiva como cepillarse los dientes, ducharse, cocinar, conducir el coche, mantener conversaciones con otras personas... con mente de principiante.

Tabla 5

Metodología Sesión Mindfulness

Práctica formal	Principios mindfulness	Práctica informal
-Entrenamiento "REM, Volver a casa".	- Información.	- Implementación en atender conductas diarias.

- Hasta llegar a las dieciséis semanas del Tratamiento se lleva a cabo las diferentes estrategias de intervención propuestas. Se inician y se desarrollan en las sesiones seis, ocho, diez, doce, catorce, dieciséis, dieciocho y veinte. En la gran mayoría de estas sesiones se propone a Silvia tareas a realizar en casa y a la sesión posterior correspondiente se supervisa estas tareas cumplidas para reforzar verbalmente de forma positiva a la paciente. A continuación, se pasan a describir cada una de ellas:

- La terapeuta entrena en la sesión 8 a la paciente en la toma de decisiones y solución en problemas. Le cuestiona qué posibles alternativas de soluciones puede proponer para elegir la pauta de acción más adecuada basándose en hechos más que en el problema. El ejemplo que va integrando este conocimiento es cuando la paciente plantea qué y cómo responder en un mail al padre de su hija ante un problema de salud de ésta cuando es necesario que entre ambos progenitores acuerden una solución a través de dichos mensajes por mail. La terapeuta le cuestiona posibles alternativas a elegir la acción más adecuada para comunicar al padre de su hija en un mail. En otra sesión, la paciente ha escrito un mail al padre de su hija respondiendo con alternativa de solución ante un conflicto planteado por él en un correo anterior. La paciente solicita feedback a la terapeuta para enviar dicho mensaje. Progresivamente la paciente responde a los mails del padre de su hija de forma autónoma
- Para favorecer la autoestima se proponen actividades que proporcionan a la paciente una visión de sí misma más positiva al ser consciente de sus fortalezas y logros (sesión 10). Algunas actividades se realizan en la sesión y otras se proponen progresivamente como tarea para realizar en casa (ver Anexo 5).
- Se propone activar conductas, realizando, una programación implicando a Silvia en su propio diseño, las actividades diarias y las del fin de semana (sesiones 12 y 14). En sesión se recuerdan las diferentes actividades gratificantes que nombró en la entrevista. Se realiza un listado de actividades individual y sociales. Se refuerza positivamente incrementando las conductas deseables. Se le propone realizar ejercicio físico dos días en semana. La paciente elige realizar baile porque además de ejercicio es una actividad gratificante. Estuvo probando diferentes bailes hasta que le gustó uno para mantener su práctica. Utiliza el humor recordando uno de los bailes que probó donde se utilizaba zapatos con tacón fino y mayas. Las actividades se implementaron progresivamente en sesiones posteriores.
- En la sesión 16 se trabaja vocabulario emocional para aumentar su conocimiento y aplicarlo adecuadamente a posteriori en la comunicación asertiva empática. “Yo me siento...” La

terapeuta propone como actividad para casa leer el libro “Lo bueno de tener un mal día” González, (2020). La paciente expresa en siguientes sesiones que la lectura de este libro le ha facilitado un mayor conocimiento emocional y le favorece también en la comprensión emocional.

- El entrenamiento en comunicación asertiva de forma empática y role-playing de límites durante la sesión 18 se lleva a cabo explicándole cuál es el procedimiento para comunicarse asertivamente: primero se describe la situación ocurrida, explicando cómo se siente en primera persona y proponiendo, por último, a la persona que comunica, que le gustaría llegar a un acuerdo. A continuación, se representa la comunicación asertiva con las interacciones de la paciente con su hija ante conflictos que se producían por conductas disruptivas de ésta. Para llevar a cabo la representación, la terapeuta simboliza a la hija. La terapeuta le propone realizar por escrito como tarea para casa otros ejemplos de comunicación asertiva con otras personas (ver Anexo 6).
- Se propone realizar Exposición en vivo en relaciones interpersonales (sesión 20). Esta estrategia consiste en que la paciente registre antes y después, de una situación en donde se relacione con un hombre, los pensamientos, emociones y el nivel de ansiedad que le provoca. Silvia interacciona con un hombre y es consciente del nivel de ansiedad que le provoca antes de la cita y después de ella a través del autorregistro (ver Anexo 2).

Las siguientes cuatro sesiones se dedican a la evaluación postratamiento.

- En la sesión 21 y 23 se aplican las escalas: BDI-II, STAI y MCMI-IV como evaluación postratamiento y seguimiento y valorar el logro de los objetivos terapéuticos y el mantenimiento de éstos respectivamente.
- En la sesión 22 y 24 se comunican los resultados de las escalas aplicadas correspondientes en las sesiones anteriores.

6. Valoración del tratamiento

6.1. Adherencia al tratamiento

El tratamiento tuvo una duración de 4 meses. La paciente respondió con mayor o menor resultado en la adherencia al tratamiento según el proceso en el que se desarrollaba el tratamiento.

La alianza terapéutica comenzó a establecerse al inicio del proceso terapéutico durante las primeras sesiones. Se considera que la alianza terapéutica fue clave para lograr los objetivos ya que hubo un punto de inflexión en el tratamiento (sesión 15) cuando la paciente cuestionó la relación paciente-terapeuta. Silvia realizó una lectura interpretativa inadecuada de la terapeuta (ver Anexo 2). La paciente manifiesta en este momento desconfianza e incertidumbre, aunque la propia relación terapéutica le permite clarificar las dudas. Esto resultó positivo para afianzar la asistencia a las sesiones y la adherencia al tratamiento, respondiendo positivamente durante todo el resto del proceso terapéutico.

De este modo, se muestra como es importante establecer una buena alianza terapéutica para lograr unos buenos resultados psicoterapéuticos en el tratamiento de la depresión. (Miguel-Alvaro y Panadero, 2021).

6.2. Consecución de los objetivos

La paciente consiguió resultados importantes que se pueden observar en la consecución de los objetivos al terminar el tratamiento y en el seguimiento a través de la expresión verbal que ella comunica a la terapeuta. A continuación, se detallan cada uno de esos objetivos específicos indicando el logro conseguido:

1- Aumentar la atención en el presente en la vida cotidiana

La paciente manifiesta que es consciente de la práctica informal del mindfulness en diferentes momentos del día cuando digiere la comida, se cepilla los dientes, se viste, conduce el coche, en las conversaciones con otras personas. Cuando se incorporó a la vida laboral manifiesta que no se centraba en la tarea y le producía inseguridad, pero pasado un tiempo comenzó a ser consciente que esa inseguridad era provocada por pensamientos anticipatorios “se me va amontonar mucha tarea” “Es demasiada tarea” y dejó de pensarlo para tener mayor atención en la tarea que tenía que desarrollar en ese momento.

2- *Activar conductas individuales gratificantes y sociales.*

La paciente mantiene las actividades individuales realizando ejercicio físico, baile, siguiendo las pautas del nutricionista en la alimentación, duerme aproximadamente 8 horas diarias. Se ha terminado de leer el libro y ha empezado una formación relacionada con su profesión, sale de excursiones con la familia y amigos. Coordina las actividades de autocuidado, individuales y sociales de forma adecuada.

3- *Aumentar su autoestima.*

Cuando la paciente se incorpora al trabajo se sintió al principio insegura pero pasado un tiempo manifestó sentir más confianza en sí misma. En consulta se observó el tono de voz firme, la mirada fija de la paciente hacia la terapeuta cuando la hablaba y su aspecto estaba cuidado.

4- *Adquirir mejor capacidad en la comunicación asertiva*

Silvia expresó a la terapeuta que era capaz de comunicarse más asertivamente. Expresaba los límites a su hija diciéndole que no grite o que no dé portazos cuando se enfadaba. También, le había comunicado asertivamente al padre de su hija que no le cambiaba el régimen de visitas establecido cuando él se lo solicitó.

5- *Tomar decisiones de forma autónoma.*

La paciente se comunicó con el padre de su hija de forma autónoma para llegar acuerdos con él ante decisiones de intervención educativa o salud de su hija (ésta ha empezado el tratamiento bucal).

6- *Iniciar relaciones interpersonales con el otro sexo.*

La paciente había tenido interacciones significativas con dos hombres. La primera fue presencial, una "cita a ciegas" preparada por una amiga. En esta primera relación se sintió contenta, cómoda mientras duró la cita, pero no quiso una segunda cita con este hombre porque consideraba que físicamente no le atraía. La segunda interacción fue con un hombre con el cual estaba manteniendo contacto a través de las redes sociales. Cuando mantuvo la primera conversación por teléfono fue consciente que la estaba engañando en la edad que tenía y no ha vuelto a interactuar con él. Expresa que se comunicó muy asertivamente con él. La sintomatología ansiosa disminuyó

considerablemente, especialmente a la hora de la exposición social según en el autorregistro de las relaciones interpersonales.

Se muestra las puntuaciones de las medidas clínicas llevadas a cabo al inicio, final y seguimiento de la intervención en las diferentes escalas (Tabla 6). Se observa una disminución en los resultados en el BDI-II y STAI comparando en los diferentes momentos de la evaluación. Se puede observar los resultados altos en depresión y ansiedad en el pretratamiento y como se reduce hasta alcanzar nivel mínimo de ambas medidas clínicas en el seguimiento.

Tabla 6

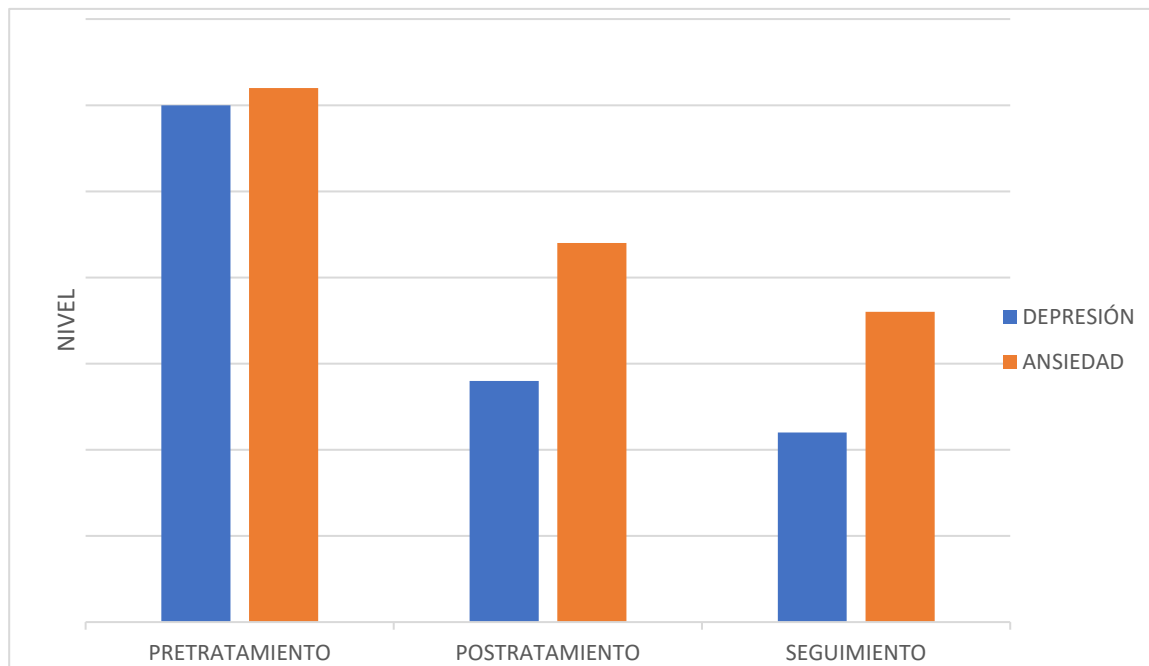
Medidas clínicas en las distintas escalas y evaluaciones.

Escala	Pret- tratamiento	Post-tratamiento	Seguimiento
BDI-II	30	14	11
STAI			
Estado	43	23	17
Rasgo	31	22	18

A continuación, se muestra de forma gráfica el nivel de descendencia en los resultados del BDI-II y STAI transcurrido en las diferentes evaluaciones (Figura 4). En la fase de pretratamiento se observa el nivel grave de depresión y alta en ansiedad, los resultados mostraron el nivel leve de ansiedad y depresión en el postratamiento. En la fase de seguimiento continuaban mostrándose una disminución del nivel mínimo de depresión y de ansiedad mínima.

Figura 4

Nivel de depresión y ansiedad en las diferentes evaluaciones.



6.3. Dificultades en la adherencia al tratamiento y consecución de los objetivos.

Al inicio del proceso terapéutico, la paciente se muestra a nivel fisiológico con fatiga y somnolencia, y, emocionalmente siente abulia. Estas conductas dificultan a la paciente escribir en casa el autorregistro que se le propone cumplimentar. Durante este proceso inicial, la paciente actúa de forma pasiva y la terapeuta dedica al inicio de las sesiones a supervisar y reforzar las tareas, que expresa verbalmente, propuestas para realizar en casa y poder facilitar la adherencia al tratamiento. También la paciente muestra distorsiones cognitivas sobre las estrategias utilizadas por la terapeuta en sesión, posible dificultad en la adherencia al tratamiento si no se hubiese creado una relación terapéutica entre la paciente y la terapeuta adecuada.

Cuando el tratamiento se encuentra en un proceso más avanzado la paciente comienza a registrar por escrito el autorregistro de las relaciones interpersonales (ver Anexo 2) y adoptar un papel más activo colaborando en el cumplimiento del tratamiento.

7. Discusión y conclusiones

Como se ha mencionado en la introducción, las situaciones de confinamiento generadas por Covid-19 han supuesto un agravamiento de los síntomas de las personas con ansiedad (Galindo et al., 2019). Además, ha aumentado de forma significativa el número de casos y la presencia de éstos con síntomas de depresión y ansiedad en la práctica clínica. Un ejemplo de lo comentado, es el estudio de caso presentado en este Trabajo de Fin de Máster.

Tanto el trastorno de depresión mayor como el trastorno de ansiedad generalizada son trastornos que se presentan por separado o de forma conjunta y requieren de la atención de profesionales. El manual DSM-5 presenta los diferentes criterios diagnósticos de ambos trastornos presentados arriba en la introducción. Estos criterios facilitan la información entre los profesionales de la salud para comunicarse en un mismo lenguaje. Además, del DSM-V, la *Guía Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*, la guía NICE (Instituto Nacional de Excelencia para la Salud y los Cuidados, 2018), una serie de instrumentos de evaluación, ya explicados con anterioridad en este estudio de caso presentado, y, realizar un análisis funcional de la paciente son apoyos para el profesional de la salud para establecer el tratamiento más adecuado y eficaz para la paciente de forma individualizada.

Con todo, se diseña una intervención a través de la Terapia Cognitiva Conductual.

Tras acordar con la paciente los objetivos terapéuticos, y, en base a lo expuesto en el párrafo anterior, aquí se presentan: aumentar la atención en el presente en la vida cotidiana, activar conductas individuales gratificantes y sociales, aumentar la autoestima, mejorar la comunicación asertiva expresando límites, tomar decisiones de forma autónoma e iniciar relaciones interpersonales con el otro sexo.

Como se ha comentado en la introducción inicial, la TCC según señalan Puerta y Padilla (2011) se trata de una estrategia muy utilizada en el tratamiento de la depresión y cuyos objetivos en el tratamiento de esta son los que se exponen a continuación (Puerta y Padilla, 2011): disminuir el pensamiento disfuncional, aumentar las habilidades de autocontrol con las que cuenta, optimizar la capacidad de resolución de problemas. mejorar las habilidades sociales e interpersonales y aumentar las tasas de reforzamiento positivo.

Se realiza una comparativa con los objetivos terapéuticos del estudio de caso presentado en este Trabajo de Fin de Máster con los objetivos expuestos por los autores anteriormente mencionados (Tabla 7). Infiere de esta comparativa una semejanza entre los objetivos presentados. Con todo, se concluye en coincidir con Puerta y Padilla (2011) en que la TCC se trata de una estrategia muy utilizada en el tratamiento de la depresión. Por todo ello, es adecuado revisar la literatura científica y ser conscientes de su existencia para considerarla como referente.

Tabla 7

Comparativa Objetivos Puerta Padilla (2011) y Objetivos del Estudio de Caso

<i>Objetivos Puerta Padilla (2011)</i>	<i>Objetivos de Silvia</i>
Disminuir el pensamiento disfuncional	Aumentar la atención en el presente
Optimizar resolución de problemas	Mejorar comunicación asertiva, toma decisiones
Mejorar las habilidades sociales	Iniciar relaciones interpersonales con el otro sexo
Aumentar las tasas de reforzamiento positivo.	Activar conductas individuales gratificantes

En el caso que nos ocupa, los resultados que presenta Silvia durante el proceso terapéutico son progresivamente positivos y muestra incrementación en el nivel de actividad de las conductas individuales como sociales en la paciente favorecidas por la tasa de reforzamientos en la implementación de dichas conductas. En la misma línea, el entrenamiento en actividades impulsando positivamente la autoestima favorece la relación intrapersonal. Así mismo, el aumento en la capacidad de la comunicación asertiva y la toma de decisiones de forma autónoma beneficia las habilidades sociales en la paciente y, en consecuencia, Silvia inicia mejores relaciones interpersonales. Así, en efecto, la paciente consigue establecer vínculos más sanos consigo misma y en consecuencia con los demás.

En este sentido, el estudio de caso presentado en este Trabajo de Fin de Máster sugiere que el uso de Mindfulness como una estrategia complementaria en la terapia cognitivo conductual aporta beneficios en términos de disminución en síntomas de depresión y ansiedad. En este caso, se muestra, como se ha

explicado en la introducción inicial, que entre las ventajas que el uso de estas estrategias presenta en el tratamiento de las personas con trastorno de la depresión mayor y ansiedad, se encuentra la reducción del estrés, de los síntomas afectivos (ansiedad y depresión) y disminución de los pensamientos rumiantes (Sánchez, 2016)

En cuanto a las limitaciones, se considera por parte de la paciente la desconfianza, en el uso de forma totalmente autónoma, en la aplicación móvil como estrategia adecuada en la intervención basada en mindfulness y, en resultado, a la práctica eficaz en el entrenamiento formal de la atención plena desde casa. En consecuencia, a la negativa del uso de esta aplicación de forma total e individual en casa, se propone llevar a cabo esta estrategia de forma parcial al inicio de su intervención para que progresivamente se implante su uso de forma total.

En la evaluación de seguimiento al mes transcurrido el tratamiento resulta el nivel mínimo de depresión y ansiedad. Para prevenir en recaídas de depresión, la terapeuta propone a la paciente como refuerzo de las conductas conseguidas llevar a cabo el programa Mindfulness basado en Terapia Cognitiva Conductual en formato grupal. De este modo, la terapeuta seguiría en la línea de investigación al evaluar la evolución de la paciente en el mantenimiento de las conductas logradas en el seguimiento a los 3 y 6 meses.

Por otra parte, los resultados de Silvia son progresivamente positivos teniendo en cuenta la combinación de la Terapia Cognitiva Conductual y el tratamiento farmacológico como intervención eficaz en los trastornos de depresión y ansiedad. La psiquiatra prescribe una reducción en la administración del fármaco y propone la incorporación de la paciente a la vida laboral, hecho que coincide al terminar el tratamiento psicológico. Esto supone cambios importantes y un periodo de adaptación a nuevos estímulos para la paciente y, aun así, muestra una disminución en el nivel de depresión y ansiedad en el postratamiento comparando los datos con los resultados en el pretratamiento. Tal vez, el hecho de los acontecimientos anteriormente descritos, influya negativamente en el nivel de depresión y ansiedad aun siendo resultados positivos como ya se ha expuesto arriba. Dicho esto, resulta imprescindible indicar que, los resultados en el seguimiento siguieron mejorando mostrando un nivel mínimo en depresión y ansiedad.

Con todo lo anteriormente expuesto, el tratamiento resulta ser adecuado al planificarlo como diseño de intervención para Silvia, como caso individual, tras el análisis funcional y los objetivos terapéuticos acordados por la terapeuta y la paciente.

Para finalizar, observar y acompañar durante el proceso terapéutico en el cambio que la paciente experimenta es muy enriquecedor tanto personal como profesionalmente. Se producen conductas muy significativas en este proceso de cambio. Considero la conducta más significativa cuando la paciente expresa: “soy consciente de los pensamientos negativos que tengo y no me reconozco” “Mi cabeza ya ha hecho click”.

8. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Antón-Menárguez, V., García-Marín, P. V. y García-Benito, J. M. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 45-52. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5288640>
- Aragonés, E., Piñol, J. L., y Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atención primaria*, 41(10), 545-551.
- Arias, A. J., Steinberg, K., Banga, A., y Trestman, R. L. (2006). Systematic review of the efficacy of meditation techniques as treatments for medical illness. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 12(8), 817-832.
- Bados López, A., y García Grau, E. (2011). *Habilidades terapéuticas*. OMADO
- Beck, A. T., Steer, R. A., Y Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory (BDI-II)*. Pearson.
- Beyeback, M. y Herrero, M. (2016). *200 Tareas en terapia breve*. Herder.
- Bianchi, J. y Muñoz, A. (2014). Activación conductual: revisión histórica, conceptual y empírica. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(2), 83-93.
- Bonet, J. V. (1997). *Sé amigo de ti mismo: manual de autoestima*. Editorial Sal Terrae.
- Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Editorial Siglo XXI.
- Carrillo, G., Marinho, M. L., y Caballo, V. (2003). El papel del análisis funcional del comportamiento en el proceso de elección del tratamiento: un estudio de caso. *Psicología Conductual*, 11(2), 335-350.
- Castanedo, C. (2008). *Seis enfoques psicoterapéuticos*. El Manual Moderno.
- Catanzaro, S. J., Backenstrass, M., Miller, S. A., Mearns, J., Pfeiffer, N. y Brendalen, S. (2014). Predicción de síntomas de angustia emocional por expectativas de regulación del estado de ánimo y rasgos afectivos. *Revista Internacional de Psicología*, 49(6), 471-479.

- Cerdá, J. C. M. (2021). Salud mental en tiempos de pandemia para tiempos sin pandemia. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, 14. <http://www.reesme.com/index.php/REESM-AEESME/article/view/123>
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad*. Editorial Desclée de Brouwer
- Compañ, V., Feixas i Viaplana, G., Muñoz Cano, D. y Montesano del Campo, A. (2012). *El genograma en terapia familiar sistémica*. OMADO. <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/32735?locale=es>
- Davidson, K. M., Norrie, J., Tyler, P., Gumley, A., Tata, P., Murray, H. y Palmer, S. (2000). The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: Results for the borderline personality disorder study of cognitive therapy (Boscot) trial. *Journal of Personality Disorders*, 20, 450-465.
- Del Río, F. J., Cabello, F., Cabello, M. A. y Aragón, J. (2018). Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI). Análisis psicométrico y funcionamiento en una muestra de drogodependientes y controles. *Universitas psychologica*, 17(1), 16-31. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6474241>
- Díaz, I. y De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad. Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42-50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7009167>
- Dzido Marinovich, V. (2020). *Mindfulness ante la ansiedad y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática*. Publicaciones Universidad César Vallejo.
- Efsyp. (2016) "Regulación emocional basada en Mindfulness: Programa REM Volver a casa"[Aplicación móvil]. Google play. <http://remvolveracasa.com/>
- Eisendrath, S. J., Gillung, E., Delucchi, K. L., Segal, Z. V., Nelson, J. C., McInnes, L. A. y Feldman, M. D. (2016). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression. *Psychotherapy and psychosomatics*, 85(2), 99-110.
- Ellis, A. (1962). *Razón y emoción en psicoterapia*. Editorial Desclée de Brouwer
- Farb, N., Anderson, A., Ravindran, A., Hawley, L., Irving, J., Mancuso, E. y Segal, Z. V. (2018). Prevención de la recaída/recurrencia en el trastorno depresivo mayor con terapia cognitiva basada en atención plena o terapia cognitiva. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 86(2), 200.

- Ferguson, A., Dinh-Williams, L. A. y Segal, Z. (2021). *Mindfulness-based cognitive therapy*. American Psychological Association.
- Fernández Liria, A., Rodríguez Vega, B., Muñoz-Sanjosé, A., Palao Tarrero, Á., Bayón Pérez, C., Amador Sastre, B. y Moreno Pérez, A. (2019). Mindfulness y compasión en el Sistema Nacional de Salud. *RIECS*, 4(1). <https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/35743>
- Galindo, O., Ramírez, M., Costas, R., Mendoza, L. A., Calderillo, G. y Meneses, A. (2020). Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de Covid-19 en la población general. *Gaceta médica de México*, 156(4), 298-305. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7725297>
- Gonzalez, A. (2020). Lo bueno de tener un mal día. *Cómo cuidar de nuestras emociones para estar mejor*. Planeta.
- Grecucci, A., Pappaianni, E., Siugzdaite, R., Theuninck, A. y Job, R. (2015). Regulación de la emoción consciente: exploración de los mecanismos neurocognitivos detrás de la atención plena. *BioMed Research International*, 5.
- Hernández, A. (2017). A propósito de un caso. Mindfulness y terapia cognitivo conductual aplicados para el tratamiento de la amaxofobia. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 5(1) 77-97. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6201739>
- Hernández, A., Aguilar, C., y Vallar, F. (2019). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon- IV (MCM-IV)*. Pearson Clinical.
- Instituto Nacional de Excelencia para la Salud y los Cuidados (2018). *Guía NICE*. Publicaciones NIHCE.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, 8(2), 73.
- Keegan, E. Holas, P. (2010). *Cognitive-behavior therapy. Theory and practice. Handbook of integrative clinical psychology, psychiatry and behavioral medicine. Perspectives, practices and research*, 1, 605-630.

- Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D. y Byford, S. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of Mindfulness-Based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 386(9988), 63-73. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62222-4](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62222-4)
- Labrador, F. J. y Crespo, M. (2012). *Psicología clínica basada en la evidencia*. Editorial Pirámides.
- Mairal, J. B. (2010). *Tratamiento de activación conductual para la depresión (TACD). Descripción, técnicas y aplicación*. Publicaciones Colegio Oficial de Psicólogos de CYL.
- Martell, C., Dimidjian, S. y Herman-Dunn, R. (2013). *Activación conductual para la depresión. Una guía clínica*. Editorial Desclée de brouwer
- McGoldrick, M. y Gerson, R. (1997). *Genogramas en la evolución familiar*. Editorial GEDISA.
- Miguel-Alvaro, A. y Panadero, S. (2021). ¿Existe relación entre la alianza terapéutica y el resultado terapéutico en el tratamiento de la depresión? Análisis y revisión. *Psychology*, 11.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Publicaciones MSSSI. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
- Miguel-Tobal, J.J. (1990). *La ansiedad*. Alhambra Universidad
- Miller, J. J., Fletcher, K. y Kabat-Zinn, J. (1995). Seguimiento de tres años e implicaciones clínicas de una intervención de reducción del estrés basada en la meditación de atención plena en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Psiquiatría hospitalaria general*, 17(3), 192-200.
- Millon, T., Grossman, S. y Millon, C. (2015). *Evaluación de Inventario Clínico Multiaxial de Millon-IV. MCMI-IV*. Pearson Clinical.
- Millon, T., Grossman, S. y Millon, C. (2018). *MCMI-IV, Inventario Clínico Multiaxial de Millon*. Pearson Clinical.

- Muñoz, M. (2003). Guía de la entrevista clínica general. Manual Práctico de Evaluación. *Psicológica Clínica*, 1, 273-275.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Trastorno de la Depresión Mayor*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. OPSM. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Orosa-Duarte, Á., Mediavilla, R., Muñoz-Sanjose, A., Palao, Á., Garde, J., López-Herrero, V. y Rodríguez-Vega, B. (2021). Mindfulness-based mobile app reduces anxiety and increases self-compassion in healthcare students: a randomised controlled trial. *Medical Teacher*, 2, 1-21.
- Pérez, M (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis, S.A.
- Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C. y Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista biomédica*, 28(2), 73-98.
- Puerta, J. V. y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión. Una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 8(2). <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/3903329.pdf>.
- Ramel, W., Goldin, P. R., Carmona, P. E. y McQuaid, J. R. (2004). Los efectos de la meditación de atención plena en los procesos cognitivos y el afecto en pacientes con depresión pasada. *Terapia cognitiva e investigación*, 28(4), 433-455.
- Reyes, R. y De Portugal, E. (2019). Trastorno de Ansiedad. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(84), 4911-4917. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7054135>

- Reyes, F. G. (2019). La línea de vida: una técnica de recolección de datos cualitativa. *ECOS DE LA ACADEMIA*, 5(10), 21-29.
- Roca, E. (2014). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. Acde
- Ruiz, E., Salazar, I. C. y Caballo, V. E. (2012). Inteligencia emocional, regulación emocional y estilos/trastornos de personalidad. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20(2).
- Sánchez, R. G. (2016). *Aplicación de la terapia cognitiva basada en mindfulness y compasión a personas en duelo*. Universitat de València.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., y 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.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., & Cubero, N. S. (1999). STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Madrid: TEA ediciones.
- Vázquez, C. y Muñoz, M. (2002). *Entrevista Diagnóstica de adultos*. Madrid: Síntesis.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1995). *Trastornos del Estado de Ánimo. Teorías Psicológicas*. Publicaciones Complutense de Madrid.
https://www.researchgate.net/publication/303637443_Trastornos_del_estado_de_animo_Teorias_psicologicas

9. Anexos

A continuación, se presenta los materiales utilizados más relevantes, complementarios al estudio de caso presentado con sus referencias bibliográficas mencionadas en el apartado correspondiente.

Anexo 1

Información en materia de protección de datos de carácter personal

El/la abajo firmante solicita la prestación propia de los servicios sanitarios objeto de su asistencia. La firma del presente documento supone la aceptación de las condiciones de prestación del servicio de salud en la modalidad que se le sea de aplicación y queda informado del necesario tratamiento de sus datos personales con las finalidades informadas.

DATOS PERSONALES DEL CONTACTO DEL PACIENTE	
Nombre y Apellidos	
DNI / Pasaporte / otros	
Dirección / CP	
Teléfono/s de contacto	
Correo electrónico	
Fecha de nacimiento	
INFORMACIÓN PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable del tratamiento	
Finalidades de tratamiento	<p>Prestación de la asistencia sanitaria: apertura de historia clínica, y cualquier actuación necesaria para la gestión de la prestación del servicio de salud que recibe en nuestro Centro. Gestión de citas y entrega de resultados: podrá recibir llamadas o mensajes de texto o WhatsApp al teléfono y correo facilitado de contacto, suyo o de su representante autorizado, para incidencias relacionadas con las citas o revisiones, recordatorios o comunicarle la disponibilidad de resultados o remitirle a su correo electrónico de forma segura informes o resultados previa petición.</p> <p>En caso de que utilice como vía de comunicación con nuestros profesionales sanitarios el servicio WhatsApp, le recomendamos que lea las condiciones de funcionamiento de la App y que no remita información sensible utilizando ese medio.</p> <p>Gestión de la calidad del servicio: podremos contactarle por teléfono y medios electrónicos, para la realización de encuestas con la finalidad de valorar el grado de satisfacción de nuestros pacientes como parte del proceso de mejora continua y calidad asistencial. En caso de que no facilite los datos requeridos para abrir y mantener su historia clínica no se le podrá prestar la asistencia sanitaria solicitada en base a la relación contractual establecida y cumplimiento legal de la normativa sanitaria y demás normativa que resulte de aplicación.</p> <p>Asimismo, podremos utilizar sus datos de contacto para remitirle información comercial sobre nuestros servicios. Tiene el derecho de oponerse a este tratamiento, si NO desea recibir información comercial sobre nuestros servicios, marque la casilla: <input type="checkbox"/></p> <p>Adicionalmente a las finalidades principales arriba identificadas, podremos tratar sus datos con las siguientes finalidades, siempre y cuando haya manifestado su consentimiento marcando la correspondiente casilla:</p> <p>Informar a sus acompañantes del resultado de pruebas o asistencias realizadas. Si autorizo <input type="checkbox"/></p> <p>Emitir justificantes de asistencia a nuestro centro a favor de sus acompañantes. Si autorizo <input type="checkbox"/></p> <p>Ser llamado por su nombre y apellidos en las salas de espera. Si autorizo <input type="checkbox"/></p>
Conservación	Sus datos serán conservados mientras dure la relación y no solicite la suspensión y, en todo caso, en cumplimiento de plazos legales en ámbito mercantil, fiscal y especialmente los plazos establecidos en normativa de ámbito europeo, estatal o autonómico dictada en materia de regulación sanitaria y de información y documentación clínica y, en cualquier caso, en cumplimiento de plazos legales de prescripción de responsabilidades que resulten de aplicación.
Legitimación	La prestación de la asistencia sanitaria, así como la gestión de citas y resultados, tiene como base de legitimación el art. 6.1.b) de RGPD, al ser un tratamiento de datos necesario para la ejecución de la relación establecida entre el Responsable y paciente en la prestación de servicios sanitarios. En casos excepcionales, se podrán realizar tratamientos de datos para proteger los intereses vitales de los pacientes en base al art. 6.1.c) del RGPD. También se tratarán los datos del paciente en cumplimiento de obligaciones legales aplicables al responsable (ar.6.1c) del RFPD), tanto para su gestión interna y empresarial como las derivadas de la normativa sanitaria aplicable en cada, en particular la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación

	<p>clínica y demás normativa vigente en materia sanitaria que puede consultar en la Disposición Adicional Decimoséptima de la LO 3/2018 de Protección de datos de carácter personal, así como en la normativa desarrollada a nivel autonómico.</p> <p>El tratamiento de sus datos con fines de gestión de la calidad de servicios o con fines comerciales puede considerarse realizado por interés legítimo (Considerando 47 y art. 6.1.f) del RGPD).</p> <p>Por último, el tratamiento de sus datos con las finalidades adicionales se realizará con su consentimiento expreso (art.6.1º) del RGPD.</p>
Cesiones	<p>Cesiones legalmente obligatorias: sus datos podrán ser comunicados a Organismos Públicos con competencia en materia sanitaria y Organismos de la Administración tales como la Agencia tributaria; tribunales en caso de conflicto; autoridades policiales en base a requerimiento formales; autoridades con competencia en materia de inspección; auditores de cuentas en el ejercicio de sus funciones; compañías de seguros en el caso de derivarse responsabilidad civil del Centro.</p> <p>Otras cesiones: En los casos de paciente privados, se prevén cesiones a bancos y cajas de ahorro para el pago de los servicios</p> <p>En el caso de que usted tenga cobertura de seguro de salud pública o privada: Sus datos personales, incluidos los recogidos en su historia clínica, podrán ser remitidos a su entidad aseguradora, mutualidad u otras entidades bajo cuya cobertura se preste la asistencia, para la facturación y pago de la misma. La comunicación se realizaría en el marco propio de la actividad aseguradora para la verificación por parte de su compañía de la cobertura de su póliza y del riesgo asegurado, así como para la prevención del fraude, de conformidad con el consentimiento previamente prestado por usted en la póliza suscrita con su compañía aseguradora.</p> <p>En el caso de que la asistencia se preste en virtud de concierto con otros centros sanitarios o sociosanitarios, ya sean públicos o privados sus datos serán comunicados a los mismos para la facturación de los servicios en los mismos términos anteriormente expresados.</p> <p>Estas cesiones resultan imprescindibles si se acoge a la prestación de cualquier de los servicios mencionados bajo cobertura pública o privada. En caso de ejercer su derecho de oposición, será íntegramente a su cargo como paciente particular el pago de los productos y/o servicios prestados. Igualmente, usted declara conocer el alcance de su cobertura de salud y se hace responsable ante el Centro de los gastos no cubiertos por su aseguradora o empresa.</p>
Impagos	<p>Si es usted paciente privado, le informamos de que en caso de no producirse el pago de nuestros servicios y cumplirse los requisitos previstos en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, los datos relativos al impago podrán ser comunicados a sistemas de información crediticia, en concreto, a ASNEF EQUIFAX.</p>
Derechos de los interesados	<p>Los interesados pueden ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad y la limitación u oposición dirigiéndose a la siguiente dirección: Avda. Reina Victoria, 8 – 2. 28003, Madrid. Los interesados tienen derecho a retirar el consentimiento prestado cuando éste sea la base de legitimación del tratamiento de sus datos, así como a presentar una reclamación ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de datos www.aepd.es) si considera que sus derechos no han sido adecuadamente atendidos.</p>

Fecha y firma

Anexo 2

Autorregistro

DÍA	SITUACIÓN/ INTERACCIÓN ¿Qué ocurre?	PENSAMIENTO ¿Qué pienso antes y después de la interacción?	EMOCIÓN ¿Qué siento antes y después de la interacción? ¿dónde?	ANSIEDAD (0-10)

Fuente. Adaptado al Modelo ABC de Ellis, (1962).

DÍA	SITUACIÓN/INTERACCIÓN ¿Qué ocurre?	PREOCUPACIÓN ¿Qué pienso antes y después de la interacción?	EMOCIÓN ¿Qué siento antes y después de la interacción? ¿Dónde?	ANSIEDAD 0-10
SESIÓN NOELIA	Interpreto q. me está dando cara con respecto a autonomía en el do. mails ex.	Me detiendo verbalmente en el momento. Creo q. soy a sentir en la interacción. Después, siento ira y sensación de injusticia.	RESERVAS hacia la persona INJUSTICIA EXCESO DE EXIGENCIA (Pecho) (Tupia) IRA Y MIEDO	7
SIGUIENTE SESIÓN	Ponemos en común la situación	ANTES: malestar, miedo de perder apoyo psicológico. Me acabo de enfrentar la sit. DESPUÉS: tranquila, miedo	ANTES: MIEDO, FUERZA PARA ENFRENAR LA SIT. DESPUÉS: Me siento más tranquila	2
GESTIONES NEUTRALIZADOR MALGRADO	Tengo q. llamar y hablar con pedicite y odontólogo	ANTES: me da vergüenza dar a conocer la sit. y al = tpo. pienso q. estoy haciendo lo correcto	ANTES: Mucha ansiedad y desesperación sobre por pérdida tiempo. muy presente	8-9
		DESPUÉS: Me da mucho pena tener q. alejar este situación pero es necesario	DESPUÉS: me siento más tranquila pero es peculiarmente agotada Todo el cuerpo	3
SESIÓN NOELIA	Me quedo como en shock por la observación de Noelia	Quiero contrastar esto para poder resolver este cuestión. Quite ser + inteligente de lo q. pensaba.	DESPUÉS: Mucha apoyo me da y hinc. como si algo en mi cerebro rechazara esta opción.	5
REDIOTRA	Raje re al pedicite	Quiero pedir la custodia completa esto no tiene nada que ver de nada	MIEDO irracional sobre todo por lo que puede pasar con	9/5
		DESPUÉS: Es su responsabilidad igual que le hic.	demuelo. En el corazón	


DÍA	SITUACIÓN/INTERACCIÓN ¿Qué ocurre?	PREOCUPACIÓN ¿Qué pienso antes y después de la interacción?	EMOCIÓN ¿Qué siento antes y después de la interacción? ¿Dónde?	ANSIEDAD 0-10
28/11	SMS del padre de Daniele	Inicialmente me no le doy importancia pero desp. siento ansiedad	Mucha ansiedad al final de la jornada	6
		Pienso que no sabe ni donde anda. Después soy por el final que tendrá Daniele.		
28/11	Viene la abuela me dice lo de las tareas y el medicamento	"Ver los tarros desde la ventana" "¿a qué se me colaba?"	ira y enfado primero contra ella pero luego siento malestar conmigo final jornada. siento	8 (connotación)
		" / "	Sensación de faltar de impotencia. Me da por no poder aceptar estos sentimientos.	
29/11	Compartimiento de Daniele y nota colegio	Me enfado por la nota pero decido olvidarlo de forma positiva.	Rabia e impotencia y un poco perdida. fecho	4
30/11	Mexica compartimiento Daniele por chequeo de patermo	Tengo que ayudarlo a gestionar adecuadamente. Es injusto.	Rabia, impotencia, ganas de intervenir. Soledad. Cansante	7
30/11	Daniela médico	Quiero estar mejor pero volver a la normalidad.	Miedo al despido. Impotencia por no poder evolucionar + rápido.	7

AUTORREGISTRO RELACIÓN INTERPERSONAL

DÍA	SITUACIÓN/ INTERACCIÓN ¿Qué ocurre?	PREOCUPACIÓN ¿Qué pienso antes y después de la interacción?	EMOCIÓN ¿Qué siento antes y después de la interacción? ¿dónde?	ANSIEDAD (0-10)
DÍA ANTES	CITA	Me cuesta dormir posibles reacciones puede tener	MIEDO INERTIA DUMBRE DECEPCIÓN CONMIGO MISMA	7
A HORAS ANTES	ARRÉGULARME	¿dónde me pongo?	BOBIO PECHO	6'5
DESPUES	MUY CONTENTA pero cero de atracción física	Un buen día la cita me pareció encantadora intelect. y como persona	MUY CONTENTA	0
CITA TELEFÓNICA	CITA TELEFÓNICA CON UN HOMBRE	Me estaba engañando.	Incompresión, confusión, vergüenza, ajeno CABEZA	0

Anexo 3

Inventarios BDI-II, MCMI-IV y escala STAI




Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____


Estado civil: _____ Profesión: _____ Estudios: _____

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una 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, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que se encuentra 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, elija el número más alto. Asegúrese de leer todas las afirmaciones de cada grupo antes de efectuar la elección. Asegúrese también de no haber elegido más de una respuesta para cada grupo, particularmente en los elementos 16 (cambio en el patrón de sueño) y 18 (cambio en el apetito).

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste habitualmente.</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 Me siento triste continuamente.</p> <p>3 Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desanimado sobre mi futuro.</p> <p>1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.</p> <p>2 No espero que las cosas mejoren.</p> <p>3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas solo empeorarán.</p> <p>3. Sentimientos de fracaso</p> <p>0 No me siento fracasado.</p> <p>1 He fracasado más de lo que debería.</p> <p>2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.</p> <p>3 Me siento una persona totalmente fracasada.</p> <p>4. Pérdida de placer</p> <p>0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.</p> <p>1 No disfruto de las cosas tanto como antes.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>5. Sentimientos de culpa</p> <p>0 No me siento especialmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable constantemente.</p>	<p>6. Sentimientos de castigo</p> <p>0 No siento que esté siendo castigado.</p> <p>1 Siento que puedo ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Insatisfacción con uno mismo</p> <p>0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.</p> <p>1 He perdido confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusta.</p> <p>8. Autocríticas</p> <p>0 No me critico o me culpo más que antes.</p> <p>1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.</p> <p>2 Critico todos mis defectos.</p> <p>3 Me culpo de todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamientos o deseos de suicidio</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.</p> <p>1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.</p> <p>2 Me gustaría suicidarme.</p> <p>3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p> <p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por cualquier cosa.</p> <p>3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p>
--	---



Adaptación española: Jesús Sanz, Carmelo Vázquez
 Beck Depression Inventory – Second Edition. Copyright © 1996 Aaron T. Beck. Copyright de la edición española © 2003 Aaron T. Beck.
 Todos los derechos reservados. Adaptado, reproducido y distribuido por Pearson Educación, S.A., Ribera del Loira, 28 1ª, Madrid 28042



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.

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 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
- 3 Me resulta difícil interesarme en algo.

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.

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.

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.

16. Cambios en el patrón de sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
- 1a 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 levanto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

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.

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.

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.

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.

21. Pérdida de interés por 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.

AVISO: Esta hoja está impresa en tintas azul y negra. Si su copia no es así es que ha sido fotocopiada violando las leyes del copyright.

Puntuación Total

STAI

Apellidos y nombre

Edad Sexo: Varón Mujer Fecha / /

Centro Curso/puesto

Otros datos

A-E		Nada	Algo	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado.	0	1	2	3
2	Me siento seguro.	0	1	2	3
3	Estoy 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 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
A-R		Casi nunca	A veces	A menudo	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	Vejo 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 CON UNA SOLA RESPUESTA.

Este ejemplar está impreso en dos tintas. Si le presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la
 S. A. U. Madrid, España. Prohibida la reproducción total o parcial.



MCMII-IV

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-IV

INSTRUCCIONES

Anote todas sus contestaciones en la hoja de respuestas que se le ha facilitado.

NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.

A continuación figuran frases que pueden describir los sentimientos y actitudes de las personas. Lea cuidadosamente cada frase y responda con la mayor sinceridad posible. No se preocupe si algunas frases le parecen poco frecuentes, describen los sentimientos y actitudes de personas con distintos problemas.

Si está de acuerdo con una frase o cree que le describe, marque con una «X» la casilla (V) (Verdadero). Si no está de acuerdo con una frase o cree que no le describe, marque con una «X» la casilla (F) (Falso). Intente responder a todas las frases, aunque no esté seguro de su respuesta. Si después de intentarlo no es capaz de decidir su respuesta, marque con una «X» la casilla (F) (Falso). No hay un límite de tiempo para responder, pero lo mejor es hacerlo tan rápidamente como le resulte cómodo.

RESPONDA CON LA MAYOR SINCERIDAD Y SERIEDAD POSIBLE.

Para contestar en la hoja de respuestas utilice un lápiz con una goma de borrar. Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego marque con la «X» el otro espacio.

NO ABRA ESTE CUADERNILLO HASTA QUE SE LO INDIQUEN

MCMI-IV

INVENTARIO CLINICO MULTIAXIAL DE MILLON-IV

- | | |
|---|--|
| <p>1 Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana.</p> <p>2 Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.</p> <p>3 Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar.</p> <p>4 Me preocupa que las personas de las que dependo me abandonen.</p> <p>5 Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.</p> <p>6 Raramente exteriorizo los pocos sentimientos que tengo.</p> <p>7 Me cuesta mantener el equilibrio cuando camino.</p> <p>8 Siempre busco oportunidades nuevas que me resulten emocionantes.</p> <p>9 Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.</p> <p>10 Me gusta ser el centro de atención.</p> <p>11 De adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en la escuela o instituto.</p> <p>12 Me da miedo hacerme muy amigo de alguien porque podría acabar sintiéndome ridiculizado o avergonzado.</p> <p>13 Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado.</p> <p>14 Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.</p> <p>15 Si puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo.</p> <p>16 Últimamente he comenzado a sentir deseos de destrozar cosas.</p> <p>17 Las cosas que hoy van bien no durarán mucho tiempo.</p> <p>18 A veces, cuando las cosas empiezan a irme mal, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.</p> <p>19 Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.</p> <p>20 Afronto mis actividades diarias con mucha energía y persistencia.</p> | <p>21 Nunca perdono una ofensa ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado.</p> <p>22 Me siento extremadamente deprimido y triste gran parte del tiempo.</p> <p>23 Siempre tiendo a culparme cuando las cosas van mal.</p> <p>24 Hace mucho tiempo decidí que es mejor tener poca relación con la gente.</p> <p>25 Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y a mi familia.</p> <p>26 Soy una persona socialmente muy reservada y tímida.</p> <p>27 Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón.</p> <p>28 En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo en particular.</p> <p>29 Mi tiempo es más valioso que el de los demás.</p> <p>30 Siempre estoy buscando hacer nuevas amistades y conocer gente nueva.</p> <p>31 Desde hace unas semanas estoy muy nervioso.</p> <p>32 Simplemente, no he tenido la suerte que otras personas han tenido en la vida.</p> <p>33 Las ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.</p> <p>34 Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.</p> <p>35 Intento hacerlo todo tan perfecto como sea posible.</p> <p>36 Mi adicción a las drogas hizo que faltara al trabajo.</p> <p>37 Mi estado de ánimo varía mucho de un día para otro.</p> <p>38 Utilizo mi encanto para conseguir lo que quiero.</p> <p>39 A menudo pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.</p> <p>40 En el pasado me corté o autolesioné a propósito.</p> |
|---|--|

MCCI-IV


INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-IV

- | | | | |
|----|---|----|--|
| 41 | Tengo la sensación de que no duermo, y me levanto tan cansado como al acostarme. | 60 | Prefiero que me digan lo que tengo que hacer en lugar de decidir por mí mismo. |
| 42 | A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes. | 61 | Consumir drogas me ha causado discusiones con mi familia. |
| 43 | Parece que pocas cosas me entristecen o me alegran. | 62 | El recuerdo de una experiencia muy perturbadora sigue presente en mis pensamientos y me obsesiona. |
| 44 | A menudo tengo pensamientos extraños de los que desearía librarme. | 63 | La mayoría de la gente me considera una persona prudente y cuidadosa. |
| 45 | Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber alcohol en exceso. | 64 | Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo. |
| 46 | Hago amistades con mucha más facilidad que la mayoría de la gente que conozco. | 65 | He tenido problemas con la ley un par de veces. |
| 47 | Me da vergüenza el maltrato que sufrí cuando era joven. | 66 | He tenido que ser muy duro con algunas personas para mantenerlas a raya. |
| 48 | Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir. | 67 | Estoy muy seguro de mí mismo. |
| 49 | El año pasado aparecí en la portada de varias revistas. | 68 | La gente intenta hacerme creer que estoy loco. |
| 50 | A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente. | 69 | Me doy atracones de comida un par de veces a la semana. |
| 51 | Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra. | 70 | Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco. |
| 52 | Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo. | 71 | Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste. |
| 53 | Mis actividades cotidianas me animan y motivan. | 72 | Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y entro en pánico. |
| 54 | Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales. | 73 | La gente dice que soy una persona formal y con valores morales. |
| 55 | Desde que sufrí una conmoción cerebral grave, ya no puedo concentrarme en nada. | 74 | Me cuesta controlar mi ira. |
| 56 | Antes la gente decía que me interesaba y me entusiasmaba demasiado por muchas cosas. | 75 | Soy una persona muy optimista. |
| 57 | He perdido el apetito por completo, y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir. | 76 | Años después, aún tengo pesadillas sobre un hecho que fue una amenaza real para mi vida. |
| 58 | Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad. | 77 | Me parece que necesito que alguien me oriente para hacer las cosas. |
| 59 | No puedo sentir mucho placer porque no creo que lo merezca. | 78 | Recientemente he pensado muy en serio en quitarme la vida. |
| | | 79 | Hay mala gente que intenta llevarse el mérito de lo que he hecho o pensado. |

MCCI-IV INVENTARIO CLÍNICO MULTIAIXIAL DE MILLON-IV

- | | | | |
|----|---|-----|---|
| 80 | Últimamente estoy destrozado. | 100 | Creo que provoqué situaciones en las que resulto herido o me siento rechazado. |
| 81 | Consumir drogas puede ser irresponsable, pero en el pasado las he necesitado. | 101 | Me siento profundamente deprimido sin saber por qué. |
| 82 | Soy una persona muy variable, cambio de opinión y sentimientos continuamente. | 102 | La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes. |
| 83 | Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas. | 103 | A menudo disfruto provocando una discusión o una pelea. |
| 84 | Cuando estoy en una fiesta, nunca me aílo de los demás. | 104 | Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, para que nadie pueda aprovecharse de mí. |
| 85 | Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino. | 105 | El consumo de drogas me ha causado muchos problemas. |
| 86 | Algunas veces me provoqué el vómito después de comer. | 106 | A menudo me echan la culpa por cosas de las que no soy responsable. |
| 87 | Soy una persona especial, así que no me importa lo que piensen los demás. | 107 | Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir extremadamente deprimido. |
| 88 | Observo atentamente a mi familia para saber en quién se puede confiar y en quién no. | 108 | A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado deprisa. |
| 89 | Ciertos pensamientos vuelven a mi mente una y otra vez. | 109 | Yo nunca podría arreglármelas solo. |
| 90 | Pocas cosas en la vida me resultan placenteras. | 110 | Mi cabeza no funciona bien desde que hace unos años tuve una lesión cerebral. |
| 91 | Me siento agitado y me cuesta conciliar el sueño porque tengo recuerdos dolorosos dando vueltas en mi cabeza. | 111 | Me siento solo y vacío la mayor parte del tiempo. |
| 92 | A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mi alrededor. | 112 | La gente se burla de mí a mis espaldas. |
| 93 | Nunca he podido dejar de sentir que no valgo nada para los demás. | 113 | Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso. |
| 94 | Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito. | 114 | Estas últimas semanas me he sentido cada vez más triste. |
| 95 | Alguien ha estado intentando controlar mi mente. | 115 | Me enfurezco rápidamente con la gente que me molesta. |
| 96 | La mayoría de las personas que han triunfado han tenido suerte o han sido deshonestas. | 116 | A veces no he podido pasar el día sin tomar drogas. |
| 97 | A menudo irrito a la gente dándoles órdenes. | 117 | Me gusta mucho coquetear. |
| 98 | No he visto un coche en los últimos diez años. | 118 | Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias. |
| 99 | Siempre me siento cohibido y tenso en las reuniones sociales. | 119 | Mis emociones no parecen ser tan intensas como las del resto de la gente. |

MCMII-IV		INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-IV	
120	Me siento débil y cansado la mayor parte del tiempo.	139	Aparte de mi familia, tengo muy pocos amigos íntimos.
121	Ideas extrañas entran en mi mente, dan vueltas y vueltas en mi cabeza, y no desaparecen.	140	La desorganización me hace sentir muy incómodo.
122	Los demás tienen oportunidades que yo no tengo.	141	A menudo critico mucho a la gente que me irrita.
123	Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.	142	Tengo muchas cualidades que los demás querrian tener.
124	He tomado medicación que no me habían recetado.	143	Terribles acontecimientos de mi pasado reaparecen obsesivamente en mis pensamientos y sueños.
125	Mi vida actual todavía se ve afectada por recuerdos e imágenes de algo terrible que me pasó.	144	Sé que he gastado más dinero en droga del que debería.
126	A menudo echo a perder las cosas buenas que me ocurren.	145	A menudo, y antes de darme cuenta, me pongo a gritar enfadado a mis amigos y familiares.
127	Voces malvadas intentan apoderarse de mi mente.	146	Me preocupa que mi cuerpo se desgaste rápidamente.
128	Me siento muy culpable cuando pierdo el control.	147	Está bien burlar la ley si es poco probable que te atrapen.
129	Mi entusiasmo por el trabajo que hago nunca disminuye.	148	Creo que hay una conspiración contra mí.
130	Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, en cierto modo, me he convertido en un alcohólico.	149	Soy una persona solitaria y no me molesta.
131	Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.	150	Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.
132	Animo a los demás a que admiren lo que digo o hago.	151	Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
133	Dejo de hacer cosas si tengo que hacerlas solo.	152	Los castigos nunca me impidieron hacer lo que quería.
134	He intentado suicidarme.	153	Pocas veces creo lo que la gente me dice.
135	Soy una persona miedosa y reservada.	154	Soy una persona muy sociable y extrovertida.
136	A las personas que supuestamente son mis amigos les gustaría hacerme daño.	155	Me entusiasmo con casi todo lo que hago.
137	A menudo me dejo llevar por la rabia y luego me siento muy culpable.	156	Estoy confundido sobre quién soy.
138	A menudo oigo cosas con tanta claridad que me molesta.	157	Odio pensar en el maltrato que sufrí en la infancia.
		158	Nunca infringiría la ley, aunque pudiera salir impune.
		159	Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí.



MCMCI-IV

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAIXIAL DE MILLON-IV

Hoja de respuestas

DATOS DEL SUJETO

Nombre: _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad ____ Sexo V M

Nivel educativo (marque solo el más alto):

<input type="radio"/> Sin estudios	<input type="radio"/> Bachillerato superior o formación profesional
<input type="radio"/> Educación primaria	<input type="radio"/> Diplomatura, licenciatura o titulaciones superiores
<input type="radio"/> Educación secundaria	

Estado civil:

<input type="radio"/> Soltero	<input type="radio"/> Casado	<input type="radio"/> Casado más de una vez
<input type="radio"/> Separado	<input type="radio"/> Divorciado	<input type="radio"/> Viudo
<input type="radio"/> Viviendo en pareja (sin estar casado)	<input type="radio"/> Otros (especificar) _____	

Seleccione cuáles son los dos problemas que más le preocupan o molestan, escriba el número 1 en la casilla que corresponda a su mayor problema, y el número 2 en la casilla que corresponda a su segundo mayor problema:

<input type="checkbox"/> Conyugal o familiar	<input type="checkbox"/> Laboral o académico	<input type="checkbox"/> Soledad
<input type="checkbox"/> Cambios de humor	<input type="checkbox"/> Confianza en mí mismo	<input type="checkbox"/> Enfermedad o cansancio
<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/> Sexualidad
<input type="checkbox"/> Comportamiento antisocial	<input type="checkbox"/> Otro _____	

DATOS DE LA APLICACIÓN

Examinador: _____

Fecha de aplicación ____/____/____ Código identificativo del sujeto: _____

Situación actual:

<input type="radio"/> Paciente ambulatorio sin hospitalización previa	<input type="radio"/> Paciente en centro penitenciario
<input type="radio"/> Paciente ambulatorio con hospitalización previa	<input type="radio"/> Paciente en clínica universitaria
<input type="radio"/> Paciente ingresado en hospital psiquiátrico	<input type="radio"/> Otra _____
<input type="radio"/> Paciente ingresado en hospital general	

Marque la duración del episodio más reciente:

<input type="radio"/> < 1 semana	<input type="radio"/> 1-3 años (cíclico)	<input type="radio"/> Más de 7 años
<input type="radio"/> 1-4 semanas	<input type="radio"/> 1-3 años (continuo)	<input type="radio"/> No aplicable
<input type="radio"/> 1-3 meses	<input type="radio"/> 3-7 años (cíclico)	
<input type="radio"/> 3 meses-1 año	<input type="radio"/> 3-7 años (continuo)	

MCCI-IV
INVENTARIO CLÍNICO MULTIAIXIAL DE MILLON-IV


Hoja de respuestas

Marque con una «X» la casilla (Verdadero) o la casilla (Falso) para elegir su respuesta.

1	V F	26	V F	51	V F	76	V F	101	V F	126	V F	151	V F	176	V F
2	V F	27	V F	52	V F	77	V F	102	V F	127	V F	152	V F	177	V F
3	V F	28	V F	53	V F	78	V F	103	V F	128	V F	153	V F	178	V F
4	V F	29	V F	54	V F	79	V F	104	V F	129	V F	154	V F	179	V F
5	V F	30	V F	55	V F	80	V F	105	V F	130	V F	155	V F	180	V F
6	V F	31	V F	56	V F	81	V F	106	V F	131	V F	156	V F	181	V F
7	V F	32	V F	57	V F	82	V F	107	V F	132	V F	157	V F	182	V F
8	V F	33	V F	58	V F	83	V F	108	V F	133	V F	158	V F	183	V F
9	V F	34	V F	59	V F	84	V F	109	V F	134	V F	159	V F	184	V F
10	V F	35	V F	60	V F	85	V F	110	V F	135	V F	160	V F	185	V F
11	V F	36	V F	61	V F	86	V F	111	V F	136	V F	161	V F	186	V F
12	V F	37	V F	62	V F	87	V F	112	V F	137	V F	162	V F	187	V F
13	V F	38	V F	63	V F	88	V F	113	V F	138	V F	163	V F	188	V F
14	V F	39	V F	64	V F	89	V F	114	V F	139	V F	164	V F	189	V F
15	V F	40	V F	65	V F	90	V F	115	V F	140	V F	165	V F	190	V F
16	V F	41	V F	66	V F	91	V F	116	V F	141	V F	166	V F	191	V F
17	V F	42	V F	67	V F	92	V F	117	V F	142	V F	167	V F	192	V F
18	V F	43	V F	68	V F	93	V F	118	V F	143	V F	168	V F	193	V F
19	V F	44	V F	69	V F	94	V F	119	V F	144	V F	169	V F	194	V F
20	V F	45	V F	70	V F	95	V F	120	V F	145	V F	170	V F	195	V F
21	V F	46	V F	71	V F	96	V F	121	V F	146	V F	171	V F		
22	V F	47	V F	72	V F	97	V F	122	V F	147	V F	172	V F		
23	V F	48	V F	73	V F	98	V F	123	V F	148	V F	173	V F		
24	V F	49	V F	74	V F	99	V F	124	V F	149	V F	174	V F		
25	V F	50	V F	75	V F	100	V F	125	V F	150	V F	175	V F		

Copyright © 2015 DICANDRIEN, Inc. Copyright de la adaptación española © 2018 DICANDRIEN, Inc. Todos los derechos reservados. Adaptación española realizada y distribuida por Pearson Educación, S.A., Ribera del Loira, 16-18, Madrid 28042, con la autorización de NCS Pearson, Inc. (EE. UU.). Pearson es una marca registrada en EE. UU. y/u otros países por Pearson Education, Inc. o sus afiliados. MCCI y Millon son marcas registradas por DICANDRIEN, Inc. ISBN: 978-84-9035-619-7 Depósito legal: M-18802-2018 Impreso por: Impresos Izquierdo, S.A.

Queda rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del Copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento.



Anexo 4

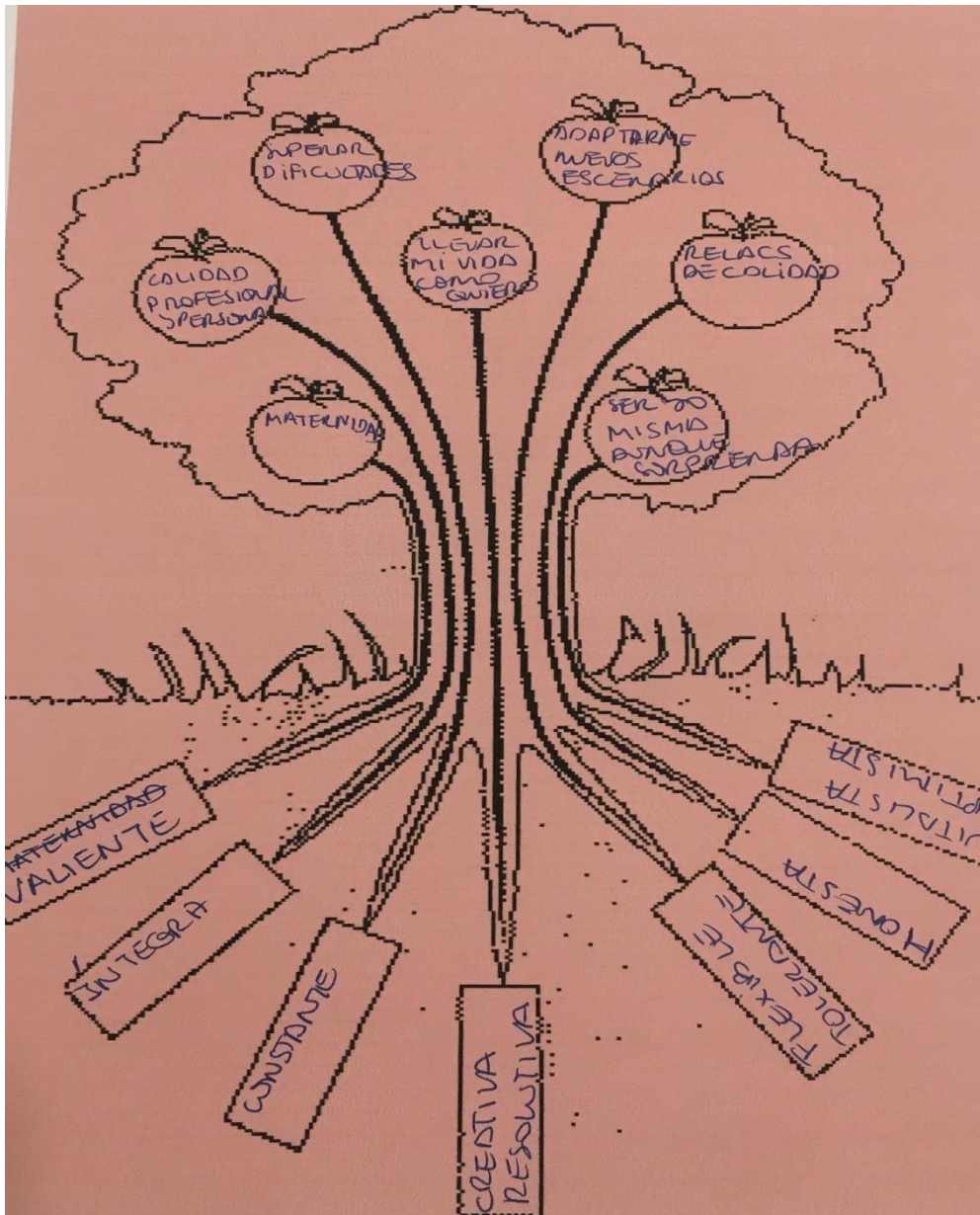
Principios básicos mindfulness

1. No juzgar: ser un testigo imparcial a las propias experiencias sin sacar conclusiones prematuras
2. Paciencia: dejar que las cosas se desarrollan en su propio tiempo
3. Mente del principiante: estar receptivos a nuevas posibilidades y no quedar atrapados en la rutina de la propia experiencia
4. Confianza: desarrollar una confianza básica en sí mismo y en los propios sentimientos
5. No esforzarse: simplemente prestar atención a cómo se está ahora, en el momento, y sentirlo tal como es
6. Aceptación: ver las cosas como realmente son en el presente
7. Ceder: dejar ir es una manera de dejar que las cosas sean, de aceptar las cosas como son.

Fuente: Kabat-Zinn (1990), citado por Grecucci y cols., (2015)

Anexo 5

Autoestima



Fuente: Bonet, 1997. *Sé amigo de ti mismo: manual de autoestima*. Editorial Sal Terrae., p. 24.

Adiós"...." Hola"

venida, o más bien no querida depresión:

Visitaste mi casa, entraste silenciosa, de puntillas. Sé que has venido para enseñarme muchas cosas buenas que tendré en cuenta a partir de ahora. Gracias a tu inesperada visita he aprendido que mi energía es finita y se agota, que debo regalarme un poco más de ella a mí misma. La tristeza es una emoción temporal tan valiosa como todas las demás pero a la que quiero mimar en los momentos en los que se requiere pero no quiero que sea el ^{la} capitán de mi barco.

Sóñar forma parte de mi esencia pero no ^{quiero} dormir para anestesiarme. Así que quiero vivir con intensidad y dormir mis 8 horas para disfrutar mis días desde mi esencia.

Soy una afortunada por las personas / recursos que tengo en mi vida y he sido capaz de poner freno a aquellas que traían negatividad o intento de control sobre mi persona.

Que mi trabajo es importante y me encanta. Mis usuarios son un regalo en la vida que he elegido pero en la medida en la que esa implicación sea sostenible en mi vida personal también.

Que soy una chica con suerte y además sé pedir ayuda cuando lo necesito. Soy gracias

(2)

por los apoyos que han aparecido en este momento vital y saber en qué lugar se encuentran las personas de mi vida. Sin rencor, con aceptación y gratitud.

Por todas estas cuestiones y muchas más agradezco que hayas venido a mi vida a recordarme que tengo que cuidarme y querermme más.

Gracias por ello, por todo, pero tu camino conmigo ha terminado, ya no te necesito, quiero volar. Quiero recuperar mi esencia optimista, creativa, alegre, bailonga...


voy a centrarme en una actitud positiva y productiva para seguir adelante en las mejores condiciones para mí y para Daniele. ¿y quién sabe? Quizá el 2022 me traiga muchas sorpresas positivas inesperadas...

voy a dejar que el sueño y la desidia prevalezcan conmigo y voy a intentar estar impasiva a las cosas, sonreír más y preocuparme menos.

¡Amor de nuevo y hasta nunca!

¡Bienvenida a la segunda parte de tu vida!
Has activado la tecla de la ilusión, volver a caminar ilusionada con el nuevo día, con nuevos proyectos se abren ante mí. Situaciones de risa y buena compañía.
Abrir las puertas de casa a quedadas de risa, cenas divertidas, música, juegos y buen rollo.
Recuperar mi actividad física para sentirme contenta y satisfecha con mi cuerpo.

Ir a París, seguir haciendo de nuestra casa un hogar.
Quedar con personas que "me sumen" y decir no a otro tipo de personas que marchitan mi esencia.
Afrontar activamente las situaciones complicadas, defender mis derechos y decir NO a quien o qué me dañe.
Seguir cuidando mi intelecto y cuerpo activamente.



Movimiento y Pasión me definen y definen
las pautas para tomar el timón de mi vida
a partir de ahora.

Seguiré trabajando para recuperar cuanto
antes la atención y poder incorporarme pronto
de nuevo al trabajo. Esta vez mediré un
poco más las fuerzas aunque seguiré dando
lo mejor de mí pero de otra manera.

Recuperaré hábitos positivos: lectura, paseos,
salir, risas,...

Bienvenida VIDA, MADUREZ, EMOCIONES I MELI
GEMES, DISFRUTE, VIAJES, LOGROS, PERSONAS...
Seguridad en mí misma, límites sanos...

Fuente: Beyeback y Herrero, 2016, *200 Tareas en terapia breve*. Herder., p, 80, 273.

Anexo 6

Comunicación asertiva

DINÁMICA: PRACTICANDO LA ASERTIVIDAD

Habías quedado con un amigo a cenar a las 21.00 y se presenta, sin avisar que se retrasaría, una media hora más tarde. No estás de buen humor. ¿Cómo responderías a esta situación de manera asertiva?

- Preguntarle qué le ha pasado.
- Me dice que le ha apetecido llegar a esa hora.
- Le diría que la próxima vez tenga más cuidado, porque ~~me siento~~ tengo derecho mi tiempo vale lo mismo que el suyo y tengo derecho a que él lo respete.

Cuando.... Yo "me siento"..... me gustaría... que la próxima vez.... ¿Qué te parece?

Un compañero de te da constantemente su trabajo para que lo hagas. Decides terminar con esta situación. Hoy tu compañero acaba de pedirte que hagas un informe que le corresponde a él. ¿Cómo le dirías que no de forma asertiva?

Cuando me pides que haga tu trabajo yo me siento agobiado y molesto me gustaría que la próxima vez (lo consultes conmigo) y yo te diré si puedo hacerlo → hicieses el trabajo.
→ me gustaría que a partir de hoy te encargaras tú de tu trabajo.

Fuente: Caballo, 1993. *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*, Editorial Siglo XXI., p, 228.

HOMBRES

Quando te acercas a mí de ese modo siento incomodidad y malestar me sustancia que nunca más vuelvas a dirigirme a mí de esa forma.

→ Hablar en 1ª persona: Yo, siento.
→ Me parece que estás faltando a la verdad y eso es muy grave, me sustancia que no te pongas más en contacto conmigo.

PROFE

Quando en la agenda aparecen notas negativas Yo siento...

Quando le pones notas negativas en la agenda de mi hija siento que esto tendrá consecuencias en casa del padre que no reforzará una mejora en sus resultados, te pedía que lo hagas a mi mail para poder trabajarlo adecuadamente en casa con ella.