



Estudio de caso: Intervención en paciente con síntomatología ansiosa

Máster de Psicología General Sanitaria

Autor/a: Paula Aznar Bernal

Tutoras: Marta Santacreu (UEM) y Mireia Cañeque (Psicolink)

28 de febrero de 2023

Agradecimientos

Quiero agradecer a todo el equipo de Psicolink, concretamente a Mireia Cañeque directora de Psicolink y a mi paciente, el haberme brindado esta oportunidad de gran aprendizaje y de crecimiento tanto personal como profesional en el que he sido capaz de enfrentarme a un caso real y demostrar mis habilidades aprendidas durante toda mi formación. Además, también quisiera agradecerle a la Dra. Marta Santacreu, mi tutora de la Universidad Europea de Madrid, por su apoyo y supervisión durante todo este proceso ya que sin todo ello no hubiera sido posible realizar este trabajo.

Resumen

Cada vez es más frecuente encontrar personas con grandes dificultades para gestionar las emociones que afectan a las áreas de su vida. En el presente trabajo, se expone un caso clínico de una mujer de 24 años con sintomatología ansiosa relacionada con la situación actual que mantiene con su pareja lo que ha terminado afectando al resto de áreas vitales. Aparecen aspectos característicos de la ansiedad que han sido tratados principalmente a través de la terapia cognitivo-conductual, corriente cuyos datos en la literatura revisada muestran resultados prometedores. Además, se ha realizado un análisis funcional que ha ayudado a identificar sus conductas disfuncionales. Para recabar la información más relevante, se ha llevado a cabo una evaluación mediante entrevistas clínicas y cuestionarios que posteriormente han ayudado en la elección del tratamiento más adecuado. El proceso terapéutico tuvo una duración de 6 meses distribuido en 19 sesiones. La paciente mostró una mejoría tras el tratamiento en el autocuidado, el establecimiento de rutinas, la autoestima y el manejo de pensamientos rumiativos, tras la adquisición de habilidades y herramientas adquiridas durante el proceso de terapia que mejoraron a su calidad de vida.

Palabras clave: Ansiedad, apego, autoestima, dependencia emocional, terapia cognitivo conductual

Abstract

It is increasingly common to find people with great difficulties in managing emotions that affect the areas of their lives. In the present work, a clinical case of a 24-year-old woman with anxious symptomatology related to the current situation with her partner is presented, which has ended up affecting the rest of vital areas. Characteristic aspects of anxiety appear which have been treated mainly through cognitive-behavioral therapy, a current whose data in the reviewed literature show promising results. In addition, a functional analysis has been carried out which has helped to identify their dysfunctional behaviors. In order to gather the most relevant information, an assessment was carried out by means of clinical interviews and questionnaires that subsequently helped in the choice of the most appropriate treatment. The therapeutic process lasted 6 months distributed in 19 sessions. The patient showed an improvement after treatment in self-care,

establishment of routines, self-esteem and management of ruminative thoughts, after the acquisition of skills and tools acquired during the therapy process that improved her quality of life.

Key words: anxiety, attachment, cognitive behavioral therapy, emotional dependence, self-esteem

Índice

Introducción	8
Motivo de Consulta.....	15
Estrategias de Evaluación	17
Formulación clínica del caso	21
Hipótesis de Origen.....	21
Hipótesis de Mantenimiento	24
Resultados de las Técnica de Evaluación	26
Objetivos de Tratamiento.....	30
Tratamiento	31
Valoración del tratamiento.....	37
Discusión y conclusiones	40
Referencias bibliográficas.....	44
Anexos	52

Índice de tablas y figuras

Tabla 1: Cronograma de las sesiones de evaluación.....	17
Tabla 2: Cadenas de condicionamiento de la Hipótesis de Origen.....	23
Tabla 3: Análisis funcional de la conducta problema.....	25
Tabla 4: Resultados Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI.....	28
Tabla 5: Resultados Inventario de Depresión de Beck II.....	28
Tabla 6: Resultados Escala de Autoestima de Rosenberg.....	29
Tabla 7: Resultados Inventario NEO.....	30
Tabla 8: Objetivos terapéuticos.....	31
Tabla 9: Cronograma de las sesiones de tratamiento.....	32

Índice de anexos

Anexo 1: Plantilla Entrevista semiestructurada.....	52
Anexo 2: STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo.....	53
Anexo 3: Plantilla Línea de vida.....	55
Anexo 4: Rueda de las emociones.....	56
Anexo 5: BDI-II: Inventario de Depresión de Beck II.....	57
Anexo 6: Recreación Genograma paciente.....	59
Anexo 7: Técnica proyectiva.....	60
Anexo 8: Escala de Autoestima de Rosenberg.....	61
Anexo 9: Plantilla Átomo social.....	62
Anexo 10: Inventario NEO reducido de Cinco Factores.....	63
Anexo 11: Plantilla autorregistro personalizado.....	65
Anexo 12: Consentimiento informado para la utilización de datos de sesiones de psicoterapia..	66

Introducción

Los trastornos mentales han aumentado considerablemente en los últimos años, convirtiéndose en la séptima condición grave de todas las enfermedades mundiales y además, el aumento de su prevalencia ha derivado en considerarse un problema de salud pública (Macías-Carballo et al., 2019). Los trastornos de ansiedad representan los problemas de salud mental más frecuentes (Herazo et al., 2018, p. 338) mostrando una incidencia del 25% de la población general.

En 2022, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que, tras la pandemia, los problemas de salud mental habían aumentado considerablemente y durante el primer año de Covid 19 la prevalencia de ansiedad y depresión aumentó un 25%. Además, estos trastornos son más comunes en mujeres, mostrando una probabilidad dos veces mayor que comienza en la edad temprana (Macías-Carballo et al., 2019).

En la actualidad, la ansiedad se define como “la anticipación a una amenaza futura que surge de la percepción de estímulos generales potencialmente dañinos, evocando un estado de inquietud, agitación, preocupación e hipervigilancia” (Macías-Carballo et al, 2019, p. 2).

Como señalan Lundh y Öst (2001) la ansiedad y la preocupación forman parte de la vida diaria de las personas y generalmente tienen una función adaptativa. Sin embargo, añaden que ambas pueden ser disfuncionales si la persona reacciona a los estímulos neutros o inofensivos de su entorno como si fueran una amenaza, generando diferentes trastornos emocionales como pueden ser los de ansiedad.

Macías-Carballo et al. (2019), expresan que los Trastornos de Ansiedad (TA) están compuestos por un amplio grupo de trastornos mentales que pueden resultar limitantes para la persona dependiendo de la sintomatología que padezca. Los autores describen que algunas de las características generales de estos trastornos engloban miedo excesivo, angustia, ataques de pánico y evitación de las amenazas percibidas. Esto coincide con la descripción que hace el DSM V, que define que los TA van acompañados de somatizaciones como presión en el pecho o tensión muscular, vigilancia relacionada con el peligro futuro y comportamientos evitativos, tensión por situaciones que se perciben como una amenaza y altos niveles de preocupación. No obstante, en función del trastorno, los síntomas que se presentan son más particulares. Asimismo, los TA

también muestran alteraciones conductuales y, en ciertas ocasiones, el nivel de miedo o de ansiedad se ve disminuido por conductas evitativas (APA, 2013).

Existen diferentes variables relacionadas con el inicio o mantenimiento de los problemas de ansiedad. A continuación, se enumeran las cuatro más relevantes relacionadas con el caso que se presenta en este trabajo: la dependencia emocional, las relaciones de apego en la infancia, el uso inadecuado de las redes sociales y la dificultad de concentración.

Las personas con dependencia emocional hacia la pareja son potencialmente más propensas a desarrollar una sintomatología ansiosa. La dependencia emocional en las relaciones sentimentales la definen Castelló (2005) y Urbiola (2014) como una necesidad extrema de afecto, aprobación de los demás, subordinación, necesidad de exclusividad y miedo a la soledad. Skvortsova y Shumskiy (2014) añaden que los individuos dependientes sienten la incapacidad de vivir sin la pareja. Castelló (2005) también relata que las personas con dependencia emocional tratan de mantener una consonancia con el estado de ánimo del cónyuge, al cual idealizan y sobrevaloran.

Urbiola (2014) destaca la importancia del apego y de las relaciones tempranas con los padres o cuidadores como un elemento fundamental en la formación de la personalidad. En algunas culturas, las creencias validan o promueven estilos de crianza que se pueden considerar como estresores vitales y la modificación de éstas tienen un impacto a corto, medio o largo plazo tanto en la persona como en el entorno familiar, comunidad y sociedad (Herazo et al., 2018). La persona con falta de afecto durante la infancia trata de buscar esa seguridad y protección de la que carecieron, formando así relaciones dependientes (Rusbya et al., 2013). Se muestra una necesidad de aprobación y atención constante por parte de la pareja y de no tenerla, la persona vive esta situación negativamente dudando de su autovalía. Por ello, las personas con dependencia emocional poseen una baja autoestima y un concepto negativo sobre sí mismos (De la Villa y Sirvent, 2009). Además de lo mencionado, las personas dependientes emocionales pueden presentar un vacío emocional crónico (Hirigoyen, 2013; Morgan y Clark, 2010).

Asimismo, la dependencia emocional y el apego temprano también están relacionadas entre sí. Las necesidades emocionales insatisfechas durante la infancia se tratan de cubrir

desadaptativamente a través de la dependencia emocional (Skvortsova y Shumskiy, 2014), pudiendo ser la pareja quien solventa esas carencias, proporcionándole seguridad y satisfacción personal (Lemos et al., 2012). El patrón de comportamiento que desarrollan las personas dependientes es consecuencia del apego inadecuado en la edad temprana y que, por lo tanto, permanecerá estable durante la edad adulta (Izquierdo y Gómez-Acosta, 2013). Esta dependencia emocional se ha relacionado también con un estilo de apego ansioso o preocupado (Alonso-Arbiol, Shaver y Yárnoz, 2002). En esta línea, los predictores de apego podrían ceñirse a la relación del individuo con cada progenitor o a la relación entre éstos, puesto que las experiencias entre padres e hijos se aprenden e interiorizan y se transmiten a las relaciones de pareja (Gómez-Zapiain, Ortiz, Gómez-Lope, 2011). Un estudio realizado en la Universidad de Deusto mostró que a medida que aumentaba la dependencia emocional hacia la pareja aumentaban los estilos parentales donde primaba la sobreprotección, violencia, falta de disponibilidad, preocupación familiar, ansiedad por separación y amenazas (Momeñe y Estévez, 2018). Además, coincidía con otros estudios que mencionaban que las personas dependientes carecieron en la infancia de reforzadores, así como negligencia o agresión (Castelló, 2005).

Otra de las variables que vamos a mencionar que puede tener un impacto negativo en el desarrollo de los problemas de ansiedad es el uso de las tecnologías y de las redes sociales. Su uso inadecuado puede afectar negativamente a las relaciones de pareja, influyendo en pacientes con sintomatología ansiosa, sobre todo cuando se trata de una persona emocionalmente dependiente y que ha carecido de un apego seguro. Algunos autores relatan que no es la tecnología en sí misma la que afecta negativamente a las relaciones sentimentales sino cómo lo percibe el individuo dentro de la relación y su reacción ante éstas, la cual podría ser conflictiva cuando atenta contra la comunicación, estabilidad y seguridad de la pareja (Coyne et al., 2012). Individualmente, pueden aparecer pensamientos desadaptativos en uno de los miembros y afectar a su estado de ánimo, sobre todo cuando la persona se siente sustituida, invalidada o no comprendida por el otro (Verhofstadt et al., 2005). Además, se ha demostrado que una falta de satisfacción en la relación provoca estrés (Birditt et al., 2016), ansiedad (Leach et al., 2013), depresión (Till et al., 2017) y baja autoestima (Lewandowski et al., 2010).

Finalmente, otra variable que puede verse afectada por la ansiedad es la dificultad en la concentración. Los estudiantes universitarios u opositores son más propensos a experimentar estrés, ansiedad y/o depresión afectando a su rendimiento académico (Tosevski et al., 2010). En la misma línea, se estima que, a nivel mundial, entre el 12% y el 50% de los estudiantes presentan al menos un criterio diagnóstico de uno o más trastornos (Bruffaerts et al., 2018). Además, los estudios realizados a diferentes grupos de estudiantes han reconocido una prevalencia moderada-alta de depresión, estrés y ansiedad (Beiter et al., 2015).

Aludiendo a la comorbilidad, uno de los principales trastornos comórbidos con la ansiedad es la depresión (Macías-Carballo et. al, 2019). No obstante, como cita Jiménez (2018) existe una alta comorbilidad entre los trastornos de ansiedad entre sí y entre los trastornos del estado de ánimo. Algunos de ellos son el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor (APA, 2013). En la misma línea, esta comorbilidad está relacionada con el deterioro funcional (Jiménez, 2018). Por otro lado, la procrastinación es otro de los factores que trae consigo un aumento de los niveles de ansiedad y de estrés (Quant y Sánchez, 2012), observándose varios estudios que asocian la procrastinación con la ansiedad y la regulación emocional, obteniendo unos resultados con una correlación negativa, señalando que a mayor procrastinación menores niveles de ansiedad (Marquina-Luján et al., 2020; Pardo et al., 2014).

En relación a los modelos teóricos que ayudan a explicar el caso, observamos que las terapias cognitivo-conductuales son las más utilizadas para tratar los trastornos de ansiedad (Garay, et al., 2019). Cuijpers et al. (2014), realizaron un meta-análisis en el que hallaron 41 estudios clínicos, aleatorizados y controlados que trataban de evaluar tratamientos psicológicos para los TA (Garay, et al., 2019). Encontraron que la mitad de los pacientes obtuvieron resultados favorables, sin embargo, éstos justifican la necesidad de crear nuevos modelos de intervención que beneficien a una mayor cantidad de población que se encuentra afectada por esta patología (Garay, et al., 2019).

Una revisión de Behar et al (2009), expone 6 modelos cognitivo-conductuales de los cuales se explican los más relevantes para el caso clínico:

- *Modelo de desregulación de la emoción (MDE)*: Mennin (2004), comparte que la

preocupación, más allá de su contenido, es un proceso de evitación que dificulta la acción y enfatiza el considerar el estado emocional de manera aversiva y evitativa. El objetivo de este modelo es que disminuya la necesidad de recurrir a la preocupación como una manera de afrontar las emociones, ofreciendo diferentes herramientas para regularlas de manera adaptativa y funcional hacia la toma de decisiones.

- *Modelo de la intolerancia a la incertidumbre:* Dugas y Robichaud (2007) afirman que los pacientes con TAG son especialmente vulnerables a aquellas situaciones de incertidumbre, lo que hace que interpreten las situaciones más ambiguas de manera catastrófica. Por ello, plantean que las personas acepten la incertidumbre como parte de la vida con el objetivo de que éstos puedan identificar aquellos aspectos en donde la incertidumbre sí es tolerada y, de este modo, comenzar a aumentar dicha intolerancia de manera progresiva.
- *Modelo cognitivo estándar:* Clark y Beck (2010), consideran, al igual que Dugas, que la preocupación es una estrategia de evitación desadaptativa que mantiene la ansiedad, generando una falsa sensación de control. Explica que los pensamientos automáticos e intrusivos conllevan una amenaza y desarrollan un rol crítico al activar aquellos esquemas maladaptativos de amenaza y vulnerabilidad.

En relación a las técnicas más eficaces para tratar la ansiedad relacionadas con las terapias cognitivo conductuales encontramos la respiración abdominal, la relajación muscular profunda, la desensibilización sistemática, las visualizaciones o el entrenamiento asertivo (Cadena, 2019). Con estas técnicas, se corrigen todos aquellos sesgos cognitivos de atención e interpretación, reduciendo progresivamente y eficientemente la activación fisiológica y reajustando de manera adaptativa aquellas conductas disfuncionales a través de un entrenamiento por aproximaciones sucesivas y práctica conductual reforzada (Cadena, 2019).

Por otro lado, la aceptación y el mindfulness están consiguiendo actualmente resultados muy prometedores para trabajar los pensamientos intrusivos, sin olvidarse de que siguen mostrando utilidad los métodos tradicionales como la reestructuración cognitiva o la distracción focalizada (Bacarra, 2011).

Las terapias de aceptación y compromiso (ACT) y otras terapias de tercera generación cada

vez reúnen un mayor respaldo empírico en estudios aleatorizados controlados (Hayes et al., 2004). La literatura científica ha encontrado que las estrategias centradas en eliminar los pensamientos negativos frecuentemente generan un efecto contrario, aumentando la intensidad de estos pensamientos que tratan de evitarse (Bacarra, 2011).

Marcks y Woods (2005), mediante dos estudios empíricos expusieron que los métodos basados en la aceptación son más eficientes que los de supresión para pensamientos intrusivos. Gracias a su investigación, la evitación de los pensamientos se asoció a diferentes problemas psicopatológicos, produciendo un mayor malestar subjetivo y un efecto rebote de la frecuencia e intensidad del pensamiento. En la misma línea, aquellas personas que habitualmente suprimen los pensamientos intrusivos relevantes, aumentan sus niveles de estrés y sufren mayor necesidad de “hacer algo” con esos pensamientos. Sin embargo, aquellos que los aceptan, presentan menor sintomatología ansiosa y menores obsesiones. Además, es importante resaltar que en el segundo estudio observaron que las personas que utilizaron la aceptación redujeron el malestar, pero no la tasa de pensamientos intrusivos, lo que mantiene coherencia con el modelo ACT.

Finalmente, cabe añadir que el vínculo terapéutico es uno de los factores fundamentales para un éxito terapéutico (Etchevers et al., 2012). Tras una revisión realizada por Miguel-Alvaro y Panadero (2021) se concluyó que todos los datos obtenidos apuntaban que cuanto mayor fuese la calidad de la alianza terapéutica mayor sería el éxito en el tratamiento. Por otro lado, la alianza terapéutica evaluada durante las primeras sesiones es un buen predictor de los datos futuros que se obtendrán al finalizar el proceso terapéutico (Miguel-Alvaro y Panadero, 2021).

A continuación, se hace alusión a algunos datos relevantes relacionados con el caso que se analiza en este trabajo.

En una meta-revisión realizada por Herazo et al. en 2018 se confirmó la relación entre las experiencias traumáticas en la infancia y el desarrollo de TA. Hay conductas como los conflictos parentales en el hogar o el divorcio de los padres que afecta de manera indirecta a los niveles de ansiedad infantil, destacando que no es el divorcio el causante de estos niveles ansiógenos si no la forma en la que se realiza la ruptura dado que el niño puede vivir esta experiencia como estresante (Gómez-Ortiz et al., 2017).

Por el contrario, otras investigaciones mencionan que la relación entre las experiencias traumáticas en la infancia y los TA en la vida adulta no siempre es causal y directa (Herazo et al., 2018). Por ello, esta diferencia entre las observaciones apunta a que los estresores vitales durante la infancia deben aparecer junto a otros factores predisponentes durante la vida para observar TA en la adultez.

Algunos de los estresores vitales, en casi todas las ocasiones relacionados con abuso o maltrato, son el resultado de una interacción compleja de dificultades individuales, familiares y sociales que actualmente son un determinante social de la salud (Herazo et al., 2018).

Por otro lado, los factores de riesgo para los TA son múltiples, por lo que es necesario realizar una historia clínica del paciente para concluir con un diagnóstico y poder determinar un tratamiento (Macías-Caballo et al., 2019). Algunos de los factores de riesgo que encontramos son: antecedentes heredofamiliares de ansiedad, experiencias en la infancia como abusos físicos o sexuales, divorcio de los padres y maltrato emocional, factores estresantes de la vida como problemas de pareja o económicos y el uso de sustancias, entre otros (Macías-Caballo et al., 2019).

En relación al uso de sustancias también se engloba el alcoholismo. Familias cuyo uno de los progenitores es consumidor de alcohol, la ansiedad es uno de los síntomas que aparece con mayor frecuencia en los familiares y cuyas consecuencias son mayores cuando se trata de niños, dado que son más vulnerables a las situaciones ambientales que le rodean (Alba Chica, 1983; Haack y Alim, 1991; Jiménez et al., 1991; Tubman, 1993; Padilla, 1995; González Marín, 1998). Si durante la infancia el niño no percibe el apoyo y atención que necesita, pueden surgir trastornos de personalidad u otro tipo de trastornos. Algunas de las causas más frecuentes son los conflictos familiares y la insuficiente disponibilidad de padres alcohólicos para solventar las demandas afectivas (Casas y Navarro, 2001).

Finalmente, y como justificación del caso, dicho estudio está caracterizado por problemas en la pareja relacionados con el control, los pensamientos rumiativos y dificultades en la concentración. El objetivo principal se centra en solventar aquellos síntomas que generan malestar compatibles con la sintomatología ansiosa, utilizando una terapia integral en la que se combinan diferentes

técnicas de diversos modelos teóricos; todas ellas adaptadas a la problemática del caso. Se le da gran importancia a la relación terapéutica como uno de los factores más relevantes a la hora de vincular con el paciente y conseguir un espacio terapéutico lo más acogedor posible. De esta forma, la adherencia al tratamiento será más fructífera, así como la buena predisposición del paciente.

Identificación del paciente y motivo de consulta

Con el objetivo de respetar el anonimato del paciente y siguiendo los criterios del código deontológico, desde este instante se identifica dicho caso como Olivia y todos los nombres relacionados están inventados.

Olivia es una mujer de 24 años con pareja estable desde hace tres años. Olivia tiene un nivel sociocultural medio-alto, está graduada en Derecho y actualmente se encuentra opositando para Auxiliar Administrativo. Nacida en Valladolid, lugar donde reside junto a su madre dado que sus padres se encuentran divorciados y su hermano se encuentra estudiando en Madrid.

Motivo de Consulta

Olivia solicita nuestros servicios refiriendo tener una “síntomatología ansiosa” tras la situación actual que mantiene con su pareja. Explica que en la relación apenas tienen problemas, sin embargo, durante este último año indica que han comenzado a surgir dificultades a raíz del fracaso de sus oposiciones, el fin del contrato de trabajo y el inicio del máster que comenzó Pedro, su pareja. Repunta que se siente muy ansiosa, que analiza constantemente los detalles en su relación y que lo idealiza. Además, esta situación le está afectando en la concentración con los estudios, afirmando que le resulta complicado desarrollar una rutina. También añade que durante este tiempo se encuentra apática y sin ganas de hacer nada.

En cuanto al área familiar, Olivia expone que la relación con su madre es buena, aunque no suele recurrir a ella a la hora de exteriorizar sus problemas personales. Respecto a la relación con su padre, cita que “es más positiva que antes” y añade que el motivo principal del reciente divorcio de sus padres debido al alcoholismo de éste. Relata que antes del divorcio la relación era “desbordante”, informando que cuando era pequeña la situación en el hogar era insostenible. Además, verbaliza que en sucesivas ocasiones “llegaba borracho” a casa y su carácter se veía afectado por este estado de ebriedad, por lo que recuerda cómo trataba de “controlarle”

manteniéndose despierta, pues esta situación le producía una intranquilidad constante. En referencia al vínculo con su hermano, informa que su relación también ha mejorado desde que éste tomó la decisión de acudir a terapia, aclarando que siempre ha sido una persona muy despreocupada.

Respecto al área sentimental, Olivia describe que mantiene una relación estable con Pedro desde hace tres años, remarcando que tienen una buena comunicación y que son capaces de resolver los conflictos satisfactoriamente. Por el contrario, tras los acontecimientos surgidos durante este año, ha desarrollado una serie de pensamientos recurrentes relacionados con su pareja que le imposibilitan a realizar cualquier actividad de manera placentera, pues se preocupa cuando no sabe de él, etc. Igualmente, sobrepensa las situaciones y antecede los acontecimientos, refiriendo que piensa de manera catastrofista sobre situaciones que todavía no se han desarrollado. Además, explica que no disfruta de los planes con sus amistades como antes, pues está pendiente de su pareja constantemente.

Aludiendo al área social, Olivia mantiene un grupo de amistades que conoce desde el instituto “sintiéndose orgullosa del vínculo que sostienen y recurriendo a ellos siempre que los necesita”.

A nivel académico, Olivia se graduó en Derecho y actualmente oposita para Auxiliar Administrativo, acudiendo a una academia para mantener un ritmo organizado del temario. Sin embargo, recalca que no asiste a las clases porque “no le apetece” y es incapaz de concentrarse. Además, refiere que establece su tiempo de estudio por las mañanas puesto que coincide con la jornada laboral de su pareja.

En lo relativo al sueño, Olivia no tiene problemas para conciliar el descanso. Sin embargo, desde verano ha percibido niveles más altos de ansiedad, lo que le ha generado un peor descanso, desvelándose antes del despertador. Cuenta que en estas ocasiones amanece con pensamientos negativos que le generan ansiedad. Por último, en referencia a la alimentación explica que cuando mantiene niveles de ansiedad muy elevados su apetito disminuye. En cambio, cuando los niveles de ansiedad son bajos le producen el efecto contrario.

Los objetivos que se establecen con Olivia en un primer momento son:

- Adquirir estrategias para reducir la ansiedad.
- Aprender a manejar los pensamientos rumiativos.
- Adquirir herramientas para aumentar la concentración a nivel académico.

Estrategias de Evaluación

Durante el proceso terapéutico que se llevó a cabo con Olivia se aplicó una estructura en base a la corriente cognitivo-conductual utilizando, además, técnicas de la corriente sistémica facilitadas por Psicolink y técnicas de 3º generación que se consideraron relevantes para poder trabajar ciertos aspectos de la problemática de la paciente.

El proceso terapéutico con la paciente comenzó el 29/09/2022, procediendo con un encuadre terapéutico en el que se propició un entorno seguro y estructurado. Además, la disposición de la sala se adaptó al contexto terapéutico a pesar de que las sesiones se realizaran en formato *online*.

En la primera sesión, se trabajó el vínculo emocional con la paciente para fomentar un ambiente cálido y seguro, devolviéndole la información a través validaciones, intervenciones empáticas, recapitulaciones, síntesis y clarificaciones. También, el uso de preguntas abiertas y circulares propiciaron nuevas perspectivas en la paciente que le llevaron a reflexionar desde otros puntos de vista.

Las sesiones mantuvieron una frecuencia semanal, a excepción de festividades, y en formato *online* dado que la paciente residía en otra ciudad (tabla 1).

Tabla 1

Cronograma de las Sesiones de Evaluación

Fecha	Nº sesión	Técnica de evaluación
<i>Jueves 29 de septiembre</i>	1º sesión	Entrevista semiestructurada y cuestionario STAI
<i>Jueves 6 de octubre</i>	2º sesión	Línea de vida con rueda de las emociones e Inventario de depresión de Beck-II
<i>Jueves 13 de octubre</i>	3º sesión	Genograma con técnica proyectiva y Escala de Autoestima de Rosenberg

Jueves 27 de octubre

4º sesión

Átomo social e
Inventario NEO reducido

A continuación, se reflejan los instrumentos utilizados en la evaluación del caso:

Entrevista semiestructurada: Para una primera evaluación, se utilizó una entrevista semiestructurada proporcionada por Psicolink que se emplea para la primera toma de contacto con los pacientes, evaluando sus diferentes áreas vitales y los objetivos a conseguir durante el proceso terapéutico. En ella, también se recogen datos relacionados como el nombre, fecha de nacimiento, lugar de procedencia, profesión y datos de contacto personales, así como un número de urgencia (Anexo 1).

Entre los datos más relevantes, se ha indagado acerca de los antecedentes familiares y la relación de pareja que mantiene actualmente. Además, se ha comentado la asistencia a terapia psicológica previa como intento de solución al problema que presenta. Finalmente, la primera sesión de evaluación ha concluido con los objetivos que tiene la paciente con la terapia.

STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, 1986). Autoinforme que consta de 40 preguntas divididas en dos escalas; 20 de ellas centradas en la escala ansiedad-rasgo que evalúa la propensión ansiosa relativamente estable y, las otras 20, relacionadas con la escala ansiedad-estado que evalúa la condición emocional transitoria (Fonseca-Pedrero et al., 2012). El rango de puntuaciones para cada escala oscila entre 0 y 60, cuya fiabilidad es superior a 0,9 en ambas, demostrando ser válido para evaluar la ansiedad a pesar de que también muestra correlaciones con distintos instrumentos de depresión (Guillén-Riquelme, 2014).

Se utiliza este cuestionario como primer método de evaluación empírica dado que la paciente padece una sintomatología ansiosa (Anexo 2).

Línea de vida y rueda de las emociones: Durante la segunda sesión, se procedió a explicarle a la paciente el funcionamiento de dicha técnica. La línea de vida también fue proporcionada por Psicolink, con el objetivo de recabar información de la paciente tanto actual como de sus etapas más tempranas, resaltando aquellos eventos vitales significativos. De esta manera, se recogió información cronológica y se consiguió una imagen general de los acontecimientos vitales importantes. Asimismo, durante el desarrollo de esta técnica, se introdujo la rueda de las

emociones con la que la paciente trató de ponerle una emoción a cada evento registrado. De este modo, se validaron todas aquellas emociones que la paciente registraba en los acontecimientos y le ayudó a identificar cómo se sentía en dichas situaciones, así como a entender la problemática actual.

Las instrucciones facilitadas a la paciente para el desarrollo de la técnica consistieron en registrar cronológicamente en la plantilla aquellos eventos vitales significativos para ella. Además, debía de calificarlos en un grado de satisfacción (-10 grado de satisfacción y 10 grado de satisfacción), colocando los sucesos más satisfactorios en una posición superior y los menos satisfactorios en una posición inferior (Anexo 3). Asimismo, debía añadir también la emoción correspondiente utilizando la rueda de las emociones. En referencia a ésta, se le explicó escoger la que más se asemejara a la emoción que sintió en cada evento (Anexo 4). Con esta técnica, se pudo conocer el posible origen del problema y comenzar a crear las primeras hipótesis del caso, así como a tener una imagen general de la paciente y conocer datos relevantes de su vida que han podido facilitar la problemática actual.

Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) (Sanz et al., 2003). Este cuestionario consta de 21 ítems con respuesta múltiple que evalúa la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 63, considerándose por encima de 18 como sintomatología depresiva (Steer y Beck, 1988). La adaptación española de este inventario tiene una fiabilidad de 0,83 para la escala total a pesar de presentar problemas de validez para evaluar sintomatología ansiosa (Ibáñez et al., 2010). El manual original del BDI-II (Beck et al., 1996, p. 11) muestra que las puntuaciones de corte y grados de depresión corresponden con lo siguiente: 0-13 indica depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave.

Se procede a utilizar este cuestionario con la paciente dado que durante las sesiones refiere sentir apatía (Anexo 5).

Genograma familiar: En la tercera sesión, se trabajó con el genograma familiar desde la corriente sistémica, explicándole a la paciente cómo debía realizarlo antes de comenzar. Se le mostró un modelo como ejemplo para que le resultase más sencillo y se le explicó que consistía

en un registro familiar en forma de árbol genealógico.

El genograma familiar es la representación gráfica que refleja información sobre la estructura y la composición de los miembros de un sistema familiar, las relaciones y funcionalidad entre éstos de, al menos, tres generaciones (Suarez Cuba, 2010).

En el caso de Olivia, se representaron tres generaciones, especificando la relación entre los familiares, la edad y el nombre. Además, se le propuso reflejar tres características de cada uno de los miembros que los definiesen, incluyéndose a sí misma. A continuación, se le pidió que identificara todas las características que consideraba que compartía con dichos miembros, así como aquellas con las que no se identificaba. Finalmente, se le preguntó si había alguna de ellas con las que le gustaría identificarse (Anexo 6).

Técnica proyectiva: En la cuarta sesión, se procedió a utilizar las Cartas de Arquetipos de Caroline Myss con el genograma realizado en la sesión anterior. Estas cartas están formadas por 74 arquetipos que, a su vez, cada una de ellas consta de un aspecto luminoso y un aspecto sombrío. El objetivo es que la paciente escoja aquellas cartas cuyo arquetipo/os identifica con el rol/es que ocupa cada uno de sus familiares, incluyéndose a sí misma. De esta forma, se puede identificar qué rol ocupa la paciente y sus familiares en el sistema y cómo afecta a la problemática (Anexo 7).

Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965; Atienza et al., 2000). Esta escala, de tan solo 10 ítems, evalúa el grado de autoestima del individuo, valorando los sentimientos de respeto y aceptación hacia uno mismo. En relación a los ítems, cinco de ellos se caracterizan por un enunciado positivo siendo los otros cinco de carácter negativo. La fiabilidad de esta escala se considera alta (Atienza et al., 2000).

Se escogió esta escala para evaluar cuantitativamente el grado de autoestima de la paciente dado que muestra desde las primeras sesiones una baja autoestima, así como un bajo estado de ánimo (Anexo 8).

Átomo Social: En la quinta sesión, se le propuso esta técnica con el objetivo de conocer más en profundidad su red de apoyo relacionada con sus amistades, así como la calidad de éstas. Dicha técnica consiste en dibujar un átomo colocando en el centro su nombre. A continuación,

debe añadir círculos alrededor de sí mismo que indicarán la cercanía o lejanía que ocupan sus amistades. En estos círculos, se añade el nombre de las amistades que considera más cercanas o, por el contrario, las más lejanas. El objetivo de la técnica es conocer los recursos y apoyo de la paciente así como crear conciencia y generar un cambio si es que es necesario mediante una serie de objetivos (Anexo 9). Además, para conseguir lo citado anteriormente, se le planteó también que indicase los valores personales que consideraba que debe tener un buen amigo para sentirse apoyada y aceptada incondicionalmente.

Inventario NEO reducido de Cinco Factores (Costa y McCrae, 1989). Este inventario de autoinforme evalúa la personalidad basándose en el modelo Big Five. Su versión original consta de 240 ítems, sin embargo, se ha empleado la versión reducida de 60 ítems. Cada uno de los cinco factores (neuroticismo, apertura a la experiencia, extraversión, amabilidad y responsabilidad) está compuesto por 12 ítems. El objetivo de dicho inventario es conocer más a la persona, por lo que se considera relevante utilizarlo en la mayoría de los procesos terapéuticos. La fiabilidad de este cuestionario es aproximada a 0,5 en las cinco dimensiones que evalúa siendo cuestionada su validez dado que no cumple con los criterios propuestos por APA (Aluja et al., 2009). (Anexo 10).

Formulación clínica del caso

En el siguiente apartado, se muestra la formulación del caso del paciente, detallando a continuación la hipótesis de origen y la hipótesis de mantenimiento del problema; información relevante recogida durante las primeras sesiones centradas en la evaluación. Además, se añaden los factores precipitantes de la problemática y el análisis funcional de ésta en formato tabla, obteniendo así una visión más sencilla de los antecedentes, conductas problema y sus respectivas consecuencias.

Por otro lado, se exponen los resultados de las técnicas de evaluación empleadas, que nos ayudarán a entender posteriormente el tratamiento escogido para el caso.

Hipótesis de Origen

Según la información recogida durante la evaluación, encontramos una serie de factores que muestran la predisposición de la paciente a adquirir una sintomatología ansiosa y que nos ayudan a entender la hipótesis de origen, como son los siguientes:

- *Variables disposicionales:* Se muestran aquellas variables que han influido en la problemática actual. Encontramos un estilo educativo centrado en conflictos familiares recurrentes, en relación al alcoholismo del padre, durante toda la etapa vital hasta los veintidós años. Este entorno hostil ha podido provocar en la paciente incertidumbre, inseguridad y miedos. La actitud negativa de sus padres y la falta de comunicación con su madre ante las situaciones han podido contribuir a su baja autoestima y a su dificultad a la hora de identificar sus propias emociones. Además, este negativismo por parte de sus figuras paternas posiblemente ha podido influir también en la actitud de la paciente frente a los sucesos vitales, definiéndose ella misma como una persona negativa con pensamientos catastrofistas recurrentes. Por otro lado, la actitud desafiante y evitativa hacia la figura paterna por parte de su hermano, ha podido agravar las tensiones familiares hasta el punto de que Olivia “haya deseado incluso la muerte de su hermano”, lo cual no ha hecho más que contribuir probablemente a la inseguridad, miedo y estado de alerta de la paciente. En relación a las figuras de apego, la paciente no ha contado con un perfil de referencia que cubra todas sus necesidades, a excepción de su cuidadora, la cual permanecía en el hogar y le aportaba seguridad cuando su padre también estaba presente. La paciente describe que durante este periodo de tiempo la presencia de su cuidadora era el factor fundamental que evitaba un desencadenamiento de discusiones en casa provocado por el mal carácter del padre.
- *Factores precipitantes:* Entre estos, encontramos el duelo relacionado con el divorcio de los padres. Además, la finalización del contrato de trabajo provocó a principios de año que la paciente tuviera que dedicarse a estudiar las oposiciones que llevaba posponiendo. Esto, unido al inicio del máster de su pareja ha podido precipitar la presente sintomatología ansiosa.

Por todo ello, se hipotetiza que el inicio de la problemática actual de la paciente se originó en la infancia tras la observación de los recurrentes conflictos familiares en el hogar causados por el alcoholismo frecuente de su padre. Esta situación, pudo derivar en un estado de inseguridad, tensión e incertidumbre permanente y conductas relacionadas con el control hacia la figura paterna:

quedarse despierta por las noches hasta que comprobaba que su padre llegaba o pedirle por las mañanas que no bebiese durante el día. Por consiguiente, se pudo adquirir un perfil basado en el control y en un estado de alerta constante de todos los estímulos externos que, por ello, generarían un alto nivel de ansiedad al no ser capaz de controlar todo aquello que no está en su mano. Además, la falta de una figura de apego de referencia que solventara sus necesidades pudo derivar en el desarrollo de un apego ansioso y sensación de abandono que mantiene una alta coherencia con las conductas disfuncionales que desarrolla la paciente en la actualidad. Durante los años que residió en Madrid, Olivia se sentía culpable por estar lejos de su familia y no estar presente en los conflictos familiares, por lo que optaba por contactar con su padre para mantenerse informada de cómo estaba la situación en el hogar. Verbaliza que esta conducta le generaba tranquilidad si éste respondía al teléfono; sin embargo, la ausencia de respuesta le producía altos niveles de preocupación.

Al conocer a su pareja, ésta pudo ocupar la figura de apego paterna ausente durante la infancia de Olivia, pues fue su mayor apoyo tras el divorcio de sus padres. Durante esta etapa, Pedro le pudo aportar refugio, seguridad, ayuda y la sensación de paz y de sentirse querida, dejando atrás su sentimiento de abandono (tabla 2).

Tabla 2

Cadenas de Condicionamiento de la Hipótesis de Origen

Condicionamiento clásico	
EI: Cuando su padre llegaba tarde a casa también llegaba ebrio (amenaza)	RI: Sensación de incertidumbre, miedo, inseguridad
EN: Su padre llega tarde a casa	RI: Sensación de incertidumbre, miedo, inseguridad
EC: Su padre llega tarde a casa	RC: Sensación de incertidumbre...
Generalización: Pedro se va de viaje, llega tarde, no le responde los mensajes o las llamadas	RC: Sensación de incertidumbre...

Condicionamiento operante		
ED (EC→RC)	Conducta problema	Consecuente
Pedro se va de viaje/no responde mensajes y se siente insegura	Les escribe o le llama (control)	Siente alivio (Rf-)

Factores desencadenantes: Cuando finaliza el contrato de trabajo de la paciente y su pareja comienza a estudiar un Máster, eventos que coinciden en el tiempo, se produce una situación en la que ella vuelve a sentirse abandonada e insegura, puesto que su pareja no puede dedicarle el tiempo que ella demanda. Como consecuencia, la angustia que sentía ante la incertidumbre del comportamiento alcohólico de su padre resurge cuando su pareja se ausenta, no le responde los mensajes o no le presta la atención que ella solicita. Por ello, cuando se siente insegura con su pareja, intenta controlar la situación mediante llamadas o mensajes, lo que reduce su ansiedad generándole alivio.

Hipótesis de Mantenimiento

La hipótesis de mantenimiento está relacionada directamente con aquellas conductas desadaptativas que posiblemente se han visto reforzadas en el tiempo por la sensación de alivio, control, bienestar, tranquilidad y seguridad, que ha obtenido como consecuencia de contactar con su pareja para hablar de sus miedos e inseguridades; o por quedarse en casa y renunciar a sus planes con amigos tras una discusión con Pedro, así como organizar su día en función a él. Esta misma situación ansiógena ha podido influir negativamente en su capacidad de autoexigencia, autocuidado y responsabilidad, lo cual ha podido generar que se quede en la cama, no acuda a la academia o procrastine en sus tareas diarias; conductas que a su vez se ven reforzadas por el bienestar a corto plazo que obtiene. Por otro lado, también le han podido ocasionar pensamientos rumiativos, anticipatorios y catastrofistas referentes a sus seres queridos que se producen cuando no recibe respuesta o tiene un mal día que, aunque aumentan su preocupación y su malestar le estimula a repetir la conducta problema, pudiendo originar una retroalimentación de su cuadro de ansiedad.

Todas estas conductas pueden estar generando a largo plazo unas consecuencias negativas

(sentimientos de culpabilidad y de egoísmo, dependencia emocional, deterioro de las relaciones sociales, baja autoestima, malestar por no hacer lo correcto, reducción del autocuidado y sentimiento de procrastinación) que son las posibles causantes de su actual motivo de consulta: la sintomatología ansiosa, los pensamientos rumiativos y la falta de concentración a nivel académico (tabla 3).

Además, su baja capacidad para gestionar sus emociones se percibe como un factor de riesgo.

Por otro lado, se observan factores de protección como la buena relación y la confianza consolidada que el paciente relata sobre sus amistades, así como la capacidad asertiva de comunicación que muestra con su pareja a la hora de solucionar los conflictos, aunque se observa que esta comunicación tan solo le sirve como alivio temporal y no como un medio para enfrentarse a los problemas.

Análisis Funcional

Tabla 3

Análisis Funcional de la Conducta Problema

Antecedente (Ed)	Conducta problema	Consecuente
Su padre sigue bebiendo mientras ella está en Madrid/conflictos en el hogar	Motoras: Llama por teléfono	Alivio por controlar la situación (Rf -)
Situación de percepción de ausencia/falta de atención de su pareja	Le escribe o le llama/quedan para hablar	Percibe atención por parte de su pareja y reduce su preocupación (Rf-) Si su pareja no responde se genera una nueva cadena funcional (*)
(*) Su pareja no responde cuando le llama	Rumiación	Sensación de malestar (Rf+)
Discusión con su pareja	Se queda en casa y renuncia a salir con sus amigos	Sensación de bienestar (Rf+)
Sabe el horario de trabajo de Pedro	Organiza su día en función de él	Sensación de bienestar (Rf+)
Cuando Pedro le pide que no le reclame atención tan a menudo	Olivia se queda en silencio y rumia	Sensación de malestar (Rf+)

Muchas tareas pendientes sin ganas de hacerlas (academia oposiciones, llamar al médico etc.)	Falta de autocuidado (No madruga y se queda en la cama)	Sensación de bienestar porque evito hacerlas (Rf+)
Clases de esa semana en la academia ya vistas por ella en la anterior oposición	No acude a la academia	Se siente relajada (Rf+)
Exámenes de la carrera de derecho	Estudia bajo presión	Aprueba y sensación de bienestar y de éxito (Rf+)
Tiene un mal día con su pareja/pasa muchas horas en casa sin hacer ninguna tarea	Pensamientos rumiativos, anticipatorios y catastrofistas (“tengo miedo de que Pedro se muera o encuentre a alguien mejor que yo”, “tengo miedo de que a mis padres les pase algo” etc.)	Sensación de malestar (Rf+)

El mantenimiento en el tiempo de estas cadenas funcionales tiene unas consecuencias a largo plazo:

- Disminución de la concentración
- Mantenimiento de la sintomatología ansiosa
- Disminución de la autoestima
- Reducción del autocuidado
- Sentimientos de culpabilidad y de egoísmo
- Dependencia emocional
- Deterioro de las relaciones sociales
- Sensación de fracaso/irresponsabilidad por no madrugar
- Sentimientos de malestar por no estar haciendo lo correcto por no asistir a las clases de la academia
- Sentimientos de malestar por procrastinación
- Mantenimiento de los pensamientos rumiativos

Resultados de las Técnica de Evaluación

A continuación, se exponen los resultados de las técnicas y cuestionarios utilizados para la evaluación del caso.

Entrevista semiestructurada: Durante la primera entrevista, Olivia expuso la información más relevante relacionada con sus áreas vitales, así como su motivo de consulta y los objetivos que tenía respecto a la terapia. Esta información queda reflejada en el apartado previo de identificación de la paciente y motivo de consulta.

Línea de vida: Gracias a esta técnica se rescataron aspectos relevantes del caso como el rol que adquirió su cuidadora durante la infancia, así como la seguridad que la paciente percibía en el hogar con la presencia de ésta. También se obtuvo información relacionada con los conflictos en el hogar, fruto del consumo de alcohol del padre, añadiendo que Jorge, el hermano, en los años previos al divorcio, se enfrentaba al padre durante las discusiones. Esta situación, la describe con “inseguridad, miedo y tristeza”, detallando que “no podía más”. Por otro lado, explica que tras el divorcio y durante los primeros días, echaba de menos a su padre, y se replanteó la posibilidad de que volviera ya que “quizá la situación no era tan mala”; sin embargo, actualmente refiere que la relación es mejor desde que ya no conviven juntos. Durante esta etapa Pedro fue un gran apoyo para ella. En cuanto a los viajes en familia, Olivia relata que se sentía segura, tranquila y entusiasmada porque durante este tiempo sabía que su padre iba a estar de buen humor, citando que “todo se quedaba atrás, los malos rollos”. En relación con el ocio, cuenta que a los 14 años cuando se reunía con sus amigos se sentía bien pues “aquello que dependía de mi”, era bueno. Durante la etapa universitaria, se mudó a Madrid a estudiar Derecho y describe que tomó esta decisión ya que “estaba quemada en casa y necesitaba alejarse de su padre, sentirse libre”. Sin embargo, durante su estancia, añade que “desarrolló una ansiedad en la que le preocupaba el saber qué sucedía en su casa y no poder estar presente”, “se sentía culpable por estar fuera de casa y no estar presente en los conflictos”. Su manera de saber si la situación en el hogar era buena o mala era escribiendo a su padre: “si le escribía y no le contestaba era porque las cosas en casa estaban mal”, “necesitaba controlar la situación de alguna manera”. Finalmente, al finalizar el Grado sus padres la presionaron para opositar, aunque no estaba motivada para ello. Trabajó durante 7 meses en el registro mercantil que define como “meses muy buenos en los que estaba estable mentalmente” a pesar de que, al finalizar este contrato en enero de 2022, perdió esa estabilidad dado que tuvo que comenzar a opositar.

STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo

Respecto a los resultados obtenidos por la paciente tras la aplicación del cuestionario, se ha concluido que Olivia padece ansiedad tanto de rasgo como de estado, situándose la ansiedad-rasgo en el percentil 90, que corresponde con una puntuación 40, y la ansiedad-estado en el percentil 75, que corresponde con una puntuación 31. Éstos, demuestran que la paciente suele percibir las situaciones vitales como una amenaza, mostrando así una concordancia con la sintomatología ansiosa actual (tabla 4).

Tabla 4*Resultados Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI*

<i>Puntuación directa</i>	<i>Interpretación</i>
A-E: 31	Alto
A-R: 40	Alto

Genograma: Gracias a esta técnica, se conocieron de forma más detallada a los integrantes de la familia de la paciente. Asimismo, se observó que Olivia compartía una característica común llamativa con sus padres: “Negativa”. Tanto a ella misma como a éstos, los define como “negativos”. Además, también llama la atención la característica de “cuidadora” que comparten tanto Puri, la madre de la paciente, como Gloria, su tía materna. En relación a sus abuelos, explica que apenas los conoció y no mantuvo mucha relación con ellos, por lo que confiesa que las características que les adjudica están centradas en la imagen que ha creado por cómo los describen sus padres.

BDI-II: Inventario de Depresión de Beck II

En los resultados obtenidos, cuya puntuación directa es 21, se ha observado que la paciente puede padecer síntomas relacionados con la depresión, por lo que algunos de los objetivos del tratamiento se enfocaron en aumentar el estado de ánimo mediante técnicas como la activación conductual o el listado de fortalezas (tabla 5).

Tabla 5*Resultados Inventario de Depresión de Beck II*

<i>Puntuación directa</i>	<i>Interpretación</i>
21	Depresión moderada

Técnica proyectiva: Los roles más llamativos que la paciente escogió para sus figuras más cercanas (padre, madre, hermano, tía) fueron “adicto” para su padre, “madre” para su madre, “compañera” para su tía, “rebelde” y “niño eterno” para su hermano y “niño huérfano” para sí misma. Tras la explicación que dio para estos roles, se observa que los arquetipos escogidos son bastante representativos, sobre todo aquellos relacionados con la adicción de su padre y su sentimiento de abandono. Además, cabe resaltar aquellos roles asignados a su hermano, siendo “rebelde” un claro ejemplo de la prepotencia y evitación que la paciente define como característica de su hermano en el genograma, así como “niño eterno” cuya explicación relaciona con la falta de maduración y la poca responsabilidad. Finalmente, llama la atención el arquetipo “madre”, pues explica que a pesar de las diferencias que mantienen y el negativismo de ésta, considera que ha cumplido su rol de madre durante su infancia.

Escala de Autoestima de Rosenberg

Las respuestas de la paciente muestran una puntuación de 25, la cual se encuentra en el rango “menos de 25 puntos” que corresponde con una autoestima baja. Además, Olivia durante las sesiones verbaliza tener una baja autoestima y en ocasiones muestra una conducta compatible con ésta por lo que se observa coherencia entre los resultados obtenidos y la conducta de Olivia en sesión (tabla 6).

Tabla 6

Resultados Escala de Autoestima de Rosenberg

<i>Puntuación directa</i>	<i>Interpretación</i>
25	Baja

Átomo social: Llama la atención la cercanía con la que la paciente coloca a sus amistades, pues la mayoría de ellas se encuentran en el círculo más próximo a ella. Olivia explica que sus amistades son una gran fuente de apoyo y que siempre ha mantenido sus amistades desde la infancia. Tras implantar la técnica y preguntarle por los valores principales que debe tener una amistad, la paciente señala que la empatía, el apoyo incondicional, la sinceridad y la confianza entre otros, son algunos que considera como principales. Sin embargo, cabe destacar que a pesar de ubicar a la mayoría en una situación próxima, comenta que apenas se reúne con ellos por la

situación actual con su pareja, añadiendo que en varias ocasiones rechaza planes de ocio con éstos porque espera quedar con Marcos. Así pues, se observa que la paciente tiene claros sus valores respecto a las amistades, pero por su problemática actual no es coherente con ellos.

Inventario NEO Reducido de Cinco Factores

La paciente ha mostrado un alto grado de neuroticismo, con una puntuación de 42 correspondiente al percentil 97. Dado que este factor incluye ansiedad y depresión como rasgos, era de esperar que la puntuación fuese elevada. Olivia presenta cierta inestabilidad emocional y una alta tendencia a experimentar emociones negativas. También presenta una media-baja responsabilidad, puntuando un 33 correspondiente al percentil 40, lo que nos muestra su falta de organización como ella misma comenta, así como su falta de motivación.

Por el contrario, cabe resaltar que la paciente presenta un alto grado de apertura a la experiencia; con una puntuación de 36 correspondiente al percentil 90 que indica que se siente a gusto con lo desconocido y le gusta explorar nuevos contextos. También ha obtenido una puntuación elevada (40) con un percentil 80 en amabilidad, lo que indica que es una persona cooperativa y empática, sensibilidad que demuestra al hablar de sus amistades más íntimas. Por último, su grado de extraversión también es alto, con una puntuación de 34 que situado en el percentil 75 que se relaciona con un perfil impulsivo, desinhibido y con tendencia a experimentar emociones fuertes, algo característico de Olivia (tabla 7).

Tabla 7

Resultados Inventario NEO

<i>Puntuación directa</i>	<i>Interpretación</i>	<i>Percentil</i>
Neuroticismo (N): 42	Alto	97
Apertura (O): 36	Alta	90
Amabilidad (A): 40	Alta	80
Responsabilidad (R): 33	Media-baja	40
Extroversión (E): 34	Alta	75

Objetivos de Tratamiento

Durante la evaluación, se acordaron con la paciente los objetivos a trabajar durante el tratamiento una vez recogida toda la información relevante acerca de su problemática.

Los objetivos principales consensuados se muestran en la tabla 8, así como los objetivos

específicos; añadiendo las técnicas correspondientes a cada uno de ellos. Los objetivos generales se han centrado en reducir la sintomatología ansiosa, aumentar el estado de ánimo y reforzar la autoestima.

Tabla 8

Objetivos Terapéuticos

Objetivo	Técnica
1.Reducir la sintomatología ansiosa:	
1a. Reducir los pensamientos rumiativos, anticipatorios y catastrofistas	Autorregistro de los pensamientos y argumentos objetivos a favor y en contra de éstos
1b. Modificar el diálogo interno negativo y el impacto de los pensamientos negativos	Parada de pensamiento
1c. Disminuir la intensidad, frecuencia y duración de las preocupaciones	Autorregistro de los pensamientos y argumentos objetivos a favor y en contra de éstos
1d. Aprender a gestionar la necesidad de control	Técnica de círculo de la responsabilidad
2. Mejorar el estado de ánimo:	
2a. Aumentar la tasa de reforzamiento positivo	Listado de fortalezas y cómo potenciarlas
2b. Aumentar la tolerancia al malestar	Exposición en imaginación y malestar por jerarquía
2c. Mejorar la regulación emocional	Técnicas de relajación y gestión emocional: mindfulness
3.Mejorar y reforzar la autoestima:	
3a. Aumentar las conductas de autocuidado	Tareas de autocuidado a través de la programación y realización de actividades gratificantes para la paciente de manera gradual
3b. Reducir la procrastinación	Matriz de Eisenhower
3c. Mejorar su autoconcepto	Activación conductual
3d. Aumentar su autoconocimiento	Programación gradual del estudio mediante el refuerzo positivo

Tratamiento

La intervención con la paciente se ha centrado en la terapia cognitivo-conductual y en otras corrientes como la terapia sistémica y las terapias de 3º generación, considerándose diferentes técnicas de las diversas corrientes como relevantes para el caso y con el objetivo de trabajar la sintomatología ansiosa de la paciente.

Debido a la sintomatología y bajo el criterio profesional, se decidió que el proceso de terapia de Olivia tuviera una frecuencia semanal con sesiones de una hora durante 19 semanas.

En relación a la estructura de las sesiones, el formato que se utilizó para mantener una continuidad y una mejora de la problemática se centró en organizar las sesiones en tres apartados.

Los primeros minutos de cada sesión de tratamiento, a excepción de la quinta y sexta sesión, se dedicaron a revisar la técnica trabajada durante la sesión anterior y a comentar con la paciente cómo se había sentido durante la semana con la tarea planteada: Si le había resultado sencilla o complicada de llevar a cabo y si le había sido de utilidad. Los próximos minutos se dedicaron a la psicoeducación, relacionada con el objetivo a trabajar y una breve explicación de la técnica para conseguir dicho objetivo. Finalmente, se cerró la sesión con una tarea para casa y la puesta en práctica de ésta, relacionada con lo que se había trabajado durante dicha sesión.

A continuación, en la tabla 9, se muestra un resumen de las sesiones de tratamiento con los objetivos y técnicas utilizadas.

Tabla 9

Cronograma de las Sesiones de Tratamiento

Fecha	Nº de sesión	Objetivos	Técnicas	Tareas para casa
<i>Jueves 10 de noviembre</i>	5º sesión	Informar de su problemática y su comprensión	Explicación psicoeducativa de la problemática así como de su origen y mantenimiento actual	
<i>Jueves 17 de noviembre</i>	6º sesión	Reducir los pensamientos rumiativos, anticipatorios y catastrofistas	Explicación del autorregistro de los pensamientos y sus argumentos a favor y en contra	Registrar durante la semana en el autorregistro proporcionado la situación, pensamiento, grado de malestar y argumentos a favor y en contra
<i>Jueves 24 de noviembre</i>	7º sesión	Reducir el malestar del diálogo interno negativo y el impacto de los pensamientos negativos	Explicación y puesta en práctica de la defusión cognitiva	Trabajar la verbalización interna de esos pensamientos negativos en el contexto real

<i>Jueves 1 de diciembre</i>	8º sesión	Disminuir intensidad, frecuencia y duración de las preocupaciones	la	Explicación del autorregistro de los pensamientos y sus argumentos objetivos a favor y en contra	Registrar durante la semana en el autorregistro proporcionado la situación, pensamiento, grado de malestar y argumentos a favor y en contra
<i>Jueves 15 de diciembre</i>	9º sesión	Aprender a gestionar la necesidad de control	a	Explicación de la técnica del círculo de la responsabilidad y puesta en práctica	Registrar necesidades de control durante la semana y situarlas en el círculo para tomar conciencia de lo que es y lo que no mi responsabilidad
<i>Jueves 22 de diciembre</i>	10º sesión	Aumentar la tasa de reforzamiento positivo		Listado de fortalezas y cómo potenciarlas	Puesta en práctica de las fortalezas durante la semana
<i>Jueves 12 de enero</i>	11º sesión	Aumentar tolerancia al malestar	la	Exposición en imaginación y malestar por jerarquía	Puesta en práctica durante 10 minutos al día
<i>Jueves 19 de enero</i>	12º sesión	Regulación emocional		Explicación de técnicas de relajación y gestión emocional: Mindfulness.	Puesta en práctica
<i>Jueves 26 de enero</i>	13º sesión	Aumentar conductas autocuidado	de	Formulación de tareas de autocuidado a través de la programación y realización de actividades gratificantes de manera gradual	Puesta en práctica de las tareas programadas
<i>Jueves 2 de febrero</i>	14º sesión	Reducir procrastinación	la	Explicación y realización de la matriz de Eisenhower	Puesta en práctica durante la semana

<i>Jueves 9 de febrero</i>	15º sesión	Mejorar el autoconcepto	Explicación de la activación conductual y establecimiento de un horario fijo	Puesta en práctica
<i>Jueves 16 de febrero</i>	16º sesión	Aumentar el autoconocimiento	Programación gradual del estudio mediante el refuerzo positivo	Llevar a cabo la programación durante la semana
<i>Jueves 23 de febrero</i>	17º sesión	Evaluación post tratamiento de los objetivos	Volver a completar los cuestionarios pasados durante la evaluación	
<i>Jueves 2 de marzo</i>	18º sesión	Repasar resultados, habilidades técnicas trabajadas durante el proceso terapéutico	Reforzamiento positivo del esfuerzo	
<i>Jueves 9 de marzo</i>	19º sesión	Prevención de recaídas y seguimiento		Cita en un mes para valoración

Como se refleja en la tabla 1, las primeras cuatro sesiones estuvieron enfocadas en la evaluación de la problemática y en trabajar el vínculo terapéutico. Además, también se le ofreció psicoeducación constante durante toda la evaluación e intervención.

Posteriormente y una vez formuladas las primeras hipótesis (sesión 5), se procedió a informar a la paciente de su problemática actual así como su mantenimiento y su origen. Se trató de utilizar un vocabulario sencillo y adaptado a sus capacidades para facilitar la comprensión, tratando de eliminar términos psicológicos y/o técnicos.

Durante la 6ª sesión, el objetivo propuesto se centró en que la paciente aprendiese a manejar aquellos pensamientos rumiativos que le impiden llevar una vida satisfactoria, puesto que influyen negativamente en su día a día. Por ello, se realizó un autorregistro personalizado semejante al Modelo ABC de Albert Ellis (1955). Se realizó un breve periodo de psicoeducación así como una explicación del objetivo que se pretendía trabajar, comentándole que aquellos argumentos debían

ser objetivos y basados en la realidad, como por ejemplo datos medibles o fáciles de comprobar, que tuvieran una veracidad objetiva y que no fuesen fruto de nuestros pensamientos o preocupaciones. Así, se le pidió que completara durante la próxima semana el autorregistro de las situaciones que le generasen malestar para poder revisarlo conjuntamente la siguiente sesión (anexo 11).

En relación a la 7ª sesión, se propuso reducir el malestar que provocan los pensamientos rumiativos de la paciente mediante la defusión cognitiva de Aaron Beck (1967). Se le explicó la funcionalidad de esta técnica y cómo trabajar con ella. Se identificaron los pensamientos negativos que se querían trabajar y se comenzó a repetirlos durante varios minutos hasta que perdieran el sentido. Posteriormente, se formuló el pensamiento en voz alta pero modificando su verbalización, iniciándolo con la frase “estoy pensando que...”. Se pretende que ese pensamiento sea ajeno a su identidad y no forme parte de la paciente.

Respecto a la sesión 8, se volvió a trabajar con el autorregistro, pero esta vez centrado en reducir la frecuencia, intensidad y duración de las preocupaciones, observando aquellas que tenían un valor real y reduciendo las que podían posponerse o eliminarse.

Durante la 9ª sesión, se realizó un breve periodo de psicoeducación relacionada con la necesidad de control. Además, se dedicó parte de la sesión a la validación; centrada en la funcionalidad que tiene para ella el control externo en su vida. Por otro lado, se le explicó “el círculo de la responsabilidad”, en el que debía anotar dentro del círculo aquellas acciones, sentimientos, ideas o pensamientos propios, es decir, aquello que sí pertenece a su responsabilidad. Por otra parte, se le pidió que anotase fuera del círculo lo que pasa; aquellas acciones, palabras, ideas y comportamientos de los demás. Se le realizaron preguntas relacionadas como: ¿qué dicen de mí estos pensamientos?, ¿qué quiero hacer con ellos?, ¿qué grado de malestar me generan?, ¿cómo puedo manejarlos? etc. El objetivo de la técnica era que la paciente tratase de comprender que lo que sucede fuera del círculo no es su responsabilidad cambiarlo.

Como tarea para casa se le pidió que registrase aquellas necesidades de control y que las situase dentro o fuera del círculo. El objetivo es ayudar a que la paciente tome conciencia de lo

que sí puede controlar y de lo que no, y por lo tanto, debe tratar de aprender a gestionarlo y a aceptar que está ahí.

En la sesión 10, se trabajó con las fortalezas, pidiéndole que anotase en un papel todas aquellas fortalezas propias de sí misma para conseguir aumentar la tasa de refuerzo positivo una vez potenciadas. Se le ayudó mediante una serie de preguntas, algunas relacionadas con eventos del pasado. Para ello, se pusieron en práctica durante la semana todas aquellas fortalezas que la paciente registró en sesión, anotando aquellos momentos en los que identificase que su fortaleza estaba siendo utilizada así como eventos donde le hubiese gustado utilizarla y no lo hizo.

Durante la sesión 11, se trató de aumentar la tolerancia al malestar trabajando con la técnica de exposición en imaginación. Para ello, se le pidió a la paciente que cerrase los ojos y comenzase a imaginar su pasado, haciendo referencia a su infancia, etapa estudiantil, relación en el hogar etc. Posteriormente, se le pidió que evaluara cada momento de cada etapa vital de su pasado con un grado de malestar, pudiendo identificar varios niveles dentro de cada momento. Se realizó el mismo procedimiento tanto con el presente como con el futuro. Tras finalizar la exposición, se dedicó un breve periodo de tiempo a psicoeducación.

En la sesión 12, el objetivo era trabajar la regulación de las emociones. Para ello, se llevó a cabo una explicación de las técnicas de relajación, concretamente mindfulness. A continuación, se puso en práctica durante unos minutos y como tarea para casa se le sugirió que realizara esta técnica durante 10 minutos al día en momentos de ansiedad baja o moderada, registrando su grado de concentración y grado de satisfacción tras realizarla.

La 13ª sesión, se dedicó a trabajar con el autocuidado a través de la formulación de tareas relacionadas con éste y su programación para realizarlas gradualmente. Olivia tuvo que hacer una lista de varias actividades placenteras y realizar un horario semanal en el que se practicaran dichas tareas.

La sesión 14, estuvo enfocada en la reducción de la procrastinación, utilizando para ello la matriz de Eisenhower (1954). Esta técnica consiste en realizar una cruz con cuatro apartados, cada uno de ellos centrado en aquellas tareas importantes y urgentes, importantes y no urgentes, no

importantes y urgentes y no importantes y no urgentes. La paciente debía escribir en cada uno de los recuadros aquellas tareas que considerase en función de su importancia y/o urgencia.

En la sesión 15, se trabajó con el autoconcepto mediante la explicación de la activación conductual basada en la teoría de Aaron Beck así como el establecimiento de un horario fijo para realizar ciertas actividades.

Respecto a la sesión 16, se le propuso a la paciente trabajar el autoconocimiento como objetivo a través de la programación gradual del estudio mediante el refuerzo positivo. De esta forma, la paciente mantenía constante un horario específico que le ayudaba a priorizarse y mantener una rutina.

Finalmente, en las sesiones 17, 18 y 19, se volvieron a pasar los cuestionarios de la evaluación y poder evaluar la evolución de la paciente. Además, se repasaron aquellas habilidades y técnicas trabajadas durante la terapia así como observar las nuevas herramientas adquiridas. Por ende, se le reforzó positivamente todo el esfuerzo e implicación durante el proceso. La última sesión, se centró en realizar una prevención de recaídas y un seguimiento, citando a la paciente un mes después para seguir manteniendo el contacto y así, cerciorarse de que el trabajo realizado se mantiene a largo plazo.

Valoración del tratamiento

Durante el proceso terapéutico de Olivia se realizaron sesiones de evaluación y de tratamiento. En las primeras sesiones de evaluación se trató de construir una buena alianza terapéutica para una mejor adherencia al tratamiento. Desde el inicio, la paciente se mostró receptiva y comunicativa con su problemática lo que facilitó la recogida de información. Durante las sesiones, expresa haber notado avances y cambios positivos en su vida diaria, verbalizando que ha adquirido nuevos aprendizajes como un control de sus pensamientos anticipatorios, establecimiento de rutinas, priorizarse, reducción de la procrastinación y mayor facilidad en la toma de decisiones.

También argumenta que ha visto un cambio en su autocuidado, explicando que actualmente dedica más tiempo a sí misma y tiene más seguridad. En relación a la gestión emocional, confiesa que debe seguir trabajando puesto que es lo que mayor dificultad le genera. Aun así, agrega que

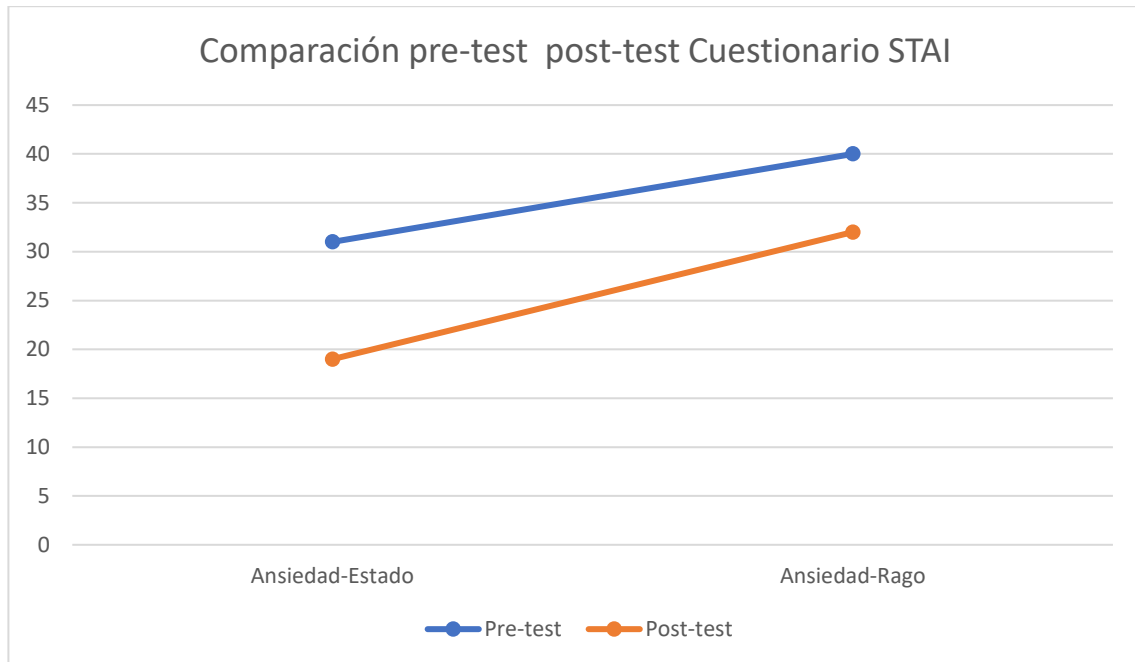
percibe mayor facilidad en la identificación de sus propias emociones. Respecto a los pensamientos negativos, considera que ha mejorado notablemente y que, a pesar de que siguen apareciendo, no son tan limitantes. Finalmente, expresa que la explicación de su problemática y el motivo del inicio de ésta le resultó tranquilizador y motivador para continuar con el proceso. Por ello, se concluye que Olivia presentó una buena adherencia al tratamiento motivada por su papel activo y participativo así como su alto compromiso con el proceso.

Sin embargo, cabe resaltar que Olivia mostró cierta resistencia en algunas de las técnicas utilizadas como a la hora de realizar los autorregistros correctamente o llevar a cabo los horarios establecidos con las actividades gratificantes. Durante esas semanas, la paciente realizó las tareas planteadas para casa y se trabajó en las siguientes sesiones cómo se había sentido, pero se observó que no desarrolló completamente las tareas. Asimismo, se concluyó que en ciertos momentos de baja motivación no se sentía con ganas para realizar ciertas actividades así como a la hora de registrar sus pensamientos; pues refiere que en función del contexto en el que se encontrase le resultaba complicado dedicar un tiempo a registrarlos.

Respecto a la consecución de los objetivos, se observa una mejora en el estado de ánimo y de la autoestima, dado que la paciente expone que las tareas de autocuidado, autoconocimiento y regulación emocional, entre otras, le han ayudado a priorizarse y a mantener una rutina diaria que le genera estabilidad. Por otro lado, también se observa una reducción de la sintomatología ansiosa dado que existe un mayor control de los pensamientos negativos y/o rumiativos, siendo estos no limitantes en la vida de la paciente. Por ello, la frecuencia y duración de éstos se ha visto reducida en cierta medida.

En cuanto a la comparación de medidas pre-post tratamiento, se observa lo siguiente:

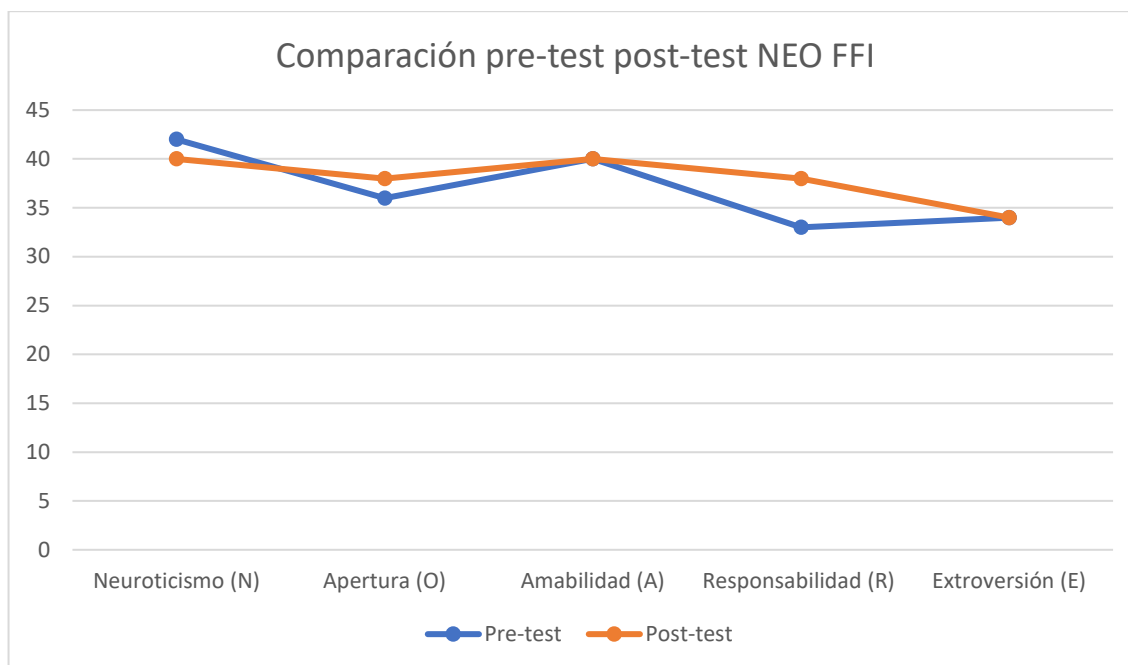
En relación al Cuestionario STAI observamos una mejora en las puntuaciones tras el periodo de tratamiento. A pesar de que la paciente todavía se encuentra en un percentil elevado (75) de ansiedad-rasgo, la puntuación (19) se ve disminuida notablemente en dicho aspecto. Por el contrario, la puntuación en ansiedad-estado (32), es mucho más baja que la del pre-test, mostrándose en un percentil moderado (50). En la siguiente gráfica se muestra la comparativa de las puntuaciones directas pre y post tratamiento.



Respecto al cuestionario BDI-II se observa una mejora razonable respecto a la puntuación pre test. Encontramos una disminución de la sintomatología depresiva, siendo una depresión moderada (21) en la puntuación pre test y encontrándose la nueva puntuación post test en el rango de depresión leve (16).

La nueva puntuación obtenida en el post-test en la Escala de Autoestima de Rosenberg también muestra una mejoría notable (29), pues la paciente se mantiene en el rango de autoestima moderada. Sin embargo, dicha puntuación roza el límite con el rango de autoestima elevada, encontrándose dichos valores entre 30 y 40.

Finalmente, se perciben ciertos cambios en las puntuaciones del cuestionario NEO FFI, observando que algunos factores se mantienen estables como la amabilidad o la extroversión, y otros han aumentado, siendo estos la apertura a la experiencia o la responsabilidad.



Discusión y conclusiones

El abordaje de este trabajo consistió en la presentación detallada del caso de una paciente con sintomatología ansiosa cuyo tratamiento ha sido abordado a través de diferentes corrientes aunque, principalmente, bajo una intervención cognitivo-conductual.

La paciente presenta una sintomatología ansiosa caracterizada por una baja autoestima, pensamientos rumiativos y procrastinación en el ámbito académico. Dicha sintomatología coincide con la comorbilidad que indica la literatura entre los trastornos de ansiedad y los del estado de ánimo (Jiménez, 2018). Además, la procrastinación es un factor que facilita el aumento de la ansiedad así como del estrés (Quant y Sánchez, 2012).

Por otra parte, dado que los TA son un problema de salud mental cada vez más frecuente (Herazo et al., 2018, p. 338) existen diversos estudios que explican qué corriente terapéutica es la más efectiva para trabajar este tipo de trastornos. Las terapias cognitivo-conductuales son, hasta la fecha, las más utilizadas para tratar los TA (Garay, et al., 2019) como por ejemplo la técnica de reestructuración cognitiva (Bacarra, 2011), por lo que la mayoría de las técnicas utilizadas en esta intervención están enfocadas alrededor de esta corriente, facilitando así el éxito terapéutico. Sin embargo, técnicas de las terapias de 3º generación como la aceptación o el mindfulness también muestran resultados altamente positivos, por lo que también se han tenido en cuenta a la hora de plantear el tratamiento de este caso clínico (Bacarra, 2011).

Es de importante relevancia mencionar que, como terapeutas, estamos en continuo contacto con perfiles que no se encuentran en su mejor momento vital y que padecen problemáticas que no les permiten disfrutar plenamente de su vida, por lo que acompañarlos y aceptarlos genuinamente es un factor fundamental para una exitosa intervención profesional. Crear un espacio de confianza, íntimo, confidencial, centrado en la escucha activa y en la empatía son aspectos necesarios para ayudar al paciente a resolver sus conflictos internos (Campuzano y Rodríguez, 2011). Dichos aspectos no forman parte solo de las técnicas de tratamiento, sino que son habilidades que el terapeuta debe desarrollar eficientemente durante el proceso terapéutico para obtener la información más relevante del paciente así como saber identificar el origen y el mantenimiento del problema (Campuzano y Rodríguez, 2011).

Por otra parte, gracias al análisis funcional se pudieron identificar aquellas conductas problema y, de esta forma, saber qué técnicas eran las más adecuadas para trabajar la problemática (Kaholokula et al., 2013). Se observó que la paciente tendía a procrastinar en tareas que no tenían una consecuencia negativa y que solo afectaban a su propia persona, lo cual afectaba negativamente a su autoestima; por lo que se implementaron técnicas de autocuidado y establecimiento de rutinas que resultaran eficientes según la literatura (García-Ayala, 2009). También se observó una necesidad de control cuyo origen surgió en la infancia y que estaba relacionado con los pensamientos rumiativos, por lo que se utilizaron técnicas centradas en la psicoeducación del control, en la responsabilidad y la identificación de dichos pensamientos a través de los autorregistros (Duarte García, 2016). Finalmente y como más relevante, se identificó una baja autoestima y falta de regulación emocional relacionada con la baja tolerancia al malestar, cuyas técnicas se enfocaron en la respiración o en exposiciones en imaginación (Sánchez et al., 2014). Cabe destacar, que todas las técnicas implementadas durante el proceso terapéutico han sido escogidas en función de la problemática de la paciente y basándose en estudios que demuestran su utilidad para garantizar el éxito terapéutico.

Por el contrario, aunque la adherencia al tratamiento fue positiva, se encontraron ciertas limitaciones que quizá puedan generalizarse a futuros pacientes con sintomatología ansiosa. Se considera que la resistencia más relevante está relacionada con la ejecución de las actividades

placenteras. Es posible que, como ocurre en el caso que se analiza en este trabajo, un perfil con sintomatología ansiosa y apatía muestre resistencias dado que, al tener poca energía, realizar tareas que requieran cierto esfuerzo pueden suponer una gran dificultad para éste, a pesar de que a largo plazo obtenga un mayor beneficio. Esta resistencia coincide con uno de los artículos de Morilla et al., 2012, en relación al tratamiento de una persona con ansiedad y, por ende, se tiene en cuenta para futuros procesos terapéuticos como algo a revisar y mejorar. Aun así y para mejorar la adherencia, es importante realizar una correcta psicoeducación y trabajar con el paciente aquellas dificultades que pueden surgir durante el camino y a la hora de trabajar las técnicas. Si los pacientes son conscientes y conocedores de las posibles dificultades que pueden aparecer durante el proceso terapéutico, es posible que la adherencia al tratamiento y el éxito del tratamiento se vea reducido.

Además, puesto que las sesiones terapéuticas se impartieron de manera telemática también se encontraron dificultades a la hora de utilizar ciertas técnicas dado que la no presencialidad limita en muchas ocasiones el desarrollo de las técnicas. Se considera que, sobre todo, la mayor limitación de las sesiones online se encuentra en el tiempo; pues explicar técnicas proyectivas o que requieren de material como cartas, videos etc., de manera telemática es más costoso y no tan inmediato que con las sesiones presenciales. Compartir pantalla, escanear el material o visualizar la misma tarea terapeuta-paciente es una resistencia que durante este proceso terapéutico ha limitado el desarrollo de la terapia.

En alusión a las técnicas de evaluación, se usaron herramientas poco utilizadas en los contextos terapéuticos como la línea de vida o el genograma. Estas técnicas fueron de gran utilidad para rescatar información relevante de la paciente, pues gracias a ellas se conoció toda su historia vital y aquellos eventos vitales traumáticos o dolorosos. Se investigaron aquellas emociones más recurrentes durante su vida, el estilo de apego, su diálogo interno, la dinámica familiar, los roles asumidos por cada uno de sus familiares, etc. Por ello, considero que si no hubiera sido por estas dos técnicas, la información recabada habría sido más reducida; pues realizar la primera toma de contacto mediante técnicas más visuales e interactivas considero que ayuda al paciente a no sentirse abrumado con demasiadas preguntas circulares.

A pesar de encontrar limitaciones y resistencias a lo largo del proceso, gracias a que Psicolink y la paciente han depositado su confianza en mí, he podido llevar a cabo exitosamente el proceso terapéutico y en gran parte conseguir los objetivos establecidos. Valoro positivamente su disposición y seriedad para mantener reglamentariamente las sesiones y trabajar en conjunto los objetivos y técnicas pertinentes. Además, la paciente verbaliza que ha percibido cambios gratificantes respecto a su problemática. Todo ello alude a las técnicas utilizadas de las diferentes corrientes, las cuales han sido escogidas detalladamente considerando su perfil y su sintomatología.

Por otro lado, me gustaría añadir que tanto el análisis funcional como los cuestionarios utilizados han sido una herramienta de gran ayuda para poder identificar más científicamente las conductas problemas y la sintomatología.

Por último y no menos importante, mencionar que antes de comenzar con el proceso terapéutico, Olivia firmó un consentimiento informado para la utilización de sus datos recogidos durante las sesiones (Anexo 12).

Referencias bibliográficas

- Alba Chica, J. (1983). Anomalías de la personalidad del niño determinadas por el alcoholismo paterno. *Revista del Departamento de Psiquiatría, 10*, 191-292.
- Alea, V. M. (2021). *Mindfulness una estrategia para fortalecer la concentración, autopercepción y práctica instrumental del maestro de música en formación*. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/20.500.12209/13442>.
- Alonso-Arbiol, I., Shaver, P. y Yárnoz, S. (2002). Insecure attachment, gender roles, and interpersonal dependency in the Basque Country. *Personal Relationships, 9*, 479-490.
- Aluja, A., Blanch, A., Sole, D., Dolcet, J. M. y Gallart, S. (2009). Versiones cortas del NEO-PI-R: el NEO-FFI frente al NEOFFI-R. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 17*(2), 335-351.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Atienza, F. L., Moreno, Y. y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis, 22*(1-2), 29-42.
- Barraca, J. (2011). ¿Aceptación o control mental? Terapias de aceptación y mindfulness frente a las técnicas cognitivo-conductuales para la eliminación de pensamientos intrusos. *Análisis y Modificación de Conducta, 37*, 43-63. <http://repositorio.ucjc.edu/handle/20.500.12020/446>
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Carbin, M. G. (1988). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck: Veinticinco años de evaluación. *Revisión de psicología clínica, 8* (1), 77-100.

- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. (1996). Beck depression inventory–II. *Psychological assessment*.
- Behar, E., Dobrow DiMarco, I. Hekler, E. B., Mohlman, J. y Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1011-1023.
- Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhoades, D., Linscomb, M., Clarahan, M. y Sammut, S. (2015). La prevalencia y los correlatos de depresión, ansiedad y estrés en una muestra de estudiantes universitarios. *Revista de trastornos afectivos*, 173, 90-96.
- Birditt, K.S., Newton, N.J., Cranford, J.A. y Ryan, L.H. (2016). Stress and Negative Relationship Quality among Older Couples: Implications for Blood Pressure. *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(5), 775-785.
- Bruffaerts, R., Mortier, P., Kiekens, G., Auerbach, R. P., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Green, J. G., Nock, M. K. y Kessler, R. C. (2018). Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. *Journal of affective disorders*, 225, 97–103. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.044>
- Cadena Gómez, E. A. (2019). Manejo de la ansiedad en adultos desde el enfoque cognitivo conductual. <https://digitk.areandina.edu.co/handle/areandina/4302>
- Campuzano, M. D. L. R., y Rodríguez, J. L. S. (2011). ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES TERAPÉUTICAS: ALGUNAS CONSIDERACIONES. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(2), 211-225.
- Castelló, J. (2005). *Dependencia emocional. Características y tratamiento*. Madrid: Alianza Editorial.

- Coyne, S. M., Busby, D., Bushman, B. J., Gentile, D. A., Ridge, R. y Stockdale, L. (2012). Gaming in the game of love: Effects of video games on conflict in couples. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 61(3), 388-396.
- De la Villa, M. y Sirvent, C. (2009). Dependencia afectiva y género: perfil sintomático diferencial en dependientes afectivos españoles. *Interamerican Journal of Psychology*, 43, 230–240.
- Duarte García, I. (2016). Regulación emocional: relaciones entre el modelo de proceso y regulación emocional de Gross y el modelo cognitivo ABC de Ellis.
- Etchevers, M., Garay, C. J., Korman, G. P., González, M. M. y Simkin, H. (2012). Principales desarrollos y enfoques sobre alianza y relación terapéutica. *Anuario de investigaciones*, 19(1), 225-232.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S. y Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) en universitarios. *Psicología Conductual*, 20(3), 547-561.
- Garay, C. J., Donati, S., Ortega, I., Freiría, S., Rosales, G. y Koutsovitis, F. (2019). Modelos cognitivo-conductuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/9564>
- García-Ayala, C. (2009). Comprendiendo la procrastinación con el modelo ABC de Albert Ellis. *Gaceta de la escuela de medicina Justo Sierra*, 2(1), 4-5.
- Gómez-Ortiz, O., Martín, L. y Ortega-Ruiz, R. (2017). Conflictividad parental, divorcio y ansiedad infantil. *Pensamiento psicológico*, 15(2), 67-78.
- Gómez-Zapiain, J., Ortiz, M. J. y Gómez-Lope, J. (2011). Experiencia sexual, estilos de apego y tipos de cuidados en las relaciones de pareja. *Anales de Psicología*, 27, 447-456.

- González Marín, E. (1998). Repercusión psicopatológica del alcoholismo paterno en los hijos. *Drogodependencia*, 13, 307-312.
- Guillén-Riquelme, A. y Buela-Casal, G. (2014). Metaanálisis de comparación de grupos y metaanálisis de generalización de la fiabilidad del cuestionario State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Revista española de salud pública*, 88(1), 101-112. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000100007> .
- Guzmán, J. I. N. (2001). Hijos de padres alcohólicos: su nivel de ansiedad en comparación con hijos de padres no alcohólicos. *Revista latinoamericana de psicología*, 33(1), 53-58.
- Haack, N.R. y Alim, T.N. (1991). Anxiety and the adult child of. an alcoholic: A comorbid problem. *Family and Community Health*, 13, 49-60.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Herazo, E., Campo-Arias, A. y Dávila, N. A. (2018). Estresores vitales durante la infancia y trastorno de ansiedad: una meta-revisión. *Duazary*, 15(3), 337-346. <https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/2425>
- Hirigoyen, M. F. (2013). *El acoso moral. El maltrato psicológico de la vida cotidiana* (25.a ed.). Barcelona: Paidós.
- Ibáñez, I., del Pino, A., Olmedo, E. y Gaos, M. T. (2010). Fiabilidad y validez de una versión española del Inventario de Depresión de Beck-II en una muestra de la población general canaria. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18(1), 35-56.
- Izquierdo, S. A. y Gómez-Acosta, A. (2013). Dependencia afectiva: abordaje desde una perspectiva contextual. *Psychologia: avances de la disciplina*, 7, 81-91.

- Jiménez Cazorla, M. (2018). Mindfulness para el tratamiento de la ansiedad generalizada. http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/177313/TFM_2018_Jimenez_CazorlaMaria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Jiménez, J.L., Aldama, E., Pérez de Heredia, I.L., Serrada, M.T. y Sastre, M. (1991). Consecuencias familiares del alcoholismo. *Revista Española de Pediatría*, 47, 233-238.
- Kaholokula, J. K., Godoy, A., Haynes, S. N., y Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2), 117-127.
- Leach, L.S., Butterworth, P., Olesen, S.C. y Mackinnon, A. (2013). Relationship quality and levels of depression and anxiety in a large population-based survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 417-425. doi:10.1007/s00127-012-0559-9
- Lemos, M., Jaller, C., González, A. M., Díaz, Z. T. y De la Ossa, D. (2012). Perfil cognitivo de la dependencia emocional en estudiantes universitarios en Medellín, Colombia. *Universitas Psychologica*, 11, 395-404.
- Lewandowski, G.W., Nardone, N. y Raines, A.J. (2010). The role of self-concept clarity in relationship quality. *Self and Identity*, 9(4), 416-433. doi:10.1080/152988609033321
- Lundh, L. y Öst, L. (2001). Attentional bias, self-consciousness and perfectionism in social phobia before and after cognitive-behaviour therapy. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30 (1), 4-16. doi: 10.1080/02845710117841
- Macías Carballo, M., Pérez Estudillo, C., López Meraz, M. L., Beltrán Parrazal, L. y Morgado Valle, C. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual.

[http://148.202.112.11:8080/jspui/bitstream/123456789/1410/1/Trastornos%20de%20ansiedad%20revisi%
c3%b3n%20bibliogr%
c3%a1fica%20de%20la%20perspectiva%20actual.pdf](http://148.202.112.11:8080/jspui/bitstream/123456789/1410/1/Trastornos%20de%20ansiedad%20revisi%c3%b3n%20bibliogr%c3%a1fica%20de%20la%20perspectiva%20actual.pdf)

<http://repositorio.cualtos.udg.mx:8080/jspui/handle/123456789/1410>

Marcks, B. A. y Woods, D. W. (2005). A comparison of thought suppression to an acceptance-based technique in the management of personal intrusive thoughts: A controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 433-445.

Marquina-Luján, R. J., Horna Calderón, V. E., y Huairé Inacio, E. J. (2020). Ansiedad y procrastinación en estudiantes universitarios. *Revista Conciencia Epg*, 3(2), 89-97. <https://doi.org/10.32654/concienciaepg.3-2.6>

Miguel-Álvaro, A. y Panadero, S. (2021). ¿Existe relación entre la alianza terapéutica y el resultado terapéutico en el tratamiento de la depresión? Análisis y revisión. *Clínica Contemporánea*, 12(2), Artículo e11. <https://doi.org/10.5093/cc2021a13>

Momeñe, J. y Estévez, A. (2018). Los estilos de crianza parentales como predictores del apego adulto, de la dependencia emocional y del abuso psicológico en las relaciones de pareja adultas. *Behavioral Psychology*, 26(2), 359-377.

Morgan, T. A. y Clark, L. A. (2010). Passive-submissive and active-emotional trait dependency: Evidence for a two-factor model. *Journal of Personality*, 78, 1325-1352.

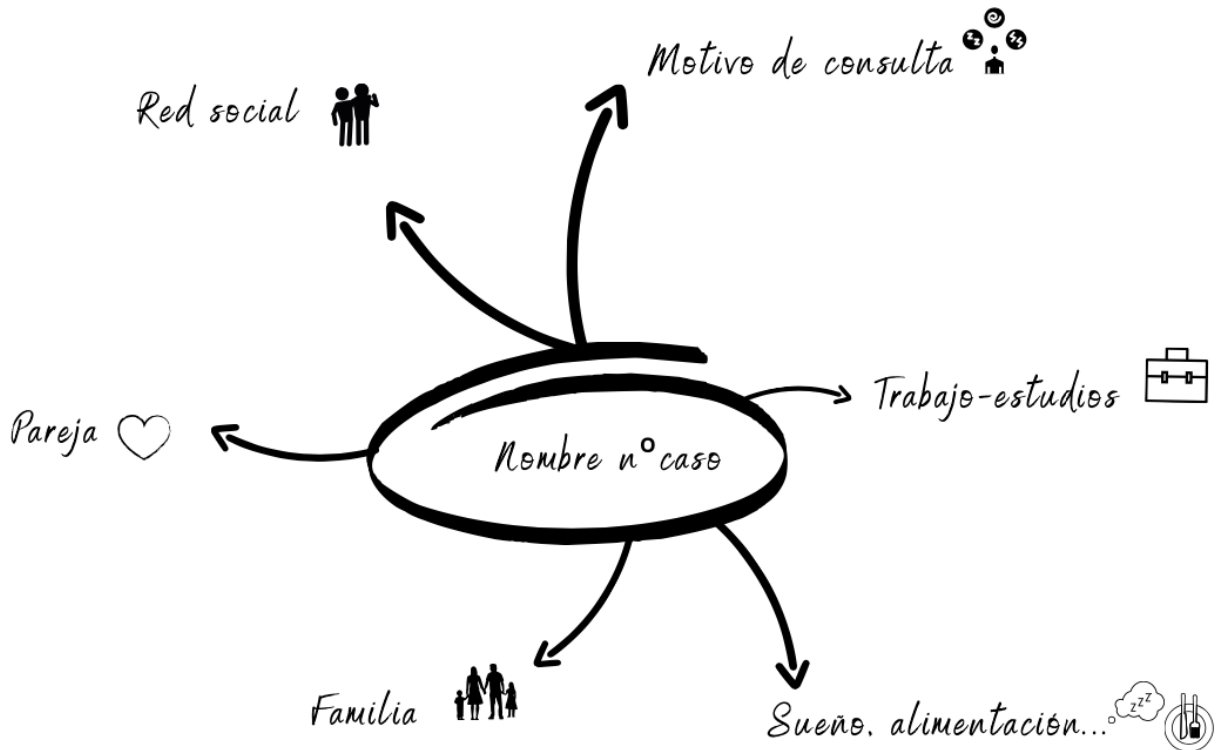
Morilla, S. G., Bados, A., y Saldaña, C. (2012). Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno de ansiedad generalizada. *Anuario de Psicología*, 42(2), 245-258.

- Organización Mundial de la Salud. (2 de marzo de 2022). *La pandemia de COVID-19 desencadena un aumento del 25 % en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo.* <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
- Padilla, E. (1995). *Repercusiones del alcoholismo paterno y su entorno sobre la ansiedad de los hijos*. Tesis doctoral, Sevilla, España: Universidad de Sevilla.
- Pardo, D., Perilla, L. y Salinas, C. (2014). Relación entre procrastinación académica y ansiedad- rasgo en estudiantes de psicología. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología, 14(1), 31- 44. Recuperado de <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/CHP/article/view/1343/965>.
- Quant, D. M., & Sánchez, A. (2012). Procrastinación, procrastinación académica: Concepto e implicaciones. Procrastination, academic procrastination : Concept and implications. *Revista Vanguardia Psicológica*, 57(1), 45–59.
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Paidós.
- Rusbya, J., Harrisb, J. M. y Taskera, F. (2013). Female interpersonal dependency: genetic and environmental components and its relationship to depression as a function of age. *Aging & Mental Health*, 17, 1044–1051.
- Sánchez, A. R., Calderón, C. E., Montenegro, A. F. H., Calderón, E. E., y Moyano, A. R. (2014). Beneficios de la psicoeducación de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con ansiedad. *Enfermería Docente*, 1(102), 7.
- 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.

- Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2009). Nuevos baremos para la adaptación española del Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R): fiabilidad y datos normativos en voluntarios de la población general. *Clínica y salud*, 20(2), 131-144.
- Skvortsova, S. N. y Shumskiy, V. B. (2014). Existential-phenomenological analysis of dependence in close interpersonal relationships. *Existenzanalyse*, 31, 4–13.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E. y Cubero, N. S. (1999). STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Madrid: *TEA ediciones*.
- Suarez Cuba, M. Á. (2010). El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. *Revista Médica La Paz*, 16(1), 53-57.
- Till, B., Tran, U. S. y Niederkrotenthaler, T. (2017). Relationship satisfaction and risk factors for suicide. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 38(1), 7-16.
- Tosevski, D. L., Milovancevic, M. P. y Gajic, S. D. (2010). Personality and psychopathology of university students. *Current opinion in psychiatry*, 23(1), 48-52.
- Tubman, I.G. (1993). Family risk factors, parental alcohol use, and problem behaviors among school-age children. *Family Relations*, 42, 81-6.
- Urbiola, I. (2014). *Violencia recibida, ejercida y percibida en las relaciones de noviazgo de jóvenes y adolescentes*. Universidad de Deusto. Bilbao. Tesis doctoral.
- Verhofstadt, L. L., Buysse, A., Ickes, W., De Clercq, A. y Peene, O. J. (2005). Conflict and support interactions in marriage: An analysis of couples' interactive behavior and online cognition. *Personal Relationships*, 12(1), 23-42. doi:10.1111/j.1350-4126.2005.00100.x

Anexos

Anexo 1: Plantilla Entrevista semiestructurada



Le gustaría conseguir...



Anexo 2: STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo

STAI

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____

A-E

LEA DETENIDAMENTE LAS INSTRUCCIONES

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

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

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

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

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

A-R

INSTRUCCIONES

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

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


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

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

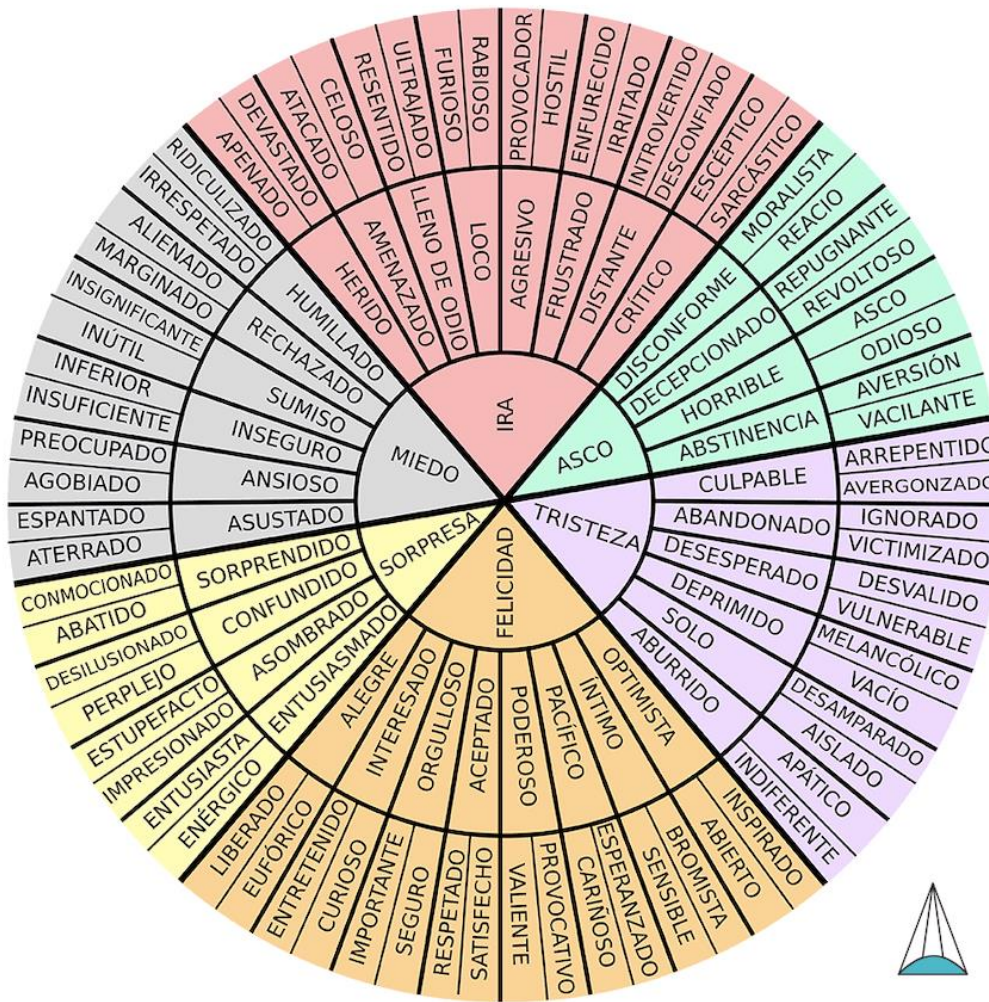
Anexo 3: Plantilla Línea de vida

LÍNEA DE VIDA

A continuación, sitúe de forma cronológica de más antiguo a más moderno, los episodios más relevantes de su vida (a la izquierda los positivos y a la derecha los negativos). Escribe también los años que tenía en cada episodio.

A vertical line is drawn down the center of the page, intended for a student to write life events on either side. The line starts below the instructions and extends almost to the bottom of the page.

Anexo 4: Rueda de las emociones



Anexo 5: BDI-II: Inventario de Depresión de Beck II

BDI-II

NOMBRE FECHA

EDAD SEXO ESTADO CIVIL

PROFESION ESTUDIOS

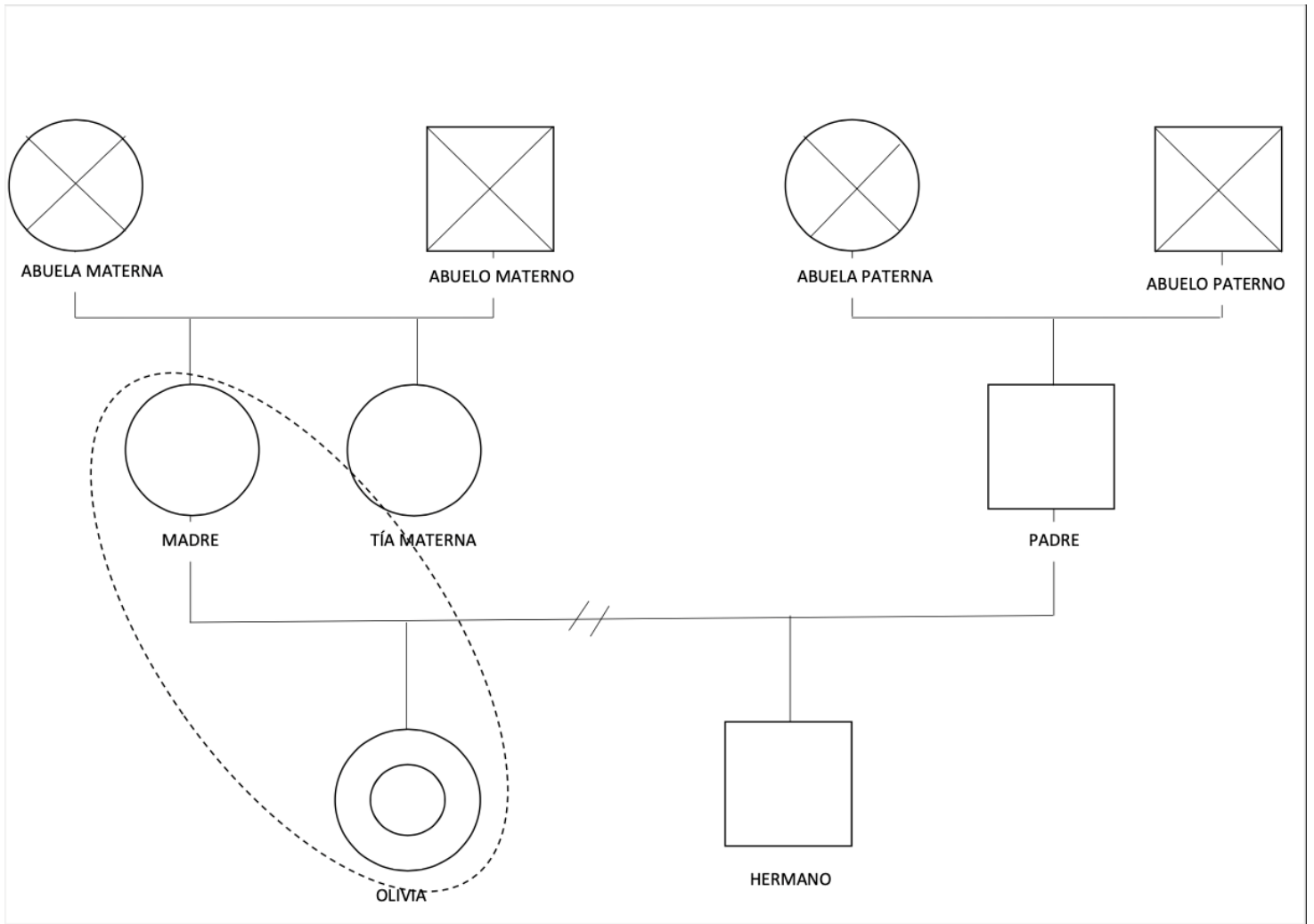
INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con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

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

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

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

Anexo 6: Recreación Genograma paciente



Anexo 7: Técnica proyectiva



Anexo 8: Escala de Autoestima de Rosenberg

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

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

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

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

Interpretación:

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

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

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

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

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

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

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

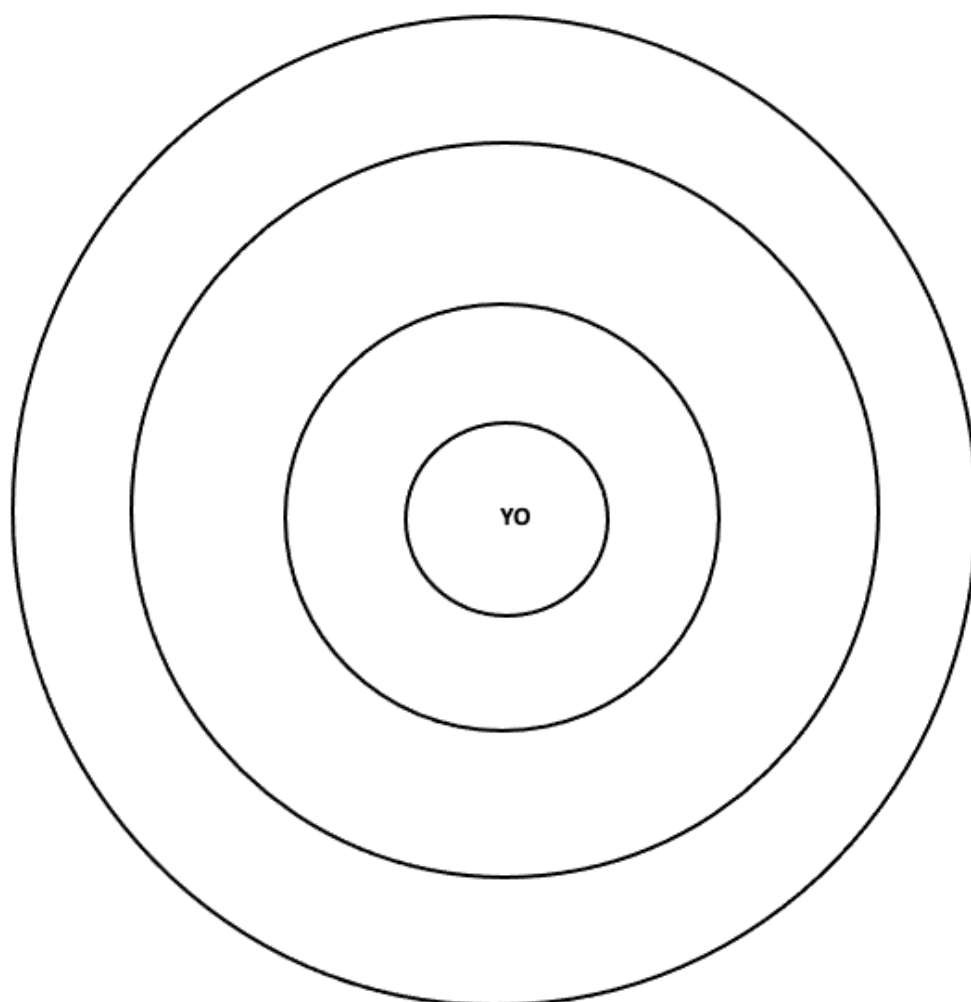
- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

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

Anexo 9: Plantilla Átomo social

EL ÁTOMO SOCIAL O EL UNIVERSO DE LAS RELACIONES:

En el siguiente dibujo coloca a tus relaciones significativas en función de la cercanía o lejanía en la que las sientas (no se trata de lejanía física sino emocional). Incluye familiares, amigos y personas relevantes. Incluye tanto buenas relaciones como conflictivas. Indica con un boli rojo a quién alejarías y con un boli verde a quién acercarías.



A. En total desacuerdo	B. En desacuerdo	C. Neutral	D. De acuerdo	E. Totalmente de acuerdo
1	A menudo me siento inferior a los demás.	A B C D E		
2	Soy una persona alegre y animosa.	A B C D E		
3	A veces cuando leo una poesía o contemplo una obra de arte, siento una profunda emoción o excitación.	A B C D E		
4	Tiendo a pensar lo mejor de la gente.	A B C D E		
5	Parece que nunca soy capaz de organizarme.	A B C D E		
6	Rara vez me siento con miedo o ansioso.	A B C D E		
7	Disfruto mucho hablando con la gente.	A B C D E		
8	La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí.	A B C D E		
9	A veces intimido o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero.	A B C D E		
10	Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada.	A B C D E		
11	A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores.	A B C D E		
12	Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente.	A B C D E		
13	Tengo una gran variedad de intereses intelectuales.	A B C D E		
14	A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero.	A B C D E		
15	Trabajo mucho para conseguir mis metas.	A B C D E		
16	A veces me parece que no valgo absolutamente nada.	A B C D E		
17	No me considero especialmente a legre.	A B C D E		
18	Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y en la naturaleza.	A B C D E		
19	Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear.	A B C D E		
20	Tengo mucha auto-disciplina.	A B C D E		
21	A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza.	A B C D E		
22	Me gusta tener mucha gente alrededor.	A B C D E		
23	Encuentro aburridas las discusiones filosóficas.	A B C D E		
24	Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar.	A B C D E		
25	Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias.	A B C D E		
26	Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar.	A B C D E		
27	No soy tan vivo ni tan animado como otras personas.	A B C D E		
28	Tengo mucha fantasía.	A B C D E		
29	Mi primera reacción es confiar en la gente.	A B C D E		
30	Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez.	A B C D E		
31	A menudo me siento tenso e inquieto.	A B C D E		
32	Soy una persona muy activa.	A B C D E		
33	Me gusta concentrarme en un sueño o fantasía y, dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades.	A B C D E		
34	Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador.	A B C D E		
35	Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago.	A B C D E		
36	A veces me he sentido amargado y resentido.	A B C D E		
37	En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros.	A B C D E		
38	Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana.	A B C D E		
39	Tengo mucha fe en la naturaleza humana.	A B C D E		
40	Soy eficiente y eficaz en mi trabajo.	A B C D E		
41	Soy bastante estable emocionalmente.	A B C D E		
42	Huyo de las multitudes.	A B C D E		
43	A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas.	A B C D E		
44	Trato de ser humilde.	A B C D E		
45	Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo.	A B C D E		
46	Rara vez estoy triste o deprimido.	A B C D E		
47	A veces reboso felicidad.	A B C D E		
48	Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos.	A B C D E		
49	Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna.	A B C D E		
50	En ocasiones primero actúo y luego pienso.	A B C D E		
51	A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento.	A B C D E		
52	Me gusta estar donde está la acción.	A B C D E		
53	Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países.	A B C D E		
54	Puedo ser sarcástico y mordaz si es necesario.	A B C D E		
55	Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender a ninguna.	A B C D E		
56	Es difícil que yo pierda los estribos.	A B C D E		
57	No me gusta mucho charlar con la gente.	A B C D E		
58	Rara vez experimento emociones fuertes.	A B C D E		
59	Los mendigos no me inspiran simpatía.	A B C D E		
60	Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer.	A B C D E		

RODEE UNA DE LAS RESPUESTAS

¿Ha respondido a todas las frases? **SÍ NO**
 ¿Ha respondido fiel y sinceramente a las frases? **SÍ NO**

FIN DE LA PRUEBA

*Anexo 12: Consentimiento informado para la utilización de las sesiones de psicoterapia***MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA
UTILIZACIÓN DE DATOS DE SESIONES DE PSICOTERAPIA**

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

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

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

2. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

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

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

3. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

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

DATOS DEL CENTRO

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

4. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

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

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

En, a de de 20....

Firmado:

Don/Dña.: