



**Universidad
Europea** MADRID

Estudio de caso: Intervención en una paciente con sintomatología ansioso- depresiva

Máster de Psicología General Sanitaria

Autora: Noelia Marín Pérez

Tutora clínica: Mireia Cañeque Grau

Tutora académica: Lilia Hernández del Castillo

A 28 de febrero de 2023

Resumen

La ansiedad y la depresión constituyen dos de los problemas de salud mental con mayor comorbilidad. Los síntomas de ambos trastornos presentados conjuntamente pueden llegar a suponer una condición de gran complejidad y malestar para la persona, que puede mantenerse por la influencia de múltiples variables. En el presente estudio de caso se presenta una paciente de 25 años con sintomatología compatible con Trastorno de Ansiedad Generalizada y Distimia. La paciente comenzó el proceso terapéutico en septiembre de 2022, tras haber mantenido un proceso de terapia en combinación con tratamiento farmacológico con antidepresivos y ansiolíticos durante el año anterior. La paciente refirió experimentar un bajo estado de ánimo, apatía, anhedonia, fatiga y sensibilidad emocional que empezaron a manifestarse al finalizar la relación con su expareja en 2020. El tratamiento se llevó a cabo desde el Modelo Cognitivo-Conductual, a partir del cual se diseñó un plan de intervención adaptado a las características individuales de la paciente, integrando varias técnicas de Terapias de Tercera Generación. Se aplicaron técnicas de Psicoeducación, Reestructuración Cognitiva, Cuestionamiento Socrático, Defusión Cognitiva y entrenamiento en asertividad, entre otras. El proceso tuvo una duración total de 20 sesiones de una hora realizados a lo largo de 6 meses, en los que se incorporaron la evaluación y el tratamiento. Una vez finalizado el tratamiento, las pruebas mostraron una reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva, lo que señaló un progreso y mejoras significativas.

Palabras clave

Ansiedad, caso clínico, depresión, sintomatología ansios-depresiva, Terapia Cognitivo-Conductual.

Abstract

Anxiety and depression are two of the most comorbid mental health problems. The symptoms of both disorders presented together can assume a condition of great complexity and discomfort for the person, which can be maintained by the influence of multiple variables. The present case study presents a 25-year-old patient with symptoms compatible with Generalized Anxiety Disorder and Dysthymia. The patient began the therapeutic process in September 2022, after having maintained a therapy process in combination with pharmacological treatment with antidepressants and anxiolytics during the previous year. The patient reported experiencing a low mood, apathy, anhedonia, fatigue and emotional sensitivity that began to manifest at the end of the relationship with her ex-partner in 2020. The treatment was carried out from the Cognitive-Behavioral Model, from which an intervention plan was designed adapted to the individual characteristics of the patient, integrating various techniques of Third Generation Therapies. Psycho-education, Cognitive Restructuring, Socratic Questioning, Cognitive Defusion and assertiveness training were applied, among others. The process lasted a total of 20 one-hour sessions over 6 months, during which evaluation and treatment were incorporated. After treatment was completed, the tests showed a reduction in anxious and depressive symptoms, indicating significant progress and improvements.

Keywords

Anxiety, anxious-depressive symptoms, depression, clinical case, Cognitive-Behavioral Therapy.

Índice

1.	Introducción.....	6
1.1.	Breve introducción histórica de la ansiedad y la depresión.....	6
1.2.	Conceptualización de la ansiedad y trastornos de ansiedad del DSM-5.....	7
1.3.	Conceptualización de la depresión y trastornos depresivos del DSM-5.....	9
1.4.	Epidemiología de la ansiedad y la depresión.....	11
1.5.	Comorbilidad de la ansiedad y la depresión.....	11
1.6.	Variables relacionadas con la depresión.....	12
1.7.	Tratamientos más eficaces de la ansiedad y la depresión.....	13
1.8.	Justificación del caso de estudio.....	14
2.	Identificación del paciente y motivo de consulta.....	16
3.	Estrategias de Evaluación.....	18
	<i>Entrevista semiestructurada.....</i>	19
	<i>Línea de Vida.....</i>	19
	<i>Genograma.....</i>	20
	<i>Cartas de Arquetipos.....</i>	20
	<i>Átomo Social.....</i>	20
	<i>Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II; Beck et al., 2011).....</i>	21
	<i>Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberg, 1986).....</i>	21
	<i>Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES; Rosenberg, 1965).....</i>	22
	<i>Cuestionario de Apego Adulto (CAA; Melero y Cantero, 2008).....</i>	22
4.	Formulación clínica del caso.....	24
4.1.	Hipótesis de Origen.....	24
4.3.	Hipótesis de Mantenimiento.....	26
4.3.	Resultados de las técnicas y cuestionarios de evaluación.....	28
	<i>Entrevista semiestructurada.....</i>	28
	<i>Línea de vida.....</i>	28
	<i>Genograma.....</i>	30
	<i>Átomo Social.....</i>	30
	<i>Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck et al., 2011).....</i>	31
	<i>Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberg, 1986).....</i>	31
	<i>Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965).....</i>	31
	<i>Cuestionario de Apego Adulto (CAA; Melero y Cantero, 2008).....</i>	32
4.4.	Objetivos y propuesta de tratamiento.....	32
5.	Tratamiento.....	34

6. Valoración del tratamiento	42
7. Discusión y conclusiones.....	47
8. Referencias bibliográficas	51
9. Anexos.....	58

Índice de tablas

Tabla 1. Cronograma de las sesiones de evaluación.....	18
Tabla 2. Cadenas de Condicionamiento Clásico de la Hipótesis de Origen.....	26
Tabla 3. Análisis Funcional de las conductas problema en cadenas de Condicionamiento Operante.	27
Tabla 4. Resultados de la paciente en el BDI-II.....	31
Tabla 5. Resultados de la paciente en el STAI.....	31
Tabla 6. Resultados de la paciente en el RSES.....	31
Tabla 7. Resultados de la paciente en el CAA.....	32
Tabla 8. Objetivos y técnicas de tratamiento.....	33
Tabla 9. Cronograma de las sesiones de tratamiento.....	35
Tabla 10. Resultados de la paciente en le evaluación pre y post tratamiento.....	45

1. Introducción

1.1. Breve introducción histórica de la ansiedad y la depresión

Próximos a la actualidad, los datos recogidos en el BDCAP por el Ministerio de Sanidad (2021) muestran cómo los trastornos mentales han alcanzado una alta prevalencia a nivel mundial, y es por esto por lo que la promoción de la salud mental y la prevención de las afecciones de la misma se han convertido en una prioridad de salud pública, tal y como se va a explicar a continuación.

En esta línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) define la salud mental como más que la mera ausencia de trastornos mentales: un estado de bienestar mental que permite a las personas afrontar los momentos de estrés en la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar de forma adecuada y contribuir a la mejora de su comunidad. Esta conceptualización demuestra que la salud mental tiene un valor intrínseco y fundamental en la vida de las personas, por lo que existe una necesidad indiscutible y urgente de actuar en relación con ella (OMS, 2021).

Asimismo, de acuerdo con los datos recogidos por el Sistema Nacional de Salud (SNS, 2021), los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos constituyen dos de los problemas mentales más frecuentes. Además de estos datos, los registrados por la Encuesta Nacional de Salud ENSE (2017) muestran también cómo estos, cuando se vuelven crónicos, se presentan frecuentemente de forma conjunta.

De hecho, ambos se denominan bajo la expresión “trastornos emocionales”. Sin embargo, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (APA, 2013) clasifica los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos distintamente, por lo que es relevante destacar las diferencias entre las denominaciones utilizadas y su clasificación.

De este modo, de acuerdo con los cambios incorporados en la última clasificación de los trastornos psiquiátricos (DSM-5), se divide la sección de Trastornos afectivos en dos unidades:

Espectro bipolar y trastornos relacionados, y Trastornos depresivos (Muñoz y Jaramillo, 2015). De esta forma, tal y como exponen Muñoz y Jaramillo (2015), se reconoce y se corrige la heterogeneidad que implicaba el término, que denominaba en la edición anterior a estos trastornos, y en adición, se añade un especificador de “síntomas de ansiedad” a los Trastornos afectivos, lo cual reconoce la precedencia de estos síntomas y que esta comorbilidad es bastante frecuente.

Así pues, para delimitar la conceptualización de las diferentes denominaciones, en los apartados consecutivos se tratará de realizar una aproximación a los conceptos actuales de ansiedad y depresión desde la comprensión y diferenciación respecto de sus denominaciones precedentes en la historia, que representan el avance en el conocimiento de teorías y principios psicológicos.

1.2. Conceptualización de la ansiedad y trastornos de ansiedad del DSM-5

De esta forma, la ansiedad se puede comenzar definiendo desde la lengua castellana de acuerdo con la Real Academia Española (RAE, 2014) como un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. Aunque esta definición comienza a delimitar el término de ansiedad, resulta conveniente aclarar la ambigüedad que genera el uso de otros vocablos, como son angustia, miedo y neurosis.

De hecho, la ansiedad y muchas palabras relacionadas derivan de la raíz indoeuropea *angh*, de las que surgieron las palabras *ango* y *anxio*, *angustia* y *anxietas* (Pichot, 1999). Aunque ambos términos se utilizaban de forma indistinta (Pichot, 1999), estos poseen caracteres específicos que los diferencian (Sarudiansky, 2013).

Por consiguiente, la definición de ansiedad comparte cualidades propias del miedo. Cannon (1927) refirió ya el miedo como una emoción o una respuesta psicológica, comportamental y fisiológica a un estímulo potencialmente peligroso. Así pues, tanto la ansiedad como el miedo se manifiestan en respuestas cuyo fin es la propia adaptación y supervivencia. No obstante, no se

producen ante las mismas formas de percepción del peligro: el miedo es la respuesta ante un estímulo presente, mientras que la ansiedad es la reacción ante la anticipación del peligro futuro (Marks, 1986).

Además, históricamente se ha asociado la ansiedad al concepto de neurosis. Sarudiansky (2013) explica que este término mantenía una conexión próxima a los trastornos de ansiedad y depresión, ya que incorporaban tanto cuadros como la histeria, la hipocondría y la melancolía como síntomas como disnea, dispepsia o palpitaciones, que se han añadido en descripciones contemporáneas de la ansiedad. Tras las variaciones posteriores aportadas por Freud, el término se ha mantenido en la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) a pesar de haber sido retirado del DSM-III (APA, 1980), lo que demuestra la estrecha relación existente entre los trastornos neuróticos y la ansiedad.

El concepto de ansiedad se ha desarrollado hasta convertirse en un constructo multidimensional, conceptualizarse en tres tipos de respuesta (cognitiva, fisiológica y motora) (Miguel-Tobal, 1990), e incluso vincularse a los rasgos de personalidad. Sin embargo, no deja de ser importante destacar que se trata de una reacción universal, adaptativa y funcional, además de las connotaciones negativas que lo relacionan con patología y enfermedad.

A continuación, se define el trastorno de ansiedad y se describe de forma resumida aquel relacionado con el caso de estudio de acuerdo con los criterios que este manual establece.

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2013) define los trastornos de ansiedad como aquellos que tienen en común características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales, como son las conductas evitativas, y cogniciones asociadas.

En el Anexo 1 se describen los principales trastornos de ansiedad de acuerdo con el DSM-5.

Dentro de los mismos, el Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se trata de una preocupación excesiva o aprensión por variados acontecimientos relacionados con la vida rutinaria,

y cuya anticipación es desproporcionada y difícilmente controlable por la persona. La duración de los síntomas fisiológicos que lo acompañan se alarga a más de seis meses (APA, 2013).

1.3. Conceptualización de la depresión y trastornos depresivos del DSM-5

Del mismo modo, se va a tratar de acercar al lector a la conceptualización de la depresión desde la comprensión de los términos que, sinónimos o no, sustituyen o denominan el mismo concepto mucho antes de que este comenzara a utilizarse.

Según la RAE (2014), el término depresión proviene del latín *depressio* y se define como un síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas. Asimismo, su origen podría situarse en la lengua inglesa para describir un estado de “hundimiento” en una tristeza y melancolía intensas. Estas dos definiciones revelan las características compartidas entre este término y otros que se utilizan para conceptualizarlo, como son tristeza y melancolía.

La tristeza se constituye como una reacción universal, es decir, una emoción básica que comparte toda la especie humana. Por ello, comparte con el resto de las emociones su condición funcional como una respuesta adaptativa a las adversidades que se presentan. Sin embargo, es cuando no se trata de una variación del estado de ánimo breve a los problemas de la vida cotidiana (OMS, 2021) y cuando se manifiesta sin motivo o desencadenantes y con una intensidad desproporcionada, cuando se convierte en tristeza patológica o depresión (Benavides, 2017).

La presencia de tristeza es una característica propia de la depresión, al igual que lo es del nombre que la precedió. Tal y como explica Benavides (2017), el término melancolía apareció en el siglo I junto a la manía como extremos de una misma enfermedad, y Galeno e Hipócrates ya lo describieron con un carácter más asociado a la salud y enfermedad físicas, empezando a construir la relación entre estas y la somatización de la depresión (Benavides, 2017). No obstante, aunque en el siglo XIX el término depresión empezó a generalizarse, fue en el siglo pasado cuando empezó a

utilizarse un criterio dimensional para distinguir los trastornos afectivos, que situaba la sintomatología en un continuo cuyos extremos se correspondían con melancolía y depresión.

Así pues, estos cambios en la conceptualización de la depresión dejan entrever la gran heterogeneidad de la que se compone este trastorno, aunque en la actualidad los sistemas clasificatorios ayudan a comprender mejor la amplia psicopatología que lo sigue.

Por ello, a continuación se define el trastorno depresivo y se describen aquellos que guardan relación con el caso de este estudio, de acuerdo con los criterios que establece el DSM-5.

La depresión se encuentra clasificada en el DSM-5 (2013) dentro de la categoría de Trastornos depresivos. Estos trastornos coinciden en la manifestación de un ánimo triste, vacío o irritable, así como de cambios cognitivos que alteran la capacidad funcional de la persona, más se distinguen por la duración, temporalidad y etiología de los mismos (APA, 2013).

En la Anexo 2 se describen los diferentes trastornos depresivos de acuerdo con el DSM-5.

Dentro de los mismos, el Trastorno de depresión mayor (TDM) es un trastorno caracterizado por la presencia de un estado de ánimo deprimido y/o pérdida de interés o de placer. Además, también se presentan otros síntomas como disminución del interés por las actividades, variaciones importantes en el peso, cambios en el apetito, problemas de sueño, fatiga, agitación o retraso psicomotor, sentimiento de culpabilidad o inutilidad desmesuradas, dificultades de concentración o para tomar decisiones e ideación suicida. Todos ellos se habrían presentado durante un mínimo de dos semanas (APA, 2013).

Por su parte, el Trastorno depresivo persistente (distimia) consiste en el mantenimiento de un estado deprimido durante al menos dos años, presente la durante la mayor parte del día, la mayoría de los días. En este trastorno se pueden presentar, además de algunos de los síntomas del TDM; baja autoestima, dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza (APA, 2013).

1.4. Epidemiología de la ansiedad y la depresión

A partir de los últimos datos recogidos por las encuestas españolas, se presenta a continuación la prevalencia de los trastornos de salud mental en nuestro país.

En el año 2019, el 29% de la población general declaró sufrir algún trastorno mental, entre los cuales, los trastornos de ansiedad fueron los más frecuentes en un 7,5 %, seguidos de los trastornos del sueño y trastornos depresivos, estos últimos en un 4,2% (SNS, 2021). Además, estos ocupan los puestos 10º y 11º respectivamente del ranking de prevalencia entre los 32 problemas de salud registrados por la ENSE (2017).

Respecto a la ansiedad, se ha encontrado que la prevalencia en mujeres es aproximadamente el doble que en los hombres, un 9,75% respecto a un 5,1% (SNS, 2021).

Por otra parte, un 5,4% de la población mayor a 15 años presenta un trastorno depresivo mayor u otros cuadros depresivos y un 4,3% padece sintomatología depresiva severa, dos prevalencias mayores por encima del doble en las mujeres (SNS, 2021).

Por último, y tal y como se ha descrito anteriormente, la ENSE (2017) muestra un solapamiento parcial entre la ansiedad crónica y la depresión, de manera que más de la mitad de las personas que manifiestan uno de los problemas, también padece el otro.

1.5. Comorbilidad de la ansiedad y la depresión

En relación con este caso de estudio, se ha considerado importante atender también a la relación que existe entre la ansiedad y la depresión, que hace que, a menudo, estos trastornos se presenten conjuntamente.

Así como se ha apuntado inicialmente, la comorbilidad es alta según han demostrado algunos estudios en los que cerca de la mitad de las personas con depresión mayor también son diagnosticadas de TAG (Aragonès et al., 2009). Asimismo, la APA (2013) afirma que las personas con

distimia, en comparación con aquellas con TDM, tienen mayor riesgo de comorbilidad con trastornos de ansiedad.

Esta información pone de manifiesto que la ansiedad supone un factor de riesgo para desarrollar un trastorno depresivo de manera posterior (Bittner et al., 2004), y deja entrever que resulta más habitual que los trastornos ansiosos crónicos se compliquen con depresión que de forma inversa (Berlanga, 1993).

Algunos modelos teóricos, como el modelo indefensión-desesperanza (Alloy et al., 1990), han tratado de explicar la presencia de síntomas mixtos a través de la indefensión que comparten (González et al., 2011). Sin embargo, la coincidencia frecuente de los síntomas de uno y otro cuadro empuja a pensar en una relación fundamental donde es posible que la comorbilidad pueda explicarse a través del solapamiento de los mismos (Agudelo et al., 2007).

1.6. Variables relacionadas con la depresión

A continuación, se exponen de forma concisa algunas de las variables que influyen en el desarrollo de la depresión, dado que pueden facilitar la comprensión del caso de estudio.

Se han determinado distintas variables, tanto personales como ambientales, asociadas a la depresión, entre las que destacan el estrés, la autoestima, el apoyo social, el estatus laboral y el sexo femenino (González y Landero, 2012).

En relación al estatus laboral, Sánchez et al. (2003) explican cómo los recursos económicos de los que dispone una persona afectan al riesgo de que esta desarrolle depresión, aumentando cuando estos recursos son bajos. Por otra parte, también se ha considerado que el apoyo social percibido contribuye a una mayor salud y bienestar psicológicos (Matud et al., 2002).

Además, existe una estrecha relación entre la autoestima y los síntomas depresivos (Beeber, 1999), de forma que ha llegado a considerarse un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión (Lewinsohn et al., 1985). De hecho, la APA (2013) incluye la presencia de una baja autoestima entre

los síntomas de los trastornos depresivos, e incluso los cuestionarios que evalúan la depresión comprenden indicadores para este síntoma (Beck, 1967).

1.7. Tratamientos más eficaces de la ansiedad y la depresión

Seguidamente, se recogen los principales tratamientos disponibles y su eficacia en el tratamiento de la depresión y de la ansiedad.

De forma general se puede afirmar que las intervenciones sobre la depresión se encuentran agrupadas en dos grandes grupos: los tratamientos farmacológicos y los psicológicos. Sin embargo, aunque la farmacología antidepressiva se ha constituido durante muchos años como el tratamiento de referencia para este trastorno, esto podría haber ocurrido por haber sido el primer tratamiento en estudiarse su eficacia (Pérez y García, 2001).

De hecho, se ha demostrado que la psicoterapia tiene la misma o mayor eficacia que la medicación (Smith et al., 1980), en especial cuando se trata de una depresión moderada (Gloaguen et al., 1998), y que la aplicación conjunta de ambos tratamientos obtiene mejores resultados que cada uno por separado (Conte et al., 1986).

Estos descubrimientos, unidos a una mayor rapidez en la eficacia del tratamiento farmacológico que sugieren algunas investigaciones (Elkin et al., 1989), es lo que podría explicar por qué la medicación se ha utilizado, frecuentemente, en casos de depresión más graves (Thase et al., 1997). Es por este motivo por lo que quizá debiera considerarse la psicoterapia en primer lugar antes que la medicación en el tratamiento de la depresión de grado leve a moderado (Pérez y García, 2001).

Entre los tratamientos psicológicos utilizados en la depresión, existen tres que han demostrado tener mayor eficacia: la Terapia de Conducta, la Terapia Cognitiva y la Terapia Interpersonal. Tal y como se muestra en el Anexo 3, los tres están formados por una estructura y procedimientos que han demostrado reducir significativamente la sintomatología en depresiones de

mayor y menor severidad (Pérez y García, 2001), desde el inicio del tratamiento hasta el mantenimiento (Craighead et al., 1998). No obstante, es la Terapia Cognitivo-Conductual la que se ha demostrado como más eficaz (Robinson et al., 1990).

Además, desde el marco cognitivo-conductual se contempla que los pensamientos automáticos presentes tanto en la depresión como en la ansiedad son los desencadenantes de comportamientos y emociones negativos (Álvarez-Mon et al., 2017). Es por esto por lo que la terapia cognitivo-conductual es recomendada también en el tratamiento de la ansiedad (Vallejo y Comeche, 2012), así como del trastorno mixto de ansiedad y depresión (Echeburúa et al., 2000).

Por otra parte, existen otras terapias contextuales como la atención plena (AP) o *mindfulness* que, aunque requieren de un mayor estudio, han demostrado ya su éxito en la reducción de la sintomatología depresiva y ansiosa (Cebolla y Miró, 2007; Hodann-Caudevilla y Serrano-Pintado, 2016), en especial cuando se aplica en formato de Terapia cognitiva basada en el *mindfulness* (MBCT). Por su parte, la Terapia de aceptación y Compromiso (ACT) también ha demostrado ser eficaz (Fayazbakhsh y Mansouri, 2020).

En definitiva, parece que el objetivo de superar las limitaciones en la intervención de la ansiedad y depresión ha resultado en el desarrollo de un gran abanico de tratamientos, entre los que se encuentran algunos con buena eficacia. Así, las investigaciones apuntan a un desarrollo integrativo y complementario de terapias de segunda y tercera generación como resultado de esta variedad, lo que podría estar tejiendo los nexos entre los distintos modelos teóricos y acercando las diferentes formas de psicoterapia.

1.8. Justificación del caso de estudio

El presente estudio se dirige hacia la reducción de la sintomatología ansioso-depresiva de una paciente mediante la aplicación de una intervención principalmente cognitivo-conductual, en la que se integran técnicas de corriente contextual. Además, se tienen en cuenta las necesidades del

paciente y los conocimientos del psicoterapeuta, y se considera especialmente importante el establecimiento del vínculo terapéutico, ya que puede influir en la adherencia al tratamiento de la paciente y, por tanto, también en su evolución.

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

A fin de garantizar el anonimato de la paciente, desde este momento se identifica a la paciente como A.

A. es una mujer de 25 años que acude por sospecha de presentar una sintomatología ansioso-depresiva. Indica experimentar un malestar emocional con bajo estado de ánimo, sensación constante de estar cansada, apática, y gran sensibilidad emocional.

A. no tiene hijos y en la actualidad mantiene una relación con una pareja estable. Tiene un nivel sociocultural medio-bajo, cursando actualmente el Grado Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear y trabajando en hostelería. La paciente es natural de Rumanía y residente en Madrid, donde convive junto a sus padres y su hermana desde 2004.

A. solicita los servicios de un psicólogo ya que desea retomar el proceso terapéutico que inició hace un año. Refiere haber acudido hace dos años a un psicólogo de la Seguridad Social para poder trabajar la sintomatología depresiva que describe, y añade haber comenzado posteriormente un proceso de frecuencia semanal con un psicólogo de ámbito privado. Narra que esta sintomatología se inició al terminar la relación con su expareja y desarrolla haber encontrado muy útiles las técnicas sugeridas ambos psicólogos, así como cierto apoyo farmacológico del que actualmente ha prescindido.

En cuanto a sus relaciones sentimentales, A. informa que mantiene una relación con su pareja desde hace 2 años. Aunque expone apreciar su personalidad extrovertida y simpática, añade que este carácter sociable que mantiene con otras chicas le genera cierta molestia. Además, comenta que mantuvo una relación anterior de cuatro 4 años con su expareja que describe como “tóxica”.

Con respecto a su familia, A. indica que vive con sus padres, su abuela materna y su hermana pequeña. Menciona que hace cuatro años su madre decidió traer a sus abuelos maternos

de Rumanía, aunque aclara que su abuelo murió hace tres. Comenta que la situación en casa es “complicada”, ya que su madre renunció a su trabajo para cuidar de su abuela y que su padre tuvo un accidente hace dos años donde perdió dos dedos, por lo que actualmente lleva a cabo trabajos temporales. Refiere que su madre se gasta el dinero en “tonterías” y describe que esta situación ha generado muchas discusiones entre los miembros de la familia.

Acerca de su trabajo, A. comenta que trabaja de camarera desde hace tres años. Refiere que, desde la pandemia, sus superiores le instan a asumir mayor responsabilidad y carga laboral, lo que ha generado conflictos. Asimismo, informa que va a retomar el grado superior que abandonó cuando su estado anímico empeoró.

En cuanto a su red social, A. informa que tiene amigos en común con su hermana y con su pareja. Relata que lamenta tener dificultades para verlos, puesto que los horarios de hostelería le impiden tener tiempo libre los fines de semana.

Referente a su rutina de sueño, describe dormir mucho y levantarse muy cansada. En lo relativo a la alimentación reconoce que, a pesar de no haber variado su ingesta, ha aumentado de peso 20 kilos desde la pandemia, e indica no haber consultado a un médico para descartar un origen orgánico.

Los objetivos personales que A. manifestó en la primera sesión de evaluación fueron:

- Aprender a gestionar mejor sus emociones.
- Aprender a comunicar sus necesidades.
- Sentirse mejor consigo misma.

3. Estrategias de Evaluación

Para el desarrollo del estudio de caso de A., la evaluación se ha basado principalmente en la corriente cognitivo-conductual, dado que se trata de uno de los abordajes que ha demostrado tener mayor evidencia en el tratamiento de la depresión (Álvarez-Mon et al., 2017; Pérez y García, 2001). Igualmente, se han incorporado de forma complementaria otras técnicas procedentes de otras corrientes como la sistémica.

El caso fue asignado desde el banco de pacientes del centro Psicolink en el mes de septiembre, por lo que el proceso de evaluación dio comienzo el 26 de septiembre y ocupó las primeras cinco sesiones. Asimismo, la paciente se comprometió a acudir a terapia de forma presencial con una recurrencia semanal hasta alcanzar una estabilidad emocional y reducción del malestar significativas, y firmó el contrato terapéutico y el consentimiento informado para la utilización de datos recogidos en las sesiones de terapia, que se muestra en el Anexo 4.

En la Tabla 1 se muestra el cronograma de las sesiones de evaluación, que detalla las estrategias de evaluación utilizadas en cada sesión.

Tabla 1

Cronograma de las sesiones de evaluación.

Fecha	N.º de sesión	Técnicas de evaluación
26 de septiembre	1ª sesión	Entrevista semiestructurada Inventario de Depresión de Beck II
3 de octubre	2ª sesión	Línea de Vida Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo
10 de octubre	3ª sesión	Genograma y cartas de arquetipos Escala de Autoestima de Rosenberg
17 de octubre	4ª sesión	Átomo Social Cuestionario de Apego Adulto
24 de octubre	5ª sesión	Devolución de resultados de evaluación: análisis funcional, formulación, objetivos y tratamiento.

De este modo, para la evaluación se han utilizado las técnicas y recursos que se exponen a continuación.

Entrevista semiestructurada

La evaluación con la paciente comenzó el 26 de septiembre con una entrevista semiestructurada, cuya plantilla se muestra en el Anexo 5. En ella se formularon preguntas dirigidas a la evaluación de las áreas principales de la vida de la paciente. Además, en esta exploración resultó esencial formular preguntas dirigidas a determinar qué acontecimientos pensaba A. que ocurrían de forma antecedente a su problemática y qué consecuencias le seguían. Además, se preguntó a la paciente por tratamientos psicológicos previos o estrategias personales de solución que hubiera realizado hasta el momento y su resultado, y se finalizó con el motivo de consulta, las expectativas del proceso terapéutico y los objetivos que quería conseguir.

Línea de Vida

Esta técnica se decidió poner en práctica en la segunda sesión con el fin de profundizar en las vivencias de A. con mayor carga emocional y entender los antecedentes de algunas de las problemáticas que la paciente verbalizó en la primera sesión.

Las instrucciones que se le dieron a A. fueron las de situar y escribir sobre un papel con una línea horizontal los hitos más relevantes de su vida desde su concepción hasta el momento actual, posicionando diferenciadamente los positivos y negativos en la parte superior e inferior respectivamente según un gradiente de 0 a 10 o de 0 a -10. Además, debía identificarlos con un nombre, una emoción y la edad correspondiente, y unir dichos puntos formando una gráfica (Anexo 6). Este ejercicio se completó conjuntamente en sesión, ya que de este modo las preguntas formuladas facilitaron el recuerdo de los acontecimientos y permitieron generar un “insight” en la paciente, dando estructura y comprensión a los hitos de su vida.

Genograma

Esta herramienta, muy utilizada por la Terapia Familiar Sistémica (McGoldrick y Gerson, 1985), consiste en una representación gráfica del área familiar. Su forma habitual de árbol genealógico permite mostrar visualmente la estructura de la familia nuclear, a lo que se añaden los datos demográficos principales y se establecen líneas entre los miembros que simbolizan los diferentes tipos de relación que mantienen entre ellos (Anexo 7).

La aplicación de esta técnica tuvo el objetivo de conocer a la paciente también como parte de un sistema con el que se encuentra en constante interacción y que influye sobre ella, así como de forma inversa. Esta concepción nos ayudó a entender cómo es la dinámica familiar: qué roles tiene cada miembro, cómo es la comunicación entre ellos y qué normas y mitos se mantienen.

Cartas de Arquetipos

Esta técnica proyectiva permite al paciente identificar los roles de cada uno de los miembros de su familia mediante la interpretación que hace de las cartas (Anexo 8). Así, estas permitieron formular preguntas circulares y pedir a la paciente que relacionara sus propios valores con los de cada familiar. De esta manera, aplicada junto al genograma en sesión y después de haber elaborado la Línea de Vida, puede ayudar al paciente a ordenar la información, a crear explicaciones sobre su problema y a establecer nexos entre los diferentes acontecimientos de su vida y su contexto familiar. Este tipo de técnicas se comprueban mediante confiabilidad inter-jueces (Sneiderman, 2011).

Átomo Social

Se trata de una herramienta que representa de forma gráfica las relaciones sociales. Para ello, se pide al paciente que, en una gráfica compuesta de varios círculos concéntricos y en el que el más central le corresponde, sitúe a las personas de su entorno de acuerdo con la cercanía o lejanía del vínculo que mantenga con ellas (Anexo 9).

La finalidad principal, por tanto, es la de conocer la red de apoyo de la persona. Al realizarse esta tarea en sesión, también se pudo incluir la reflexión sobre dicha disposición y sobre su conformidad, lo que permitió ayudar a la paciente a crear conciencia sobre sus recursos de apoyo y a generar motivación y objetivos de cambio en el contexto social.

Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II; Beck et al., 2011)

Se trata de un instrumento capaz de medir la severidad de la sintomatología depresiva. Consta de 21 ítems que se corresponden con afirmaciones relativas a los distintos síntomas y criterios clínicos comunes en la depresión, recogidos en el DSM-5 (APA, 2013) y CIE-10 (OMS, 1992). El formulario es autoadministrado, de forma que el paciente debe seleccionar aquella afirmación con la que más se identifica en el momento de realización del cuestionario y hacia las últimas dos semanas. Tras la corrección, la interpretación permite clasificar las puntuaciones obtenidas de acuerdo con los grados propuestos en el manual original (Beck et al., 1996): depresión mínima, depresión leve, depresión moderada y depresión grave. Asimismo, el test presenta una fiabilidad de 0,83 y una validez adecuada aunque cuestionable en la medida de los síntomas de ansiedad (Ibáñez et al., 2010).

Oportunamente, se aplicó a la paciente la adaptación española del BDI-II (Sanz et al., 2003) dado que se detectó durante la evaluación algunos síntomas depresivos como tristeza, sentimientos de culpa, hipersomnia, anhedonia y abulia.

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberg, 1986)

Consiste en un inventario autoaplicado cuyo objetivo es el de evaluar la ansiedad en sus dos dimensiones. Está compuesto por un total de 40 ítems divididos en dos subescalas que miden cada uno de los dos conceptos independientes de la ansiedad. La ansiedad estado se refiere a una condición emocional de carácter transitorio, y la ansiedad rasgo, a una manifestación más latente (Buela-Casal et al., 2015). La puntuación total del cuestionario se obtiene de la suma de los ítems

puntuados de 0 a 3 en una escala tipo Likert, y de ellos se extraen los centiles en función del sexo y la edad. Además, la adaptación española de la prueba muestra una fiabilidad elevada de 0,9 en ambas escalas (Buela-Casal et al., 2015) y una consistencia interna que varía entre 0,86 y 0,93 en muestra clínica (Ortuño-Sierra et al., 2016).

Así pues, se decidió administrar este cuestionario a la paciente al detectarse durante la evaluación sintomatología ansiosa como miedo, pensamientos anticipatorios y un estado de alerta frecuente.

Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES; Rosenberg, 1965)

Esta escala dirigida a evaluar la autoestima consta de 10 ítems, enunciados la mitad en positivo y la otra mitad en negativo para controlar el efecto de la aquiescencia, que refieren contenidos que valoran los sentimientos de respeto y aceptación propios. Las respuestas tienen un formato de tipo Likert, con cuatro opciones que varían desde “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo”, obteniéndose una puntuación de 1 a 4 en cada una y de 10 a 40 en total. Además, presenta unas características psicométricas adecuadas, con una fiabilidad de 0,74, una consistencia interna de 0,87 y una validez óptima (Morejón et al., 2004).

Porque se percibió una baja autoestima por parte de la paciente, se decidió administrar la versión española del RSES (Echeburúa y Arbona, 1995).

Cuestionario de Apego Adulto (CAA; Melero y Cantero, 2008)

Este instrumento permite detectar el estilo de apego adulto mediante la evaluación de cuatro dimensiones afectivas: baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad; expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones, y autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad (Melero y Cantero, 2021). Se compone de 40 ítems con una escala de respuesta de 1 a 6 puntos, y los estudios de sus

propiedades psicométricas muestran una validez satisfactoria y una fiabilidad superior a 0,65 en todas las escalas (Melero y Cantero, 2008).

El objetivo de aplicar este cuestionario es el de conocer el estilo de apego que A. mantiene en sus relaciones, dado que se percibe cierto temor y hostilidad y se hipotetiza que pueda constituir un origen del malestar.

4. Formulación clínica del caso

Para dar explicación de la problemática actual que A. presenta, en este apartado se especifica su formulación mediante las hipótesis de origen y de mantenimiento del problema.

4.1. Hipótesis de Origen

A partir de la información reunida durante la evaluación, se han considerado distintos factores que han podido predisponer a la paciente a desarrollar una sintomatología ansioso-depresiva.

- *Variables disposicionales.* Entre ellas se encuentran el estilo educativo durante la infancia de A. centrado en la evitación de los conflictos y en la exigencia. Estas actitudes por parte de los padres pudieron derivar en una escasa comunicación familiar e invalidación emocional de la paciente, que han podido contribuir a una pobre regulación emocional, a una baja autoestima y a escasas habilidades asertivas. Asimismo, estas disposiciones han podido provocar que la paciente haya adoptado una actitud pesimista ante los sucesos vitales y evitativa ante los conflictos, y que haya asumido cada vez una mayor autoexigencia y responsabilidad del cuidado de su familia y pareja.

Respecto a las figuras de apego, estas pudieron no ejercer de modelos emocionales de protección, no conteniendo a la paciente durante la vivencia de experiencias desagradables y no cubriendo, por tanto, sus necesidades.

- *Factores precipitantes.* Entre ellas destacan el accidente de tráfico de su padre, a partir del cual los ingresos económicos familiares disminuyeron y se iniciaron discusiones familiares frecuentes. Además, la paciente sitúa el inicio de su malestar en la relación con su expareja, durante la que refiere haber sido controlada y manipulada. Desde aquel momento, afirma haberse distanciado de sus amigos, haber abandonado el grado superior que estaba cursando y haber aceptado un trabajo de carácter demandante.

Por consiguiente, se hipotetiza que la problemática actual de la paciente se inició en la infancia a partir de la experiencia de situaciones desagradables, como el distanciamiento físico de sus padres, la muerte de su abuelo y el acoso escolar, en las que pudo experimentar un estado de gran incertidumbre e inseguridad. Estas vivencias pudieron derivar en que A. perciba la mayor parte de las situaciones como amenazantes y en que haya aprendido a anticiparse como estrategia de afrontamiento, ocasionando altos niveles de ansiedad. Por añadidura, la ausencia de protección, contención y validación emocionales por parte de las figuras de apego pudo producirle una sensación de abandono, que a su vez pudo conducir al desarrollo de un apego temeroso hostil, congruente con las conductas disfuncionales que lleva a cabo en el presente. Así pues, A. parece vivir de forma autosuficiente, responsabilizándose del cuidado de su familia y pudiendo sentir gran preocupación, culpabilidad y autoexigencia cuando no lo hace. Además, indica sentir una gran inseguridad en la relación con su actual pareja, ante la que esconde rabia y enfado. Son en estas situaciones de conflicto, tanto familiares como sentimentales y sociales, en donde A. no expresa su opinión o se justifica.

- *Factores desencadenantes.* En primer lugar, la actitud sociable de la su pareja con otras chicas parece producir a A. gran inseguridad, conectándole con la manipulación de su expareja y anticipando un posible abandono. Por otro lado, ante los pensamientos anticipatorios sobre el sufrimiento o daño de su familia, A. parece cuidar de la misma, con lo que posiblemente siente un alivio de su preocupación; y cuando no lo hace, refiere sentirse culpable. Asimismo, cuando recibe burlas por parte de sus compañeros de trabajo o percibe poco interés de sus amigos parece sentirse rechazada y conectar con su etapa escolar, sintiendo rabia y utilizando la justificación como posible defensa. Por último, ante los conflictos o desacuerdos con los demás, A. podría no expresar el enfado por miedo a un posible rechazo o abandono. Estas conductas se descomponen en la Tabla 2.

Tabla 2

Cadenas de Condicionamiento Clásico de la Hipótesis de Origen.

Condicionamiento Clásico	
EI: distanciamiento de sus padres	
EC: abandono	
Generalización: conflictos o discusiones, percepción de poco interés de sus amigos, detenciones.	
EI: muerte de su abuelo	
EC: muerte, daño o sufrimiento de familiares	
<i>Generalización:</i> posibles enfermedades, accidentes, detenciones, su padre bebe.	
EI: acoso escolar	RI: miedo, incertidumbre
RC: rechazo	RC: miedo, incertidumbre
<i>Generalización:</i> burlas, cuestionamientos, percepción de poco interés de sus amigos, conflictos.	
EI: manipulación por su pareja	
RC: abandono	
Generalización: mentiras, amenazas, conversaciones o amistad con otras chicas.	

4.3. Hipótesis de Mantenimiento

A continuación, se explica cómo las conductas desadaptativas de la paciente podrían estar manteniéndose.

La mayor parte de las conductas problema de A., presentadas en la Tabla 3, se podrían mantener por refuerzo positivo y negativo, produciéndole una sensación de control, seguridad y alivio de su malestar. De esta forma, A. cuida y ayuda a su familia y permanece alerta, evita los conflictos interpersonales y comunicar sus desacuerdos, y justifica sus acciones y decisiones cuando otros las cuestionan, aumentando su sensación de control, aliviando su ansiedad y rabia, y obteniendo bienestar a corto plazo.

Todas estas conductas mantenidas a medio y largo plazo es probable que estén generando consecuencias perjudiciales para la salud de A., como aumentar progresivamente la ansiedad que siente ante las situaciones que controla y evita (ocasionando pensamientos anticipatorios y retroalimentando las mismas conductas), disminuir su autoestima y empeorar su estado de ánimo.

Adicionalmente, cabe señalar que su dificultad para regular sus emociones, sus escasas habilidades asertivas y su limitada red de apoyo se han identificado como posibles factores de riesgo. Del mismo modo, es necesario subrayar que el abandono por parte de A. de sus actividades placenteras pueden estar contribuyendo en el mantenimiento de un estado de ánimo bajo, dado que suponen un repertorio reducido de refuerzos positivos. Sin embargo, el mantenimiento de las actividades con su pareja y la relación de apoyo que refiere mantener con su hermana se consideran posibles factores de protección.

Tabla 3

Análisis funcional de las conducta problema en cadenas de Condicionamiento Operante.

Condicionamiento Operante		
Estímulo discriminativo	Conducta Operante	Consecuente
Piensa que su padre está bebiendo y siente miedo.	Le llama.	Sensación de control (Rf+). Alivio de la ansiedad (Rf-).
Su hermana se queda sin dinero y siente pena.	Le da dinero.	Se siente aprobada (Rf+).
Su madre gasta dinero y siente incertidumbre.	Le da dinero.	Alivio de la ansiedad (Rf-).
Su pareja no va a trabajar y siente incertidumbre.	Le anima o le presiona.	Sensación de control (Rf+).
Su pareja le pide dinero y siente pena.	Le da dinero.	Alivio de la ansiedad (Rf-). Se siente aprobada (Rf+).
Piensa "algo malo va a ocurrir a mi familia" y siente miedo.	Se mantiene vigilante.	Sensación de control (Rf+). Alivio de la ansiedad (Rf-).
Percibe que su pareja le está mintiendo y siente inseguridad.	Pregunta a sus amigos.	Alivio de la ansiedad (Rf-). Sensación de control (Rf+).
Su pareja habla con otra chica y siente inseguridad.	Evita expresar cómo se siente.	Alivio de la ansiedad (Rf-).
Sus padres discuten y siente miedo.	Evita el conflicto.	Alivio de la ansiedad (Rf-).

Sus compañeros del trabajo se burlan de ella y siente rechazo.	Se justifica.	Alivio de la ansiedad (Rf-).
Percibe poco interés de sus amigos y siente rechazo.	Les responsabiliza.	Alivio de la ansiedad (Rf-).

A continuación, se presenta en la Figura 1 el diagrama de flujo realizado para el caso de A. En él se pueden observar las consecuencias a largo plazo de las cadenas funcionales anteriores.

4.3. Resultados de las técnicas y cuestionarios de evaluación

A continuación, se presentan los resultados y la interpretación de las distintas técnicas y cuestionarios utilizados para llevar a cabo la evaluación de la paciente.

Entrevista semiestructurada

En esta primera entrevista que ocupó la primera sesión se recogió información acerca de las áreas más importantes de la vida de A., cuyo contenido ha quedado ya reflejado en el apartado de identificación del paciente y motivo de consulta.

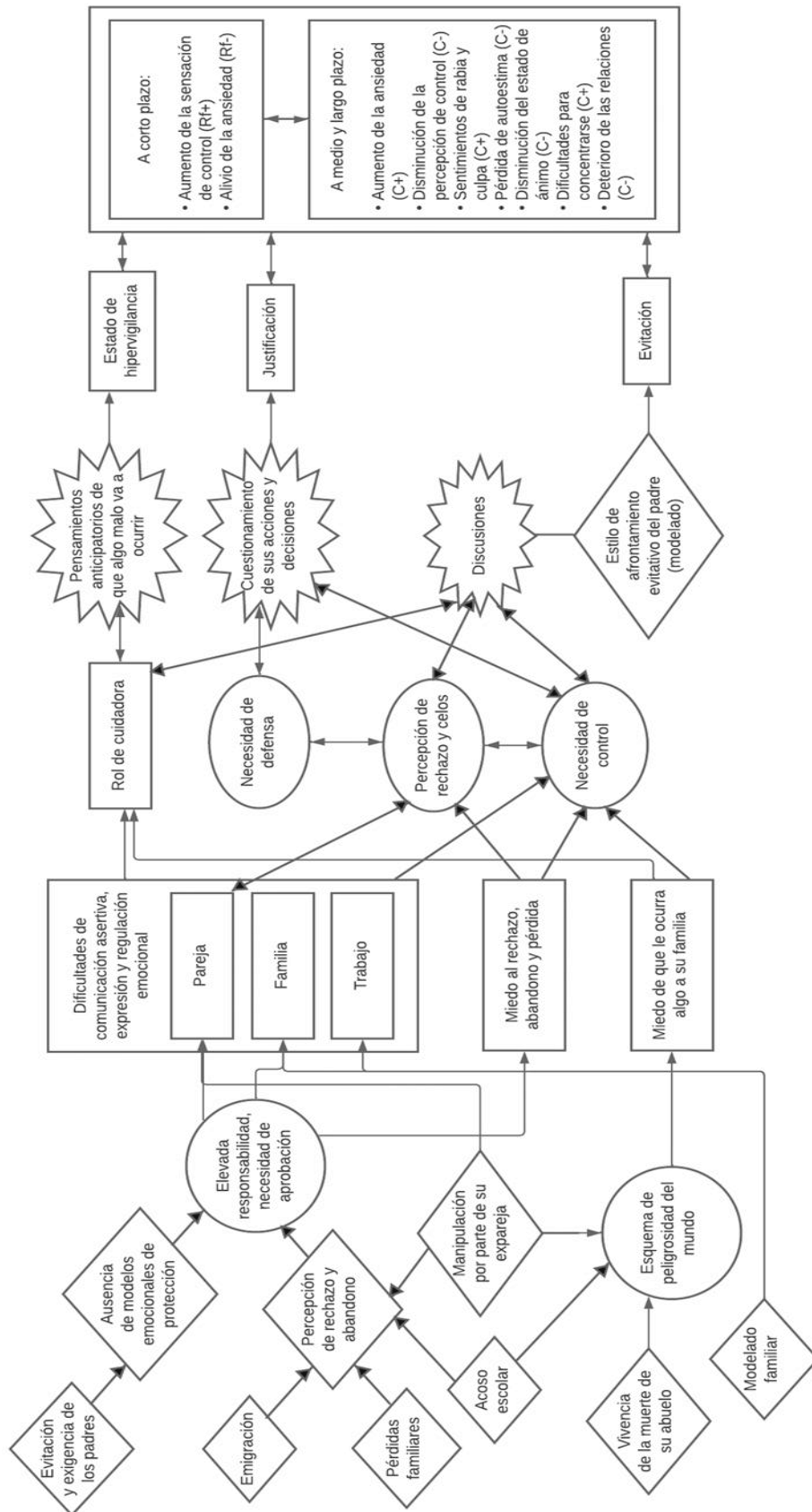
Línea de vida

A partir de los trazos de la gráfica (Anexo 6), resulta importante señalar que, en la vida de A. parecen haber predominado los acontecimientos desagradables, muy estresantes y perturbadores, produciéndose una gran fluctuación entre estos y los agradables.

En la primera infancia, A. recuerda presenciar la muerte de su abuelo, y en la segunda infancia, refiere que emigró a España, quedando al cuidado de su abuela paterna durante un año, mientras sus padres trabajaban en Rumanía. También durante esta etapa afirma haber sufrido acoso escolar con agresiones físicas. Tras bachillerato, A. relata haber conocido a su expareja, con la que expresa haber mantenido una relación conflictiva en la que era manipulada y controlada y por la que abandonó la relación con gran parte de sus amigos. Esta relación le hizo sentir una gran tristeza y ansiedad, por las que tuvo que dejar de también sus estudios.

Figura 1

Diagrama de flujo siguiendo el Modelo causal analítico-funcional (Haynes y O'Brien, 2000).



Durante los últimos años, A. refiere que su padre sufrió un accidente de tráfico en el que perdió tres dedos de la mano, y que su hermana fue absuelta de una condena injusta.

Genograma

El Anexo 7 presenta el genograma realizado por la paciente en sesión. En él se puede observar proyectivamente cómo A. ha dispuesto a la familia paterna y materna muy separadas entre sí. Así pues, A. explica haber tenido muy poca relación con sus abuelos maternos, al vivir estos en Rumanía.

Por otra parte, A. describe a la familia de su padre con adjetivos mayormente positivos, y explica que su carácter es muy parecido al de su padre: evitativo, atento y cariñoso. Asimismo, describe a su madre con adjetivos negativos e indica mantener una relación muy conflictiva con ella. Destaca también, al describirla, su admiración por su hermana.

A través del cartas de arquetipos, que se utilizaron conjuntamente al genograma (Anexo 8), se conocieron los roles de los miembros de la familia: padre esclavo, madre detective, hermana rescatadora y ella cuidadora.

Átomo Social

El átomo social de A. se muestra en el Anexo 9. En él representó su red social, a la que calificó como “penosa”, dejando entrever su insatisfacción con esta área. En ella destacan su hermana y su pareja, a quienes refiere considerar sus personas de mayor apoyo, y los sitúa en la primera capa junto con su amiga más cercana.

A. explica que la distancia con las personas de su entorno más lejano se debe a que han cambiado mucho, mostrando poco interés en la relación de amistad. Asimismo, A. se define como introvertida, confesando que es desde su anterior relación que ha abandonado a gran parte de sus amigos.

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck et al., 2011)

Tabla 4

Resultados de la paciente en el BDI-II (Beck et al., 2011).

Puntuación directa	Valoración
25 puntos	Depresión moderada

El resultado obtenido en el BDI-II fue esperado, confirmando que la paciente presenta síntomas depresivos que ya se habían identificado durante las entrevistas. Asimismo, tal y como ha quedado reflejado en la formulación, cabe señalar que esta sintomatología parece mantener una relación funcional con la sintomatología ansiosa que la paciente presenta.

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberg, 1986)

Tabla 5

Resultados de la paciente en el STAI (Spielberger, 1986).

Puntuación directa	Centil	Valoración
A/E: 40	89	Alta ansiedad estado
A/R: 47	99	Alta ansiedad rasgo

Cómo se puede observar en la tabla, la paciente presenta niveles muy elevados de ansiedad, tanto en su carácter inmediato como estable. Además, la puntuación de ansiedad-rasgo es más alta que la de ansiedad-estado, situándose esta cerca del percentil 97. Esta diferencia podría indicar una predisposición a percibir la mayor parte de las situaciones como amenazantes y a responder a las mismas de forma ansiosa.

Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965)

Tabla 6

Resultados de la paciente en el RSES (Rosenberg, 1965).

Puntuación directa	Valoración
24	Autoestima baja

En relación con los resultados de autoestima, la escala demuestra la presencia de una autoestima baja en la paciente. Este síntoma se identificó a partir de la necesidad de aprobación de A. y se ha tenido en cuenta su trabajo en la planificación del tratamiento.

Cuestionario de Apego Adulto (CAA; Melero y Cantero, 2008)

Tabla 7

Resultados de la paciente en el CAA (Melero y Cantero, 2008).

Escala	Puntuación directa	Percentil	Valoración
1	64	85-99	Muy alto
2	40	75-84	Alto
3	28	1-15	Muy bajo
4	12	1-15	Muy bajo

A partir de las puntuaciones obtenidas en cada escala de este cuestionario, se han podido extraer las siguientes valoraciones. A. presenta un autoconcepto negativo, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; muestra facilidad para enfadarse, sintiendo en ocasiones rabia y celos, que dificultan la solución de los conflictos interpersonales; tiene dificultades para sociabilizar y para confiar en los demás para expresar sus emociones; y valora el establecimiento de lazos afectivos frente a la autonomía, buscando el compromiso emocional con los demás.

Estas características descritas, unidas a la información recogida durante la evaluación reflejan un estilo de apego cercano al temeroso hostil, con la excepción de que el factor de autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad no se da en este caso.

4.4. Objetivos y propuesta de tratamiento

A partir de los objetivos que expresó la paciente y los resultados de evaluación, en la sesión de devolución se acordaron junto con esta los objetivos del proceso terapéutico.

En la Tabla 8 se muestran los objetivos principales y específicos junto a las técnicas propuestas para alcanzar cada uno de ellos. Así pues, el objetivo general se ha centrado en lograr un

mejor funcionamiento de A. que le permita experimentar una menor sintomatología ansiosa, un mayor estado de ánimo y una mayor autoestima.

Tabla 8

Objetivos y técnicas de tratamiento.

Objetivos	Técnicas
1. Disminuir las conductas de evitación.	1a. Construcción narrativa de las situaciones evitadas mediante las cartas TanDoo. 1b. Aceptación: metáfora “el autobús”. 1c. Cuestionamiento socrático. 2a. Autorregistro de pensamientos.
2. Reducir la rumiación y los pensamientos anticipatorios.	3a. Psicoeducación sobre el control.
3. Aprender a regular la necesidad de control y la autoexigencia.	3b. Reestructuración cognitiva. 3c. Círculo de la responsabilidad. 3d. Gestión del tiempo: Matriz de Eisenhower. 3e. Técnica de proyección temporal.
4. Aumentar la tasa de refuerzo positivo.	4a. Activación Conductual.
5. Mejorar la regulación emocional.	5a. Psicoeducación emocional. 5b. Rueda de las emociones. 5c. Expresión emocional de la ira. 5d. Escáner corporal. 5e. Técnica de proyección temporal.
6. Mejorar la comunicación asertiva de las necesidades.	6a. Entrenamiento en estrategias de comunicación asertiva: mentalización, técnica de “la hamburguesa” y RolePlay.
7. Mejorar su autoconocimiento.	7a. Cartas Persona y Diálogo Socrático. 7b. Metáfora de “la orquesta”.
8. Orientar hacia una valoración más positiva de sí misma.	8a. Listado de fortalezas y valores.
9. Aprender a gestionar la necesidad de aprobación.	9a. Metáfora “el hombre en el hoyo”. 9b. Identificación de límites y necesidades.

5. Tratamiento

En continuación de la fase de evaluación, se llevó a cabo la fase de intervención. La duración total de la intervención fue de 15 sesiones, y esta se diseñó siguiendo una perspectiva cognitivo-conductual con el objetivo de reducir la sintomatología ansioso-depresiva que presentaba la paciente y que le generaba gran malestar, teniendo en cuenta, a su vez, sus características personales y necesidades. Es por esto por lo que se escogió la Terapia Cognitivo-conductual como base central del trabajo terapéutico, dada la evidencia científica encontrada de esta corriente para el tratamiento de la depresión. Asimismo, a él se incorporaron algunas técnicas de Terapias de Tercera Generación como ACT, ya que se evaluó que el uso de metáforas dirigidas a la aceptación por parte de la paciente de su problemática y a la dirección hacia sus valores podrían ser de gran utilidad terapéutica.

En relación con la temporalización de las sesiones, la paciente acudió presencialmente de forma regular con una recurrencia semanal y duración aproximada de una hora, siempre en el mismo horario y día de la semana. Esta frecuencia se estableció bajo un criterio clínico y teniendo en cuenta la sintomatología de A.

Además, se mantuvo una dinámica regular en las sesiones, que se iniciaban con una revisión del trabajo realizado en la sesión previa y de las tareas para casa, continuaban con la introducción de una nueva técnica dirigida a la consecución del objetivo propuesto, y finalizaban con un feedback mutuo entre terapeuta y paciente y con la sugerencia de las tareas para realizar esa semana.

La Tabla 9 presenta el cronograma de las sesiones de tratamiento, que comienzan después de la sesión de devolución de los resultados de la evaluación y en las que la propia evaluación se mantuvo constante, dados los cambios que pueden producirse a lo largo de todo el proceso terapéutico.

Tabla 9

Cronograma de las sesiones de tratamiento.

Fecha	N.º de sesión	Objetivos	Técnicas	Tareas para casa
31/10/22	6ª	Aprender a gestionar la necesidad de aprobación. Mejorar la regulación emocional.	Metáfora “el hombre en el hoyo” para explicar estrategias ineficaces. Escáner corporal: aumentar la atención y aceptación de la emoción.	Identificar situaciones ineficaces y realizar un I autorregistro de los pensamientos (Anexo 9).
7/11/22	7ª	Mejorar la regulación emocional.	Revisión y trabajo sobre las situaciones ineficaces identificadas. Identificación de emociones mediante la Rueda de las emociones, mentalización y técnica de canalización de la ira.	Tratar atender a las sensaciones corporales que le produce la rabia y de exteriorizarla <i>apretando un cojín</i> .
14/11/22	8ª	Aumentar la tasa de refuerzo positivo.	Programación de actividades placenteras.	Llevar a cabo las actividades programadas.
21/11/22	9ª	Mejorar la regulación emocional. Aprender a regular la necesidad de control y la autoexigencia.	Psicoeducación de la ansiedad. Psicoeducación de la ocupación frente a la preocupación. Gestión del tiempo: Matriz de Eisenhower.	Diferenciar lo urgente y lo importante.
28/11/22	10ª	Disminución de las conductas de evitación.	Construcción narrativa de los conflictos de pareja mediante las cartas Tandoo. Cuestionamiento socrático.	

5/12/22	11 ^a	Aprender a regular la necesidad de control y la autoexigencia.	Psicoeducación sobre el control. Cuestionamiento socrático: conciencia sobre la atención en el futuro mediante un dibujo sobre los tres tiempos.	Identificar situaciones en las que <i>está en el futuro</i> y tratar de <i>volver al presente</i> . P.ej. buscar tres objetos rojos.
12/12/22	12 ^a	Aprender a regular la necesidad de control y la autoexigencia.	Reestructuración Cognitiva.	Tratar de <i>contestar a la ansiedad</i> con los pensamientos alternativos. Realizar un II Autorregistro (Anexo 10).
19/12/22	13 ^a	Disminuir las conductas de evitación.	Metáfora del autobús: aceptación de los eventos internos y acción guiada por los valores.	Registrar los <i>pasajeros</i> y si <i>se deja guiar por ellos</i> .
9/01/23	14 ^a	Mejorar su autoconocimiento.	Trabajo del autoconcepto mediante las Cartas Persona, diálogo socrático.	Escribir pros y contras de ser sensible.
16/01/23	15 ^a	Mejorar su autoconocimiento. Orientar hacia una valoración más positiva de sí misma.	Metáfora de “la orquesta”. Listado de fortalezas y valores.	
23/01/23	16 ^a	Aprender a regular la necesidad de control y la autoexigencia. Aprender a gestionar la necesidad de aprobación.	Círculo de la responsabilidad. Identificación de límites y necesidades.	Registrar la responsabilidad de los eventos que se produzcan dentro o fuera del círculo.
30/01/23	17 ^a	Mejorar la comunicación asertiva de las necesidades.	Entrenamiento en estrategias de comunicación asertiva: mentalización, técnica de “la hamburguesa” y RolePlay.	Poner en práctica la técnica de “la hamburguesa”.

6/02/23	18ª	Aprender a regular la necesidad de control y la autoexigencia. Mejorar la regulación emocional.	Técnica de proyección temporal. Dibujo proyectivo de las sensaciones.	Realizar un III Autorregistro (Anexo 11).
13/02/23	19ª	Prevenir las recaídas. Valorar el tratamiento.	Resumen de las técnicas aprendidas. Evaluación post-test.	
20/02/23	20ª	Revisar los resultados del tratamiento y los objetivos. Prevenir las recaídas.	Feedback terapéutico. Aprender a detectar situaciones de riesgo futuras.	

Tal y como se puede observar, a partir de la 6ª sesión se puede situar el comienzo del tratamiento. Sin embargo, desde el inicio de la evaluación se proporcionó a la paciente de un espacio de seguridad y ventilación emocional. De esta forma, sin constituir propiamente estas sesiones como parte de la fase de tratamiento, desde ellas se empezaron a producir los efectos de la terapia.

Igualmente, a lo largo de las primeras sesiones de esta fase, se trató de recoger la información más relevante, así como de establecer el vínculo entre terapeuta y paciente.

Asimismo, en la gran mayoría de las sesiones existió un componente psicoeducativo, necesario para introducir el trabajo específico propuesto.

Se describe, a continuación, el desarrollo de las diferentes sesiones de evaluación, agrupadas en función de los principales objetivos presentados.

- *Sesiones 1 a 5*

Como se ha expuesto anteriormente, las primeras cuatro sesiones fueron destinadas a la evaluación. Durante las mismas, los objetivos se centraron en recoger la información más relevante acerca de la vida de la paciente, su sintomatología, las conductas problema y su motivo de consulta.

Asimismo, el trabajo se centró en establecer el vínculo con la paciente de forma complementaria a la aplicación de las diferentes técnicas y cuestionarios de evaluación. Estos permitieron el establecimiento de los objetivos y el diseño del plan de intervención, que se pusieron en común con la paciente en la 5ª sesión. Además, estas técnicas ya mencionadas, constituyeron elementos propios de intervención, dado que permitieron el trabajo terapéutico de diferentes aspectos y objetivos con la paciente.

De la misma forma, durante estas sesiones se aplicaron algunas técnicas de intervención, como la Rueda de las emociones (Anexo 13), que se utilizó junto a la aplicación de la Línea de vida en la 2ª sesión.

- *Sesiones 6, 7, 13 y 18*

En estas sesiones el objetivo principal fue mejorar la regulación emocional de la paciente. De esta forma, en la sesión 6 se explicó a A. la metáfora de “el hombre en el hoyo” de ACT (Hayes, 2015) con el fin de ayudarle a reconocer las estrategias ineficaces de justificación de sus acciones. En esta misma sesión, además, se llevó a cabo la técnica de Escáner corporal y se trabajó con la paciente la atención y aceptación de la rabia y la culpa, así como la identificación la misma a nivel fisiológico a través de las diferentes zonas del cuerpo.

Tras la anterior sesión, se volvió a trabajar sobre la emoción de rabia en la sesión 7: se revisó el autorregistro, utilizando la Rueda de las emociones para que pudiese identificar las emociones y asociarlas a sus pensamientos, y se propusieron varias estrategias de expresión de la ira, como apretar un cojín, que A. escogió para poner en práctica.

Asimismo, en la sesión 13 se utilizó la metáfora del autobús de ACT (Hayes, 2015) para trabajar la aceptación de los eventos internos relacionados con las conductas de evitación de A., en especial de las emociones, y guiar sus acciones hacia sus valores.

Adoptando esta misma línea de trabajo, durante la sesión 18 se llevó a cabo una técnica de proyección temporal (Lazarus, 1971) con algunas modificaciones, que se presenta en el Anexo 14. De esta forma, la paciente pudo visualizar imágenes de alto contenido emocional, advertir su magnitud y cambiar la importancia que les depositaba.

- *Sesión 8*

En esta sesión, se atendió al abandono progresivo por parte de A. de las actividades gratificantes y a su necesidad de desconexión durante el mes de diciembre. Así pues, se programaron conjuntamente en sesión distintas actividades placenteras con el objetivo de dotar a A. de refuerzos positivos que le ayudasen a mejorar su estado de ánimo.

- *Sesiones 9, 10, 11, 12, 16*

Este conjunto de sesiones se caracteriza por aunar en todas ellas el mismo objetivo de aprender a regular la necesidad de control y la autoexigencia..

Hacia la sesión 9, A. se mostró muy ansiosa en relación a los exámenes de sus estudios, por lo que se realizó una breve psicoeducación de la ansiedad y se trabajó con ella la Matriz de Eisenhower para organizar sus prioridades en función de la urgencia y la importancia de las mismas. Este trabajo permitió a la paciente reducir su ansiedad y le dotó de una estrategia para gestionar su tiempo atendiendo a la ocupación en lugar de la preocupación.

De esta forma, para la sesión 10, se decidió llevar a cabo una construcción narrativa de los conflictos de pareja mediante las cartas TanDoo. En ellas, la paciente pudo identificar las conductas de control y evitación de los conflictos desde la reflexión proyectiva de su miedo al abandono y su

necesidad de aprobación, y reconocer, además, las creencias, pensamientos y emociones asociadas a las mismas.

Asimismo, la sesión 11 se dirigió a la toma de conciencia por parte de la paciente del control sobre los diferentes tiempos. De este modo, se pidió a la paciente que hiciera tres dibujos y asociara tres emociones al pasado, presente y futuro, y se llevó a cabo un diálogo socrático (Clark, 1989) y una psicoeducación posterior sobre el control.

En esta misma línea, en la sesión 12 se trabajó con la paciente sobre los pensamientos anticipatorios y pensamientos automáticos negativos (PANs) mediante Reestructuración Cognitiva (Beck, 2013).

Así, primeramente se pidió a la paciente que fisicalizara la ansiedad, y posteriormente, que elaborara un diálogo alternativo a los pensamientos automáticos. El conjunto de estos dos procesos permitió a A. distanciarse de sus pensamientos y reconocer sus fortalezas, y le facilitaron consecuentemente la elaboración de unas respuestas a los PANs desde la valoración propia, que se le pidió que practicara mediante un autorregistro (Clark, 1989).

Por último, para este mismo objetivo se trabajó en la sesión 16 sobre el Círculo de la Responsabilidad (Anexo 15). Esta técnica trató de ayudar a la paciente a diferenciar sus responsabilidades de las que no lo son, de forma que en el futuro pudiera identificarlas y abandonarlas en cierta medida, reduciendo así su ansiedad y culpabilidad. Además, este procedimiento se realizó junto a una identificación de límites y necesidades posterior, necesario para aplicar lo aprendido sobre el círculo.

- *Sesión 14 y 15*

Las siguientes sesiones se dedicaron al trabajo de la autoestima de A. De esta forma, en la sesión 14 se llevó a cabo un ejercicio de autopercepción con ayuda de las cartas Persona. El desempeño de la paciente con las cartas y el diálogo socrático, no solo permitió evaluar las creencias de la paciente, sino que además le ayudó a ser consciente de su autoexigencia.

En la sesión 15, con el objetivo de que A. aprendiera a gestionar la necesidad de aprobación, se utilizó la metáfora de “la orquesta”, a través del cual se trató de corresponder los instrumentos con sus distintas cualidades. Se le invitó a crear su propia orquesta a partir de un listado de fortalezas y valores, y se abordó el conflicto desde el diálogo de sus diferentes partes. Con ello se pretendió mejorar el autoconocimiento y autoestima de A. y orientarle hacia una valoración más positiva de sí misma, en el que tuviera más presente sus propios recursos y barreras en el momento de dar solución a los problemas que se le presentan.

- *Sesión 17*

Hacia la sesión 17, se decidió terminar el trabajo iniciado con la paciente en la sesión anterior con un entrenamiento en la comunicación asertiva de sus necesidades. De esta manera, se entrenó primeramente la mentalización, identificando las necesidades y emociones en ejemplos de situaciones; se explicó después la técnica de la hamburguesa y se practicó mediante RolePlay.

- *Sesión 19 y 20*

Finalmente, las últimas dos sesiones se dedicaron a hacer una evaluación del tratamiento y a revisar con A. el cumplimiento de los objetivos propuestos. Además, se repasaron con la paciente las técnicas aprendidas y se trabajó sobre la detección de posibles situaciones de riesgo en el futuro en las que llevar a cabo las anteriores.

Por último, como se planificó previamente una derivación en el proceso de la paciente, no se han programado sesiones de seguimiento.

6. Valoración del tratamiento

A continuación, se expone la valoración del tratamiento llevado a cabo para la paciente del caso de estudio, desde la descripción de la adherencia al tratamiento de la misma y de la alianza terapéutica hasta los resultados cuantitativos de las pruebas post tratamiento.

Para empezar, se ha valorado que la adherencia al tratamiento de la paciente fue muy buena durante los cinco meses que duró la intervención, reflejando su compromiso con el proceso. Así, la actitud activa de A., su implicación en las tareas propuestas y su práctica posterior de las herramientas utilizadas en sesión podría haber influido en la evolución positiva hacia los objetivos planificados.

Asimismo, se construyó con A. una buena alianza terapéutica. El uso de las diferentes estrategias de escucha activa, la validación de las emociones de A. y su aceptación incondicional por parte del terapeuta a lo largo del proceso posiblemente influyeron en el establecimiento de un vínculo con la paciente asentado en la confianza y seguridad.

Referente a las dificultades encontradas, cabe destacar que la paciente mostró cierta resistencia a realizar dibujos y, hacia las primeras sesiones, a aquellas preguntas del diálogo socrático que implicaban ciertos conocimientos, quizá por la sensación de evaluación que estas pudieran provocar. Además, generaba pensamientos anticipatorios ante algunas cuestiones que se estaban trabajando, por lo que consideraba que no eran factibles o útiles, y depositaba la responsabilidad en las situaciones o en los demás.

En relación con la consecución de los objetivos propuestos en el plan de tratamiento, se ha valorado una reducción significativa del malestar subjetivo de la paciente gracias al alcance producido en los anteriores. De esta forma, a través de una entrevista abierta A. manifiesta tener una menor sensación de malestar desde el inicio del proceso terapéutico. Refiere sentirse más segura y tranquila, así como haber aprendido a gestionar mejor sus emociones, en especial la ansiedad, y a ser más consciente de cómo sus pensamientos de preocupación interfieren en su día a

día. Expresa también haber reconocido la importancia de su lenguaje interno y afirma querer seguir trabajando sus mensajes autoexigentes, ante los que se reconoce tras el tratamiento, más compasiva consigo misma.

A continuación, se expone la valoración de la evolución de los diferentes objetivos terapéuticos.

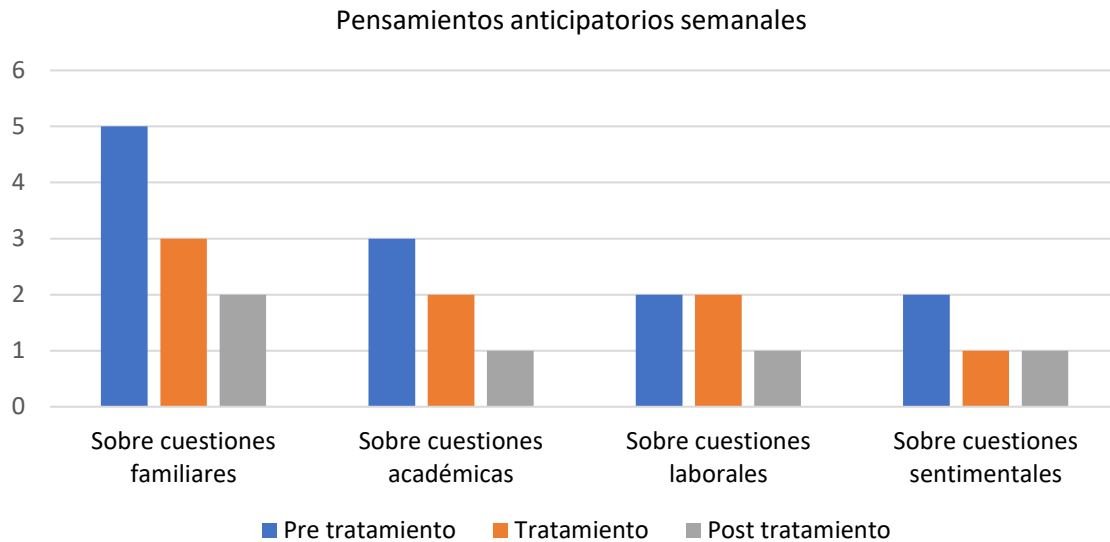
En primer lugar, se ha observado una mejora de la regulación emocional por parte de la paciente. A partir de la entrevista abierta, A. declaró la remisión de algunos de los síntomas que presentaba en el inicio del tratamiento, como apatía y anhedonia, así como una disminución de la sensibilidad emocional gracias a un mayor conocimiento de las emociones y la aceptación de las mismas y a la obtención de herramientas para la gestión de la ira. Además, A. muestra en la actualidad una mayor expresión emocional, siendo capaz de verbalizar mejor cómo se siente en comparación con las primeras sesiones.

Asimismo, el conjunto de verbalizaciones de la paciente a lo largo de las sesiones muestra un aumento en la realización de actividades, como ir andando al trabajo, quedar semanalmente con sus amigos o hacer planes con su hermana, y también una mejora en la comunicación asertiva, observable a través de las referencias de la paciente del aumento de ocasiones en las que había sido capaz de expresar su opinión o sus necesidades.

En segundo lugar, se ha observado cómo A. ha aprendido a regular mejor su necesidad de control y autoexigencia, ya que expone reconocer mejor los momentos en los que está atendiendo a sus preocupaciones y haber comprendido la ineficacia de controlar lo que aún no ha ocurrido. Por ello, indica tratar de cuestionar estos pensamientos y de focalizar su atención en el presente. La disminución de estos pensamientos anticipatorios (Figura 2) se ha medido a través de los autorregistros realizados por la paciente durante el proceso.

Figura 2

Representación gráfica de la evolución en el número de pensamientos anticipatorios semanales registrados por la paciente.

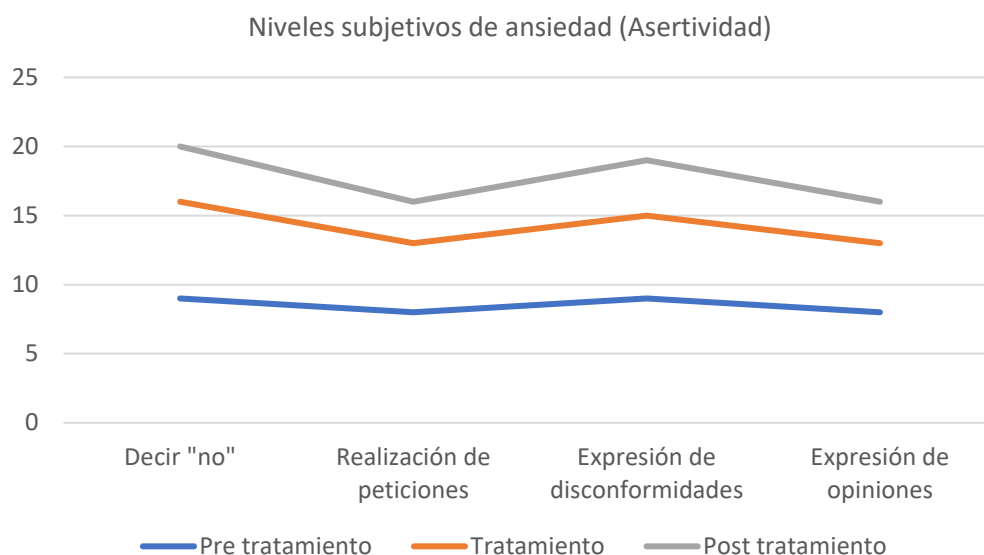


Al mismo tiempo, las diferentes alusiones de A. a lo largo del tratamiento de haberse expuesto a las situaciones que le generaban malestar, como los conflictos con su pareja, su familia o sus compañeros de trabajo, y de mejorar su comunicación asertiva durante los mismos, denotan una disminución de las conductas de evitación y una reducción del nivel de ansiedad experimentado (Figura 3).

En tercer lugar, resulta relevante advertir que la paciente muestra una valoración más positiva de sí misma y un mayor autoconocimiento, visible en las valoraciones propias realizadas durante las sesiones en las que ha reconocido sus propios recursos. Además, muestra un diálogo interno más positivo, abandonando sus autoverbalizaciones autoexigentes por otras más compasivas como “no pasa nada si no me sale como espero” y “esto me va a servir para algo”.

Figura 3

Representación gráfica del nivel subjetivo de ansiedad de diferentes comportamientos asertivos durante las situaciones de conflicto.



A continuación, se valoran los resultados cuantitativos propios de la evaluación post tratamiento y se realiza una comparación con los obtenidos en la fase de evaluación. En la Tabla 10 se presentan los resultados obtenidos en los cuestionarios en ambas evaluaciones.

Tabla 10

Resultados de la paciente en la evaluación pre y post tratamiento.

Cuestionarios	Pre tratamiento		Post tratamiento		
	Puntuación directa	Centil	Puntuación directa	Centil	
BDI-II	25		18		
STAI	A/E	40	89	29	70
	A/R	47	99	34	80
RSES	24		27		

Tal y como queda reflejado en los datos que se muestran en la tabla, se han producido mejoras en el estado de ánimo y en la autoestima y una reducción de los valores de ansiedad de la

paciente. También se puede apreciar una disminución de la sintomatología depresiva de la paciente, que de forma posterior al tratamiento se corresponde con depresión leve, en comparación con una depresión moderada obtenida en la evaluación inicial. En términos de ansiedad, los resultados indican la presencia de sintomatología ansiosa sobre promedio en ansiedad-rasgo como y alta en ansiedad-estado; no obstante, cabe destacar que ambas se han reducido respecto a los resultados pre tratamiento. De la misma forma, se ha producido un aumento en la autoestima, que inicialmente se presentó baja y tras la intervención los resultados muestran como media.

En definitiva, se han obtenido resultados notables de una evolución positiva de los objetivos terapéuticos y el logro de una mejora de la sintomatología gracias a un mejor funcionamiento de la paciente, lo que revela un eficaz desarrollo de la intervención diseñada y un pronóstico favorable. No obstante, se considera oportuno atender más a la valoración subjetiva de la sintomatología que a los resultados de los test, dado que, aunque ambos concuerdan en la dirección de los cambios, el nivel subjetivo de malestar notificado por la paciente muestra mejoras significativas entre la evaluación pre y post tratamiento. No obstante, de cara a los objetivos del proceso tras la derivación, se recomendó continuar con el trabajo sobre la regulación de la necesidad excesiva de control y autoexigencia, la regulación emocional y la gestión de la necesidad de aprobación, de cara a un mayor desarrollo y mantenimiento de los avances en los mismos.

7. Discusión y conclusiones

Tal y como se ha explicado anteriormente, la ansiedad y la depresión constituyen dos de las enfermedades mentales más comunes a nivel mundial, habiendo aumentado su prevalencia en un 25% en los últimos dos años (OMS, 2022).

Si bien es cierto que estos problemas son poco novedosos y que existe un amplio repertorio de tratamientos ya investigados, el aumento progresivo de personas afectadas por los mismos convierte el estudio y el análisis de su intervención en algo indispensable. Es por esto por lo que se van a discutir los principales hallazgos encontrados en este trabajo y su aportación en el área clínica y científica.

El presente caso de estudio ha expuesto la mejoría observada en la sintomatología ansioso-depresiva de una paciente tras un tratamiento de corte cognitivo-conductual. Los niveles en las variables de ansiedad y depresión, medidas a partir los respectivos cuestionarios, se vieron reducidas, al igual que se produjo un aumento en el valor de la autoestima. Estos resultados concuerdan con los objetivos terapéuticos establecidos y responden a las hipótesis planteadas para el caso.

De esta forma, el tratamiento de la sintomatología de la paciente desde la Terapia Cognitivo-Conductual, cuya efectividad ha sido fuertemente respaldada (Echeburúa et al., 2000), se focalizó en el trabajo sobre las distorsiones cognitivas a partir de las técnicas de reestructuración cognitiva y cuestionamiento socrático. Esto permitió que la paciente pudiera sustituir sus creencias y autoverbalizaciones desadaptativas por otras más funcionales, que pudieron influir en el cambio de ciertos patrones de conducta, como la comprobación, el cuidado y la evitación, que como se ha explicado en la formulación del caso, estaban generando una gran incapacitación y malestar. Además, la complementariedad de estas técnicas con otros recursos como la psicoeducación, ayudó a la paciente a entender mejor su problema y a desarrollar las primeras con mayor facilidad. De esta

forma, no solo se pudo ver cambios en su diálogo interno, sino que también mejoró su gestión de su necesidad de control y de su autoexigencia y se redujeron los pensamientos anticipatorios.

En el progreso de esta intervención también se dio importancia al desarrollo de habilidades sociales, de manera que se entrenó a la paciente en habilidades de comunicación asertiva consiguiendo que esta adquiriera una mayor destreza en estrategias para enfrentar los conflictos interpersonales que le generaban mayor malestar. Además, el uso complementario de otras técnicas de autoestima ayudó a reforzar el uso de sus propios recursos y generar una mayor sensación de eficacia y satisfacción, mejorando su autoconocimiento, orientando hacia una valoración más positiva de sí misma y reduciendo la evitación de estos eventos.

Por otro lado, se utilizó la Activación Conductual (AC) con el fin de que la paciente pudiese retomar poco a poco algunas de las actividades gratificantes que había abandonado, la mayoría de estas sociales. De esta forma, al igual que otros estudios que han comprobado la eficacia de esta técnica en el tratamiento de la depresión (Collado et al., 2016; Kanter et al., 2015), la programación de actividades pudo dotar a la paciente de una mayor tasa de refuerzo, que contribuyó a una mayor satisfacción con este área y a la mejora de su estado de ánimo.

Por supuesto, la reducción progresiva de la evitación y la adquisición de nuevos repertorios conductuales supuso un gran esfuerzo para la paciente, en el que pareció influir el uso de algunas técnicas propias de ACT, que facilitaron su foco en sus valores así como su aceptación de los eventos internos, participando en la mejora de su regulación emocional; resultados que demuestran estar en concordancia con los de otros estudios (Fayazbakhsh y Mansouri, 2020; Fledderus et al., 2013).

En definitiva, estos cambios podrían indicar que, en el caso de pacientes en los que en la problemática y malestar participan pensamientos rumiativos y preocupaciones, así como la realización de conductas de control y evitación asociadas a las mismas, como ocurre en el caso de A., resulta efectivo tanto el abordaje de las creencias disfuncionales como de las conductas manifiestas. Por consiguiente, el cambio producido en los esquemas negativos de pensamiento

mediante técnicas cognitivas como las utilizadas con esta paciente, ayudan a mejorar el estado del individuo, en complementariedad con el aprendizaje de nuevas estrategias y habilidades de afrontamiento o la recuperación de aquellas que la persona ha dejado de emitir, como las que también se han llevado a cabo en este proceso.

En relación con las limitaciones de este estudio de caso, cabe destacar las propias inseguridades del terapeuta, para el que este caso fue uno de los primeros procesos en llevar a cabo. Además, la gran sensibilidad y reactividad emocional con las que la paciente llegó a consulta y la presencia de algunos pensamientos muy rígidos, pudieron influir en la pobre capacidad reflexiva inicial de la misma y en cierta dificultad en la realización de algunas técnicas. En este sentido, resaltar que la paciente indicó sentir cierta insatisfacción con el último proceso terapéutico que había realizado, y afirmó no haber experimentado un fuerte vínculo con su terapeuta anterior; condiciones que también pudieron afectar en su confianza y predisposición a este proceso.

No obstante, se pudo construir una buena alianza terapéutica, detectable en la evolución positiva de los objetivos y la eficacia de la intervención. De esta forma, si el vínculo entre terapeuta y paciente no hubiese estado suficientemente consolidado, resultaría difícil acceder a los eventos internos de la paciente y, por tanto, también trabajar sobre los mismos, un aspecto especialmente relevante en el caso de la intervención centrada en las cogniciones que establece la Terapia Cognitivo-Conductual. En esta línea, resultó también esencial la existencia de un compromiso por parte de la paciente de la práctica de las habilidades o estrategias desarrolladas en sesión, al igual que de la realización de los autorregistros de pensamientos, sin los cuales se hipotetiza se hubiera tornado difícil el avance en los objetivos terapéuticos.

Por su parte, este estudio parece sumarse a la visión de que parece difícil conocer la relación unidireccional o bidireccional entre la ansiedad y la depresión cuando los síntomas de ambos se presentan conjuntamente. En esta línea, no queda claro en qué medida la terapia cognitivo-conductual ha sido capaz de producir cambios a nivel de ambas sintomatologías

paralelamente y en qué proporción el cambio directo en una ha producido cambios en la otra. En otras palabras, no se conoce si los efectos producidos en uno de los problemas han podido afectar a la mejora del otro, ni cómo ni en qué medida, debido a la comorbilidad. Esta cuestión, que queda en manos de investigaciones futuras, podría resultar útil a la hora de elegir las terapias y recursos que completen los vacíos que pudieran producirse en esta relación.

En conclusión, a partir de este estudio se puede confirmar que la Terapia Cognitivo-Conductual ha resultado eficaz para el tratamiento de la sintomatología ansioso-depresiva presente en la paciente de este caso. Esta conclusión se puede comprobar a partir del logro de los objetivos propuestos, expuestos previamente, y respaldan que, al igual que esta paciente mediante este tipo de terapia, la persona es capaz de construir una elaboración racional y una teoría implícitas de la intervención, entrenar habilidades relevantes para la resolución de su sintomatología y practicarlas de forma externa a la sesión, y comprender que los cambios producidos forman parte de su responsabilidad de haberlas aprendido y practicado (Vázquez et al., 2000).

Finalmente, cabe señalar que estas conclusiones proceden de una paciente con sus específicas variables individuales. Por ello, y porque también influyen las variables contextuales de la terapia y las variables específicas del terapeuta, los resultados obtenidos en este estudio no pueden extrapolarse a otros casos. Así pues, aunque es cierto que este trabajo lleva a cabo un estudio de caso único, también lo es que analiza el abordaje de una problemática que afecta a un número cada vez mayor de personas, por lo que se espera que estos hallazgos puedan extender el conocimiento sobre la depresión y la ansiedad y contribuir en la construcción de nuevos abordajes o en modificar aquellos que ya han sido revisados.

8. Referencias bibliográficas

- Agudelo, D., Buéla-Casal, G., y Spielberg, C. D. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud mental, 30*(2), 33-41.
- Alloy, L., Nelly, K Mineka, S. y Clements C. (1990). *Comorbidity of anxiety and depressive disorders: A helplessness-hopelessness perspective*. En J.D. Maser y C.R. Cloninger (Eds.). *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp 499-543). American Psychiatric Press.
- Álvarez-Mon, M. A., Pereira, V., & Ortuño, F. (2017). Tratamiento de la depresión. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 12*(46), 2731-2742.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª.ed.). APA.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5* (5a.ed.). Editorial médica panamericana.
<http://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.807874>
- Aragonès, E., Piñol, J.L., & Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atención primaria, 41*(10), 545-551.
- Beck, A. T. (1967). *Depression; Clinical, experimental and theoretical aspects*. Harper & Row.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory (BDI-II)* (Vol.10). Pearson.
- Beck, J. (2013). *Terapia cognitivo-conductual: teoría y práctica*. (2ª ed.) Artmed.
- Beeber, L. (1999). Testing an explanatory model of the development of expressive symptoms in young womwn during a life transition. *Journal of American College Health, 47*(5), 227-234.
- Benavides, P. (2017). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revistapuce*. <http://doi.org/10.26807/revpuce.v0i0.119>

- Berlanga, C. (1993). La comorbilidad en los trastornos depresivos. *Salud mental* V, 16(1), 1-9.
- Bittner, A., Goodwin, RD., Wittchen, H., Beesdo, H., Höfle, M. y Lieb, R. (2004). What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorders? *J Clin Psychiat*, 65, 618-626.
- Buela-Casal, G., Gullén-Riquelme, A. y Seisdedos Cubero, N. (2015). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (9ª ed. rev.)*. TEA Ediciones.
- Cannon, W. B. (1927). *Bodily changes in pain, hunger, fear, and rage: an account of recent researches into the function of emotional excitement*. D. Appleton and Company.
- Cebolla, A. y Miró, M. T. (2007). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la AP en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicoterapia*, 66-67, 133-156.
- Clark, D. M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. En K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk y D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 52-96). Oxford University Press.
- Collado, A., Calderón, M., MacPherson, L. & Lejuez, C. (2016). The efficacy of behavioral activation treatment among depressed spanish-speaking latinos. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(7), 651-657. <http://doi.org/10.1037/ccp0000103>
- Conte, H. R., Plutchik, R., Wild, K. V. y Karasu, T. B. (1986). Combined psychotherapy and pharmacotherapy for depression: A systematic analysis of the evidence. *Archives of General Psychiatry*, 43, 471-479.
- Craighead, W. E., Craighead, W. L. e Ilardi, S. (1998). Psychosocial treatments for major depressive disorder. En P. E. Nathan y J. M. Gorman (Eds.). *A guide to treatments that work* (pp. 226-239). Oxford University Press.
- Echeburúa, E. y Arbona, C. B. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Martínez Roca.

Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., Cenea, R. y Barasategui, T. (2000). Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: Resultados de una investigación Experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26(108), 509-535.

Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collings, J. F., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Fiester, S. J. y Parloff, M. B. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.

Fayazbakhsh, E. & Mansouri, A. (2020). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Intolerance of Uncertainty, Experiential Avoidance, and Symptoms of 21 Generalized Anxiety Disorder in Individuals with Type II Diabetes. *Wolters Kluwer - Medknow*, 6 (1), 30-35. http://10.4103/iahs.iahs_52_18

Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Fox, J. P., Schreurs, K. M. & Spinhoven, P. (2013). The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51(3), 142-151. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2012.11.007>

Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. & Blackburn, I. M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.

González, C. E., Ángel, E. y Avendaño, B. L. (2011). Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 5(1), 59-72.

González, M. T. y Landero, R. (2012). Variables asociadas a la depresión: un modelo de regresión logística. *R.E.M.A. Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 11(1), 16-30. <http://doi.org/10.17811/rema.11.1.2006.16-30>

Hayes, S. C. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso*. Desclée De Brouwer.

- Haynes, S. & O'Brien, W. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment*. Kluwer/Plenum.
- Hettema, J., Steele, J., y Miller, W. R. (2008). Entrevista motivacional. *Revista de Toxicomanía*, 52, 3-24.
- Hodann-Caudevilla, R. M. y Serrano-Pintado, I. (2016). Revisión sistemática de la eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 22(1), 39-45.
- Ibáñez, I., del Pino, A., Olmedo, E. & 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*, 18(1), 35-56.
- Kanter, J. W., Santiago-Rivera, A. L., Santos, M. M., Nagy, G., López, M., Diéguez, G. & West, P. (2015). A randomized hybrid efficacy and effectiveness trial of behavioral activation for Latinos with depression. *Behavior Therapy*, 46(2), 177-192.
- Lazarus, A. A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. NJ: Aronson
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H., Teri, L. y Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss y R.R. Bootzin (Eds.). *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 291-315). Academic Press.
- Lizarraga, S. D., y Ayarra, M. (2001). Entrevista motivacional. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 24, 43-53.
- Marks, I. (1986). *Tratamiento de neurosis*. Martínez Roca.
- Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R. e Ibañez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*, 25(2), 32-37.
- McGoldrick, M. y Gerson, R. (1985). *Genogramas en la evaluación familiar*. Gedisa (3ªed. 2020).

Melero, R. y Cantero, M. J. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y salud*, 19(1), 83-100.

Melero, R. y Cantero, M. J. (2021). Validación del Cuestionario de Apego Adulto-Revisado (CAA-r). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.09.003>

Miguel-Tobal, J. J. (1990). La ansiedad. En J. L. Pinillos y J. Mayor (Eds.). *Tratado de psicología general: Motivación y emoción* (pp. 309-344). Alhambra.

Ministerio de Sanidad (2021). *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021*. Informes, estudios e investigación 2022. Disponible en:
<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). *Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017*. SG Información Sanitaria, Serie informes monográficos 1, Salud Mental. Disponible en:
<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

Morejón, A. J. V., García-Bóveda, R. J., & Jiménez, R. V. M. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*, 22(2), 247-255.

Muñoz, L. F., y Jaramillo, L. E. (2015). DSM-5: ¿cambios significativos? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 111-121. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000100008>

Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Meditor.

Organización Mundial de la Salud (2021, 13 de septiembre). *Depresión*. OMS.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud (2022). Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general. OMS.

Ortuño-Sierra, J., García-Velasco, L., Inchausti, F., Debbané, M. y Fonseca-Pedrero, E. (2016). Nuevas aproximaciones en el estudio de las propiedades psicométricas del STAI. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 44(3), 83-92.

Parga, M. X. F. (2020). *Análisis funcional de la conducta humana: Concepto, metodología y aplicaciones*. Comercial Grupo ANAYA, S. A.

Pérez, M. y García, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3).

Pichot, P. (1999). The semantics of anxiety. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 14(1), 22-28.

Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23.ªed.). Autor. Recuperado de: <https://dle.rae.es>

Robinson, L. A., Berman, J. S. y Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 30-49.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.

Sánchez, E., Garrido, A. y Álvaro, J. L. (2003). Un modelo psicosociológico para el estudio de la salud mental. *Psicología Social*, 18(1), 17-33.

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.

- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología iberoamericana*, 21(2), 19-28.
- Smith, M. L., Glass, G. V. y Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Johns Hopkins University Press.
- Sneiderman, S. (2011). Consideraciones acerca de la confiabilidad y validez en las técnicas proyectivas. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15(2), 93-110.
- Spielberg, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1986). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo*. TEA Ediciones.
- Subdirección General de Información Sanitaria. 2021. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2. *Ministerio de Sanidad*.
- Thase, M. E., Greenhouse, J. B., Frank, E., Reynolds, C. F., Pilkonis, P. A., Hurley, K., Grochocinski, V. y Kupfer, D. (1997). Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1009-1015.
- Vallejo, M. Á., y Comeche, M. I. (2012). *Lecciones de terapia de conducta*. Dykinson.
- Vázquez, F. L., Muñoz, R. F. & Becoña, E. (2000). ¿Qué tratamientos son eficaces para tratar la depresión: psicológicos, médicos o combinados? *Psicología Conductual*, 8(3), 561-591.

9. Anexos

Anexo 1: Principales trastornos de ansiedad

Principales trastornos de ansiedad recogidos en el DSM-5 (APA, 2013).

Trastornos de ansiedad	Descripción
Trastorno de ansiedad por separación	Consiste en un miedo o ansiedad desmesurada y poco ajustada al grado de desarrollo de la persona, relacionado con la separación o el alejamiento de las personas con mayor apego o vínculo de la misma. Se manifiesta mediante preocupaciones, resistencia a estar solo en casa, a trasladarse a otro lugar o a dormir solo, existencia de pesadillas y/o presencia de síntomas físicos, patentes durante al menos seis meses en adultos y cuatro semanas en niños y adolescentes.
Mutismo selectivo	Se trata de un trastorno propio de los niños que sucede cuando este es incapaz de hablar en ciertas situaciones sociales en la que se espera una respuesta verbal, aunque en otras como en el entorno familiar sí pueda hacerlo. La sintomatología debe permanecer al menos un mes, y se deben descartar otras causas como la falta de conocimiento o un trastorno de comunicación.
Fobia específica	Es una reacción de miedo inmediata e intensa ante un determinado estímulo cuya intensidad no se corresponde objetivamente con el peligro real. Los objetos o situaciones fóbicos más comunes son los animales, el entorno natural, las heridas y otras situaciones específicas. Estas características miedo se deben haber presentado durante un mínimo de seis meses.
Trastorno de ansiedad social (fobia social)	Es un temor acusado en situaciones sociales en donde la persona puede ser valorada o analizada cuando es observada o actúa delante de otros, de forma que su ansiedad pueda ser percibida y valorada negativamente por los demás. La duración de estos síntomas tiene una persistencia de 6 o más meses.
Trastorno de pánico	Consiste en la presencia recurrente de ataques de pánico inesperados en los que se produce un miedo y malestar precipitados, acompañados de cuatro o más síntomas físicos o cognitivos. A al menos uno de ellos le

	ha seguido durante al menos un mes preocupación por posibles repeticiones y/o cambios de comportamiento poco adaptativos.
Agorafobia	Miedo o ansiedad marcados que aparecen en relación con situaciones muy variadas como transportes públicos, lugares abiertos, espacios cerrados, multitudes y/o estar solo fuera de casa y que se mantienen al menos seis meses. La persona las evita activamente por temor a la posible dificultad para huir o para disponer de ayuda si se presentan los síntomas.
Trastorno de ansiedad generalizada	Se trata de una preocupación excesiva o aprensión por variados acontecimientos relacionados con la vida rutinaria, y cuya anticipación es desproporcionada y difícilmente controlable por la persona. La duración de los síntomas fisiológicos que lo acompañan se alarga a más de seis meses.

Anexo 2: Principales trastornos depresivos

Principales trastornos depresivos recogidos en el DSM-5 (APA, 2013).

Trastornos depresivos	Descripción
Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo	Se trata de un trastorno propio de la infancia caracterizado por una irritabilidad crónica que se manifiesta a partir de ataques de cólera frecuentes, verbales o conductuales, desproporcionados a la situación que lo incita e inapropiados para el grado de desarrollo del niño, y entre los cuales predomina un estado de ánimo persistentemente irascible. Estos síntomas deben estar presentes al menos durante un año.
Trastorno de depresión mayor	Trastorno caracterizado principalmente por la presencia de un estado de ánimo deprimido y/o pérdida de interés o de placer. Además, también se presentan otros síntomas como disminución del interés por las actividades, variaciones importantes en el peso, cambios en el apetito, problemas de sueño, fatiga, agitación o retraso psicomotor, sentimiento de culpabilidad o inutilidad desmesuradas, dificultades de concentración o para tomar decisiones e ideación suicida. Todos ellos se habrían presentado durante un mínimo de dos semanas.

Trastorno depresivo persistente (distimia)	Consiste en el mantenimiento de un estado deprimido durante al menos dos años, presente la durante la mayor parte del día, la mayoría de los días. En este trastorno se presentan los síntomas: poco apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnias, baja autoestima, fatiga o poca energía, dificultad de concentración o para tomar decisiones, y sentimientos de desesperanza.
Trastorno disfórico premenstrual	Se trata de un trastorno caracterizado por un conjunto de síntomas que se manifiestan en la mayoría de los ciclos menstruales: irritabilidad o enfado, estado de ánimo intensamente deprimido, y ansiedad o tensión, además de otros síntomas comunes al trastorno depresivo mayor a los que se suman sensación de agobio o descontrol, síntomas físicos como dolor en las mamas, dolor muscular y sensación de hinchazón. Estos aparecen la última semana antes de la menstruación, mejoran al pasar unos días tras su inicio y desaparecen una semana después de la misma.

Anexo 3: Terapias más eficaces en el tratamiento de la depresión

Descripción de las terapias más eficaces en el tratamiento de la depresión (Álvarez-Mon et al., 2017; Pérez y García, 2001).

Tipo de tratamiento	Descripción
Terapia Cognitiva	Entiende la depresión desde la presencia de esquemas depresógenos de los que derivan pensamientos negativos, sobre sí mismo y sobre el mundo. La terapia se dirige hacia la reestructuración de esos esquemas, sustituyendo los pensamientos negativos por otros más funcionales.
Terapia de Conducta	Concibe la depresión en términos de conducta. La terapia se dirige, por tanto, hacia el aumento del refuerzo positivo, el desarrollo de habilidades sociales, la realización de actividades agradables, el entrenamiento en solución de problemas y/o la conducta de pareja, entre otros.
Terapia Interpersonal	El trastorno depresivo aparece o se mantiene por relaciones familiares y sociales disfuncionales. La terapia se centra en que el paciente descubra la relación entre estas y su sintomatología depresiva con el objetivo de mejorarlas.

Anexo 4: Modelo de consentimiento informado

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 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.

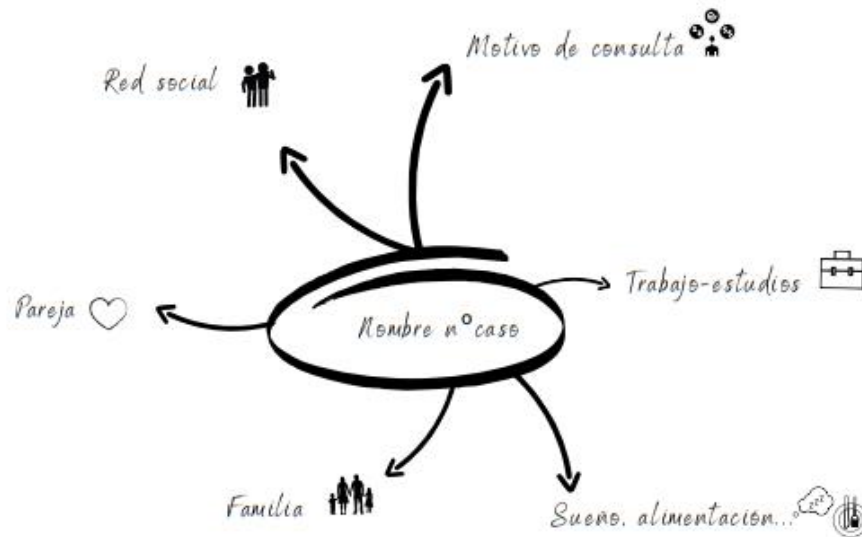
Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, consiento en participar y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

En , a de de 20.....

Firmado:

Don/Dña.:

Anexo 5: Plantilla y modelo de entrevista semiestructurada



Le gustaría conseguir...

- I. "Romper el hielo": dedicar los primeros minutos de la entrevista a hablar de cualquier cosa no referente a la consulta.
- II. Datos personales:
 - a. Iniciales/Número de historia:
 - b. Sexo:
 - c. Edad:
 - d. Profesión:
 - e. Estado civil:
- III. Encuadre terapéutico:
 - f. Confidencialidad.
 - g. Frecuencia y duración de las sesiones.
 - h. Avisar con antelación si no va a venir a la cita.
 - i. Si no ha asistido nunca a un psicólogo, explicar en qué consiste un tratamiento psicológico.

- j. Preguntar si le podemos tutear.
- k. Firmar el contrato terapéutico y protección de datos.

IV. Motivo de consulta:

- l. ¿Qué te ha traído hasta aquí?
- m. Explíqueme, cuénteme...el problema por el que ha venido.
- n. ¿Desde cuándo le viene pasando?

V. Exploración de las diferentes áreas:

Área Familiar:

- o. Composición familiar.
- p. Situación familiar actual.
- q. Relaciones familiares.
P.ej. ¿Cuántos sois en la familia? ¿Con quién vives? ¿Cómo son las relaciones entre los familiares? ¿Cómo te llevas con cada uno de ellos?

Área de la Salud:

- r. Situación médica actual y antecedentes médicos.
- s. Tratamientos psicológicos, psiquiátricos, farmacológicos actuales o previos.
- t. Hábitos de alimentación, actividad física, sueño y actividad sexual.
- u. Valorar cuidado e higiene personal.

Área Laboral y Académica:

- v. Situación laboral y académica actual.
- w. Trayectoria profesional.
- x. Grado de satisfacción.

Área Social:

- y. Pareja, amistades, compañeros de trabajo.

z. Ocio. P.ej. ¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre? ¿Con quién? ¿Lo haces actualmente?

aa. Grado de satisfacción.

VI. Evaluar motivación y expectativas:

bb. ¿A qué atribuyes la aparición y desarrollo de tu problema? ¿Por qué crees que te pasa?

cc. ¿Qué es lo que te gustaría conseguir con la terapia? ¿Cuáles son tus objetivos?

Reformular objetivos (ponerlos en positivo) y ajustar expectativas si fuera necesario.

VII. Despedida:

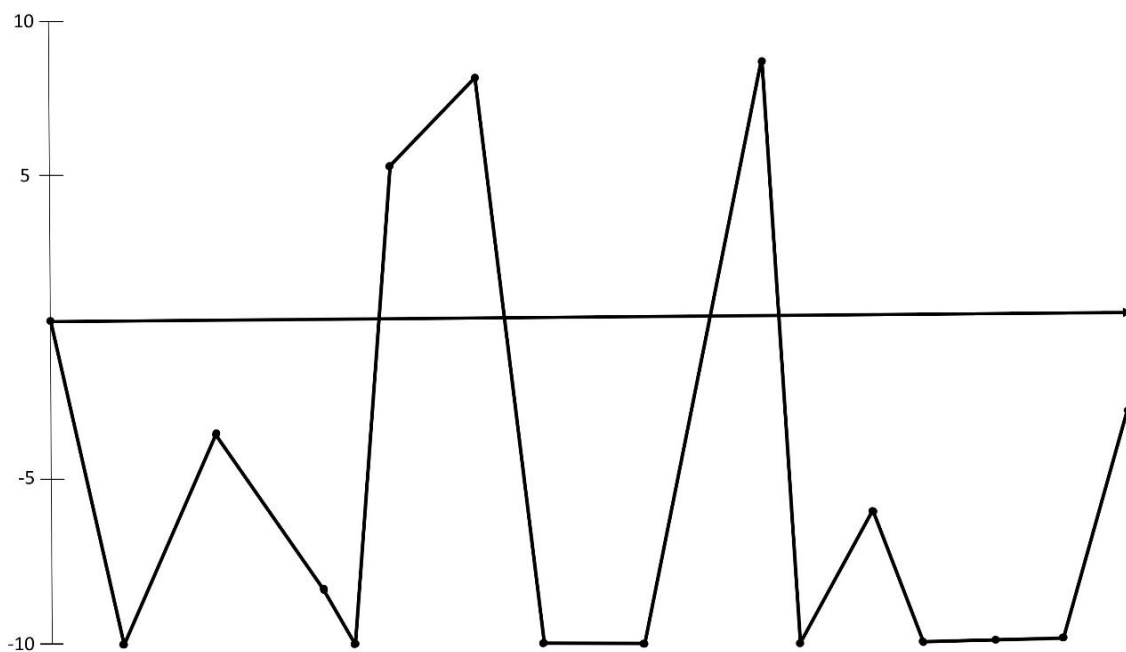
dd. Devolución de información: síntesis, aclaraciones, etc.

ee. Tareas para casa: línea de vida, autorregistro, alguna pauta, etc.

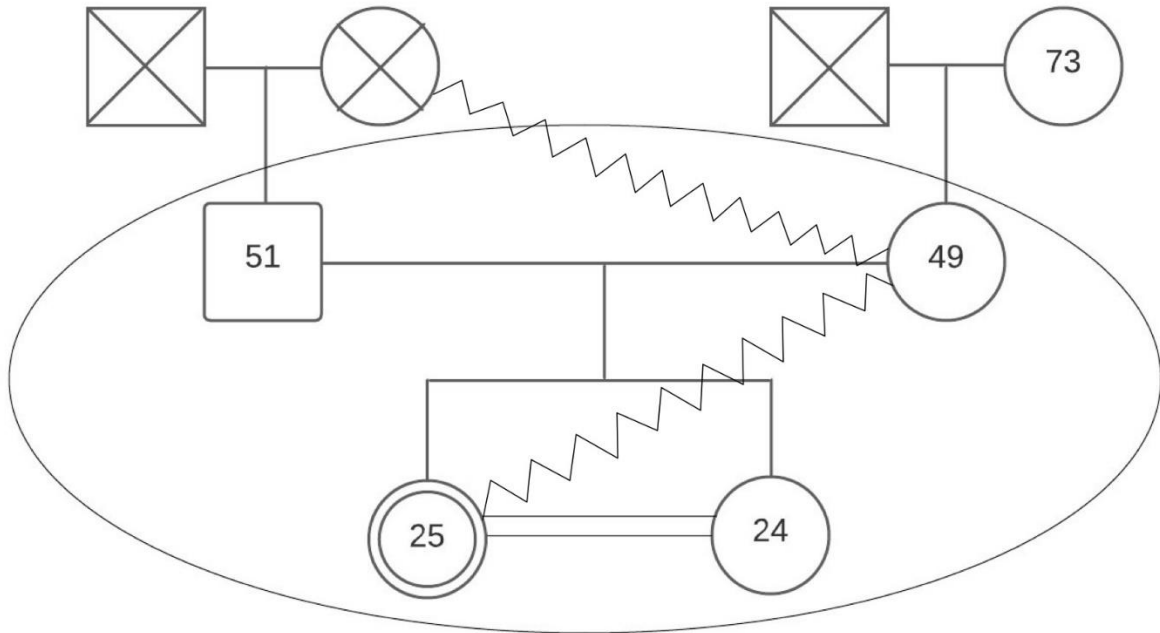
ff. Acordar fecha para la próxima sesión.

gg. ¿Hay algo que no hayamos hablado y que te parezca importante?

Anexo 6: Línea de Vida



Anexo 7. Genograma



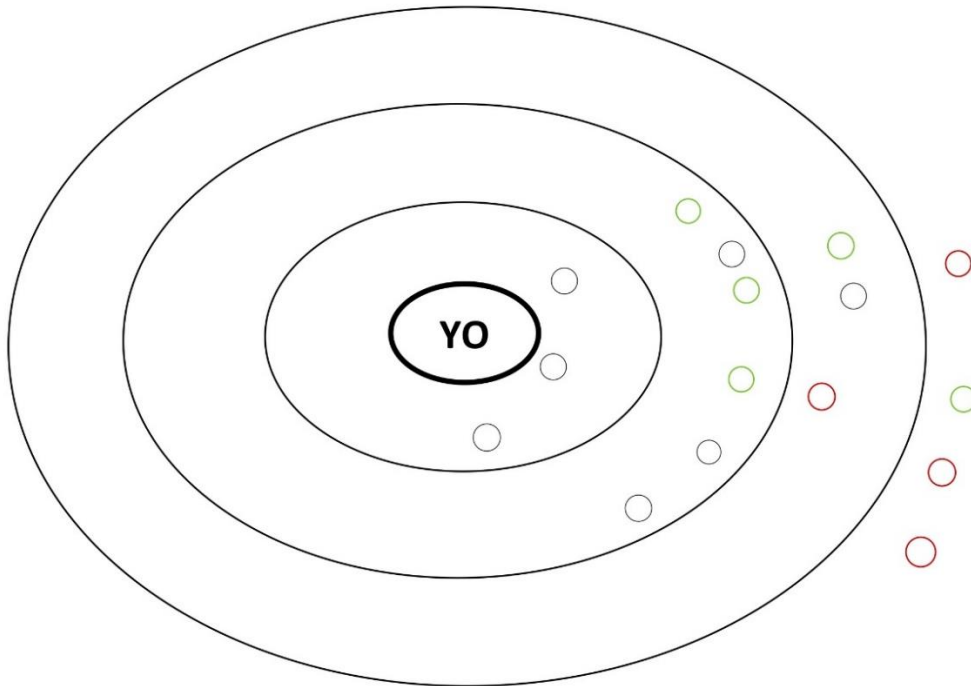
Anexo 8: Cartas de Arquetipos



A.

Anexo 9. Plantilla del Átomo Social

Instrucciones: en el siguiente dibujo coloca tus relaciones significativas en función de la cercanía o lejanía con la que las sientas (no se trata distancia física, sino emocional): las más íntimas irán en los círculos más cercanos y las menos íntimas en los más alejados. Incluye familiares, amigos y personas relevantes. Incluye tanto buenas relaciones como conflictivas. Indica en rojo a quién alejarías y en verde a quién acercarías.



Anexo 10: Plantilla del I autorregistro

Plantilla basada en el autorregistro de Clark (1989).

¿Qué ha ocurrido?	¿Qué he pensado? (Grado de creencia 0-10)	¿Qué he sentido? (Intensidad 0-10)	¿Qué he hecho?

--	--	--	--

Anexo 11: Plantilla del II autorregistro

Plantilla basada en el autorregistro de Clark (1989).

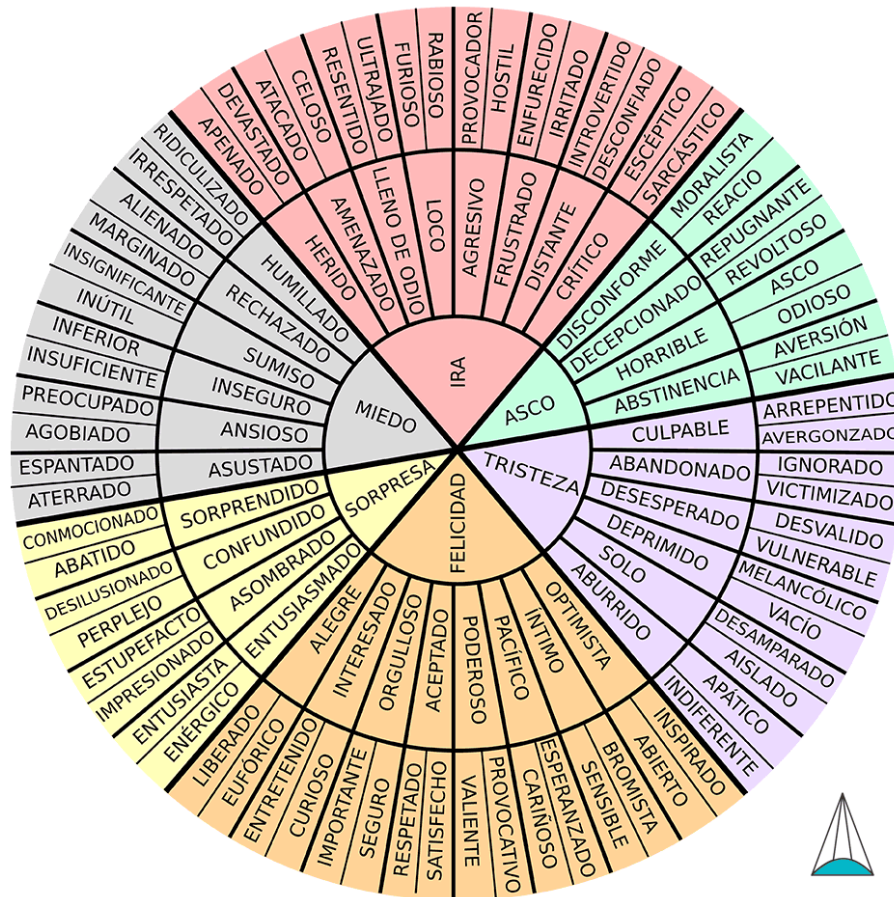
¿Qué ha ocurrido?	¿Qué he pensado? (Grado de creencia 0-10)	¿Qué he sentido? (Intensidad 0-10)	¿Qué he hecho?	¿Qué podría haber pensado en su lugar? (Grado de creencia 0-10)	¿Cómo me siento ahora? (Intensidad 0-10)

Anexo 12: Plantilla del III autorregistro

Plantilla basada en el autorregistro de Clark (1989).

¿Qué ha ocurrido?	¿Qué he pensado? (Grado de creencia 0-10)	¿Qué he sentido? (Intensidad 0-10)	¿Qué he pensado en su lugar? (Grado de creencia 0-10)	¿Cómo me he sentido después? (Intensidad 0-10)	¿Qué he hecho?

Anexo 13: Rueda de las Emociones



Anexo 14: Técnica de Proyección Temporal

Instrucciones narrativas de la técnica:

Ahora vas a apagar el móvil o ponerlo en silencio de una manera en la que no te pueda interferir, bajamos la luz para crear un ambiente más cálido y confortable, y acompañamos este clima agradable con música relajante. Vas a cerrar los ojos, te vas a relajar poco a poco en la postura que más cómoda te encuentres. Primeramente solo vas a pensar en el presente, en el momento de aquí y ahora. Vas a respirar profundamente por la nariz, contar hasta 3 y expirar por la boca, así 8 veces.

Ahora vas a imaginar un lugar que te transmita tranquilidad, un lugar en el que te sientas tu misma, al cual te guste recurrir con frecuencia cuando quieres estar en soledad únicamente con tu propia compañía, al que te resulte agradable ir para desconectar y reflexionar para encontrarte a ti misma... Imagínalo con el mayor número de detalles y utilizando todos los sentidos en tu imaginación... ¿Qué elementos hay? ¿Hay alguien a tu alrededor? ¿Qué colores ves en el lugar que has imaginado? ¿Hace frío? ¿Calor? ¿Cuáles son los olores que hay a tu alrededor? ¿Qué sientes? ¿Ríes? ¿Lloras? Realízalo sin juicio. Observa tu respiración, sin modificarla, no te cuesta esfuerzo alguno respirar... respiras. Ahora que estamos más relajados vas a pensar en la preocupación que te ronda la cabeza estos días, aquello que no paras de pensar cómo saldrá, si bien o mal y qué podrías hacer para que saliese como tú lo esperas. Sigues respirando. Pon atención a tu respiración y no le dejes que ella te guíe a ti, sé tú quien le da las indicaciones a tu respiración, inspira cuenta hasta 3 y expira otra vez, así 5 veces.

Ahora vas a pensar en tu yo del pasado, en ese yo que recuerdas con cariño y felicidad ya sea de cuando eras una niña o cuando fuiste creciendo y convirtiéndote en adulta. Siéntete cómoda. Vas a saludarle, le vas a preguntar cómo se encuentra después de no veros en tantos años, le vas a sonreír con una sonrisa y poco a poco vas a acercarte a él/ella para darle un abrazo. Vas a decirle que necesitas hablar con ella y que su paso ha sido fundamental en tu vida. Le dices que ha dado un gran cambio. Que ha madurado, y que se ha convertido en una mujer. No ha sido un camino fácil, ha habido momentos de felicidad, pero también obstáculos por el camino. Se ha hecho fuerte. Ahora, después de que ella esté dispuesta a ayudarte, vamos a trasladar esta preocupación que sentimos a día de hoy a ese yo del pasado, con cuidado y delicadeza... ¿Cómo recibe la noticia ese “yo niña”? Quizás no sea una preocupación para ella, o quizás tiene otras preocupaciones más importantes en ese momento y esta no le parece suficiente para darle tantas vueltas. ¿Qué te diría ese yo si te viese tan preocupada por esto a día de hoy? ¿Qué consejos te daría? ¿Cómo buscaría la solución para lidiar con ello? (pensar un poco, conversa con el “yo niña”) ¿Qué consejos te está dando? ¿Le vas a hacer caso? Ahora le vas a agradecer su ayuda incondicionalmente, le vas a decir lo mucho que le

quieres y cómo ha cambiado tu vida desde la última vez que os visteis, vas a acariciarle y le vas a dar un abrazo muy fuerte, no os soltéis hasta que pasen unos segundos. Os vais a despedir prometiendo que esta no va a ser la última vez que os reencontréis. (Pausa de 30 segundos) ¿Cómo te encuentras? ¿Te ha conmovido? ¿Te ha servido esta visita de tu yo del pasado para ver tu preocupación actual desde otro punto de vista? Sigue respirando profundamente, coge aire por la nariz y échalo por la boca. (Nos recuperamos, dar el tiempo necesario).

Es importante que recuerdes cada una de las sensaciones que estás viviendo, sentirlo al máximo y retenerlo en tu memoria, ya que al final de la puesta en práctica tendrás que reflejarlo y expresarlo en un papel, en forma de dibujo, figura o palabra.

Ahora te espera otro viaje, también te vais a imaginar un lugar que te transmita tranquilidad y felicidad, pero un lugar distinto al anterior, en este mismo instante, ¿Qué elementos hay? ¿Hay alguien a tu alrededor? ¿Qué colores ves en el lugar que has imaginado? ¿Hace frío? ¿Calor? ¿Cuáles son los olores que hay a tu alrededor? ¿Qué sientes? ¿Ríes? ¿Lloras? Realízalo sin juicio. Observa tu respiración, sin modificarla, no te cuesta esfuerzo alguno respirar... respiras. Ahora que estamos más relajados vas a pensar en la preocupación que te ronda la cabeza estos días, aquello que no paras de pensar cómo saldrá, si bien o mal y qué podrías hacer para que saliese como tú lo esperas. Sigues respirando, pon atención a tu respiración y no le dejes que él te guíe a ti, sé tú quien le da las indicaciones a tu respiración. En esta ocasión vamos a encontrarnos con alguien con quien nunca hemos coincidido, aún. Vamos a viajar al futuro, concretamente 30-40 años después. Quizá te cueste imaginarlo, o cuando os veáis cara a cara por primera vez no le reconozcas. Puede estar muy cambiada. Lo notarás diferente, más mayor, pero guardará algo especial que siempre tuvo en su rostro; esa sonrisa, la mirada con la que transmitía, o ese peculiar lunar/mancha que sólo tú conoces y que te hará reconocerle. Aquí nos encontraremos con tu yo del futuro que con tanta felicidad imaginas, a ella no le costará nada reconocernos, será muy fácil, pues han estado vigilándonos durante todos estos años. A nosotros se nos hará un poco complicado. Vamos a seguir respirando

profundamente y vamos a pensar cómo le vamos a saludar, te acercas a ella, te reconocerá y se acercará poco a poco para que no te asustes. Vas a saludarle, le preguntarás cómo se encuentra actualmente después de tantos años que han pasado. Le explicarás que has acudido a ella para una misión. Le vas a trasladar tu preocupación actual a ese yo del futuro, ¿cómo lo recibe? ¿Qué consejos te da? ¿Cómo buscaría la solución para lidiar con ello? ¿Cómo te dice que actúes? ¿Sientes que está agobiado o justo lo contrario? Respira. Poco a poco te irás acomodando y te darás cuenta de que, a pesar de que hayan cambiado muchas cosas, en el fondo sigue siendo la misma persona. Te vas tranquilizando y sientes la confianza para preguntarle todas aquellas cosas que te intrigan y te causan curiosidad. Preguntas acerca de los seres queridos, familiares, amistades, te preocupas por ellos, y por ti misma. Han cambiado muchas cosas. Pero sigue habiendo cosas en común, lugares a los que vuelves, personas a las que recurres. Charlas durante un rato. Ríes, te emocionas, mantienes una conversación interesante y llena de sensaciones. Llega la hora de despedirse. Se lo comunicas. Os da lástima, pero os volveréis a ver. Os dais un largo y emotivo abrazo. Os dedicáis unas palabras, lo que os salga del corazón. Os miráis fijamente y os vais alejando. Cada vez más. Hasta el punto de que os cueste veros.

Vuelves al presente. Conectas con las emociones. Con los sentimientos. ¿Qué has experimentado? ¿Qué tal te encuentras? ¿Te ha servido esta visita de tu yo del pasado para ver tu preocupación actual desde otro punto de vista? Assimilas lo que has vivido. Es una mezcla de sentimientos, por una parte te sientes eufórico y pletórico y por otra sientes pena. Sigue respirando profundamente, coge aire por la nariz y échalo por la boca. Te recompones. Es importante que retengáis cada detalle que os imagináis y que se os venga a la cabeza para que luego se os sea más fácil reflejar en un papel. Ahora sí, te das cuenta de que tienes que aceptar que no vas a ser otra persona, que eres tú, que no vas a tener otra vida para hacer las cosas que has hecho hasta ahora de otra manera pero sí podrás hacerlo de una mejor manera o diferente a partir de ahora. Te das cuenta de que la vida no es una prueba, que es la única que tienes y que cualquier cosa que quieras tiene que ser en esta vida. Por eso, vive el presente, no tengas prisa en llegar a tu yo del futuro, no

quieras que el tiempo pase rápido, porque no va a volver, como tu yo del pasado... Ahora ha llegado el momento de abrir los ojos.

Anexo 15. Plantilla personalizada del Círculo de la Responsabilidad

COSAS QUE NO (SOLO) DEPENDEN DE MÍ

