

Estudio de caso: intervención de abordaje integral en una paciente con sintomatología ansiosa-depresiva

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria
2021/2022

Autor: Ana M. Ortuño Oliva

Tutoras: Dra. María Cantero García (UEM) y Mireia Cañequé (PsicoLink)

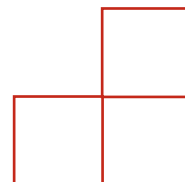
Centro PsicoLink



28 de febrero del 2022

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Índice de contenidos

1	Introducción	7
1.1	Breve introducción histórica de la ansiedad y la depresión	7
1.2	Conceptualización de la ansiedad y sus principales trastornos.....	9
1.3	Conceptualización de la depresión y sus principales trastornos	11
1.4	Epidemiología de la ansiedad y la depresión	13
1.5	Comorbilidad de la ansiedad y la depresión.....	14
2	Modelos teóricos de la depresión y la ansiedad	14
2.1	Modelos teóricos de la depresión	14
2.2	Modelos teóricos de la ansiedad.....	17
2.3	Tratamientos eficaces	18
2.4	Otros aspectos relevantes relacionados con el caso: crisis vital, menopausia precoz y consumo de alcohol	19
2.5	Justificación del caso estudio	22
3	Identificación del paciente y motivo de consulta.....	22
4	Evaluación	26
5	Formulación clínica del caso: análisis funcional del problema.....	32
5.1	Hipótesis de origen.....	33
5.2	Hipótesis de mantenimiento	35
5.3	Análisis funcional.....	35
5.4	Resultados de las técnicas de la evaluación	37
6	Objetivos de tratamiento	41

7	Tratamiento.....	42
8	Valoración del tratamiento	51
9	Discusión y conclusiones	53
10	Valoración personal.....	56
11	Referencias bibliográficas.....	58
12	Anexos.....	68

Índice de tablas

Tabla 1 <i>Clasificación trastornos vinculados con la ansiedad (APA, 2013)</i>	9
Tabla 2 <i>Trastornos vinculados a la depresión según el DSM-5 (APA, 2013)</i>	11
Tabla 3 <i>Objetivos generales y específicos</i>	26
Tabla 4 <i>Cronograma de las sesiones de evaluación</i>	27
Tabla 5 <i>Variables disposicionales</i>	34
Tabla 6 <i>Análisis Topográfico de la Conducta Problema</i>	35
Tabla 7 <i>Resultados del Inventario de depresión de Beck-II</i>	38
Tabla 8 <i>Resultados Cuestionario Ansiedad STAI</i>	39
Tabla 9 <i>Resultados del Inventario NEO reducido Cinco factores.</i>	39
Tabla 10 <i>Resultados del inventario de autoestima de Rosenberg (Anexo8)</i>	40
Tabla 11 <i>Resultados Cuestionario (SWLS). Satisfacción con la Vida</i>	40
Tabla 12 <i>Objetivos y técnicas de tratamiento</i>	41
Tabla 13 <i>Cronograma de las sesiones de tratamiento.</i>	42

Índice de anexos

Anexo 1. Entrevista (ad hoc) PsicoLink.....	68
Anexo 2. Línea de vida	71
Anexo 3. Átomo Social	74
Anexo 4. Genograma.....	75
Anexo 5. BDI-II- Inventario de depresión de Beck.....	76
Anexo 6. STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo	77
Anexo 7. NEO FFI. Inventario NEO reducido cinco factores	79
Anexo 8. Escala de Autoestima de Rosenberg	81
Anexo 9. Escala de satisfacción con la Vida SWLS.....	82

Anexo 10. Instrucciones Relajación Progresiva de Jacobson 83

Abreviaturas

ACT: Terapia de Aceptación y Compromiso

AP: Atención Plena

CVA: Ciclo Vital Familiar

DE: Desórdenes Emocionales

EHS: Entrenamiento de Habilidades Sociales

MBCT: Terapia Cognitiva Basada en el Mindfulness

MBSR: Terapia Basada en al Mindfulness para la reducción de estrés

MIP: Modelo Interpersonal

OMS: Organización Mundial de la Salud

TA: Trastornos de ansiedad

TDC: Terapia Dialéctico Comportamental

TCC: Terapia Cognitivo Conductual

TEPT: Trastorno de estrés postraumático

TIP: Psicoterapia Interpersonal

Resumen

El presente trabajo expone un caso clínico en consulta de una mujer de 42 años con sintomatología ansiosa-depresiva ante una crisis vital individual, esto luego del diagnóstico de menopausia prematura. Así, se realiza una revisión bibliográfica de la ansiedad y la depresión, la etiología y los principales modelos teóricos, la comorbilidad, la propuesta de tratamientos más eficaces y una breve descripción de la relación de la sintomatología ansioso-depresiva con el consumo de alcohol.

Posteriormente, se describe la terapia llevada a cabo, donde se incluye la evaluación, los resultados, los objetivos y el tratamiento de elección en el transcurso de 18 sesiones. El principal foco de la terapia es la implementación de un abordaje integral de intervención, lo que es el mayor valor de partida de la consciencia del problema, así como la buena disposición por parte de la paciente.

Palabras clave: ansioso-depresivo, caso clínico, ciclo vital familiar, crisis vital.

Abstract

The present work shows a clinical case in consultation of a 42-year-old woman with anxious-depressive symptomatology in the face of an individual life crisis after the diagnosis of premature menopause. It begins with a bibliographic review of anxiety and depression, etiology and main theoretical models, comorbidity and proposal of the most effective treatments, ending with a brief description of the relationship between anxious-depressive symptomatology and alcohol consumption.

Next, the therapy carried out is described, including evaluation, results, objectives and treatment of choice, reflecting an integral approach of intervention in the course of 18 sessions. The main focus of the therapy will be the achievement of the agreed objectives and the evaluation of the post-treatment anxious-depressive symptomatology, being our main starting point the awareness of the problem and the willingness of the patient.

Keywords: anxious-depressive, clinical case, family life cycle, life crisis.

1 Introducción

1.1 Breve introducción histórica de la ansiedad y la depresión

La ansiedad y la depresión son afecciones con una prevalencia cada vez más elevada, pues se sitúan en un 20 % de la población española, lo que indica que han sufrido sintomatología depresiva o síntomas ansiosos al menos una vez a lo largo de su vida (Cardila et al., 2015).

La depresión hace referencia a un conjunto de síntomas caracterizados por un estado de abatimiento, sentimiento de tristeza, impacto en el comportamiento, niveles de actividad y pensamiento, incluso, puede llevar al acto suicida (Diulio et al., 2015; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). A partir de lo anterior, se tiene en cuenta la sintomatología, la intensidad, la cronicidad y el curso para determinar la existencia, o no, del trastorno (Caballo, 2006; Londoño y González, 2016). Por otra parte, el término ansiedad hace referencia a la expresión psicofisiológica persistente y difusa, con la probabilidad de alcanzar el pánico ante una situación que se experimenta y anticipa como amenazante (Piqueras et al., 2008; Sierra et al., 2003).

Antes de describir la evolución histórica de los conceptos correspondientes a la ansiedad y depresión y a los trastornos que les atañen, conviene recordar algunos problemas de terminología.

Depresión, manía y ansiedad son manifestaciones patológicas que se inscriben en el marco de la afectividad. Por esta razón, hasta fecha reciente, la literatura psiquiátrica en lengua inglesa ha englobado bajo la expresión “Trastornos afectivos” los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad, o bien ha designado con este nombre únicamente los trastornos del estado de ánimo, como hacia aún en 1980 el DSM-III. Este último término no fue adoptado hasta 1987 por la siguiente edición del manual americano, el DSM- III-R, para evitar toda ambigüedad.

Las palabras que corresponden al inglés anxiety, no aparecieron en el vocabulario psiquiátrico hasta 1880 aproximadamente. Su raíz es del verbo latino ango, estrechar, apretar, del que derivaban, entre otros, los dos sustantivos angustia y anxietas. (Pichot, 1993, p. 4)

Una de las primeras propuestas para entender la melancolía fue dada por Hipócrates. La melancolía ha estado generalmente asociada con la bilis negra, esencial para explicar su patogénesis (Conti 2007). A lo largo de la Edad Media, san Agustín (siglo V) aseguró que todas las enfermedades de los cristianos debían ser asignadas a los demonios. En el siglo XVIII aparece por primera vez la palabra “depression” en la lengua inglesa. Esta palabra deriva del latín de y premere (apretar, oprimir) y deprimere (empujar hacia abajo). Richard Blackmore, en 1725, habla de “estar deprimido en profunda tristeza y melancolía”. Robert Whytt, en 1764, relaciona “depresión mental” con “espíritu bajo”, hipocondría y melancolía (Jackson, 1986). (Korman y Sarudiansky, 2011, p. 120)

Ya más cercano en el tiempo, Emil Kraepelin utiliza el término “locura depresiva” en una de sus clasificaciones nosológicas, sin desprenderse del término melancolía para signar la enfermedad, y deja la palabra “depresión” para denominar un estado de ánimo, considerando que las melancolías eran formas de depresión mental [...]. Por su parte, Adolf Meyer propuso eliminar totalmente el término melancolía y reemplazarlo por el de depresión. (Korman y Sarudiansky, 2011, p. 120)

En 1952 apareció la primera clasificación diagnóstica hecha por la Asociación Psiquiátrica Americana, el DSM-I, la cual emplea el término de reacción (reacción esquizofrénica) en concordancia con el pensamiento psicobiológico de Adolf Meyer. En 1968 apareció el DSM-II, el cual intenta ser imparcial respecto a la etiología de las enfermedades mentales, pero aún utiliza el término de neurosis, el cual tiene un origen psicoanalítico.

No es sino hasta 1979 que aparece el DSM-III, el cual tiene un enfoque multiaxial y se reconocen los orígenes biológicos, psicológicos y sociales de las enfermedades mentales, al igual que las comorbilidades y la simultaneidad de diferentes diagnósticos en una misma persona. (Schnaas, 2017, p. 22)

“El 18 de mayo de 2013, la Asociación Psiquiátrica Americana publicó el Manual de Diagnóstico Psiquiátrico (DSM-5)” (Muñoz y Jaramillo, 2015, p. 111), donde se señaló lo siguiente.

Se hace una división de la sección de Trastornos afectivos en dos unidades definidos como: Trastorno bipolar y trastornos y Trastornos depresivos. Este cambio resalta la importancia de separar estas entidades en categorías diferentes, reconociendo la heterogeneidad que implicaba el término "Trastorno del estado de ánimo". Además, se añadió un especificador de "síntomas de ansiedad" tanto para las secciones Bipolar y Depresiva, lo cual debería fomentar la atención que merece este dominio de síntomas y reconocer que esta comorbilidad es bastante frecuente. (Muñoz y Jaramillo, 2015, p. 114)

1.2 Conceptualización de la ansiedad y sus principales trastornos

La ansiedad se define como la anticipación a una amenaza futura que surge de la percepción de estímulos generales potencialmente dañinos, evocando un estado de inquietud, agitación, preocupación e hipervigilancia. Se ha conceptualizado a la ansiedad como un mecanismo de respuesta fisiológica y conductual generada para evitar un daño. (Macías-Carballo et al., 2019, párr. 4)

"La ansiedad [...] es una emoción compleja que se acompaña de respuestas fisiológicas, vivenciales, conductuales, cognitivas, enmarcado todo ello en un estado de activación y alerta" (Toquero y Zarco, 2003, p. 13). De este modo, en la Tabla 1, con base en los criterios propuestos en el DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013), se especifican los diferentes trastornos relacionados con la ansiedad.

Tabla 1
Clasificación trastornos vinculados con la ansiedad (APA, 2013)

Tipo de Trastorno	Características clínicas centrales
<i>TA por separación</i>	<i>Miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc.) y/o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación.</i>

Tipo de Trastorno	Características clínicas centrales
<i>Mutismo selectivo</i>	<i>Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos).</i>
<i>Fobia específica</i>	<i>Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto con un objeto o situación específica que se evitan o soportan a costa de intenso miedo-ansiedad.</i>
<i>TA social</i>	<i>Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación con una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados, negativamente, por los observadores.</i>
<i>Trastorno de angustia</i>	<i>Presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia.</i>
<i>Agorafobia</i>	<i>Miedo o ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre respecto con dos o más situaciones prototípicamente agorafóbicas (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa) que, además, se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza.</i>
<i>TA generalizada</i>	<i>Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades, se asocian con tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica.</i>
<i>TA inducido por sustancias/ medicamentos</i>	<i>El cuadro clínico se caracteriza, fundamentalmente, por la presencia de crisis de angustia o ansiedad, en el que existen evidencias de que dichos síntomas se desarrollan poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o por la toma de medicación capaz de producir dichos síntomas.</i>
<i>TA debido a otra afección médica</i>	<i>El cuadro clínico se caracteriza, fundamentalmente, por la presencia de crisis de angustia o ansiedad, con evidencias de que ello es consecuencia patofisiológica directa de otra condición médica.</i>
<i>TA especificados</i>	<i>Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos.</i>

Tipo de Trastorno	Características clínicas centrales
TA no especificado	<i>Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. No se especifican las causas por las que no se cumplen los criterios diagnósticos por falta de información (e.g. en urgencias).</i>

Nota. Adaptado de *Beneficios psicológicos, cognitivos y mentales de la actividad física: actividad física, ansiedad y depresión*, por Gimeno, 2016, Arper: <https://bit.ly/34Sm2je>.

1.3 Conceptualización de la depresión y sus principales trastornos

La depresión, [...] afecta el estado de ánimo, los pensamientos y por lo tanto al organismo total. Es un sentimiento persistente de inutilidad, de pérdida de interés por el mundo y de falta de esperanza en el futuro que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto. [...] La mayoría de los investigadores cree que la depresión es el resultado de la interacción entre las características biológicas y las vulnerabilidades fisiológicas de una persona y la frecuencia de sucesos estresantes o situaciones difíciles de superar en su vida. Entre las perspectivas para tratar de comprender las causas de la depresión están: las teorías biológicas que suponen que la causa de la depresión se encuentra en los genes o en un mal funcionamiento fisiológico que puede tener o no una base en la herencia. (Baena et al., 2005, p. 3)

En este sentido, la depresión, en el DSM-5 (2013), se encuentra clasificada dentro de un apartado especial del manual, denominado este “Trastornos depresivos”, tal como se muestra en la Tabla 2; dentro de este, se incluyen otras tipologías de trastornos.

Tabla 2

Trastornos vinculados a la depresión según el DSM-5 (APA, 2013)

Tipo de trastorno	Características clínicas centrales
-------------------	------------------------------------

Tipo de trastorno	Características clínicas centrales
Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo	Se caracteriza por ataques de cólera recurrentes y graves, estos son desproporcionados en intensidad o duración a la situación que los provoca. El estado de ánimo predominante entre dichos ataques es irritable o irascible de forma persistente en la mayor parte del día.
Trastorno de depresión mayor	Las características principales de este trastorno son el estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés o placer. Otros síntomas correspondientes con la depresión mayor son la pérdida o aumento importante de peso, o disminución o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, retraso psicomotor o agitación, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de culpabilidad o inutilidad inapropiada o excesiva, una menor capacidad para tomar decisiones o concentrarse e ideación suicida.
Trastorno depresivo persistente o distimia	Durante la mayor parte del día, se presenta un estado de ánimo deprimido presente en la mayoría de días y durante, al menos, dos años. Los síntomas de este trastorno son insomnio o hipersomnia, fatiga o poca energía, baja autoestima, sobrealimentación o poco apetito, dificultad en la concentración y en la toma de decisiones, y sentimientos de desesperanza
Trastorno disfórico premenstrual	Trastorno que se caracteriza por una serie de síntomas presentes en la mayoría de los ciclos menstruales, estos aparecen de forma potente durante la última semana antes del inicio de la menstruación, mejoran tras el paso de unos días de y se hacen mínimos o desaparecen una semana después del período.
Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento	Alteración del estado de ánimo persistente en el tiempo, lo que se desarrolla durante o un poco después de una intoxicación, o el estado de abstinencia por una sustancia o luego de la toma de un medicamento
Trastorno depresivo debido a otra afección médica	La afectación del estado de ánimo es la consecuencia de otra afección médica.
Trastorno depresivo especificado	Este diagnóstico se utiliza cuando la persona no cumple con todos los criterios de ninguno de los trastornos anteriores, sin embargo, sí presenta síntomas de depresión que suponen un malestar clínicamente significativo o perjudican el área social laboral u otras áreas importantes.
Otro trastorno depresivo no especificado	En este caso, como en el anterior, no se cumplen todos los criterios para una categoría diagnóstica, pero el clínico decide no comunicar los motivos por los que no lo hace.

Nota. Adaptado de la *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto*, por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia.

El trastorno depresivo mayor representa el trastorno clásico de este grupo (APA, 2014). Sin embargo, tanto el trastorno depresivo mayor, como el trastorno depresivo persistente-distimia- se consideran los trastornos representativos de la depresión “pura”, ya que los demás trastornos citados anteriormente, dependen de otro tipo de variables que pueden ser identificadas como precipitantes o generadoras de la depresión. (Diz, 2016, p. 3)

1.4 Epidemiología de la ansiedad y la depresión

Los informes recientes de la OMS (2000) sugieren que se ha producido un incremento y un deterioro progresivo en los índices de salud de la población, por ello, a nivel mundial, la depresión y los trastornos de ansiedad son los más prevalentes y discapacitantes (Baquero et al., 2014). Por otro lado, algunos estudios epidemiológicos realizados en España (Haro et al., 2006) han apuntado que, aproximadamente, una de cada cinco personas presentará un trastorno mental a lo largo de su vida, asimismo, alrededor de una de cada 10 personas lo presentó en los últimos 12 meses. Entre los trastornos mentales más frecuentes se sitúan los desórdenes emocionales (DE), estos incluyen trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno por estrés postraumático), los trastornos del estado de ánimo (como el trastorno depresivo mayor o distimia) y los trastornos adaptativos (de tipo ansioso, depresivo o mixtos) (Cano, 2011).

Por lo tanto, *“los estudios epidemiológicos en Atención Primaria muestran una elevada frecuencia de coexistencia de la sintomatología ansiosa y depresiva, que puede variar entre el 5 y el 15%”* (Toquero y Zarco, 2003, p. 96).

Entre el 50 y el 70% de los pacientes con un trastorno depresivo pueden presentar sintomatología ansiosa grave, aunque existen [...] cifras de prevalencia aún mayores, próximas al 95 %. La asociación de síntomas depresivos en los trastornos de ansiedad, ocurre hasta en el 65 % de los pacientes.

Por último, los pacientes que cumplen criterios de un trastorno depresivo, tienen un riesgo de 9 a 19 veces superior de sufrir un trastorno de ansiedad, y lo presentaban, a lo largo de su vida, en el

58% de los casos. El 75% de los pacientes con historia de trastorno depresivo tienen antecedentes de, al menos, otro trastorno psiquiátrico, generalmente un trastorno de ansiedad. El 29,5% de los pacientes con trastorno de ansiedad tienen un trastorno depresivo a lo largo de su vida, y es más frecuente en pacientes con trastorno de pánico. (Toquero y Zarco, 2003, p. 100)

1.5 Comorbilidad de la ansiedad y la depresión

Es preciso mencionar que la comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos es elevada (Barlow, 2000; Maser y Cloninger, 1990).

Se ha demostrado que el 39 % de las personas con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) también cumplen con los criterios para la depresión. Alrededor del 85% de los pacientes con depresión también experimentan síntomas significativos de ansiedad, mientras que la depresión comórbida ocurre en hasta el 90% de los pacientes con trastornos de ansiedad (Tiller, 2013). En cuanto a su distribución por sexos, ambos trastornos son más frecuentes en mujeres, entre la segunda y la cuarta década de la vida, sin diferencias étnicas, y con más frecuencia de los trastornos de ansiedad en personas de bajo nivel educativo (Gonçalves-Estella et al., 2008). La tasa de prevalencia de este trastorno entre los pacientes en los centros de atención primaria varía desde 1–10%. (Novillo, 2019, p. 9)

2 Modelos teóricos de la depresión y la ansiedad

2.1 Modelos teóricos de la depresión

Modelos Biológicos

Teorías biológicas de la depresión

“La investigación se centra fundamentalmente en el papel que juegan varios neurotransmisores del sistema nervioso central; en concreto, en las catecolaminas noradrenalina y dopamina, la indolamina

serotonina y la acetilcolina (véase Friedman & Thase, 1995; Thase & Howland, 1995)” (Vázquez et al., 2000, p. 429).

Modelos Psicológicos

Modelo cognitivo conductual

En primer lugar, sobre el modelo cognitivo conductual, conviene destacar la siguiente información:

En este modelo, la depresión es atribuida a grupos complejos de pensamientos negativos acerca del sí mismo o el mundo externo que son activados en una variedad de situaciones. En el caso de las depresiones, se plantea que estas representaciones consisten en la suma de numerosas experiencias aversivas, producidas por computaciones inconscientes complejas diseñadas para abstraer significados comunes de experiencias repetidas (Brewin, 1996).

En la corriente cognitivo-conductual, la comprensión e interpretación de eventos, depende de nuestros esquemas, los cuales constituyen los elementos básicos de la personalidad (Alford y Beck, 1997 citado en Zvelc, 2009). Cuando se activan, las personas interpretan los eventos de acuerdo a los lentes de estos esquemas. Sirven para seleccionar y categorizar la experiencia. Las personas se focalizan en la información que confirma un esquema y rechazan la información que lo mina. De esta forma, un esquema puede ser conservado, aun si es equivocado o disfuncional. (Como se citaron en Carrasco, 2017, pp. 182-183)

Modelo interpersonal

A continuación, resulta pertinente mencionar, aspectos fundamentales sobre el modelo interpersonal, a saber:

La teoría interpersonal de la depresión está basada en ideas emanadas de la escuela de psiquiatría interpersonal, de la teoría del apego y de los roles sociales (Davidson, Rieckmann, & Lespérance, 2004). El modelo interpersonal (MIP) tiene como principio fundamental que eventos en la infancia temprana influyen en la subsecuente psicopatología. El modelo se diferencia de

planteamientos psicoanalíticos clásicos que enfatizaban la primacía de las vivencias tempranas llegando a la exclusión de la historia de vida posterior. El MIP presume que la etiología de la enfermedad mental es compleja; usa la conexión entre los actuales eventos de la vida y la aparición de los síntomas depresivos como un marco que permite ayudar a los pacientes a superar su malestar. Eventos perturbadores pueden precipitar el trastorno en individuos vulnerables y, a su vez, el ánimo depresivo lleva a retraimiento social, fatiga, pobre concentración y en consecuencia a otros eventos negativos. (Hollon et al., 2002 como se citaron en Carrasco, 2017, p. 184)

Modelo de orientación psicoanalítica

Asimismo, sobre el modelo de orientación psicoanalítica, se puede decir:

[Que] Freud planteó que la depresión es una reacción a una pérdida sobre la base de una elección narcisista del objeto (Freud, 1917). Desde esta fórmula inicial, el psicoanálisis ha propuesto hipótesis en las que experiencias traumáticas del infante, de carencias tempranas e interferencias en la relación de apego pueden constituirse en un factor asociado con ciertos tipos de depresión. Las experiencias adversas generan déficits psíquicos que predisponen negativamente a las personas para enfrentar una nueva situación de pérdida o estrés. (Fonagy, 1999 como se citó en Carrasco, 2017, p. 185)

Otros modelos de terapia de tercera generación

En el grupo de los modelos terapéuticos que forman parte de la tercera generación, aquellos donde se aplica Mindfulness son los siguientes: Terapia cognitiva basada en Mindfulness (MBCT), Terapia dialéctico-comportamental (TDC), Terapia de aceptación y compromiso (ACT), Terapia de reducción del estrés basada en Mindfulness (MBSR) y Terapia basada en Mindfulness para el trastorno de ansiedad generalizada (Coutiño, 2012, p.3)

2.2 Modelos teóricos de la ansiedad

Modelos biológicos

Hipótesis genéticas: *“no significa que se hereda el trastorno en sí mismo sino una vulnerabilidad (diátesis) para desarrollar un trastorno de ansiedad en general, también hay que tener en consideración los factores ambientales”* (Torres et al., 2017).

Modelos psicológicos

- *Modelos psicodinámicos*: se basan en las ideas de Freud (1937) sobre la manifestación de mecanismos de defensa surgidos por las represiones prohibidas a ciertos objetos que provocan la ansiedad.
- *Modelos basados en las teorías del aprendizaje*: indican cómo las fobias se obtienen mediante el condicionamiento clásico o pavloviano, como en el caso del Modelo de Watson y Rayner (1920) con su famoso experimento del caso del niño Albert, o la teoría de los dos factores de (Mowrer, 1947) o modelo bifactorial mediacional (Mowrer, 1939), lo que añadiría al anterior el reforzamiento negativo como mantenedor de las fobias (Torres et al., 2017).
- *Modelos basados en el concepto de incubación*: se encuentra la teoría de la incubación de Eysenck (1979), esta explica el motivo por el que se produce, en muchas ocasiones, un aumento de la respuesta y no extinción de la respuesta condicionada cuando se hace exposición al estímulo condicionado en ausencia del estímulo incondicionado (Eysenck, 1979).
- *Modelos basados en el procesamiento de la información*: se encuentra el modelo cognitivo de Beck et al. (1979), este da mucha importancia a las distorsiones cognitivas, así como la teoría de la red asociativa de Bower (1981), la que hace referencia a cómo los nodos crean redes semánticas que representan a las emociones.
- *Teoría de la ansiedad de Barlow*: se hace referencia a los conceptos de verdaderas y falsas alarmas, las que se diferencian en si hay, o no, un estímulo amenazante (Torres et al., 2017).

2.3 Tratamientos eficaces

Respecto con la depresión, entre los tratamientos adecuados para esta, se encuentran los tratamientos farmacológicos y los psicológicos (Pérez y García, 2001); ambos pueden resultar eficaces y, en numerosas ocasiones, la recomendación es utilizarlos de manera combinada. Cabe destacar que tres tratamientos psicológicos que cuentan con suficientes estudios controlados para afirmar que están bien establecidos son: la terapia de conducta, la terapia cognitiva y la psicoterapia interpersonal (Pérez y García, 2001).

Trastornos depresivos: [...] La TCC de Beck, la activación conductual, la terapia interpersonal y la terapia cognitiva basada en el mindfulness son tratamientos psicológicos basados en un sólido apoyo experimental. Dichas formas de intervención ofrecen distintas perspectivas sobre la depresión y múltiples formas de abordarla. Estas psicoterapias cuentan con el mayor número de estudios sobre eficacia, pero no son las únicas terapias psicológicas empíricamente avaladas (Cuijpers et al., 2020). (Pedrero et al., 2021, p. 191).

La psicoterapia interpersonal

La eficacia de la Psicoterapia Interpersonal en el tratamiento agudo de la depresión procede de un estudio de Weissman, Prusoff, DiMascio, Neu, Goklaney y Klerman (1979). En este estudio se comparó la Psicoterapia Interpersonal con la medicación (amitriptilina), con la combinación de ambos tratamientos y con un grupo de control sin atención específica. La Psicoterapia Interpersonal mostró la misma eficacia que la medicación y la combinación de ambas fue ligeramente mejor que su aplicación por separado. (Pérez y García, 2001, p. 502)

“Trastornos de ansiedad: Los niveles de evidencia para los trastornos de ansiedad muestran cómo la TCC [Terapia cognitivo-conductual] es considerada, por las principales guías clínicas, el tratamiento de elección para este conjunto de trastornos” (Pedrero et al., 2021, p. 191).

En este sentido, los tratamientos empíricamente validados para la ansiedad y la depresión son de orientación cognitivo conductual, debido a su demostrada eficacia en múltiples casos (Vallejo y Comeche, 2012). Entre las técnicas empleadas de terapia cognitivo conductual se encuentran las técnicas de control

de la activación, la desensibilización sistemática, las técnicas de exposición, la reestructuración cognitiva y la solución de problemas (Labrador et al., 2016).

Además, la atención plena (AP, *mindfulness*) ha sido utilizada en programas de mejora de la salud y en tratamientos psicológicos para aliviar las condiciones diversas, en especial, los síntomas de depresión y ansiedad (Baer, 2003; Grossman et al., 2004; Ledesma y Kumano, 2009); la AP resulta compatible con la medicación y puede ser planteada como un coadyuvante de esta (Miró et al., 2011).

Moscoso (2019) argumenta que los modelos de MBCT (Terapia cognitiva basada en el *mindfulness*) y MBSR (Terapia de reducción de estrés basada en el *mindfulness*), fueron desarrollados para promover la autorregulación de las emociones, reducir los niveles de estrés y aumentar el bienestar psicofisiológico de los individuos. Existen más de 3500 estudios donde se verifica la eficacia de estas intervenciones en la reducción del estrés, dolor, ansiedad y prevención de recaídas en depresión (Davidson, 2016).

La tendencia a la integración de las psicoterapias parece resultar de la búsqueda de superar limitaciones en las intervenciones psicoterapéuticas, además de los sólidos puentes asociativos que conforman la discursiva de diferentes modelos teóricos. Los logros de la Terapia cognitiva impulsaron la aparición de enfoques alternativos e integrativos. Entre ellos encontramos a los que tienen base en *Mindfulness*. Poder extraer puntos en común entre los enfoques de segunda y tercera generación permitiría desarrollar estrategias integrativas con principios derivados de ambos enfoques (Fernández-Álvarez & Fernández-Álvarez, 2017).

2.4 Otros aspectos relevantes relacionados con el caso: crisis vital, menopausia precoz y consumo de alcohol

¿Qué es una crisis?, síntomas y tipología.

Para Cortese (2004), la crisis es *“un disturbio que puede ser un hecho estresante, pérdida que amenaza la autoestima y una amenaza real o imaginaria para el bienestar físico y psíquico de la persona”* (p. 61). El

sujeto en crisis hace una ruptura significativa en las respuestas afectivas, conductuales, sociales y fisiológicas. (Cortese, 2004).

Por otro lado, *“llamamos crisis evolutivas a aquellos cambios esperables por los cuales atraviesan la mayoría de las personas. Dichos cambios requieren un tiempo de adaptación para enfrentar nuevas desafíos, que forman parte del desarrollo de la vida normal”* (García y Estremero, 2003, p. 3).

En las personas, las crisis vitales suelen manifestarse con síntomas de ansiedad, sentimientos de impotencia, confusión, fatiga, síntomas físicos, y desorganización en sus actividades familiares, laborales y sociales, de este modo, existen evidencias de que estos síntomas son más prevalentes en las mujeres climáticas o postmenopáusicas que presentan rasgos de personalidad neurótica o baja autoestima (Bas Sarmiento y Fernández, 2002).

En cuanto a las crisis de carácter vital, existen diferentes tipologías que pueden ser clasificadas como evolutivas o situacionales; las primeras se encuentran relacionadas con el desarrollo en las distintas etapas de la vida (pubertad, menopausia), mientras que las segundas subyacen de forma accidental o repentina, pues son ocasionadas por causas externas no siempre previsibles (Conangla, 2015).

Crisis evolutiva y menopausia.

En este sentido, alrededor de los 40 años, se comienza a hacer un balance de lo hecho, y se toma conciencia de los proyectos que alguna vez existieron y, tal vez, queden solo en sueños y anhelos, por ello, la crisis condiciona la vida del individuo, debido a que puede llevar a mayor integración o estancamiento y/o derrumbe (Cortese, 2014). Entre las crisis vitales asociadas con la vida de la mujer, es preciso centrarse en la menopausia; dicho período, en personalidades con cierta vulnerabilidad, puede actuar como elemento desencadenante o de mantenimiento de las alteraciones psíquicas. Así, la menopausia es un hecho en el desarrollo vital, por esto, la manera de afrontarla es el resultado de vivencias anteriores (infancia, adolescencia, madurez), pues todas las etapas vitales modelan al ser humano y lo capacitan para dar respuestas ante situaciones nuevas, es decir, la respuesta puede ser positiva, de adaptación o de rechazo (Carvajal-Lohr et al., 2016).

Asimismo, la investigación muestra una relación entre los trastornos psicológicos y los factores sociodemográficos, lo que se traduce en mayores tasas de prevalencia entre las mujeres y las personas de bajo nivel socioeconómico (Ferinu et al., 2021; Osborn et al., 2021). Además de los trastornos mentales como la depresión, los trastornos de ansiedad, y la dependencia del alcohol y otras drogas, muchas personas se enfrentan a “crisis emocionales” con síntomas de ansiedad y depresión a menudo acompañadas de trastornos del comportamiento (Conangla, 2015; Hall et al., 2021).

Relación sintomatología ansioso- depresiva y consumo de alcohol.

Respecto con la relación de la sintomatología ansiosa depresiva y el consumo de alcohol, *“aproximadamente del 30 % al 40 % de los individuos con un trastorno por consumo de alcohol, doble en las mujeres que en los hombres, padecen sintomatología depresiva en algún momento de su vida”* (Gil, 2021, p. 4).

Más de un tercio de los pacientes dependientes del alcohol presentan sintomatología ansiosa. A su vez, se considera que padecer un trastorno de ansiedad eleva el riesgo de padecer un trastorno por consumo de alcohol hasta más de cuatro veces respecto a la población general [...] Los niveles elevados de ansiedad y la presencia de trastornos de ansiedad hacen a los pacientes más vulnerables a recaídas. (Gil, 2021, p. 5)

La asociación entre el consumo excesivo de alcohol y la depresión es frecuente. Asimismo, el hecho de beber solas en el hogar facilita que el consumo sea más problemático (NIH, 2005) . Otros factores que se han señalado como facilitadores de este fenómeno son el estrés de la vida moderna, los desajustes en la propia imagen así como las reacciones ante acontecimientos vitales (pérdida de la fertilidad, separación o ruptura de la pareja) (Martínez Hurtado, 2002). (Guerra et al., 2018, p. 30)

Para Arostegi y Urbano (2004), el perfil mayoritario se caracterizaría por: estado civil soltera o separada, fundamentalmente sin hijos, convivencia con familia de origen, con pareja o sola; perteneciente a una familia con varios hermanos. [...] El inicio se produce asociado a “problemas” y en la mayoría de los casos antes de los 16 años, aunque no se percibe como problema hasta la

década de los 20. Se inician en el consumo con sus iguales y también en soledad. Cuando solicitan ayuda, lo suelen hacer de forma ambulatoria y utilizan los medios privados. Las áreas vitales de preocupación son la pareja, el dinero y el trabajo. Los sentimientos asociados son culpa, vergüenza, tristeza, soledad, desolación y vacío. Las recaídas son habituales y son atribuidas a factores personales. En sus familias de origen suelen darse problemas de abuso y han tenido problemas con la alimentación. (Guerra et al., 2018, p. 31)

2.5 Justificación del caso estudio

El caso de estudio se centra en la reducción de la sintomatología ansioso-depresiva tras un diagnóstico prematuro de menopausia. Posteriormente, se describe la terapia llevada a cabo desde un abordaje integral. Esta propuesta de intervención considera los factores comunes a los distintos modelos teóricos como el establecimiento de una relación terapéutica para una correcta adherencia al tratamiento o la disminución de la sintomatología ansiosa propiciando las condiciones para la implementación de técnicas específicas provenientes de los distintos modelos. Nos apoyamos en la buena predisposición de la paciente a la intervención.

3 Identificación del paciente y motivo de consulta

S. (nombre ficticio) es una mujer de 42 años, soltera, sin hijos y, en la actualidad, sin pareja estable, asimismo, tiene un nivel cultural medio-alto y es graduada en comunicación audiovisual, pero trabaja, en la actualidad, como administrativa en tráfico. La paciente es originaria de Madrid y reside en el municipio de Vallecas, se encuentra completamente independizada y vive sola con su gato *Diesel* en un apartamento de alquiler.

Motivo de consulta: S. ha solicitado los servicios al referir tener la sensación de que su vida “*ha terminado*”, pues, recientemente, ha sido diagnosticada de menopausia prematura con 42 años. Aunque ha especificado no haber deseado tener hijos en ningún momento, ha explicado sentir que esta etiqueta

ha tenido un impacto negativo en su autoestima y ha potenciado sus pensamientos anticipatorios negativos sobre el futuro. En este sentido, ha referido tener sintomatología ansioso-depresiva, destacando un bajo estado de ánimo constante, pensamientos rumiativos, sensación de ahogo, temblores, sofocos, taquicardias y presión en el pecho; además, ha comentado haber sufrido, en una ocasión, un ataque de ansiedad a partir del que desarrolló un profundo temor a estos síntomas. Por otro lado, ha admitido tener dificultades para gestionar sus emociones y ha afirmado tender a compararse, frecuentemente, con los momentos vitales de otras personas de su edad: *“siento que yo no tengo nada claro en la vida, no como los demás”* (comunicación personal, 2021).

S. ha sugerido tener un estilo de afrontamiento evitativo cuando ha expuesto tener un consumo de alcohol elevado, especialmente ligado con el contexto social. Concretamente, ha destacado tres episodios en el último año que le han generado una gran preocupación: una caída que supuso una baja laboral de tres semanas, volver sola a casa de madrugada en un estado de embriaguez significativo y no haber acudido a una concentración que esperaba con gran ilusión por haberse quedado dormida. Además, ha explicado que consume alcohol todos los días, aunque no parece tratarse de un consumo significativo: *“me suelo beber una botella de vino en cuatro días”* (comunicación personal, 2021); ha puntualizado haber acudido, anteriormente, a procesos terapéuticos para abordar el consumo de alcohol, pese a esto, ha señalado haber perdido los hábitos que aprendió en ellos.

Relaciones laborales: en cuanto a su trabajo, S. trabaja como administrativa de VTC en tráfico, asimismo, ha afirmado no terminar de encontrarse satisfecha con su empleo. Ella se va a presentar a unas oposiciones para trabajar en RTVE al haber estudiado el grado de comunicación audiovisual, pero ha parecido profundamente frustrada al explicar que todavía no ha comenzado a estudiar por la elevada falta de motivación que ha sentido; por otro lado, ha cursado varias formaciones *online* en los últimos meses.

Relaciones afectivas: respecto con sus relaciones sentimentales, ha comentado sobre una relación estable durante 11 años, a la que puso fin hace ocho, así, no se arrepiente de su decisión, pero le ha supuesto, aproximadamente, seis años *“estar en paz”* con la forma en la que lo hizo: *“me sentía muy*

culpable por cómo me comporté con él" (comunicación personal, 2021). También ha destacado otra relación de cinco años y medio, la que ha descrito como "muy intermitente"; siente un profundo miedo a "quedarse sola" en el área sentimental.

Relaciones sociales: Conforme con su red social, ha mencionado contar con varias amistades, aunque se ha distanciado de ellas en los últimos meses debido a su falta de motivación; ha destacado a una amiga, pues ha explicado que a pesar de que últimamente no expresa sus preocupaciones, es consciente de que puede confiar en ella.

Familia: respecto con su ámbito familiar, S. ha señalado mantener una relación cordial con sus padres y sus dos hermanos mayores, aunque ha puntualizado sentir que recibe un trato "infantil" por parte de todos ellos. En este sentido, asocia esta sensación de infantilización con su necesidad de hacerse respetar ante los demás y ante sí misma, por lo que ha admitido cargar con grandes responsabilidades para demostrar su valía. Por otro lado, ha mencionado una profunda preocupación sobre la salud de sus padres que interfiere en su día a día, pues ambos están enfermos, lo que la ha llevado a tener pensamientos rumiativos anticipatorios sobre la muerte, estos le generan un gran malestar. Su madre acaba de superar un cáncer y su padre, cuando ella tenía 14 años, padeció depresión, lo que hizo que finalizara con su trabajo y se afectara, aún más, su carácter. S. siente que es la persona responsable de ayudar a sus padres y ha adquirido el "rol de cuidadora".

Sueño y alimentación: en lo referente con el sueño y la alimentación, ha indicado sufrir de insomnio desde hace, aproximadamente, cuatro años, algo que, unido con sus problemas hormonales y apnea del sueño, ha provocado que duerma una media de cuatro horas diarias. Además, ha señalado tener numerosos despertares a lo largo de la noche, sin embargo, ha apuntado, con una gran ilusión, que, desde hace tres semanas, duerme seis horas, pero no ha identificado un motivo concreto. En cuanto a la alimentación, ha reconocido haber notado un aumento significativo en su apetito.

Respecto con los antecedentes médico-psicológicos, ha manifestado consumir alcohol desde los 13 años, tomar medicación natural (melatonina) para la menopausia y haber seguido, en el pasado, un tratamiento

psicológico para dejar el alcohol; pese a esto, ha señalado haber perdido la práctica de todo lo que aprendió en terapia.

Expectativas de la terapia y objetivos: S. quiere centrarse en el “aquí y ahora”, pues ha reconocido que compara, constantemente, su vida con la de los demás, por ello, se ha sentido inferior. Ha afirmado querer comer mejor, controlar el consumo de alcohol y motivarse hacia la realización de actividades gratificantes, así, los objetivos de acudir a terapia referidos por ella fueron los siguientes.

- “Reducir el consumo de alcohol”.
- “Recuperar la motivación”.
- “Aumentar la autoestima”.
- “Disminuir sintomatología ansiosa”.
- “Aprender a centrarse en el presente”.

En este orden de ideas, la intervención se ha llevado a cabo desde un enfoque de base cognitivo-conductual, esto por la evidencia empírica de este tipo de terapia para los trastornos ansioso- depresivos, incorporando técnicas de otras corrientes, principalmente, la terapia sistémica y las terapias contextuales, tales como la terapia de AP, entre otras, con lo que se ha realizado un abordaje de intervención integrador. Las sesiones tuvieron una frecuencia semanal debido a la sintomatología activa que presentaba la paciente en ese momento, con una duración aproximada de una hora. Luego de las sesiones de evaluación y la realización del análisis funcional correspondiente con el caso, se ha procedido al planteamiento de los objetivos terapéuticos consensuados con la paciente.

Objetivo generales:

- Reducir el consumo de alcohol.
- Incrementar autoestima.
- Atención plena (centrarse en el momento presente).

- Reducir la sintomatología ansiosa- depresiva.

Objetivos específicos:

- Mejorar el autocuidado en su rutina diaria.
- Establecer hábitos saludables.
- Aumentar actividades placenteras.
- Mejorar la comunicación con su familia (padres y hermanos).
- Mejorar la comunicación asertiva.

Tabla 3

Objetivos generales y específicos

Objetivos generales	Objetivos específicos
1. Reducir el consumo de alcohol.	- Hábitos saludables.
2. Incrementar la autoestima	-Autocuidado. -Actividades placenteras.
3. Atención plena	- <i>Mindfulness</i> / lugar seguro.
4. Reducir sintomatología ansiosa depresiva.	- Habilidades de comunicación con la familia. -Asertividad y solución de problemas. -Exposición a estímulos temidos. -Reestructuración cognitiva.

4 Evaluación

El presente caso clínico en consulta de S., ha sido monitorizado por la tutora de prácticas y TFM, Mireia Cañeque, co-fundadora del centro PsicoLink.

El proceso de terapia inició el nueve de noviembre, así, como se contaba con la información de la entrevista, se comenzó con el establecimiento del encuadre terapéutico, donde se aportó un entorno seguro y estructurado al paciente. Además, se compuso el mobiliario de la sala, de esta manera, las sillas se orientaron cara a cara al paciente en un ángulo de 90 ° y se presentó el consentimiento informado para

su firma; se le informó a S., en todo momento, lo que ocurría en la sesión, con el fin de proporcionar, a la paciente, *feedback* y un resumen final.

En la primera sesión, se estableció el vínculo emocional con la paciente, lo que generó nuevas perspectivas a través de preguntas circulares que la han hecho reflexionar desde otros puntos de vista. La escucha activa y la utilización de preguntas abiertas han ayudado a clarificar los problemas, presentando estructura y dirección de la sesión, así, se ha concluido mediante unas intervenciones empáticas, clarificaciones, paráfrasis, recapitulación y síntesis.

Para concluir, se ha realizado un acuerdo con la paciente, donde se ha establecido que, en los primeros meses (noviembre a diciembre), se elaborarían sesiones semanales, algunas presenciales y otras *online* en el centro PsicoLink de Chamberí; las sesiones *online* fueron concretadas a causa de la Covid-19 y, por circunstancias logísticas de la paciente en cuestión de horarios y transporte. A partir de enero, luego de una segunda revisión de los objetivos, se acordó continuar hasta inicios de abril con sesiones semanales *online*, pero se realizarán sesiones presenciales si lo requiere la técnica a utilizar en el tratamiento.

Tabla 4

Cronograma de las sesiones de evaluación

Fecha	Nº de Sesión	Tipo de Sesión	Técnicas de Evaluación
Martes 9 de noviembre	Entrevista PsicoLink	Presencial	Entrevista anamnesis
Martes 16 de noviembre	1ª sesión	Presencial	Entrevista semiestructurada PsicoLink
Martes 26 de noviembre	2ª sesión	Presencial	Línea de Vida
Viernes 3 de diciembre	3ª sesión	Presencial	Psicoeducación ¿Qué es la ansiedad? Inventario de depresión de Beck-II Inventario STAI
Viernes 10 diciembre	4ª sesión	<i>Presencial</i>	Átomo Social Inventario NEO-PIR reducido Escala Autoestima Rosenberg
Martes 8 diciembre	5ª sesión	<i>Presencial</i>	Genograma (valores y normas no escritas y roles) Escala de satisfacción vital (SWLS)

Viernes 7 de enero

6ª sesión

Online

Devolución de resultados de evaluación (análisis funcional, formulación y objetivos de tratamiento)

A continuación, se indica la relación de los instrumentos utilizados en la evaluación del caso.

Entrevista semiestructurada (ad hoc): la evaluación de la paciente se ha comenzado con una entrevista semiestructurada proporcionada por PsicoLink; esta entrevista es utilizada por los psicólogos del centro para la primera toma de contacto con los pacientes, pues se evalúan las diferentes áreas de la vida del paciente. Así, se recaban datos tales como el nombre, la fecha de nacimiento, el lugar de procedencia, el estado civil, los hijos, la profesión, la dirección, los datos de contacto de una persona de confianza para el paciente en caso de urgencia y los objetivos a conseguir con el tratamiento.

Entre los datos más relevantes, se ha indagado en los antecedentes de la situación actual y los intentos previos de solución del problema, es decir, los tratamientos médicos o psicológicos llevados a cabo; se ha finalizado la entrevista concretando, de mutuo acuerdo, los objetivos a corto y largo plazo, así como con la indagación en las expectativas del tratamiento y detectando los recursos propios o del entorno con los que el paciente cuenta para la solución del problema (Anexo 1).

Línea de Vida (ad hoc): en la segunda sesión, se le ha explicado, a la paciente, en qué consiste la Línea de Vida, así, se ha decidido utilizar esta técnica, también proporcionada por PsicoLink, para obtener información detallada y eventos significativos por parte de la paciente; además, se ha pretendido que reconozca sus emociones y se produzcan “*insights*”.

Las instrucciones que se proporcionaron a la paciente consisten en cumplimentar, en una línea horizontal, los hechos más significativos de su vida, desde el embarazo de su madre hasta el momento presente. Los rangos de tiempo se marcaron desde el embarazo de su madre, es decir, lo que le han contado de esa época de 0 a 3 años, de 3 a 6 años, de 6 a 12 años y de 12 años en adelante; estos hechos se podían cuantificar en una cifra que partía desde el -10 al +10 de intensidad, aparte, se le ha sugerido escribir en la cartulina, junto con el hecho vital, la emoción que le producía. Esta técnica presenta un resumen, de manera esquematizada, de los eventos más relevantes y su valoración subjetiva, experimentados estos

por el cliente desde su nacimiento hasta el momento actual. Como componentes referenciales diagramados en una línea de vida, suelen integrarse algunos eventos significativos de la vida personal: nacimiento, infancia, formación profesional, experiencia vital, principales logros, entre otros aspectos de su cotidianidad; en cada hito apuntado se caracterizan las razones sustanciales para incorporarlo y el significado asignado en su trayectoria vital (Guerra, 2019) (Anexo 2).

Átomo Social (ad hoc): El objetivo de esta técnica ha sido conocer la red social y la calidad de esta en la que se desenvuelve la paciente, por ello, se ha utilizado esta técnica en sesión de evaluación nº 4, donde se ha indagado en el conocimiento de red social y de apoyo, los posibles eventos traumáticos asociados con el ámbito social, la terapia basada en las habilidades sociales, la depresión, la ansiedad, etc.(Anexo 3).

Genograma:

El genograma es una representación gráfica (en forma de árbol genealógico) de la información básica de, al menos, tres generaciones de una familia. Incluye información sobre su estructura, los datos demográficos de los miembros y las relaciones que mantienen entre ellos. De esta forma, proporciona a “golpe de vista” una gran cantidad de información, lo que permite no solo conocer a la familia, sino realizar hipótesis acerca de la relación entre el problema y el contexto familiar, la evolución del problema a lo largo del tiempo y su relación con el ciclo vital de la familia (Barceinas et al., 2001). Para la evaluación, se puede llevar a cabo en conjunto con el cliente, de manera únicamente por el terapeuta o valoración profesional más discusión activa con el cliente en sesión. Se recomienda esta última por el grado de información y aclaración que aporta la propia conversación. También se pueden utilizar otras técnicas de manera coadyuvante para la obtención de más información como la pregunta circular, las cartas por roles, arquetipos, etc. (Compañ et al., 2012, p. 1) (Anexo 4).

Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) (Sanz et al., 2003). Autoinforme de 21 ítems que evalúa la intensidad de los síntomas depresivos de 0 a 63, considerándose puntuaciones superiores a 18 como sintomatología depresiva de interés (Steer y Beck, 1988). Se consideran valores menores o iguales a 9 (la media de la población general española), como criterios de recuperación clínicamente significativa de una

depresión. El BDI-II ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en cuanto a la consistencia interna (.87) y a la validez (Sanz et al., 2003). (Lacomba-Trejo et al., 2021, p. 5)

La interpretación de las puntuaciones en el BDI en cualquiera de sus versiones y formas se basa habitualmente en unos criterios o puntuaciones de corte que definen diferentes categorías o niveles de gravedad de sintomatología depresiva. Así, el manual original del BDI-II (Beck et al., 1996, p. 11) propone las siguientes puntuaciones de corte y grados de depresión correspondientes: 0-13 indica depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave. El uso de criterios o puntuaciones de referencia para distinguir distintos niveles de sintomatología es también habitual en muchos otros instrumentos psicopatológicos y responde a una tradición clínica sobre la utilidad de diferenciar niveles sindrómicos en función del número de síntomas presentes y su intensidad. Por ejemplo, el DSM-IV clasifica así el episodio depresivo mayor en función de su gravedad: “La gravedad se considera leve, moderada o grave en base al número de síntomas de los criterios, la gravedad de los síntomas y el grado de incapacidad funcional y malestar. Los episodios leves se caracterizan por la presencia de solo cinco o seis síntomas depresivos y por una incapacidad leve o por una capacidad de función normal, pero a costa de un esfuerzo importante e inhabitual. Los episodios graves sin síntomas psicóticos se caracterizan por la presencia de la mayoría de los síntomas de los criterios y por una incapacidad evidente y observable (p. ej., incapacidad para trabajar o para cuidar de los hijos). Los episodios moderados tienen una gravedad intermedia entre los leves y los graves” (APA, 1995, p. 385). (Sanz et al., 2014, p. 39)

(Anexo 5).

STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger,1986). Es un autoinforme que consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. El rango de las puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. En muestras clínicas se encuentran puntuaciones medias de 35.07 (DT = 11.07) para estado y de 35.67 (DT = 12.90) en rasgo. La fiabilidad test-retest es de 0.81 en la escala de ansiedad-rasgo, bastante más alta, como es lógico, que en la de ansiedad-estado ($r = 0.40$). La consistencia interna oscila de 0.86 a 0.93 en muestra clínica. Siendo un instrumento adecuado para diferenciar entre muestras con trastornos

psicológicos y sin ellos (Ortuño-Sierra, García-Velasco, Inchausti, Debbané y Fonseca-Pedrero, 2016). (Lacomba-Trejo et al., 2021, pp. 4-5)

En este sentido, el Inventario de Estado de Ansiedad (STAI) *“está diseñado [...] para medir la ansiedad. Tiene dos escalas de autoevaluación para medir dos conceptos independientes de ansiedad: estados y rasgos”* (del Río et al., 2018, p. 3). El estado de ansiedad es definido por *“los autores como un estado emocional transitorio del cuerpo, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión”* (p. 3); así, el rasgo de ansiedad se define como una propensión a la ansiedad persistente que hace que las personas y las situaciones se perciban como amenazantes, lo que aumenta dicha ansiedad.

Tanto la escala de estado como la escala de rasgos contienen 20 ítems cada una, que se puntúan en una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (de 0 a 3). El cuestionario tiene buena consistencia interna en la adaptación española: 0,9 a 0,93 para ansiedad/estado y 0,84 a 0,87 para ansiedad/rasgo (Spielberg,1986). (del Río et al., 2018, p. 3)

(Anexo 6).

Inventario NEO reducido de Cinco Factores (Costa y McCrae, 1989): este inventario es utilizado para clasificar los rasgos de personalidad (neuroticismo, extroversión, apertura y amabilidad), así, se ha utilizado la versión reducida, esta consta de 60 frases en las que el paciente debe marcar la alternativa que mejor le defina, y su acuerdo o desacuerdo con esta. El NEO PI-R es un cuestionario de autoinforme de 240 ítems con una escala Likert de cinco puntos (0 a 4), asimismo, está diseñado para evaluar la personalidad según el modelo Big Five.

NEO PI-R cuenta con cinco escalas principales, cada una de estas consta de 48 puntos correspondientes con las medidas principales de los cinco factores, igualmente, tiene 30 escalas especiales de ocho puntos cada una (seis para cada escala base), estas se encuentran dirigidas a medir facetas o factores específicos de la personalidad que conforman los *“Big Five”*; este estudio utilizó una adaptación española comercial de NEO PI-R (Costa y McCrae, 1999) (Anexo 7).

Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965; Atienza et al., 2000): se trata de la escala más utilizada para valorar la autoestima en adolescentes y en adultos, está compuesta por 10 ítems, cinco con enunciado positivo y otros cinco con enunciado negativo, estos evalúan la aceptación y el respeto por sí mismo. Las respuestas se dan en una escala de tipo Likert de uno a cuatro, donde uno corresponde con “muy en desacuerdo” y cuatro con “muy de acuerdo”; la fiabilidad de esta escala se considera alta (Atienza et al., 2000). De este modo, se ha decidido administrar este test a la paciente debido a la percepción de una baja autoestima desde la primera sesión, para tener una medida cuantitativa de dicho constructo y comprobar si había una mejora en los resultados luego de volver a pasarlo en el post tratamiento (Anexo 8).

Escala de Satisfacción Vital (SWLS) (Diener et al., 1985; adaptación al español de Vázquez et al., 2013): se utilizó este cuestionario para medir la satisfacción global con la vida, este fue desarrollado por Pavot y Diener (1993). El cuestionario consta de cinco ítems, en cada uno, la paciente indicó su nivel de acuerdo o desacuerdo en una escala tipo Likert de uno a siete, donde uno es totalmente en desacuerdo, dos en desacuerdo, tres es ligeramente en desacuerdo, cuatro es ni de acuerdo ni en desacuerdo, cinco es ligeramente de acuerdo, seis es de acuerdo y siete es totalmente de acuerdo. La puntuación total de la prueba oscila entre cinco y 35, así, una puntuación de 20 representa un punto neutral e indica que estos sujetos no están ni satisfechos ni insatisfechos con su vida; del 21 al 25 corresponde con estar ligeramente satisfechos, del 15 al 19 ligeramente insatisfechos, del 26 al 30 satisfechos y del 10 al 14 insatisfechos. Este cuestionario posee una alta consistencia interna (Alpha de .87), por ello, se ha utilizado con S. al indicar, en su motivo de consulta, que su vida había terminado y no encontraba el sentido y la motivación; se ha tomado una medida inicial de satisfacción con la vida para luego repetirlo después del tratamiento (Anexo 9).

5 Formulación clínica del caso: análisis funcional del problema

En el presente apartado, se relata la formulación clínica del caso, es decir, el resumen recabado de la información más importante obtenida de la paciente S. en la fase de evaluación, lo que ha permitido explicar los problemas de conducta.

5.1 Hipótesis de origen

Al redefinir los problemas de los pacientes en términos de evolución y etapas a superar, es posible atenuar su ansiedad y sentimiento de culpa, para contribuir a percibir el problema como un asunto transitorio. La utilización de técnicas como el genograma o la línea del tiempo es una ayuda facilitadora para la familia y el terapeuta a la hora de valorar la evolución, los cambios y las crisis (Cortés-Funes, 2015). Siguiendo las etapas de CVF (Ciclos de vida familiar), nos encontramos ante una mujer de 42 años, que sufre una crisis madurativa/evolutiva la cual se inicia tras un diagnóstico prematuro de menopausia, padeciendo sintomatología ansioso- depresiva. Indica que actualmente compara su vida con la de los demás, indicando “no he conseguido nada”. Comenta que ha llegado a la edad de 40 años sin conseguir “lo que otros tienen”, es decir, lo que para ella sería una estabilidad como formar una familia o una pareja estable. Comenta que sus padres la comparan con sus otros dos hermanos mayores, los cuales aunque tampoco tienen hijos, han conseguido puestos de responsabilidad en sus respectivos trabajos, mientras que ella se percibe como una mera administrativa.

Hipótesis de origen: a lo largo de las sesiones de evaluación con S, se observa estilo educativo sobreprotector por parte de la madre y con altas expectativas y exigencia por parte del padre. La paciente manifiesta que es tratada “de una manera muy infantil”. Esta infantilización nos sugiere que no se tiene en cuenta sus necesidades y peticiones, generando en ella un gran sentido de culpabilidad y vacío. Esto nos lleva a generar una primera hipótesis de partida indicando que la paciente no transitó correctamente los ciclos de vida familiar, permaneciendo estancada en una etapa temprana. S., indica que a la edad de 8 años tuvo su primera crisis de ansiedad. La paciente comenta que se encontraba viajando en el coche junto a sus padres y sus dos hermanos mayores, añadiendo recordar el episodio con gran desasosiego. También indica ser odiada en el colegio desde los tres años, hecho que le ha acompañado en el transcurso de la edad escolar.

Resaltar que el abuelo paterno padecía alcoholismo y el tío paterno falleció a causa de la heroína, indicando que la paciente puede presentar vulnerabilidad genética hacia la adicción. Estos datos sugieren el establecimiento del modelo de afrontamiento evitativo en la familia, indicando un patrón familiar a

tener en consideración. Nos sugiere que cada vez que se presenta un problema a resolver, la manera de afrontarlo es generando conductas evitativas, en este caso el consumo de alcohol.

Factores precipitantes: es importante destacar el diagnóstico de menopausia prematura, pues S. ha indicado que esta etiqueta le ha afectado, negativamente, en su autoestima, por lo que tiende a comparar su vida con la de los demás, esto al manifestar que “su vida ha terminado”. Además, le ha llevado varios años superar el sentido de culpabilidad que le generaba haber terminado con su relación de 11 años, según ella, esta ruptura, que ocurrió hace cinco años, terminó de la peor manera. S. ha relatado que “estaba viviendo una vida insatisfactoria para ella”, por esta razón y sin saber cómo hacerlo de otro modo, fue infiel a su pareja, para provocar una reacción en él, en este caso, la ruptura. La paciente ha indicado haberse sentido culpable por ello hasta hace poco, pero, actualmente, mantiene una relación esporádica de sexo con un chico. A ella le gustaría llegar a más intimidad, aunque él le ha dejado claro que es solo sexo ocasional, por lo que ha manifestado que precisa del alcohol para entablar relaciones y perder el miedo a relacionarse, en concreto, con el sexo opuesto; ha expresado estar desmotivada en su trabajo y ante la vida en general, pues tiene escasas relaciones sociales y no realiza actividades placenteras en su día a día.

Tabla 5

Variables disposicionales

Variables orgánicas	Variables ambientales	Hª de aprendizaje
-Temperamento ansioso depresivo. -Vulnerabilidad biológica (padre con depresión, abuelo consumo alcohol, tío paterno adicción a la heroína). - Rasgo de personalidad evitativa.	-Falta de rutinas y actividades agradables. -Falta de autocuidado. -Vivir sola. -Escasas relaciones sociales	Trato infantil por parte de los familiares. -Invalidación emocional. -Necesidad de hacerse respetar. -Educación basada en la ambivalencia: sobreprotección y exigencia. -Acoso escolar.

5.2 Hipótesis de mantenimiento

La hipótesis de mantenimiento explica el funcionamiento de la sintomatología ansioso depresiva que S. presenta en la actualidad y la ingesta de alcohol, asimismo, indica el motivo por el que se mantiene en el tiempo, lo que ha mostrado una relación directa con la hipótesis de origen.

Por otro lado, se han incluido los antecedentes o los disparadores próximos como el reciente diagnóstico de menopausia precoz, lo que ha afectado, directamente, su autoestima y ha disparado la sintomatología ansiosa-depresiva al comprobar que su vida no avanza en ninguna dirección, todo esto añadido con su escasa motivación por el trabajo actual, la falta de sueño reparador, la escasez de actividades gratificantes y su pobre entorno de relaciones sociales. Además, su madre, cuando le llama, no se interesa por su estado emocional y solo añade más presión al manifestar su gran preocupación por ver a su hija sin pareja estable y rumbo en la vida.

La explicación del mantenimiento del problema en el tiempo contiene el refuerzo positivo que le produce la evitación y el escape de los problemas, en todo momento, con el consumo de alcohol, así, esa percepción de seguridad y bienestar momentáneo, acompañada del castigo positivo de la sensación de malestar y culpa posterior por no tomar las riendas de su vida y conectar con sus necesidades, le ha llevado a prolongar, en el tiempo, la sintomatología ansiosa- depresiva y la baja satisfacción con la vida.

S. cuenta con unos factores personales y sociales que le pueden ayudar en el problema actual, esto es la predisposición a buscar ayuda psicológica y haber tocado fondo, de este modo, encontrarse en una crisis vital ha convulsionado a la paciente a buscar solución a sus problemas. En contrapartida, lo que podría frenar el progreso de la paciente sería su deficitaria gestión emocional y los pocos recursos para el afrontamiento de situaciones, la pobre gestión del estrés y la solución de problemas, esto último como uno de los objetivos del tratamiento.

5.3 Análisis funcional

Tabla 6

Análisis Topográfico de la Conducta Problema

Antecedentes	Conducta problema	Consecuencias
<p>Estímulos remotos. externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Primera relación de 11 años con ruptura sentimental con gran sentimiento de culpa. -Relaciones de pareja posteriores fallidas. -Mala relación con el padre. -Comunicación pobre con su madre desde su adolescencia. -Normas familiares no escritas sobre el papel de la mujer y la pareja. -Altas expectativas familiares. -Escasez de habilidades de afrontamiento. -Escasas habilidades sociales. -Autoestima baja. -Tendencia al pensamiento rumiativo. -Herramientas de afrontamiento pobres. -Gestión emocional pobre. -Rigidez cognitiva y creencias nucleares familiares. <p>Estímulos próximos externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Diagnóstico de menopausia prematura. <p>Internos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pensamientos negativos automáticos. -Sentimientos de soledad. 	<p>Motoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Consumo de alcohol los fines de semana. -Falta de rutinas de autocuidado -Empezar a estudiar cursos <i>online</i> sin sentido y no acabarlos. - No querer acabar la línea de vida en sesión. <p>Fisiológicas/ emocionales</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bajo estado de ánimo -Sintomatología ansiosa depresiva. -Ahogo. -Temblores. -Sofocos. -Taquicardias. -Presión en el pecho. -Insomnio. -Aumento del apetito. -Compararse con los demás. - Dificultad gestión emocional. -Ira/enfado. <p>Cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> -Preocupaciones y pensamientos negativos automatizados. -Desmotivación, culpa y miedos. -“Voy a quedarme sola”. -“Mi vida se ha acabado”. -“Todos tienen claro que hacer con su vida, menos yo. -“Me preocupo mucho por mis padres, están enfermos y temo su muerte”. -“No me divierto si no bebo”. 	<p>Corto plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sensación de bienestar (R+). -Establecer relaciones(R+). -Evitación de situaciones (R-). -Reducción de la preocupación temporalmente por sus padres (R-). -Sentimientos de seguridad momentánea (R+). -Aumento de pensamientos sobre la pareja ideal (R+/C+). -Dificultad para dormir (C+). <p>Medio y largo plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sentimientos de culpa y malestar(C+). -Deterioro de sus relaciones sociales (C-). -Poco crecimiento a nivel laboral y personal (C+). -Imposibilidad de tener una pareja estable (C+). -Mantenimiento de la sintomatología ansiosa- depresiva (C+). -Inseguridades frente al futuro (C+). -Disminución de la autoestima (C-).

En este orden de ideas, cabe resaltar la conducta evitativa de afrontamiento de problemas con el consumo de alcohol y su baja autoestima. Respecto con el contexto en el que se encuentra la paciente, es un ambiente en el que la expresión emocional no es bienvenida y donde existe una exigencia, por parte

de los padres, a que tenga pareja y “haga algo con su vida” como ya lo hacen otros, por ejemplo, sus hermano; además, ha adoptado el “rol” de cuidadora de los padres.

La *conducta problema* de la paciente incluye conductas fisiológico/emocionales (las sensaciones corporales de ansiedad y el miedo), conductas cognitivas (pensamientos rumiativos) y conductas motoras (falta de rutinas de autocuidado, estudiar cursos indiscriminadamente sin ningún objetivo o la conducta de consumo para establecer relaciones sociales). Estas conductas han llevado a la paciente a consecuencias a corto plazo y a largo plazo; a corto plazo, existe una sensación de bienestar al evitar la conducta problema y la sintomatología ansiosa-depresiva, aunque el resultado, a medio y largo plazo, ha sido el incremento de la ansiedad, los problemas en el sueño, y el deterioro de las relaciones sociales y laborales.

5.4 Resultados de las técnicas de la evaluación

A continuación, se expone la interpretación y la obtención de resultados de las técnicas de evaluación utilizadas para justificar y entender el tratamiento elegido para la paciente.

Entrevista semiestructurada (ad hoc) (Anexo 1): en esta primera entrevista, S. ha comentado la información procedente de diferentes áreas importantes en su vida diaria, así como su motivo de consulta y las expectativas respecto con el tratamiento, asimismo, a raíz de un diagnóstico de menopausia prematura, tiene la sensación de “que su vida ha terminado” y “todo ha acabado para ella”.

Línea de vida (ad hoc). En el Anexo 2, se encuentra la línea de vida original que presentó S. en la segunda sesión. La paciente ha indicado haber realizado la línea de vida en otra terapia psicológica, pero no pudo terminarla, pues considera que no es una técnica que le aporte nada significativo. Aún con reticencias, ha decidido realizar la técnica, pero no sabe dibujar bien y ha dudado en escribir algo que no esté en condiciones, lo que ha sugerido la presencia de baja autoestima y confianza en ella misma.

Átomo social: con el átomo social, se ha comprobado que S. cuenta con escasos apoyos sociales, aunque existen dos buenas amigas con las que puede contar. Aun así, S. tiende al aislamiento y la soledad, puesto

que le incomoda lo que puedan pensar los demás y que le “miren por encima del hombro”; cabe destacar que, a petición de la paciente, se ha realizado el átomo social sin incluir a los familiares. (Anexo 3).

Genograma: este instrumento resultó liberador para S., pues proporcionó ayuda para la obtención de información y para que la paciente se sintiese cómoda. Por medio del genograma, se conoció, de forma detallada, a cada integrante de la familia de S., así, se ha comenzado describiendo la familia paterna y la relación que mantiene con su núcleo familiar más cercano. Se ha referido a la familia paterna con característica como “*malhumorados, amargados y con adicciones*” (comunicación personal, 2021).

Por otro lado, no existe comunicación fluida en su familia, asimismo, ha considerado a la familia materna como “*muy religiosos, dramáticos y con deficiencias en establecer límites personales y luchar por sus necesidades*” (comunicación personal, 2021); se adjunta el genograma completo en los anexos del presente trabajo (Anexo 4).

BDI-II: Inventario de Depresión de Beck II. (Anexo 5).

Tabla 7

Resultados del Inventario de depresión de Beck-II

<i>Puntuación directa</i>	<i>Interpretación</i>
34 puntos	Depresión grave

Se ha observado, en el resultado obtenido del BDI-II, que la paciente presenta síntomas que podrían indicar la presencia de depresión grave, para ello, se ha trabajado la sintomatología a través de la activación conductual mediante actividades placenteras.

STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (Anexo 6).

Respecto con los resultados obtenidos por la paciente, se ha comprobado que padece ansiedad tanto de estado como de rasgo, así, se sitúa en el percentil 75 para la ansiedad de estado y en el percentil 85 para la ansiedad de rasgo, lo que ha señalado que S. suele percibir las situaciones como amenazantes con la consecuente elevación de la ansiedad de estado.

Tabla 8

Resultados Cuestionario Ansiedad STAI

<i>Puntuación directa</i>	<i>Interpretación</i>
A-E=30	Alto
A-R=39	Alto

Inventario NEO reducido de Cinco factores. (Anexo 7).

En este sentido, la puntuación en neuroticismo es muy alta, llegando al percentil 99, lo que ha demostrado la inestabilidad emocional que presenta la paciente, además, ha puntuado muy bajo en el resto de variables; respecto con la extraversión, la paciente prefiere la soledad, y presenta menos energía y facilidad para establecer relaciones sociales con los demás. En términos de amabilidad, S. ha sugerido que utiliza la manipulación como medio de relación con el otro, así como falta de cuidado, simpatía e interés en los otros.

Cuando se ha evaluado la apertura, se ha notado que la paciente presenta enfoques más tradicionales de la vida y puede tener dificultades cuando trata de resolver problemas fuera de su zona de confort de conocimiento. En cuanto a la responsabilidad, al puntuar en el percentil 1, se ha asumido que la paciente tiene dificultad para comprometerse con los proyectos que lleva a cabo, además, presenta desorganización, poca capacidad de concentración y rara vez termina sus tareas, pues no piensa antes de tomar una decisión, lo que la ha llevado a perder la perspectiva a medio y largo plazo. En definitiva, la baja responsabilidad se plasma en no pensar y planear las cosas de un modo estructurado y detallado, así como dificultad en pasar de las ideas a la práctica.

Tabla 9

Resultados del Inventario NEO reducido Cinco factores.

<i>Puntuación directa</i>	<i>Interpretación</i>	<i>Percentil</i>
Neuroticismo (N): 42	Muy alto	99
Extroversión (E): 18	Muy bajo	1
Apertura (O): 29	Bajo	45

Amabilidad (A): 17	Muy bajo	1
Responsabilidad (R): 18	Muy bajo	1

Inventario de Autoestima de Rosenberg (Anexo 8).

Tabla 10

Resultados del inventario de autoestima de Rosenberg.

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

Respecto con la puntuación en autoestima, se ha observado una puntuación baja, con una media de 31,14 y DT: 4,55. La paciente demandó como objetivo, mejorar su nivel de autoestima, lo que se ha tenido en cuenta al diseñar el plan de tratamiento.

Escala de Satisfacción con la vida (SWLS) (Anexo 9).

Tabla 11

Resultados Cuestionario (SWLS). Satisfacción con la Vida

<i>Puntuación directa</i>	<i>Interpretación</i>
14	Bajo

La paciente ha mostrado que está sustancialmente insatisfecha con su vida. Las personas en este rango pueden tener varias áreas de vida que no funcionan bien, o una o dos áreas que funcionan insatisfactoriamente. Por este motivo, se ha incluido, en el diseño del tratamiento, cambios en algunos ámbitos de la vida y la adquisición de metas importantes que se deriven de los valores; gran parte de la insatisfacción con la vida está relacionada con cómo ella ve la vida y lo que espera de esta, así, al cambiar su perspectiva, puede cambiar su nivel de satisfacción con la vida.

6 Objetivos de tratamiento

Los objetivos acordados en sesión con S. se muestran en la Tabla 12; el objetivo general ha sido la reducción de la sintomatología ansioso-depresiva y el consumo de alcohol, con la consecuente mejora en la autoestima y las habilidades de comunicación para vivir el presente. Se ha pretendido adquirir herramientas para la transición de esta etapa de crisis madurativa, dejando de compararse con la vida de los demás, con el propósito de disfrutar del momento presente y aumentar su satisfacción general hacia la vida.

Tabla 12

Objetivos y técnicas de tratamiento

Objetivos	Técnicas
1. Información y comprensión de cómo se originó y se ha mantenido en el tiempo el problema actual. Información de los objetivos y técnicas.	1a. Explicar Ho-Hm. 1b. Psicoeducación general sobre la sintomatología ansiosa-depresiva.
2. Establecer alianza terapéutica	2a. Conectar con el paciente a través de sus intereses combinándolo con las habilidades del terapeuta.
3. Reducir el consumo de alcohol (Terapia motivacional Breve).	3.a. Elaboración de balances decisionales para identificar costos y beneficios del consumo de alcohol, establecimiento de metas y retroalimentación correctora respecto con el consumo. 3.b. Identificación de antecedentes y consecuentes del consumo para el establecimiento de las razones que llevan a las personas a consumir en exceso. 3.c. Elaboración de planes de acción y estrategias de afrontamiento ante situaciones de riesgo de consumo que son puestas en práctica por el paciente. 3.d. Prevención de recaídas a través de la identificación de situaciones novedosas de riesgo y la elaboración de estrategias de afrontamiento para las mismas. Adicionalmente, se realiza la primera evaluación postintervención.
4. Incrementar la autoestima	4a. Listado de cosas que la hacen feliz, listado de fortalezas y debilidades, técnica de automotivación frente al espejo. 4b. Autocuidado.
5. Estar presentes en el aquí y ahora	5a. Técnicas de relajación: respiración progresiva de Jacobson 5b. <i>Mindfulness</i> / lugar seguro.

	<i>Objetivos</i>	<i>Técnicas</i>
6.Reducir sintomatología ansiosa-depresiva.	ansiosa-	6.a. Relajación progresiva de Jacobson. 6.b. Reestructuración cognitiva. 6.c. Técnica de resolución de problemas. 6.d. Entrenamiento en asertividad. 6.e. Exposición en imaginación/ en vivo / Jerarquía de EE según malestar y/o miedo.

7 Tratamiento

Se ha procedido con la fase de intervención, en consideración de que la evaluación de S. ha continuado solapando con el tratamiento a lo largo de la terapia. Se ha centrado la intervención, sobre todo, en la terapia cognitivo-conductual, con un objetivo principal: reducir la sintomatología ansiosa-depresiva y el consumo de alcohol, además, se ha tomado la decisión de incorporar el uso de técnicas de tercera generación y la terapia sistémica para completar la intervención desde un abordaje integrador. El objetivo de la intervención ha consistido en la consecución de los objetivos mediante una valoración pre/post intervención; a lo largo de cinco semanas después de la intervención, se volverán a repetir las baterías de cuestionarios por medio de un seguimiento post intervención y los ajustes pertinentes si fuese necesario.

Se expone el resumen de la aplicación del tratamiento una vez terminada la fase de evaluación y la devolución de los resultados a la paciente, asimismo, se destaca la utilización de sesiones *online* y presenciales, para otorgar mayor flexibilidad a la paciente.

Tabla 13

Cronograma de las sesiones de tratamiento.

<i>Fecha</i>	<i>Nº de Sesión</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Técnicas</i>	<i>Tareas para casa</i>
Viernes 14 enero	7ª	-Información y comprensión de su problema. -¿Cómo se ha mantenido a lo largo del tiempo?	-Psicoeducación sobre la ansiedad y los pensamientos automáticos.	-Registro de pensamientos automáticos. -Jerarquía de EE que provocan malestar.

<i>Fecha</i>	<i>Nº de Sesión</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Técnicas</i>	<i>Tareas para casa</i>
<i>Viernes 21 enero</i>	8ª	-Reducción del consumo de alcohol. (Terapia breve).	-Psicoeducación de consumo de alcohol. Elaboración de balances costo/beneficio.	-Identificar antecedentes y consecuentes.
<i>Viernes 28 de enero</i>	9ª	-Reducción del consumo de alcohol.	-Elaboración de planes de acción y estrategias de afrontamiento ante situaciones de riesgo de consumo.	-Pautas para el consumo de alcohol.
<i>Viernes 4 febrero</i>	10ª	-Elaboración de balances decisionales para identificar costos y beneficios del consumo de alcohol. -Establecimiento de metas y retroalimentación correctora respecto con el consumo.		-Registro de antecedentes de consumo de alcohol. -Registro de consecuentes. -Plan de acción.
<i>Martes 15 febrero</i>	11ª	-Mejorar la autoestima.	-Psicoeducación sobre autoestima. -Listado de fortalezas y debilidades. -Listado de actividades placenteras.	-Llevar a cabo actividades (tres veces por semana). -Rutinas de autocuidado en casa, aplicar cremas, baños relajantes, ingesta de comida saludable. -Técnica del espejo (automotivación).
<i>Martes 22 febrero</i>	12ª	-Atención plena. Estar presente en el aquí y ahora.	-Sesión guiada de <i>mindfulness</i> . -Realización de práctica de <i>mindfulness</i> que recorre las sensaciones internas y externas.	-Aplicación de <i>mindfulness</i> .
<i>Viernes 4 marzo</i>	13ª	Reducción de la sintomatología ansioso-depresiva.	-Técnica relajación progresiva de Jacobson (1929). -Reestructuración cognitiva. -Jerarquía de miedos.	-Práctica y registro de la relajación muscular progresiva (Anexo 11). -Práctica y registro de las actividades agradables o ejercicio físico. Autorregistros: Situación/emoción/conducta/consecuencias. -Lectura del documento de distorsiones de pensamiento y sesgos cognitivos.

<i>Fecha</i>	<i>Nº de Sesión</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Técnicas</i>	<i>Tareas para casa</i>
Viernes 11 de marzo	14ª	-Reducción de la sintomatología ansioso- depresiva.	-Entrenamiento en asertividad y solución de problemas.	-Establecimiento de metas/objetivos a c/p.
Viernes 18 marzo	15ª	-Reducción de la sintomatología ansioso-depresiva.	-Exposición en imaginación.	-Exposición en vivo: conversación con su superior en el trabajo y su madre.
Viernes 25 marzo	16ª	-Valoración del tratamiento.		-Batería de cuestionarios post tratamiento.
Viernes 1 abril	17ª	-Revisión de objetivos y resultados post tratamiento.		-Informe.
Viernes 8 de abril	18ª	-Prevención de recaídas.		-Cita en dos meses para valoración.

Temporalización de las sesiones: se llevarán a cabo 18 sesiones a lo largo de cinco meses, de noviembre del 2021 a marzo del 2022, con una duración por sesión de una hora, así como con un combinado de manera presencial y *online* en las instalaciones de PsicoLink Chamberí. La paciente acudió de manera regular y sin faltar a ninguna sesión, aunque sí hubo una semana en enero que tuvo que cancelar la hora de terapia semanal por el funeral de un familiar. Cabe destacar que, por motivo de la crisis sanitaria y la lejanía del centro PsicoLink de la ciudad de residencia de la paciente, gran parte de las sesiones se realizaron *online*; este cambio de formato no afectó la alianza terapéutica, sino que la afianzó, puesto que a la paciente le era más cercano y cómodo ver los rostros sin mascarilla.

Las *primeras sesiones* se centraron en recoger información relevante, trabajar el vínculo terapéutico y ofrecer psicoeducación (esta fue una constante a lo largo de todas las fases de la terapia). En el ecuador de la terapia, se comenzó con el trabajo con técnicas de terapia breve para la reducción del hábito de consumo de alcohol, así como técnicas paralelas de comunicación y asertividad, con el fin de implementarlas en su día a día con los padres/familiares y en el lugar de trabajo. Con el entrenamiento en habilidades sociales, se ha pretendido mejorar la autoestima de la paciente y dotarla con herramientas

para un desempeño funcional en su rutina diaria. La siguiente fase se centró en el trabajo de reducción de sintomatología ansioso-depresiva y AP, así, la mejora de la autoestima se completó, de una manera transversal, durante el tratamiento, esto con técnicas de autocuidado y la realización de actividades agradables durante las semanas de duración de la intervención.

Actualmente, la terapia se encuentra en su cuarta y última fase, en la que la exposición en imaginación y en vivo de situaciones que producen malestar se ha completado y se trabaja en el mantenimiento del logro, así como en continuar con áreas a mejorar, tales como la elaboración de objetivos personales a corto plazo y el aumento del grado de satisfacción con la vida. Seguidamente, se repetirá la batería de cuestionarios para tener una segunda medida de valoración y cuantificar los resultados pre/post intervención, así como para realizar una valoración de la terapia, es decir, la consecución de los objetivos del tratamiento.

- ***Sesiones del tratamiento***

Sesión 7ª: el objetivo de esta sesión consistió en realizar psicoeducación sobre la ansiedad, para ello, se explicó cómo funcionaba la curva de la ansiedad. La psicoeducación, en este tipo de trastorno, es un pilar importante para los pacientes, pues deben conocer su procedencia y aprender habilidades para controlar situaciones ansiosas, mejorar su autoestima y evitar las recaídas (Frangella y Lukaswick, 2003). Se ha intentado que comprenda que la ansiedad no puede mantenerse para siempre y, finalmente, acaba por reducirse hasta niveles más llevaderos según el tiempo.

La exposición a esta lleva a ser capaces de afrontarla, cada vez, con menor nivel de activación, de este modo, cuanto más se intente escapar de los estímulos ansiógenos, menos capacidad de afrontamiento a largo plazo tendrá el paciente; con todo esto, se pretende normalizar y destigmatizar la situación (Eysenck, 1992). En este contexto, se presentó la importancia de la ansiedad en el día a día y cómo, en la mayoría de las circunstancias, es buena y adaptativa, por esto, se normalizó el miedo a tener una crisis de ansiedad.

Sesiones 8ª , 9ª y 10ª: se emplearon tres sesiones para trabajar el consumo de alcohol, con el objetivo de reducir la ingesta, para ello, se comenzará con psicoeducación del consumo; la psicoeducación en la terapia con S. ha sido una técnica transversal utilizada en la evaluación y en el tratamiento.

Para la reducción del consumo de alcohol, se ha utilizado la terapia breve motivacional; la terapia breve es un método efectivo en el tratamiento para bebedores problema o perjudiciales de alcohol, solo cuando no presentan una dependencia severa a este (Flórez y Gantiva, 2009). Se trabajó, en consulta, “la elaboración de balances decisionales para identificar costos y beneficios del consumo de alcohol, establecimiento de metas y retroalimentación correctora con respecto al consumo” (Flórez y Gantiva, 2009, p. 17); se consideró el uso de la terapia breve por lo siguiente.

[Que] se centra particularmente en el presente más que en la historia lejana de la persona. Si bien tiene en cuenta el pasado como dato referencial, enfatiza en el presente y se orienta hacia el futuro, donde realmente se va a desempeñar el individuo. El pasado es importante, pero es algo que ya pasó; es en el presente y en el futuro donde se pueden aplicar los cambios logrados. (Hewitt y Gantiva, 2009, p. 168)

La terapia breve pretende incrementar la motivación y disponibilidad hacia el cambio. Los consultantes deben motivarse hacia el logro de diferentes metas, esto incrementa su sentido de autoeficacia. [...] Una vez empieza a experimentar éxito en uno o dos aspectos de su vida, el consultante puede plantear expectativas de autoeficacia en otras áreas (Maddux, 1995; Bannink, 2007). (Hewitt y Gantiva, 2009, p. 168)

Se prescribió la tarea para casa sobre la identificación de antecedentes y consecuentes del consumo para el establecimiento de las razones que han llevado a S. a consumir en exceso. Esta terapia será reforzada con el entrenamiento en habilidades sociales, en concreto, se ha elaborado, con la paciente, un plan de acción a seguir en su rutina diaria con el entrenamiento en solución de problemas. El uso de los entrenamientos en autocontrol y la solución de problemas para la moderación del consumo de alcohol han sido estudiados en investigaciones desarrolladas en varios países (Ayala et al., 1998; Gantiva et al., 2003; Sobell, 2001). Así, la efectividad de estas técnicas se basan en el desarrollo y el fortalecimiento de

procesos relacionados con la identificación de factores asociados con el problema, el establecimiento de alternativas de cambio, la planeación de estas y la evaluación de resultados.

“De igual forma, las intervenciones breves han demostrado su efectividad en el tratamiento no solo de comportamientos adictivos, sino también de problemáticas específicas de ansiedad y depresión” (Hewitt y Gantiva, 2009, p. 170).

Sesión 11ª: para esta sesión, se considera trabajar un aspecto demandado por la paciente: la autoestima. S. ha comunicado que el diagnóstico de menopausia precoz le ha afectado, negativamente, su autoestima y su autoconcepto como mujer, para ello, se ha presentado, en sesión, qué es el autoconcepto, la autoestima y cómo mejorar la aceptación, la percepción y aumentar la autocompasión.

Como autoestima, se comprende un sentimiento de aceptación y aprecio hacia sí mismo, esto como concepto aprendido en el entorno mediante la valoración que se hace del comportamiento individual y de la opinión de los demás.

Esta constituye un marco de referencia para interpretar la realidad externa y las propias experiencias, las cuales influyen en el rendimiento, condicionan las expectativas y la motivación, así como también contribuyen a la salud y al equilibrio psíquico. [...] La baja autoestima influye en el deterioro de la imagen, las metas trazadas y la realización personal disminuida. (Couto y Nápoles, 2014, p. 1413)

En esta sesión, se trabaja, con la paciente, la detección de aspectos que la hacen sentir valiosa, para ello, se elabora el listado de debilidades y fortalezas para reflexionar acerca de los aspectos que la hacen sentir valiosa y su relación con los roles de género típicamente femeninos; cabe añadir que S. tiene dificultad para describir sus fortalezas y valía. Además, se ha pretendido trabajar con la motivación de la paciente, por lo que se ha elaborado un listado de actividades placenteras para resaltar su iniciativa de voluntariado comunitario de su barrio en Vallecas. A través de este listado, la paciente aprecia cualidades que desconocía o había olvidado, tales como la generosidad y el placer por el arte, la música y los hábitos saludables de alimentación y cuidado de la piel; es importante establecer objetivos vitales y actividades gratificantes, así como darse el permiso para el disfrute.

Como tarea para casa, se ha prescrito una rutina de autocuidado consistente en rituales de belleza, ingesta de comida saludable, lectura y paseos de una hora, asimismo, realizar la técnica de motivación frente al espejo, todas las mañanas, incluyéndose en el ritual de autocuidado. Se le ha propuesto hacer un ejercicio todas las mañanas frente al espejo, donde se comunique con ella misma y, cada día, con el listado de sus fortalezas, se recuerde sus logros y los motivos para sentirse orgullosa.

Sesión 12ª: en esta sesión, se pretende trabajar con un aspecto demandado por la paciente: la atención plena y estar conectada con el momento presente. S. ha manifestado que sus pensamientos oscilan entre la angustia de un pasado insatisfactorio y la preocupación de que algo “catastrófico” pueda ocurrir en un futuro, por ello, no disfruta del momento y considera que le es difícil estar satisfecha con su vida.

Con todo ello, se realiza una sesión de *mindfulness* guiada, lo que ha resultado gratificante para la paciente; se ha explicado más acerca de esta técnica de tercera generación y de la atención plena, y se le ha propuesto, para su tiempo libre y fines de semanas, hacer algunos ejercicios de *mindfulness* guiados por expertos de la aplicación “*Insight Timer*”.

Sesiones 13ª, 14ª y 15ª: estas tres sesiones de intervención comparten un objetivo común: la reducción de la sintomatología ansioso-depresiva; este objetivo es de vital importancia para la paciente, por este motivo, se considera otorgarle un peso importante en el programa de intervención.

En la *sesión 13ª*, una de las protagonistas es la técnica de relajación muscular progresiva, un procedimiento probablemente eficaz (Botella, 2003, como se citó en Díaz y Comeche, 2012) en los trastornos de ansiedad, para ello, se practica, en sesión, un entrenamiento en relajación adjuntando las instrucciones para que pueda practicar en casa (Anexo 10).

Además, se introduce la reestructuración cognitiva, con el fin de que la paciente detecte sus propios estilos desadaptativos de pensamiento, así como los sesgos cognitivos más frecuentes (sesgo atencional y sesgo interpretativo) que le causan malestar emocional. Para ello, se comentan los conceptos de pensamiento irracional y pensamiento racional; en esta sesión, “*se continúa afianzando la reestructuración cognitiva con el objetivo de modificar los estilos desadaptativos de pensamiento, introduciendo el uso de autoinstrucciones positivas*” (Baquero et al., 2018, p. 127). “*La sesión continúa con*

la presentación del modelo de autoinstrucciones positivas (Meichenbaum, 1977), con el objetivo de promover la generación de pensamientos alternativos” (Baquero et al., 2018, p. 130).

En la *sesión 14ª*, S. acude a la sesión motivada, pues está implicada en el tratamiento y ha obtenido resultados, así, ha indicado haber practicado durante la semana la respiración para gestionar las situaciones que le generan una elevada intensidad emocional, y ha introducido la relajación muscular progresiva, pues le ayuda a relajarse y ser más consciente de su cuerpo, debido a que ha aprendido a detectar las situaciones diarias en las que se percibe ansiosa, destensando los músculos, y adoptando una postura más cómoda y menos rígida.

Respecto con el entrenamiento en habilidades sociales (EHS), se ha explicado la técnica en solución de problemas y la comunicación asertiva. El entrenamiento en solución de problemas consiste en desarrollar pautas de acción planificadas y secuenciadas para la resolución eficaz del problema (definición del problema, objetivos que se persiguen y soluciones alternativas).

En las *sesiones 14ª y 15ª*, se continúa trabajando y afianzando la reestructuración cognitiva, esto con el entrenamiento en la técnica de resolución de problemas (D’Zurilla y Goldfried, 1971). Igualmente, S. ha comunicado tener una conversación pendiente con su superior en el trabajo, por este motivo, ha solicitado poder transmitir, de una manera asertiva, sus peticiones y no sucumbir a las presiones laborales; también ha indicado su necesidad de transmitir a su madre, sin llegar al conflicto, es decir, que sea tratada como una mujer adulta y se termine, de una vez, con el trato infantil que le profiere su familia, sin tener en cuenta las necesidades de la paciente. Se ha instruido a la paciente en comunicación asertiva y se le han mostrado las diferentes técnicas de una comunicación efectiva. Es importante que aprenda a comunicarse de una manera asertiva, y entienda que dar su opinión y expresar lo que siente no quiere decir que los demás deban enfadarse o molestarse; la importancia de aprender a decir “no” y anteponer sus necesidades a las del resto es primordial en este caso.

En la sesión, se han revisado ejemplos de eventos vividos recientemente, reforzando los logros alcanzados, es decir, en la forma de interpretar y gestionar las situaciones; se ha tomado en consideración la práctica continua donde se corrigen errores progresivamente.

Se ha finalizado este grupo de tres sesiones de reducción de sintomatología ansiosa-depresiva con la técnica de exposición, igualmente, se ha trabajado en exposición en imaginación respecto con la conversación asertiva que tendría en unos días con su madre, para ello, se ha puesto en situación a la paciente imaginando que está en su casa de sus padres para comunicar sus peticiones. Se le ha solicitado que imagine cómo se siente, que le dé un valor numérico a su emoción y hable con su madre como si se encontrase en esa situación, sin pensar mucho sus palabras. Cuando ha terminado, la paciente ha referido sentirse aliviada y con un nivel de ansiedad menor al que tenía cuando comenzó, pasando de un nueve a un cuatro.

El objetivo de esta técnica es la exposición al estímulo temido, en el caso de S., se han practicado diversas situaciones en imaginación expuestas en el listado de estímulos/situaciones ansiógenas, por ejemplo, salir los fines de semanas a bares y no poder entablar una conversación por timidez e inseguridad y hablar con sus padres sobre sus necesidades como mujer adulta, lo que le hacía emitir una conducta de huida o evitar estas situaciones.

La paciente seleccionó y graduó, en una escala de cero a 10, unas cuantas actividades, y se eligieron aquellas cuya ansiedad marcada fuera de graduación cuatro o mayor. Posteriormente, se hizo una jerarquía de esas actividades y se pidió que verbalizara los pensamientos concretos que pudieran preocuparle de las situaciones, con esto, se le animó a que utilizara sus estrategias cognitivas aprendidas para afrontar la preocupación o miedo. Se ha comenzado con los ítems que imaginó que le darían menor ansiedad y la realización de las actividades tres veces por semana, hasta que la ansiedad fuera de nivel dos o menor; se propuso que la consecución de las actividades se hiciera de manera gradual y se incrementara el tiempo de exposición.

Es importante destacar que, actualmente, se encuentra en ejecución la *sesión 14ª*, pero, por motivos de agenda, se ha enfocado la parte final del tratamiento de elección; a continuación, se comenta el contenido de las sesiones que se realizarán el próximo mes de marzo de 2022.

Previsión para el mes de marzo de 2022.

Sesión 16ª:

Esta sesión resultará clave en el tratamiento, pues la paciente realizará, de nuevo, la batería de cuestionarios, para contar con la medida cuantitativa de post tratamiento. En la comparativa, se valorará si se ha conseguido la consecución de los objetivos que se consensuaron al inicio de la intervención.

Sesión 17ª: en esta sesión, se revisarán los objetivos respecto con los resultados y se elaborarán reajustes, para ello, se comenzará con el resumen de la sesión anterior y la revisión de las tareas prescritas para casa, con el fin de animar a la paciente a mantener el uso de las estrategias que le han resultado útiles y eficaces.

Sesión 18ª: en esta sesión, se trabajará sobre la prevención de recaídas y se volverá a mostrar, a la paciente, la formulación de su caso para recordar el punto de partida, la hipótesis de origen y la hipótesis de mantenimiento. Se trabajará con ella en identificar posibles situaciones o personas que puedan hacer que vuelva a tener una sintomatología ansiosa-depresiva y consuma alcohol. Se recordarán las técnicas que le resultaron útiles para el afrontamiento de su casuística, para concluir con un refuerzo del aprendizaje adquirido a lo largo del tratamiento.

Esta última sesión de tratamiento consiste en repasar y reforzar las estrategias cognitivo-conductuales y de otras corrientes adquiridas durante todo el programa, así como aprender técnicas de prevención, con el objetivo de reducir la posibilidad de experimentar recaídas (Baquero et al., 2018).

En este sentido, se enfatiza la diferencia entre caída y recaída, así como sensación de fracaso frente a la oportunidad de aprendizaje, de esta manera, las recaídas no significan volver al principio, ni una pérdida total de las ganancias terapéuticas o un fracaso, sino un nuevo reto u oportunidad para aprender y consolidar lo aprendido.

8 Valoración del tratamiento

La valoración del tratamiento se hizo con base en los siguientes aspectos.

- *Adherencia al tratamiento:* en consideración con las dificultades presentadas durante la terapia, en este caso, la muerte de un familiar, un accidente de tráfico leve y las puntuaciones de depresión obtenidas en el cuestionario BDI, la paciente ha demostrado una buena adherencia al tratamiento. El vínculo terapéutico no resultó fuerte desde el primer momento, pues la paciente presentó resistencias a la realización de la línea de vida y le era difícil la expresión emocional, además, había realizado una terapia previa que fue infructuosa para ella. Aún así, acudió a todas las citas, incluso, en la etapa en la que estaba confinada por el Covid-19, así, con una paciente que muestra las mencionadas características, la participación y la adhesión al tratamiento resultaron todo un éxito.
- *Consecución de objetivos:* cuando S. comenzó el proceso de intervención terapéutica, había estado en otra terapia para reducir el consumo de alcohol y la sintomatología ansiosa- depresiva, de este modo, a medida que avanzó el tratamiento en PsicoLink, la paciente verbalizó sentirse más motivada y poder gestionar el consumo de alcohol. Por otro lado, ha retomado la amistad con una amiga con la que había perdido el contacto, y ha empezado a establecer límites saludables con sus familiares y superiores en el trabajo. La paciente ha manifestado adquirir herramientas psicológicas para gestionar su día a día y ha confirmado mantener unos hábitos de autocuidado diarios, consistentes estos en cuidado personal e ingesta de comida saludable; asimismo, ha señalado haber comenzado a incorporar la actividad física en su rutina, caminando una hora diaria, por ello, ha estado motivada en terminar el tratamiento.
- *Mejoría en las puntuaciones de la batería de cuestionarios aplicados:* se está a la espera de la finalización del tratamiento para la aplicación de la segunda batería de cuestionarios, por lo tanto, la previsión para esta sesión está agendada para la *sesión 16ª*, del viernes 25 de marzo.

9 Discusión y conclusiones

El objetivo de este trabajo consistió en la presentación detallada de un caso clínico de una paciente de 42 años con sintomatología ansioso-depresiva, tras el diagnóstico de menopausia prematura y consumo de alcohol, y ha sido atendida mediante un abordaje de intervención integral.

La paciente presenta sintomatología ansiosa-depresiva, consumo de alcohol, baja autoestima y déficits en herramientas interpersonales, por ello, la comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos es elevada (Barlow, 2000; Maser y Cloninger, 1990). Así, el 84,1 % de personas diagnosticadas con un trastorno de ansiedad generalizada también presenta un trastorno depresivo (Judd et al., 1998), de este modo ¿Cómo se puede saber el tratamiento de elección que resulte más efectivo en este caso específico? La psicología presenta una gran variedad de teorías sobre el comportamiento humano, estas están agrupadas en diferentes corrientes y todas ellas pueden resultar válidas para los tratamientos psicológicos, entonces ¿Por qué escoger una u otra? ¿Cuál de las diferentes corrientes es la de mayor evidencia, teniendo en consideración la comorbilidad de los trastornos?

Las demandas terapéuticas han cambiado considerablemente en los últimos años. Ahora se tiende a consultar, además de por los cuadros clínicos tradicionales (depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, trastornos de la conducta alimentaria o adicciones), por problemas menores, que, sin constituir propiamente trastornos mentales, reflejan una patología del sufrimiento o de la infelicidad. (Echeburúa et al., 2010, p. 87)

Además, en el caso de la paciente, se ha añadido el padecimiento de una crisis madurativa como desencadenante.

No es desproporcionado afirmar que las terapias no validadas empíricamente se utilizan con más frecuencia que los tratamientos basados en la evidencia y que, por tanto, hay un desfase entre lo que se sabe y lo que se hace. Por chocante que pueda resultar, lo que parece hoy efectivo dista de estar disponible para la mayoría de la población. De este modo, hacer que lo útil sea utilizado se convierte en una prioridad de actuación (Echeburúa, 1998). (Echeburúa et al., 2010, p. 93)

Aunque resulte obvio, como profesionales, es usual estar en contacto con personas que sufren, por esto, acompañarlos y aceptarlos genuinamente son requisitos imprescindibles antes de la intervención profesional. Ante todo, es preciso generar un espacio de confianza entre el paciente y el psicólogo, donde se observe, se escuche y, sobre todo, se empaticice con la persona, debido a que esta es la única manera de ayudar a resolver los problemas planteados en los motivos de consulta. Así, el abordaje de la terapia psicológica no es solo aplicar técnicas, sino que requiere de habilidades del terapeuta para obtener y devolver información a la persona que sufre, de modo que le permita saber el motivo por el que se originó y se mantiene el problema, por lo tanto, la importancia del tratamiento no está solo en la técnica, sino en la relación terapéutica.

Lampropoulos et al. (2002), en su artículo llamado "How psychotherapy integration can complement the scientist practitioner model", presentan cada fase del modelo clínico-científico, ampliado bajo el prisma de la psicoterapia de integración. Enfatizan la importancia de la conceptualización de cada caso bajo una perspectiva multiteórica/integrativa/ecléctica que lleva necesariamente a una mayor flexibilidad en la generación de hipótesis alternativas, formulación del caso y planificación del tratamiento; apoyando el trabajo clínico en la metodología y rigor científico de generación y contrastación de hipótesis, medidas múltiples y control de objetivos. (Colodrón et al., 2003, p. 77)

Así, por ejemplo, los pacientes más bajos en cogniciones mejoran igual con objetivos conductuales y aquellos bajos en actividades mejoran igualmente con objetivos cognitivos (Rehm, Kaslow & Rabin, 1987). Por su parte, aquellos con menos disfunción social mejoran más con psicoterapia interpersonal mientras que aquellos otros con menor disfunción cognitiva mejoran más con terapia cognitiva (Sotsky, Glass, Shea et al, 1991), cuando sería de esperar que cada terapia compensara el déficit para el que es más específica. (Pérez y García, 2001, p. 505)

Otra línea sugerente en un intento de tomar en consideración las diferencias individuales de los pacientes es asignar tratamientos distintos a los tipos de pacientes específicos en el ámbito de un mismo trastorno,

denominado “emparejamiento paciente-tratamiento”, como se ha empezado a hacer en el estudio del alcoholismo (Allen y Kaden, 1995).

La tendencia actual es a la búsqueda de programas de tratamiento estandarizados, centrados en la solución de problemas concretos del aquí y ahora, más allá de las nebulosas psicoterapias basadas en la escucha, el apoyo y el inútil buceo en la desgraciada infancia del paciente. (Echeburúa y de Corral, 2001, p. 1)

De este modo, “lo que puede explicar la eficacia similar de la terapia cognitiva y la terapia interpersonal en el tratamiento de la depresión es el acento puesto por una y otra en la estrategia de solución de problemas (Marks, 1992)” (Echeburúa y de Corral, 2001, p. 11).

Frente a esto, no falta la explicación ad hoc según la cual lo que haría cada énfasis terapéutico (cognitivo, conductual, interpersonal) sería “capitalizar” el punto fuerte del paciente (en vez de compensar el débil). En fin, al margen de las necesidades específicas, los diferentes tratamientos no producen distintos efectos (Zeiss, Lewinsohn & Muñoz, 1979). (Pérez y García, 2001, p. 505)

En síntesis, en consideración con el buen pronóstico del tratamiento de la paciente S., ha sido posible confirmar algunas de las ventajas de un enfoque integrado en el planteamiento del caso. En primer lugar, cabe resaltar la gran flexibilidad que este enfoque supone, en vista de que la elección de técnicas terapéuticas se encuentra guiada por las características del caso particular de este estudio y no tanto por un marco teórico determinado.

En este sentido, los objetivos subyacentes a cualquier intervención psicológica aparecen como factores comunes y como guía de utilidad a la hora de planificar y llevar a cabo la intervención, en consonancia a las conclusiones de Lampropoulos et al. (2002), el enfoque integrador es la óptima expresión de la actividad psicológica desde el modelo de práctica científica. Este modelo de práctica científica que implica un proceso de toma de decisiones de visión abierta y basado en evidencias, no solo justifica el uso de este enfoque sino que lo confirma como reflejo y actualización de esta práctica científica. Debido a su flexibilidad, es decir, a su capacidad de considerar hipótesis, técnicas de evaluación, formulaciones y técnicas alternativas, el enfoque

integrador refleja este modelo de práctica científica (Lampropoulos et al., 2002). (Colodrón et al., 2003, pp. 84-85)

En suma, aunque se ha sido consciente de la ausencia de datos cuantitativos respecto con la valoración final del tratamiento y las comparativas pre/post, se ha considerado, hasta el momento, que los cambios producidos por la paciente permitirán consolidar, e incluso, incrementar su bienestar y su satisfacción con la vida. Aun así, queda pendiente la revisión y la valoración de los resultados finales cuantitativos para el próximo mes de marzo 2022.

10 Valoración personal

Tengo que admitir que la experiencia de la práctica clínica ha sido enriquecedora y maravillosa. En contrapartida y durante las primeras dos sesiones de terapia me enfrenté con la realidad de mis propias inseguridades y miedos pues resultaba complicado establecer un vínculo terapéutico fuerte con la paciente, que nos permitiera, mutuamente, sentirnos cómodas y generar cambios para la consecución de los objetivos. Necesariamente he tenido que enfrentarme a mi misma y observarme como profesional, pudiendo comprobar mis limitaciones y fortalezas. Así mismo, comprobé cómo tengo que confiar en mis aptitudes y saber que soy una profesional sin olvidar, que la formación continua será una constante a lo largo del camino de terapeuta. En el caso de mi paciente, S., tuve que recurrir a mis conocimientos previos para conseguir ese vínculo, pues en cierta manera, comprobé que había la necesidad de generar un espacio de confianza y aceptación incondicional para que la paciente pudiese expresar sus emociones y sentimientos.

Como psicólogos, es conveniente estar en buen uso de nuestras capacidades para poder ofrecer el mejor servicio al paciente, para ello es importante acudir a supervisión de casos. Esta dinámica de supervisión se realizó junto a mis compañeros de prácticas en el centro PsicoLink durante todo el periodo de prácticas, pudiendo así apoyarnos y adquirir otros conocimientos y técnicas psicológicas.

Tengo que agradecer a mis tutoras Mirea Cañeque, directora del centro PsicoLink, y Dra. María Cantero García docente en la Universidad Europea de Madrid, por su apoyo y supervisión, pues sin su guía y colaboración, no hubiera sido posible la realización de este trabajo.

Ha sido la mejor forma de empezar este gran proyecto de vida, que consiste en ayudar y acompañar a otros a encontrar su mejor versión.

11 Referencias bibliográficas

- Allen, J. P., & Kadden, R. M. (1995). Matching clients to alcohol treatment. En R. K. Hestery, & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives* (2.ª ed.). Allyn and Bacon.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales DSM-5* (5.ª ed.). APA.
- Atienza, F. L., Moreno, Y., & Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, 22(1-2), 29-42.
- Ayala, H. E., Echeverría, L., Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para los bebedores problema en México. *Acta Comportamentalia*, 6(1), 71-93.
- Baena, A., Sandoval, M. A., Urbina, C. C., Juárez, N. H., & Villaseñor, S. J. (2005). Los trastornos del estado de ánimo. *Revista Digital Universitaria*, 6(1), 1-14.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143. Obtenido de <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- Baquero, M., Modrego, M., Moretti, L., González, C., & Iruarrizaga, I. (2018). El tratamiento psicológico de los desórdenes emocionales en Atención Primaria. Análisis de un caso clínico. *Informació Psicològica*, (115), 119-136. Obtenido de <https://doi.org/10.14635/IPSIC.2018.115.8>
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247-1263. Obtenido de <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.11.1247>
- Bas Sarmiento, P., & Fernández, M. (2002). Prevención de los trastornos psicológicos en la menopausia. *Interpsiquis*, 3. Obtenido de <http://psiqu.com/1-1815>

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, *36*, 129-148.
- Caballo, V. E. (Coord.). (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Pirámide.
- Cano, A. (2011). Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en atención primaria. Una actualización. *Ansiedad y Estrés*, *17*(2-3), 157-184.
- Cardila, F., Martos, Á., Barragán, A. B., Pérez-Fuentes, M. C., Molero, M. M., & Gázquez, J. J. (2015). Prevalencia de la depresión en España: análisis de los últimos 15 años. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psy. EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, *5*(2), 267-279. Obtenido de <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v5i2.118>
- Carrasco, A. E. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, *51*(2), 181-189. doi:<https://doi.org/10.30849/rip/ijp.v51i2.119>
- Carvajal-Lohr, A., Flores-Ramos, M., Marín, S. I., Morales, & G, C. (2016). Los trastornos de ansiedad durante la transición a la menopausia. *Perinatología y Reproducción Humana*, *30*(1), 39-45. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2016.03.003>
- Centro Manuel Escudero. (s.f.). *Psicólogos especialistas en el tratamiento de bloqueos mentales y emocionales*. Obtenido de <https://bit.ly/3HPchB1>
- Cervera, G. (Coord.). (2011). *Guía para el tratamiento de los trastornos depresivos o ansiosos* (2.ª ed.). Clínica del Sistema Nervios.
- Colodrón, M., González, M. P., & Hurtado, F. (2003). Tratamiento integrado en un caso de depresión y ansiedad. *Acción Psicológica*, *2*(1), 75-86.

- Compañ, V., Feizas, G., Muñoz, A., & Montesano, A. (2012). *El genograma en terapia familiar sistémica*. Obtenido de Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics: <https://bit.ly/3Jpp39I>
- Conangla, M. M. (2015). *Crisis emocionales*. Amat.
- Cortese, E. N. (Comp.). (2004). *Psicología médica. Salud mental*. Nobuko.
- Cortés-Funes, F. (2015). "Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención", Alicia Moreno, editora. *Psicooncología*, 12(1), 191-193.
- Couto, D., & Nápoles, D. (2014). Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia. *Medisan*, 18(10), 1409-1418.
- Davidson, R. (2016). Mindfulness-Based Cognitive Therapy and the Prevention of Depressive Relapse: Measures, Mechanisms, and Mediators. *JAMA Psychiatry*, 73(6), 547-548.
- del Río, F. J., Cabello, F., & Cabello, M. A. (2018). Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI): análisis psicométrico y funcionamiento en una muestra de drogodependientes y controles. *Universitas Psychologica*, 17(1), 1-10. Obtenido de <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-1.caer>
- Díaz, M. I., & Comeche, M. I. (2012). Trastorno de angustia y agorafobia. En M. A. Vallejo (Ed.), *Manual de terapia de conducta* (2.ª ed., págs. 405-461). Dykinson.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. Obtenido de https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diulio, A. R., Dutta, N. M., Gauthier, J. M., Witte, T. K., Correia, C. J., & Angarona, D. (2015). Associations among depressive symptoms, drinking motives, and risk for alcohol-related problems in veterinary students. *The Journal of Veterinary Medical Education*, 42(1), 11-17. Obtenido de <https://doi.org/10.3138/jvme.0914-093r>
- Diz, R. F. (2016). *El abordaje de la depresión desde la terapia cognitiva*. Obtenido de <https://bit.ly/3HLIdpP>

- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology, 78*(1), 107-126. Obtenido de <https://doi.org/10.1037/h0031360>
- Echeburúa, E., & de Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 1*, 1-12.
- Echeburúa, E., de Corral, P., & Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 15*(2), 85-99. Obtenido de <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.2.2010.4088>
- Eysenck, H. J. (1979). The conditioning model of neurosis: a new approach. *Behavioral and Brain Sciences, 2*(2), 155-166. Obtenido de <https://doi.org/10.1017/S0140525X00061653>
- Eysenck, H. J. (1992). The definition and measurement of psychoticism. *Personality and Individual Differences, 13*(7), 757-785. Obtenido de [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(92\)90050-Y](https://doi.org/10.1016/0191-8869(92)90050-Y)
- Eysenck, M. W. (1992). *Anxiety: the cognitive perspective*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Ferinu, L., Ahufinger, N., Pacheco-Vera, F., Sanz-Torrent, M., & Andreu, L. (2021). Antecedentes familiares, factores sociodemográficos y dificultades lingüísticas en el trastorno del desarrollo del lenguaje. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología, 41*(1), 29-39.
- Fernández, H., & Fernández, J. (2017). Terapia cognitivo conductual integrativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 22*(2), 157–169.
- Flórez, L., & Gantiva, C. A. (2009). Terapias motivacionales breves: diferencias entre la aplicación individual y grupal para la moderación del consumo de alcohol y de las variables psicológicas asociadas al cambio. *Acta Colombiana de Psicología, 12*(1), 13-26.
- Frangella, L., & Lukaszewicz, C. (2003). Manual psicoeducativo para personas con ansiedad social. *Fundación Foro, 10*(2), 1-6.
- Freud, A. (1937). *The ego and the mechanisms of defense*. Hogarth Press.

- Gantiva, C. A., Gómez, C., & Flórez, L. E. (2003). Evaluación del impacto de un programa de autoayuda dirigida: una alternativa para el tratamiento de personas que abusan del consumo de alcohol. *Revista Colombiana de Psicología*, (12), 38-48.
- García, X., & Estremero, J. (2003). *Ciclo vital. Crisis evolutivas*. Obtenido de Fundación de Medicina Familiar: <https://bit.ly/3oKZS9U>
- Gil, M. (2021). *Variables sociodemográficas y psicopatología acompañante en el trastorno por consumo de alcohol [Tesis de grado]*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Gimeno, F. (2016). *Beneficios psicológicos, cognitivos y mentales de la actividad física: actividad física, ansiedad y depresión [Diapositivas]*. Obtenido de Arper: <https://bit.ly/34Sm2je>
- Grossman, P., Niemann, L., Schmid, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness based stress reduction and health benefits: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43. Obtenido de [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(03)00573-7)
- Guerra, F. (2019). La línea de vida: una técnica de recolección de datos cualitativa. *Ecos de la Academia*, 5(10), 21-29.
- Guerra, P., Povedano, E. A., & Fernández, M. (2018). El problema del alcohol en las mujeres. Una revisión a través de casos clínicos. *Psicosomática y Psiquiatría*, (7), 28-37.
- Gómez, D. T., Gutiérrez, M., & Londoño, S. P. (2013). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 7(1), 45-51.
- Hall, M., Scherner, P. V., Kreidel, Y., & Rubel, J. A. (2021). A systematic review of momentary assessment designs for mood and anxiety symptoms. *Frontiers in Psychology*, 12, 642044. Obtenido de <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.642044>
- Hamidian, S., Omid, A., Masoud, S., & Naziri, G. (2013). Comparison of the effect of Mindfulness-based cognitive therapy accompanied by pharmacotherapy with pharmacotherapy alone in treating dysthymic patients. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(3), 239–244.

- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J. & Martínez, M. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMED-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451. Obtenido de <https://doi.org/10.1157/13086324>
- Hewitt, N., & Gantiva, C. A. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1), 165-176.
- Jacobson, E. (1929). *Relajación progresiva*. The University of Chicago.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Maser, J. D., Zeller, P. J., Endicott, J., Coryell, W., Paulus, M. P., Kunovac, J. L., León, A. C., Mueller, T. I., Rice, J. A., & Keller, M. B. (1998). Major depressive disorder: a prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. *Journal of Affective Disorders*, 50(2-3), 97-108. Obtenido de [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(98\)00138-4](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(98)00138-4)
- Korman, G. P., & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 119-145.
- Labrador, F. J., Cruzado, J. A., & Muñoz, M. (2016). *Manual de técnicas de modificación de conducta y terapia de conducta*. Pirámide.
- Lacomba-Trejo, L., García-Cuenca, I. M., & Sanz-Cruces, J. M. (2021). Intervención cognitivo conductual para mujeres con trastorno depresivo persistente: sintomatología ansiosa, depresiva y satisfacción vital. *Revista Clínica Contemporánea*, 12(1), 1-16. Obtenido de <https://doi.org/10.5093/cc2021a1>
- Lampropoulos, G. K., Spengler, P. M., Dixon, D. N., & Nicholas, D. R. (2002). How psychotherapy integration can complement the scientist-practitioner model. *Journal of Clinical Psychology*, 58(10), 1227-1240. Obtenido de <https://doi.org/10.1002/JCLP.10108>

- Ledesma, D., & Kumano, H. (2009). Mindfulness-based stress reduction and cancer: a meta-analysis. *Psychooncology*, 18(6), 571-579. Obtenido de <https://doi.org/10.1002/pon.1400>
- Lewinsohn, P. M., Duncan, E. M., Stanton, A. K., & Hautzinger, M. (1986). Age at first onset for non bipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(4), 378-383. Obtenido de <https://doi.org/10.1037/0021-843X.95.4.378>
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., & Hautzinger, M. (1997). Tratamiento conductual de la depresión unipolar. En V. E. Caballo (Coord.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (págs. 493-541). Siglo XXI.
- Londoño, C., & González, M. (2016). Relevancia de la depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 315-329. Obtenido de <https://doi.org/10.14718/ACP.2016.19.2.13>
- Macchioli, F. A. (2005). Genograma. Un nuevo instrumento para un nuevo objeto. *XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*, 212-214.
- Macías-Carballo, M., Pérez-Estudillo, C., López-Meraz, L., Beltrán-Parrazal, L., & Morgado-Valle, C. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *eNeurobiología: Revista Electrónica*(24). Obtenido de <https://bit.ly/3gFe1AW>
- Maser, J. D., & Cloninger, C. R. (Eds.). (1990). *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. APA.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1989). More reasons to adopt the five-factor model. *American Psychologist*, 44(2), 451-452. Obtenido de <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.2.451>
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1999). A five-factor theory of personality. En L. A. Pervin, & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: theory and research* (págs. 139-153). Guilford Press.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Guía de Oráctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia.

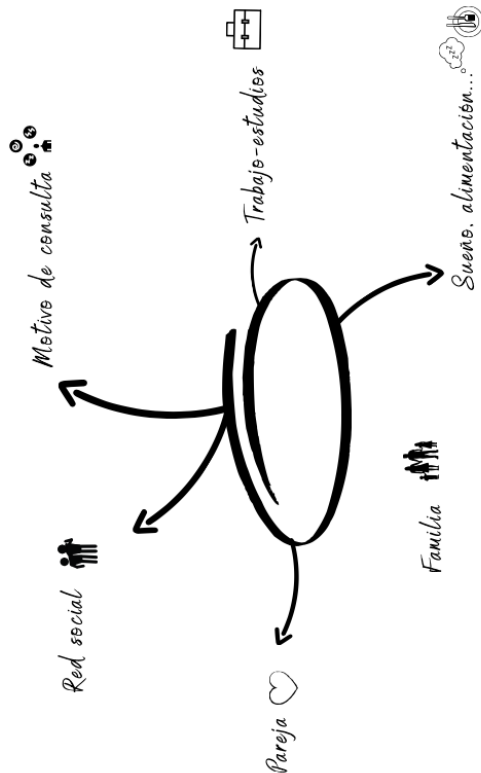
- Miró, M. T., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., de la Fuente, J. A., & Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos psicológicos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *16*(1), 1-16. Obtenido de <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.1.2011.10347>
- Moreno, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena / mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, *12*(1), 1–18.
- Moscoso, M. (2019). Mindfulness, autorregulación emocional y reducción de estrés ¿Ciencia o ficción? *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, *10*(2), 101 - 121.
- Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, *46*(6), 553-565. Obtenido de <https://doi.org/10.1037/h0054288>
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning – A reinterpretation of “conditioning” and “problem-solving”. *The Harvard Educational Review*, *17*, 102-148.
- Muñoz, L. F., & Jaramillo, L. E. (2015). DSM-5: ¿cambios significativos? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *35*(125), 111-121. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000100008>
- Nezu, A. M. (1987). A problem solving formulation of depression: a literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*, *7*(2), 121-144. Obtenido de [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(87\)90030-4](https://doi.org/10.1016/0272-7358(87)90030-4)
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: theory, research, and clinical guidelines*. John Wiley and Sons.
- Novillo, M. J. (2019). *Trastorno mixto ansioso depresivo en los pacientes de los centros de atención privada del cantón Loja [Tesis de grado]*. Universidad Nacional de Loja: Loja.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. OMS.
- Osborn, T. L., Venturo-Conerly, K., Gan, J., Rodríguez, M., Alemu, R., Roe, E., Arango, S., Wasil, A. R., Campbell, S., Weisz, & Wasanga, C. (2021). Depression and anxiety symptoms amongst Kenyan adolescents: psychometric properties, prevalence, sociodemographic factors, and psychological wellbeing. *Cost-effective interventions for youth depression and anxiety in Sub Saharan Africa* *Adolescent depression and anxiety in Sub-Saharan Africa*, 1-27. Obtenido de <https://doi.org/10.31234/osf.io/ze8tf>
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). The affective and cognitive content of self-reports measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 28(1), 1-20. Obtenido de <https://doi.org/10.1007/BF01086714>
- Pedrero, E. F., Pérez-Alvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñiz, J., López-Navarro, E., Albéniz, A. P. D., Molina, B. L., Debbané, M., Bobes-Bascarán, M. T., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Rodríguez-Testal, J. F., Pando, D. (2021). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para adultos: una revisión selectiva. *Psicothema*, 33(2), 188-197. Obtenido de <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.426>
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 159-172.
- Pérez, M., & García, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510.
- Pichot, P. (1993). Los conceptos de trastorno del estado de ánimo y de ansiedad: evolución histórica. *Átropos*, 4-13. Obtenido de <https://bit.ly/3gKNJxj>
- Piqueras, J. A., Martínez, A. E., Ramos, V., Rivero, R., García, L. J., & Oblitas, L. A. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-73.
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Paidós.

- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., & García-Vera, M. P. (2014). Criterios y baremos para interpretar el "Inventario de depresión de Beck-II" (BDI-II). *Psicología Conductual*, 22(1), 37-59.
- Schnaas, F. (2017). Avances en el diagnóstico y tratamiento de la ansiedad y la depresión. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 45(1), 22-25.
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Sobell, M. (2001). A public health approach to the treatment of alcohol problems: issues and implications. En H. Ayala, & L. Echeverría (Eds.), *Tratamiento de conductas adictivas* (págs. 9-24). UNAM.
- Tiller, J. W. (2013). Depression and anxiety. *The Medical Journal of Australia*, 199(6), S28-S31. Obtenido de <https://doi.org/10.5694/mja12.10628>
- Toquero, F., & Zarco, J. (Coords.). (2003). *Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad*. IM&C.
- Torres, B., Rodríguez, P., Mascarós, L., Serra, J. F., Morer, B., & Tajima, K. (2017). *Manual de psicología clínica* (2.ª ed.). APIR Psicología.
- Vázquez, C., Duque, A., & Hervás, G. (2013). Satisfaction with life scale in a representative sample of Spanish adults: validation and normative data. *Spanish Journal of Psychology*, 16(82), 1-15. Obtenido de <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.82>
- Vázquez, F. L., Muñoz, R. F., & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449.
- Vallejo, M. Á., & Comeche, M. I. (Coords.). (2012). *Lecciones de terapia de conducta*. Dykinson.
- Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3(1), 1-14. Obtenido de <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0069608>

12 Anexos

Anexo 1. Entrevista (ad hoc) PsicoLink



*

Llega el momento de comenzar. Te dejamos el guión de las entrevistas:

"Buenos días ¿(Nombre paciente)? Hola soy (nombre propio) el psicólogo que te va a hacer la entrevista, acompáñame. Pasa y siéntate donde prefieras. A continuación te voy a encuadrar un poquito este espacio para que entiendas el porqué de esta entrevista. Soy (Nombre propio) recordarte que yo soy psicóloga generalista, lo que significa que no voy a ser la psicóloga que te va a acompañar a lo largo del proceso de la terapia sino que mi labor ahora es recabar el motivo de consulta, es decir que es lo que te anima a venir aquí hoy, además de otras áreas de tu vida como pueden ser familia, amigos, pareja y trabajo, no para buscar problemas ni mucho menos, sino para que yo pueda tener esa foto de quien eres y cómo te podemos ayudar mejor.

Comentarte que todo lo que hablemos en esta conversación es totalmente confidencial, es importante que sepas que este es tu espacio y puedes decir lo que quieras, lo único, yo trasladaré a los psicólogos que te propongamos lo aquí reflejado para que tu no tengas que repetir una y otra vez tu historia y esto tenga realmente un sentido.

También si no te importa tomaré alguna nota, sobre todo fechas, nombres y palabras clave con el fin de cerciorarme que traslado correctamente la información a mis compañeros. Y, por último comentarte que si hay alguna cosa que no quieras compartir, que no te parezca relevante, o que simplemente no te apetezca tratar, déjame saber y corremos un tupido velo, y ya tú cuando estés preparada y con la persona que te va a acompañar lo comentas si lo crees oportuno. ¿Tienes alguna duda o comentario que quieras añadir? (no). "

Le gustaría conseguir...

Una vez llegados a este punto es cuando comenzariamos con la entrevista diciendo algo así como "Cuentame (nombre del paciente), ¿en qué te podemos ayudar? / ¿qué es lo que te ha motivado a acudir aquí?" La entrevista se desarrollará hasta que consideres que cuentas con la información indispensable para poder derivar el caso. No es necesario que tengas todos los detalles de manera minuciosa, lo más importante es que percibas que se ha generado el vinculo descrito previamente.

Cuando esto ocurra, podrás decirle:

Motivo de consulta: Ha indicado que tiene la sensación de que nunca ha hecho lo que le gusta, así, en cierta manera, no ha vivido la vida que le hubiese gustado tener y ha vivido la vida que le gustaba a "otros". A la paciente le gustaría encontrar la motivación, pues, actualmente, no le motiva nada, es decir, tiene pensamientos rumiativos acerca de la posibilidad de quedarse sola, debido a que no tiene pareja. Ha hablado sobre sí misma como si "tuviera un palo metido por el cuerpo", ha dicho "que parece tonta" y es tímida.

La paciente ha señalado que hace, aproximadamente, 11 meses sale a bares los fines de semana y hasta que no toma tres o cuatro botellines, no puede entablar conversación con otras personas, especialmente, con hombres; considera que se refugia en el alcohol por la timidez y le gustaría modificar ese hábito.

S. es originaria de Madrid, está totalmente independizada y reside en Vallecas, tiene dos hermanos mayores con una diferencia de edad de nueve y 11 años, respectivamente. Ha comentado que tiene una relación “cordial” con sus padres, pero, para su madre, es “su niña” y, con su padre, tiene peleas desde que cumplió 13 años, cuando empezó a beber en botellones. Se ha referido a un episodio justo después de terminar con su última pareja, donde su padre y ella tuvieron una fuerte discusión, y él le lanzó un cuchillo; S. ha manifestado sentirse culpable porque alberga mucha rabia y, en ocasiones, les contesta y habla mal a sus padres. La paciente ha señalado que cuando tenía ocho años, y se encontraba en el coche con sus padres y sus hermanos, volvían de una visita al *safari park* y empezó, sin motivo aparente, a faltarle el aire y tener muchos temblores, sus padres la llevaron a un hospital y le diagnosticaron “ataque de nervios”.

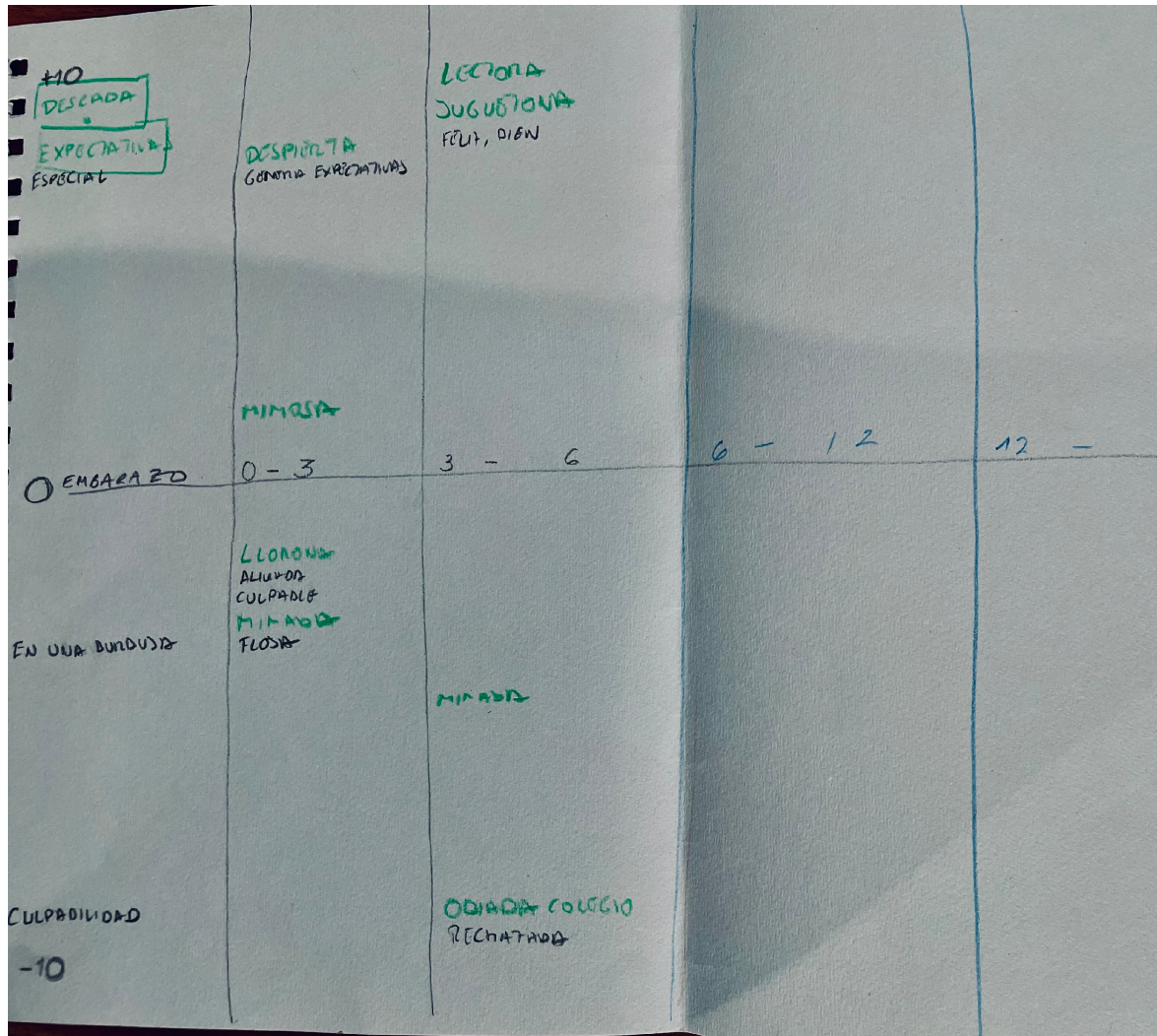
S. ha comentado haber tenido dos relaciones serias; en la primera, y después de 11 años de relación, ella fue infiel con otro hombre, por ello, tuvo sentimientos de culpa, hasta hace poco, por “las formas” que tuvo en dejar la relación; actualmente, no se siente de este modo. S. Por otro lado, ha indicado que no podía soportar más estar en una relación donde tenía que amoldarse, continuamente, a su pareja, así, la relación parecía “ideal”, pero la realidad estaba lejos de esto.

Actualmente, mantiene una relación con un hombre que le advirtió, de antemano, que no quería mantener una relación estable con ella, por ello, ante esa premisa, ha insistido más en estar con él, pues tiene un “enganche físico”. La paciente ha manifestado enfadarse a causa de los celos, debido a que no puede soportar que su pareja mire a otras mujeres.

La paciente ha indicado ingerir medicación natural (melatonina) para la menopausia y dormir, pues duerme cuatro horas de media, asimismo, ha emprendido numerosas dietas y ha empezado en diferentes disciplinas deportivas, pero las ha abandonado todas, es decir, no ha sido constante en nada de lo que emprende.

S. ha manifestado no trabajar en lo que ha estudiado, debido a que trabaja en tráfico y ha estudiado ciencias audiovisuales; recientemente, hizo el doblaje de un corto, lo que ha referido como *“una experiencia que me encantó”* (comunicación personal, 2021), aunque después ha comentado que le queda mucho por mejorar y aprender. Igualmente, ha contado tener una buena amiga, aunque no puede hablar con nadie de sus verdaderos deseos, pues tiene miedo a ser juzgada y que *“hablen mal de ella”*. Los fines de semana sale a bares de copas por Vallecas y, hasta que no bebe unos tres botellines, no se anima a hablar con nadie, pero se arrepiente de esta actitud, pues luego no se acuerda de nada. Ha indicado que le gusta la lectura de novela negra e histórica y el teatro, pero raramente se implica en estas tareas, es decir, leer o ir a obras de teatro. En cuanto a los tratamientos previos, estuvo en tratamiento psicológico para reducir la ingesta de alcohol, aunque no obtuvo adhesión al tratamiento y no consiguió mantener la rutina prescrita.

Anexo 2. Línea de vida



Embarazo: fue una niña muy deseada, aunque se depositó una alta expectativa en ella, lo que la ha hecho sentir culpable al no poder conseguirla. Según S, sus hermanos han llevado una vida mucho más ordenada que ella, pues uno de ellos es director en una multinacional y el otro es óptico; ninguno de los tres ha

tenido hijos. S. ha indicado que sus padres hubieran preferido un trabajo mejor para ella, debido a que, actualmente, es administrativa en tráfico.

0-3 años: S. era una niña muy despierta y generaba muchas expectativas en sus padres, además, la paciente se ha descrito como mimosa, llorona y mimada, lo que le ha traído, de nuevo, la culpabilidad a la terapia, pues lloraba para “salirse con la suya”.

3-6 años: S., en esta parte de su vida, fue una niña juguetona, lectora, mimada y odiada en el colegio, odio que la ha perseguido toda su vida, pues no ha sido aceptada por sus compañeros por ser una mujer “borde”, según su parecer; ha comentado sentirse más especial que todos ellos, por este motivo, no es amable en sus interacciones con los compañeros.

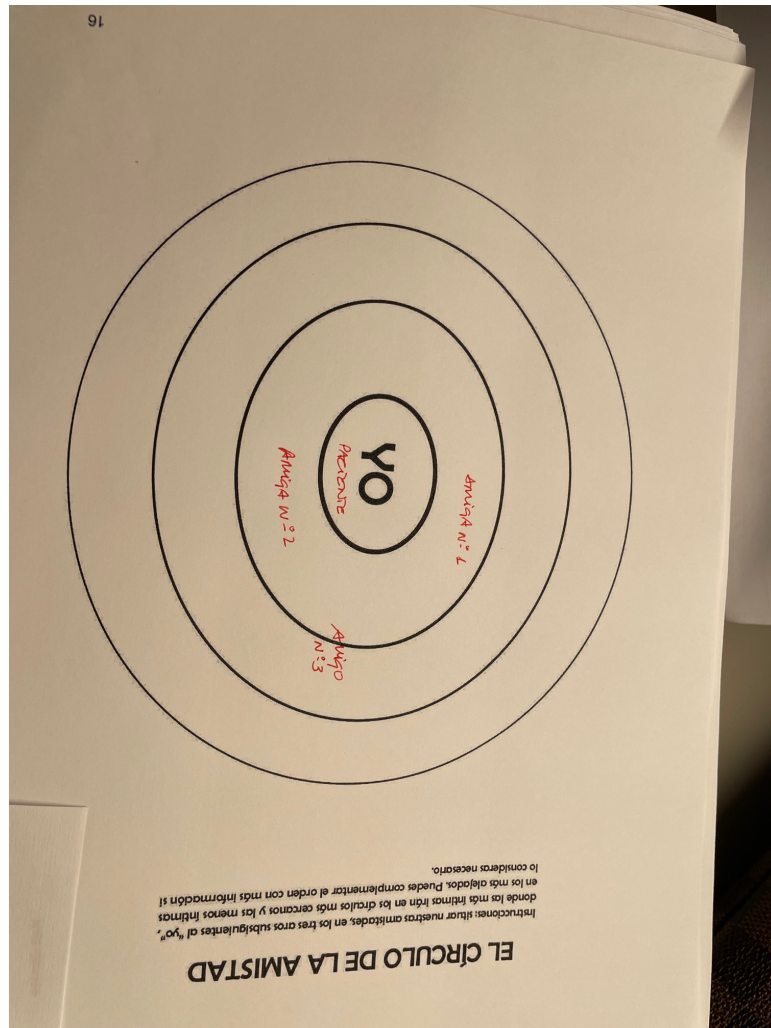
En el transcurso de la línea de la vida, ha comentado que su padre tuvo que darse de baja en su trabajo (dueño de zapatería) por depresión, de este modo, la familia de origen paterna es una familia desestructurada, donde su abuelo era alcohólico y su tío heroinómano. Además, su madre le ha comentado, en varias ocasiones, que, a raíz de problemas económicos que han sufrido en la familia, a ella le han faltado recursos y no pudo tener todo lo que se merecía. Los problemas económicos comenzaron cuando S. tenía 13 años, por lo que su madre comenzó a trabajar.

Al final de la sesión, se han dado unos segundos para respirar, pues S. ha sollozado y verbalizado sentirse indisputada, debido a que ha sentido que no ha hecho nada con su vida y su vida se ha detenido, por ello, se ha culpado por no haber hecho nada con su vida con todo el potencial que tenía y las expectativas depositadas en ella.

S., en el proceso de realizar la línea de vida, ha presentado resistencias en la edad comprendida entre tres a seis años, pero ha indicado que no podía saber el motivo. Al preguntarle, en un ejercicio experiencial, dónde sentía esa resistencia, indicó que lo sentía en la cabeza, el tronco y el estómago, otorgándole un color “gris viejo”, por esta razón, y al establecer el mecanismo de defensa del bloqueo emocional, se consideró no continuar con la técnica de la línea de vida y se procedió a explicar los ejercicios de respiración progresiva de Jacobson, pues la paciente ha hiperventilado y sollozado durante la sesión. Independientemente de esto, cabe destacar que se consiguió una información valiosa a través de esta

técnica, así, el posible motivo del bloqueo se puede deber a las experiencias traumáticas, la falta de autoestima, la ansiedad y/o la depresión. En consideración con que S. padece sintomatología ansiosa-depresiva y falta de autoestima con un afrontamiento evitativo a la adversidad, se planteó aparcar la técnica por el momento, con un enfoque en la información recabada y respetando, en todo momento, el tiempo y el espacio de la paciente.

Anexo 3. Átomo Social



Anexo 5. BDI-II- Inventario de depresión de Beck

BDI-II

NOMBRE FECHA

EDAD SEXO ESTADO CIVIL

PROFESION ESTUDIOS

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

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

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

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

Anexo 6. STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo

STAI

Nombre y apellidos _____

Edad: 42

LEA DETENIDAMENTE

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

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

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

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

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

Anexo 7. NEO FFI. Inventario NEO reducido cinco factores

NEO FFI Inventario NEO reducido de Cinco Factores Copyright by P.T. Costa, Jr. & R.R. McCrae

Instrucciones

Por favor, lea cuidadosamente estas instrucciones antes de empezar para marcar bien sus respuestas. Este cuestionario consta de 60 frases. Lea cada una con atención y marque la alternativa (A, B, C, D o E) que mejor refleje su acuerdo o desacuerdo con ella. Marque:

- A. Si la frase es completamente falsa en su caso, o Si está en **total desacuerdo** con ella.
- B. Si la frase es frecuentemente falsa en su caso, o Si está en **desacuerdo** con ella.
- C. Si la frase es tan cierta como falsa, si no puede decidirse, o Si usted se considera **neutral** en relación con lo que se dice en ella.
- D. Si la frase es frecuentemente cierta, o Si usted está de **acuerdo** con ella.
- E. Si la frase es completamente cierta, o Si está **totalmente de acuerdo** con ella.

Vea los dos ejemplos (E1 y E2) que vienen aquí debajo y cómo se ha contestado.

E1	Me gustaría pilotear una nave espacial	<input checked="" type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	E
E2	A la hora de vestir prefiero los tonos oscuros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La persona que ha contestado a estos ejemplos ha indicado que está en total desacuerdo (letra A) con la frase E1, porque no le gustaría pilotear una nave espacial, y está **de acuerdo** con la frase E2, porque frecuentemente prefiere los tonos oscuros para vestir (letra D).

Por tanto, no hay respuestas ni hay respuestas "correctas" ni "incorrectas". Conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible.

Dé una respuesta a todas las frases. Asegúrese de que marca cada respuesta en la línea correspondiente a la misma frase y en la opción que mejor se ajuste a su manera de ser.

No olvide anotar sus datos personales antes de contestar las frases.

Nombre		Sexo	<small>var</small> <input type="checkbox"/>	<small>mujer</small> <input type="checkbox"/>	Edad	<small>años</small> <input type="text"/>	
Nivel Educativo	<small>ESO</small> <input type="checkbox"/>	<small>Bachiller</small> <input type="checkbox"/>	<small>Universitario</small> <input type="checkbox"/>	Puesto		Equipo	

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

¿Ha respondido a todas las frases? **SÍ NO**
 ¿Ha respondido fiel y sinceramente a las frases? **SÍ NO**
FIN DE LA PRUEBA

Anexo 8. Escala de Autoestima de Rosenberg

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE)
(Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

Anexo 9. Escala de satisfacción con la Vida SWLS

UPD

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SWLS)
(Diener et al., 1985; Atienza et al., 2000; Pons et al., 2002)

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada frase rodeando con un círculo el número apropiado (sólo uno por afirmación). Por favor, sé sincero con tu respuesta.

		Muy en desacuerdo		Neutro		Muy de acuerdo
1	En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea	1	(2)	3	4	5
2	Las circunstancias de mi vida son muy buenas	1	2	3	(4)	5
3	Estoy satisfecho con mi vida	1	(2)	3	4	5
4	Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	1	(2)	3	4	5
5	Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada	1	(2)	3	4	5

Anexo 10. Instrucciones Relajación Progresiva de Jacobson

RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON

"Bienestar y Organizaciones Responsables. Retos, Experiencias y Herramientas Prácticas: cuidando nuestro sistema musculoesquelético"
23 Octubre 2020

- 1**

COMIENZA A RELAJARTE

Inhala profundamente llevando el aire a tu abdomen.
Al exhalar, deja que tu cuerpo empiece a relajarse.


- 2**

BRAZOS Y PECHO

Cierra los puños. Aprieta los antebrazos, los bíceps y los pectorales. Mantén esa tensión durante 7 segundos y afloja. Nota cómo brazos y pecho se relajan.


- 3**

FRENTE Y CUELLO

Arruga la frente y mantenla así durante 7 segundos. A la vez rota la cabeza hacia un lado y luego hacia el otro. Afloja y siente la relajación en la zona.


- 4**

CARA

Frunce el entrecejo, los ojos, los labios, aprieta la mandíbula y encorva los hombros. Mantén la posición 7 segundos y afloja, centrándote en las sensaciones que la relajación te produce.


- 5**

ESPALDA

Inspira profundamente y arquea la espalda suavemente. Mantén la postura 7 segundos y relaja.


- 6**

ABDOMEN Y ESPALDA

Inhala profundamente y saca el abdomen, dejando que se hinche todo lo posible. mantén la posición 7 segundos y suelta. Fíjate bien en lo que notas en abdomen y espalda al relajar.


- 7**

PIERNAS Y PIES

Flexiona los pies y los dedos de los pies. Tensa los muslos, las pantorrillas y los glúteos. Mantén la tensión durante 7 segundos y afloja.


- 8**

PIERNAS Y PIES

Para terminar, estira los pies como una bailarina, a la vez que tensas muslo, glúteos y pantorrillas de nuevo. Pasados 7 segundos suelta y siente la relajación.

