



**Universidad
Europea** MADRID

Intervención psicoterapéutica integradora en un caso de ansiedad ante evaluación

Máster de Psicología General Sanitaria

Autora: Silvia Martínez Rodríguez

Tutora clínica: Mónica Gonzalo

Tutora académica: Carolina Ángel

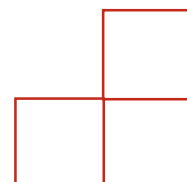
Fecha de realización del trabajo: 28 de febrero de 2023

Nº palabras: 11.698

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

universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Agradecimientos

A mi familia, por animarme a seguir aprendiendo en la escuela de la vida

A Carola Ángel, Mónica Gonzalo y el equipo de Psicólogos Pozuelo, por ser fuente constante de aprendizaje, ayuda e inspiración

Resumen

La ansiedad frente a los exámenes puede limitar e interferir en la vida de algunos estudiantes. El presente estudio de Caso Clínico se inicia a partir de esta consulta, si bien, a medida que tiene lugar la intervención con la paciente, afloran otras circunstancias y problemáticas que trascienden el motivo de consulta inicial. Debido a éstas, los profesionales involucrados se plantean la insuficiencia del abordaje cognitivo-conductual planteado en un primer momento, por existir en el sistema familiar aspectos estructurales y comunicacionales que frenan la evolución positiva de la paciente. Este escenario conduce a los terapeutas a abrazar las bonanzas de trabajar desde un enfoque integrador, dando cabida a una mirada más amplia, y decidiendo acometer el proceso terapéutico desde un marco familiar-sistémico, como complemento al trabajo individual realizado con la paciente desde los marcos cognitivo-conductual y farmacoterapéutico, enfocándose este estudio en esos tres abordajes. Se expone la evolución de este Caso Clínico, acometida en dos fases en las que, en la primera de ellas, se trabajó exclusivamente con la paciente, para posteriormente, trabajar con el sistema familiar durante la segunda fase. La intervención resultó exitosa, facilitando a la paciente la construcción de su identidad, diferenciada de las normas y creencias que rigen su sistema familiar. Desarrollar su autoestima, autopercepción, responsabilidad y autonomía le ha permitido transitar a una nueva fase en su ciclo vital, el inicio de su vida universitaria en otro país, acorde a sus objetivos de crecimiento personal.

Palabras clave: Ansiedad, ciclo vital, enfoque integrador, identidad, marco cognitivo conductual, marco familiar sistémico

Abstract

Test anxiety can limit and interfere with the lives of some students. The present Clinical Case study begins from this consultation; however, as the intervention with the patient is carried out, other circumstances emerge that transcend the reason for the initial consultation. In this case, the professionals involved consider the insufficiency of the cognitive-behavioral approach proposed at first, because there are structural and communicational aspects in the family system that slow down the positive evolution of the patient. This scenario leads therapists to embrace the benefits of working from an integrative approach, making room for a broader perspective, deciding to address the therapeutic process from a family-systemic framework, as a complement to the individual work carried out with the patient from the cognitive-behavioral and pharmacotherapeutic frameworks, focusing this study on these three approaches. The evolution of this Clinical Case is exposed in two phases, in which, during the first one, the

work was carried out exclusively with the patient, to later work with her family system at the second phase. The intervention was successful, facilitating the patient's construction of her identity, differentiated from the norms and beliefs that govern her family system. Developing her self-esteem, self-perception, responsibility and autonomy has allowed her to move to a new phase in her life cycle, the beginning of her university life abroad, following her personal growth objectives.

Keywords: Anxiety, cognitive-behavioral framework, family-systemic framework, identity, integrative approach, life cycle,

Índice

Resumen	3
1. Introducción	7
2. Identificación del paciente y motivo de consulta	15
2.1. Identificación de la paciente.....	15
2.2. Historia familiar	15
2.3. Motivo de consulta.....	17
3. Estrategias de evaluación	18
3.1. Evaluación y Técnicas empleadas.....	18
4. Formulación clínica del caso	23
4.1. Formulación clínica de la primera fase del caso.....	23
4.2. Formulación clínica de la segunda fase del caso: hipótesis sistémicas	26
4.3. Objetivos de intervención	28
5. Tratamiento	29
5.1. Tratamiento durante la fase I (abordaje cognitivo-conductual)	29
5.2. Tratamiento durante la fase II (abordaje familiar-sistémico).....	32
6. Valoración del Tratamiento	39
6.1. Valoración de la consecución de objetivos.....	39
6.2. Valoración de la adherencia al tratamiento	41
7. Discusión y conclusiones	42
8. Referencias bibliográficas	47
9. Anexos	50

Índice de tablas

Tabla 1. Programa de intervención psicopedagógica de ansiedad ante los exámenes	9
Tabla 2. Etapas de la farmacoterapia	10
Tabla 3. Etapas del ciclo vital familiar	12
Tabla 4. Temporalización sesiones de evaluación neuropsicológica	18
Tabla 5. Temporalización sesiones de evaluación sistémica.....	20
Tabla 6. Temporalización sesiones de intervención cognitivo-conductual.....	29
Tabla 7. Tratamiento Fase I (cognitivo-conductual).....	29
Tabla 8. Temporalización sesiones de intervención sistémica.....	32
Tabla 9. Tratamiento Fase II (familiar sistémico)	33
Tabla 10. Ansiedad inicial y adherencia a la psicoterapia	41

Índice de figuras

Figura 1. Genograma de la paciente	16
Figura 2. Análisis funcional de la ansiedad frente a los exámenes	24
Figura 3. Hipótesis circular sistémica	27

Índice de siglas y abreviaturas

Abreviatura	Significado
IB	International Baccalaureate (Bachillerato Internacional)
ESO	Enseñanza Secundaria Obligatoria
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
TFS	Terapia Familiar Sistémica
AF	Análisis Funcional
PAN	Pensamiento Automático Negativo

1. Introducción

La ansiedad en niños y adolescentes frente a su desempeño académico y su rendimiento durante los exámenes es objeto de análisis desde múltiples enfoques teóricos en el marco de la psicología, según un estudio bibliográfico realizado por Juárez (2015).

Se puede definir (García-Fernández et al., 2008) como el conjunto de sintomatología de hiperactivación desmedida a nivel fisiológico, emocional y conductual, que manifiesta la persona de forma previa y en el momento de la realización de la prueba de conocimientos, ante el miedo a obtener un bajo rendimiento y sus consecuencias.

Es tal la interferencia que tiene en quien lo padece, que se convierte en múltiples ocasiones en motivo de consulta en clínicas psicológicas, pues frecuentemente afecta negativamente más allá del ámbito académico, extendiéndose al ámbito físico, social-relacional y familiar, como en el presente caso.

De acuerdo a un estudio de Torrano-Martínez et al. (2020), en España existen pocos datos de prevalencia, además, escasamente concluyentes. Estos autores, publicaron un estudio en 2017 cuyo objetivo es analizar las respuestas de ansiedad (cognitiva, fisiológica y de evitación) en alumnos de ESO. Los resultados concluyen que parece darse una mayor vulnerabilidad a la “ansiedad ante exámenes en las chicas, en alumnado con peores calificaciones y mayor frecuencia de cursos repetidos”. Según Escalona y Miguel-Tobal (1996, citado en Torrano-Martínez et al., 2020), entre el 15% y el 25% de los estudiantes españoles de ESO manifiestan ansiedad frente a exámenes. Otros autores, Rodríguez, Dapía y López-Castedo (2014, citado en Torrano-Martínez et al., 2020) encuentran que el 74,7% de estudiantes presentan un grado de ansiedad media-alta. Se han propuesto múltiples factores que pueden incidir: la preocupación (Steinmar et al., 2018), el sentimiento de autoeficacia (Qudsyi y Putri, 2016), la autorregulación general y académica (Adesola y Li, 2018), el perfeccionismo regulado por la inteligencia emocional (Adollahi et al., 2018) o el nivel de estudio de los padres y los cursos suspendidos (Rosário et al., 2008). Estos factores son relevantes en el caso que aquí se aborda.

Juárez (2015), en su estudio bibliográfico sobre ansiedad ante exámenes refiere que, a partir de varias investigaciones, un examen contiene las características principales que aparecen en los eventos estresores ambientales: preparación para neutralizar la amenaza, confrontación con el elemento estresor, incertidumbre sobre los resultados que se obtendrán y afrontamiento de las consecuencias (Carver y

Scheier, 1995; Folkman y Lazarus, 1985). Este sumatorio de características puede acarrear un descenso en el rendimiento académico.

Esta problemática, que en la actualidad no es considerada un trastorno especificado en los manuales de salud mental, puede ser abordada desde diversos enfoques y marcos teóricos, con técnicas de intervención asociadas a los mismos: psicoterapia cognitivo-conductual, farmacoterapia, terapia psicoanalítica, terapia familiar sistémica y psicoterapia humanista, entre otros (Juárez, 2015).

Este estudio de caso pone el foco en tres abordajes, por ser los empleados con la paciente: el cognitivo-conductual, la farmacoterapia y la terapia familiar sistémica. Se reflexiona así mismo sobre la integración de las corrientes cognitivas y sistémicas en psicoterapia, como alternativa de intervención complementaria (Prado Villalobos, 2012).

Desde el enfoque cognitivo-conductual, según Camerini (2014, citado en Juárez, 2015), las emociones y los comportamientos de los individuos están influidos por cómo perciben e interpretan eventos, es decir, no es el evento per se el que influye, sino la valoración y el significado que del mismo realiza. Los pensamientos son reflejo de los sistemas con los que interpreta el mundo, en base a creencias, valores, supuestos y reglas subyacentes, producto de su historia de aprendizaje, en interacción con los demás y sus experiencias previas (Berreta y Canales, 2006).

La intervención terapéutica busca identificar patrones de pensamiento distorsionados que implican percepciones negativas que condicionarán respuestas disfuncionales. La intervención se debe efectuar cuando las respuestas de afrontamiento del individuo se erigen en una barrera para su adaptación a los requerimientos de su vida diaria afectiva, relacional e intelectual, de acuerdo a Cía (2002, citado en Juárez, 2015).

El objetivo del tratamiento en este enfoque es identificar y cambiar la respuesta fisiológica, las estructuras cognitivas desadaptativas y las conductas disfuncionales. Psicoeducar al paciente y su entorno es esencial para comprender la importancia de este círculo vicioso, según indica Cía, (2002), quien sostiene que la diferencia entre ansiedad normal y patológica es que “la patológica se basa en valoraciones de la amenaza desmesuradas e irreales”.

Para Botella y Ballester (1996, citado en Juárez (2015)), es crítico obtener un diagnóstico exhaustivo previo a diseñar la estrategia de intervención y valorar la necesidad de medicación, tipología y dosis.

Bausela Herreras (2005), propone un ejemplo de intervención cognitivo-conductual para tratar la ansiedad frente a los exámenes en cinco fases, sobre aspectos fisiológicos, conductuales y cognitivos. A continuación se reproduce en la Tabla 1.

Tabla 1

Programa de Intervención psicopedagógica de ansiedad ante los exámenes

Fase 1. Sesión Informativa	Explicación teórica de las bases de la ansiedad, sus manifestaciones, y situaciones potencialmente ansiógenas con especial foco en situaciones de evaluación y más concretamente, en la situación de examen, así como explicar la relación entre ansiedad y rendimiento (*).
Fase 2. Entrenamiento en relajación muscular progresiva	Se emplea la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, dividida en cinco sesiones semanales. Antes de iniciarla, se explica a los participantes su objetivo y los efectos que se conseguirán con su entrenamiento, resaltando la importancia de la práctica diaria en casa.
Fase 3. Hábitos de trabajo y estudio	Sesión de evaluación y orientaciones sobre hábitos de trabajo intelectual y técnicas de estudio.
Fase 4. Entrenamiento en técnicas cognitivas de afrontamiento (autoinstrucciones, resolución de problemas...)	El objetivo es informar a los participantes de la relación entre pensamiento y emoción y aprender a identificar pensamientos negativos que puedan influir en la ansiedad ante los exámenes, sustituyéndolos por pensamientos más positivos, para aprender a reinterpretar la situación como no amenazante o ansiógena. Se incluyen sesiones dirigidas al aprendizaje de estrategias de afrontamiento para superar con éxito problemas cotidianos, relacionados fundamentalmente con el ámbito educativo.
Fase 5. Recomendaciones finales	Sesión informativa final, con repaso general y orientaciones para la generalización.

*Esta explicación supone que objetivar la problemática es sumamente tranquilizador, pues permite al individuo tomar distancia emocional con relación a su vivencia subjetiva, cambiando el foco de atención de las manifestaciones de la ansiedad al foco de la misma (Berreta y Canales, 2006).

El segundo enfoque a mencionar es la farmacoterapia, cuyo objetivo es bloquear los efectos de cuadros ansiosos, crisis de pánico y patologías comórbidas que aparezcan (en este caso, TDAH, sintomatología ansioso-depresiva y digestiva), para alcanzar la remisión, tratar síntomas residuales y facilitar las terapias asociadas (Fernández, Dall' Armellina (2018), citado en Juárez, (2015)).

La prescripción de fármacos depende del grado de afectación que presente el paciente, a nivel de sufrimiento emocional e incapacidad para afrontar situaciones de su vida diaria, comparando el riesgo de

la ausencia de tratamiento con la probabilidad de éxito de la terapia farmacológica (Cía, Carnelli y Casas, 1994). Cía (2002, tomado de Juárez (2015)) establece tres etapas en la farmacoterapia, incluidas a continuación, en la tabla 2.

Tabla 2*Etapas de la farmacoterapia*

Etapa 1. Período agudo o de ataque	Establecer ajustes o ascensos periódicos de la medicación hasta llegar a niveles terapéuticos. Desaparición gradual de síntomas y consecución de cambios importantes en la calidad de vida.
Etapa 2. Periodo de mantenimiento	Estabilización la mejoría. Necesidad de hacer controles periódicos, (mínimo mensuales), para efectuar ajustes en función de las variantes clínicas experimentadas. Según consenso internacional se recomienda que este periodo dure entre 12 y 18 meses, desde que el paciente se encuentre asintomático. La terapia de mantenimiento se efectuará si el tratamiento agudo ha sido exitoso, puesto que las recaídas suelen darse cuando las medicaciones son discontinuadas prematuramente.
Etapa 3. Período de discontinuación	Supresión de la medicación, en todos los casos, gradual y programada de común acuerdo. En esta etapa es particularmente útil reafirmar lo aprendido con la psicoterapia, logrando que un tratamiento integrado aporte sus máximos frutos e impidiendo las recaídas en la mayoría de casos. La indicación de la discontinuación es correcta si el paciente se encuentra asintomático desde hace tiempo, y ha recuperado su estilo de vida normal.

El tercer enfoque teórico es Terapia Familiar Sistémica (TFS), cuyo marco conceptual se diferencia del resto de modelos de intervención psicológica en que su unidad de análisis es el sistema familiar como un todo, en vez de la persona. Este concepto de sistema implica que el todo es más que la suma de las partes. El sistema familiar es un elemento integrado, estructurado e interdependiente, que se comunica con determinadas pautas y reglas y donde el individuo es uno más de sus componentes, cuyo valor se relaciona con la función que tiene y la posición que ocupa en el sistema (Feixas et al. 2012).

Los síntomas, desde este modelo (Haley, 1980) se entienden como una expresión del patrón relacional y comunicativo del sistema, por tanto son una característica del sistema familiar, no sólo del individuo que lo manifiesta. Así, las acciones de un individuo regulan las acciones de los demás miembros del sistema, a la vez que se ve afectado por ellas. Cada acción es un input y un output para nuevas acciones en un proceso recurrente y circular. El sistema familiar busca mantener su equilibrio, su status quo, de manera que tenderá a mostrar resistencias ante cambios de cualquiera de sus miembros, a través de feedbacks negativos.

En este abordaje, el paciente es identificado como tal por el sistema, si bien, la intervención terapéutica tiene lugar en la familia en la que uno de sus miembros manifiesta síntomas, entendidos como otra vía de comunicación en la interacción, cumpliendo una función. Comprender esta función permite comprender qué pautas comunicacionales y relacionales acontecen en el sistema familiar de forma disfuncional. Por tanto, el foco de intervención terapéutica gravita, no sobre el síntoma, sino sobre la comunicación, la relación y la estructura familiar (Minuchin, Fishman & Etcheverry, 2006).

El análisis y establecimiento de hipótesis en Terapia Familiar Sistémica no es lineal, sino circular, estableciendo patrones recurrentes de interacción complejos.

Poner el foco en la comunicación permite comprender qué ocurre entre las personas, no dentro de las personas. Watzlawick (1967) incluyó los cinco axiomas de la comunicación humana, presentes en la evaluación e intervención del enfoque sistémico:

- 1- Es imposible no comunicar. Por tanto, el síntoma es una forma más de comunicación.
- 2- Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y otro de relación.
- 3- La comunicación es puntuada (interpretada y evaluada en intencionalidad y contenido por los receptores de la comunicación).
- 4- La comunicación es digital y analógica (significado de las palabras y significado de las señales no verbales empleadas).
- 5- La comunicación es simétrica o complementaria, en base al tipo de relación entre los miembros que comunican (paritaria o jerárquica).

Watzlawick et al. (1995) hablan de patologías de la comunicación para referirse a la presencia de patrones comunicacionales disfuncionales, entre ellos, se resaltan por su relevancia para este caso, las paradojas y teoría del doble vínculo (instrucciones y mensajes contradictorios) y la desconfirmación (según el autor, el

“castigo más monstruoso que se le puede infligir a un individuo”, hacerlo pasar por desapercibido para los miembros de su sistema).

La escuela estructural de Minuchin (1967) pone el foco en los patrones de interacción, atendiendo a la dinámica familiar (según el grado de cohesión que muestran, si es familia aglutinada o desligada, y según su nivel de adaptabilidad, desde familias rígidas a caóticas), a qué roles ocupan los miembros del sistema (que a su vez se subdivide en otros subsistemas u holones, como el conyugal, el fraternal, el parental, etc.), si existen alianzas, triangulaciones, coaliciones o parentalización, y al ciclo vital en el que se encuentra la familia.

Los ciclos vitales por los que atraviesan los sistemas familiares conllevan cambio, transición y adaptación a nuevas realidades, con retos y posibles crisis. La forma en que el sistema se adapte al nuevo ciclo y sus retos comportará el grado de bienestar o funcionalidad de la familia. Carter y McGoldrich (1989) mencionan 7 etapas en el ciclo vital familiar (tabla 3).

Tabla 3

Etapas del ciclo vital familiar

Etapa	Retos potenciales	Crisis potenciales
Joven adulto	Diferenciación de familia de origen	Fracaso al hacerse mayor
Formación de pareja	Formación del “nosotros”	Fracaso al comprometerse
Matrimonio o convivencia	Cambio de lealtades a la nueva familia	Conflicto con las familias políticas
Deseo de hijos y su nacimiento. Familia con hijos pequeños	Mantener unidad conyugal. Incluir otros miembros.	Insatisfacción conyugal. Problemas escolares y conductuales.
Familia con adolescentes	Desconcierto. Mantener contacto padres e hijos.	Rebeldía.
Familia con hijos jóvenes adultos. Nido vacío	Reevaluación de la relación. Nuevos acuerdos. Prioridad al matrimonio.	Nido vacío
Pareja edad avanzada. Jubilación	Sistemas de apoyo adecuados. Acordar el uso del tiempo.	Reencuentro o soledad. Adaptación a la necesidad de ayuda.

Muy alineada a esta línea de intervención se ubica la teoría de apego, desarrollada por Bowlby (1973), quien al respecto refería que “es una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular y un intento de explicar la amplia variedad de formas de dolor emocional, que se producen como consecuencia de la separación indeseada y la pérdida afectiva”. Según Pitillas (2011) a las personas les resulta tan esencial sentirse cerca de otros, que para proteger esta conexión pueden renunciar a la propia satisfacción individual.

Interesante reflexión la que realiza Dalmiro Bustos (2007) a partir de la investigación neuropsicológica respecto a las emociones (el papel que juega la amígdala en situaciones de bloqueo emocional, las neuronas espejo en la empatía, etc.). Para él, si las emociones pueden llegar a enfermar a una persona, de igual manera, las emociones pueden sanar. Para el autor, cualquier emoción no puede existir de forma aislada, sino como parte de un vínculo. En 1990, formuló su teoría de los clúster, vinculados al concepto de apego, de relevancia para el presente estudio de caso.

En el clúster 1, la clave es la dependencia y el rol complementario es la madre. Las enfermedades psicósomáticas se originan cuando se da una herida vincular en esta fase, pues la angustia se vivirá sin comprensión racional, por lo que se expresa en el cuerpo. Se inicia en este momento también la autoestima. Considera que las dos emociones predominantes son la voracidad (hambre más odio) y la envidia (el odio de aceptar que otro tiene algo que es vital para uno mismo). En el presente caso, la paciente manifiesta afecciones psicósomáticas y aparecen frecuentemente durante las sesiones comentarios en los que evidencia envidia hacia los demás.

En el clúster dos, la clave es el inicio de la independencia, como rol complementario, el padre. El bebé, de manera gradual logra ser autónomo. Uno de los sentimientos que aparecen en esta fase son los celos, que los define como la “inquietud mental producida por sospecha o recelo de rivalidad en el amor, que lleva a proteger lo que le pertenece” (Bustos, 2007).

Para el autor, la función de ambos clúster, originados a partir de relaciones asimétricas, es crear la base que permite construir los roles como adultos: la capacidad de “recibir”, de decir “sí”, en el clúster 1 y en el clúster 2 la capacidad de “dar”, de decir “no”, rechazar y poner límites. El tránsito por estas etapas posibilita establecer relaciones simétricas y paritarias, que son las incluidas en el clúster 3, con los hermanos como rol complementario. Es en ese momento cuando se puede crear un vínculo de forma adulta y responsable, desde el poder elegir y el querer estar. Bustos (2007) refrenda la importancia de la

aportación del psicoterapeuta como palanca para establecer una relación saludable con uno mismo que permitirá relaciones saludables con los demás.

Escolar y Serrano (2012, citado en Juárez (2015)), realizan una revisión sobre la eficacia de las distintas intervenciones sobre la ansiedad en los exámenes, concluyendo que parece adecuado el abordaje con programas “multicomponente”, es decir, programas que incorporan múltiples técnicas que permiten modificar los distintos componentes implicados en la ansiedad, a nivel fisiológico, emocional, cognitivo y conductual. Pérez Lizeretti (2009) concluye que además de la psicoterapia, el empleo de farmacoterapia también es eficaz, si bien tiene menor impacto en el tiempo y más recaídas (Bloom, 2002). En el enfoque sistémico no existen hasta este momento investigaciones sobre la eficacia de sus técnicas aplicadas a la ansiedad frente a los exámenes, no obstante, en este planteamiento, todos los miembros del sistema se verán beneficiados, más allá del paciente identificado.

Según Torres (2022), la investigación sobre psicoterapia reciente cuestiona que no hay evidencia de que unos enfoques o técnicas obtengan mejores resultados que otros de manera sistemática (Botella y Maestra, 2016; Lambert y Ogles, 2014; Luborsky et al., Smith y Glass, 1977; Wampold e Imel, 2015). De hecho, la investigación arroja luz sobre factores que se dan en todas las terapias, con independencia del enfoque empleado, que hacen que la terapia obtenga resultados deseados (Cuijpers et al., 2019; Meier et al., 2021; Wampold e Imer, 2015). La TFS se trata de “un enfoque conceptual no adherido a protocolos estandarizados de forma rígida, que recoge recursos que las escuelas han ido aportando a lo largo de la historia” (Torres, 2022).

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

Acorde al código deontológico de la profesión y la observancia del Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (RGPD)) y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales, se preservará la identidad de la paciente, refiriéndose a ella como Lys, en contraposición a su nombre real, a su vez, se han modificado algunos datos sociodemográficos que salvaguarden aquellos nombres de familiares, amigos y datos que puedan llevar a reconocerla.

2.1. Identificación de la paciente

Lys (nombre ficticio), joven de 18 años, nacida y criada en Madrid. Entre los 7 y los 12 años, durante cinco años y medio, la familia vive en dos capitales europeas, por motivos de trabajo del padre. En septiembre de 2020 comienza a cursar Bachillerato Internacional (IB) en un colegio de prestigio. Desde septiembre de 2022 se encuentra estudiando en una universidad europea el primer curso de un Grado de rama científica. No tiene pareja y es la mediana de tres hermanas (20 años y 14, respectivamente).

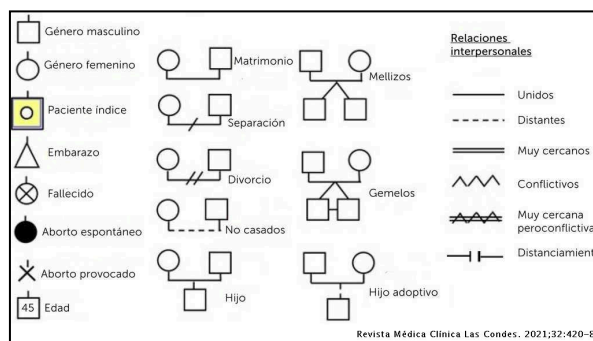
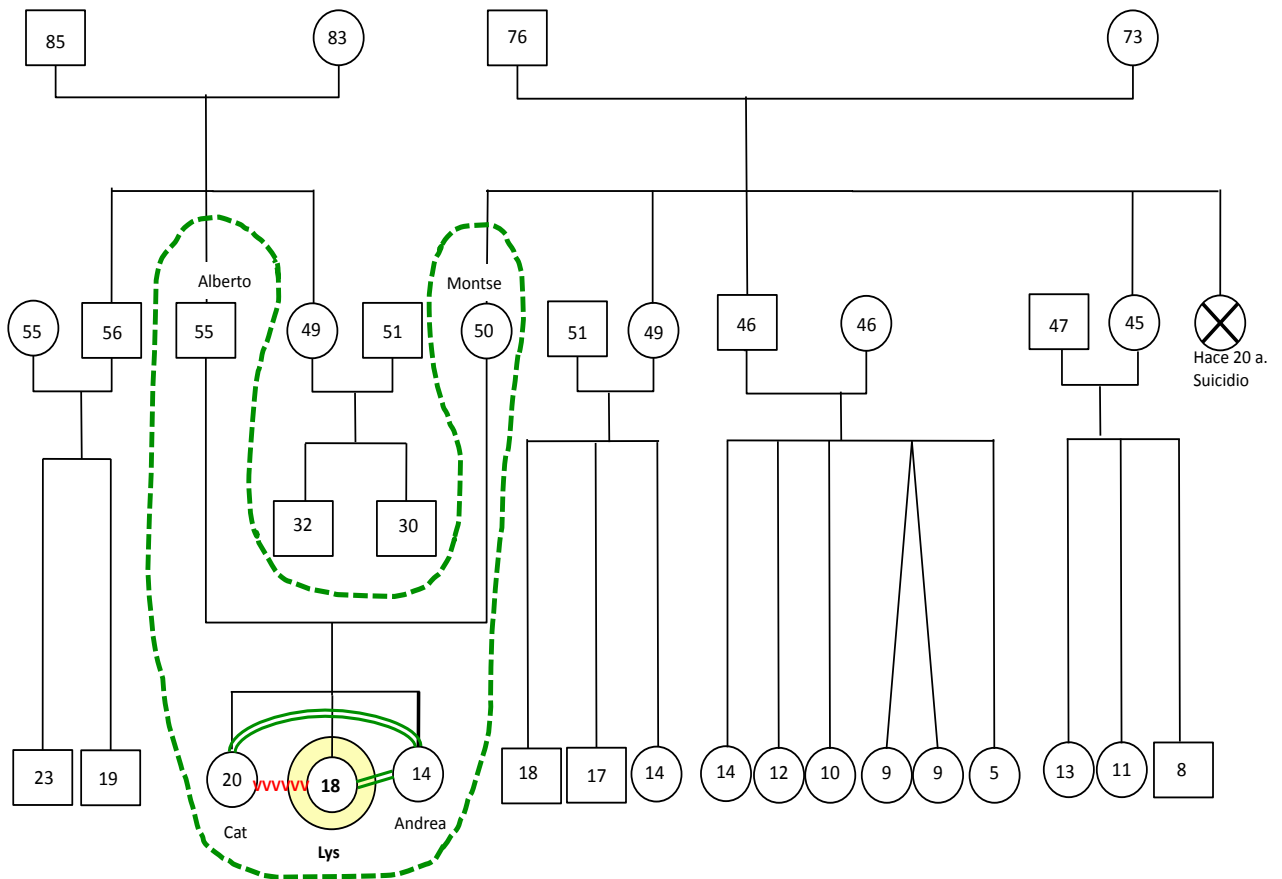
2.2. Historia familiar

Padres casados, pertenece a una familia con nivel socio-económico alto. El padre (53), directivo de un grupo empresarial, es el mediano de tres hermanos. La madre (48) que posee formación universitaria, se ha dedicado a la crianza de sus hijas; es la mayor de cinco hermanos. Su hermana menor se suicidó hace 20 años, pocos meses después del nacimiento de la hermana mayor de la paciente, a quien amadrinó. Los abuelos, paternos y maternos, todos con vida, permanecen casados.

Tras retornar a Madrid de su estancia en el extranjero, el padre trabaja y reside de lunes a viernes en otra ciudad durante tres años.

Desde el inicio del proceso se evidencia una conducta reactiva al proceso terapéutico, con dificultades en el establecimiento del vínculo, especialmente con la madre y la hermana mayor de la paciente. A la hermana menor, la familia decide excluirla del proceso psicoterapéutico.

Figura 1. Genograma de la paciente



2.3. Motivo de consulta

La familia solicita consulta de neuropsicología para Lys (15 años), refiriendo una elevada ansiedad frente a los exámenes, a pesar de tener excelentes resultados académicos. Manifiestan que la primera vez fue durante un examen en 6º de primaria, cuando residían en el extranjero. A su vuelta a Madrid, un año después de este episodio, la sintomatología ansiosa se vuelve más acusada, aparecen además, frecuentes pensamientos incapacitantes. Es evaluada por un psiquiatra que le diagnostica TDAH en 1º de ESO (12 años), siendo medicada durante tres años, sin mejoría aparente.

Al iniciar el IB, a la sintomatología ansiosa se añade la aparición de síntomas a nivel cognitivo (pensamientos hipervigilantes, creencias limitantes, rumia, autoexigencia y perfeccionismo, comparándose constantemente con los demás); a nivel emocional (llanto, tristeza, envidia, desmotivación, miedo al fracaso, baja tolerancia a la frustración, reacciones emocionales desmedidas ante estímulos de escasa importancia -explosiones conflictivas, alta susceptibilidad ante interacciones con otras personas-); a nivel conductual (dificultad para conciliar el sueño, aislamiento en determinadas situaciones sociales, incremento de conflictos sociales y familiares, evitación de exámenes), y manifestaciones fisiológicas a través de problemas digestivos.

La paciente es evaluada, descartándose disfuncionalidad cognitiva, y tras intervención cognitivo-conductual, se valoran elementos del sistema familiar que pueden estar interfiriendo en la mejoría por lo que se decide discontinuar con esa línea de intervención. En diciembre de 2020, se deriva a la paciente a psicoterapia familiar desde neuropsicología, manteniendo en paralelo ambos tipos de intervención a lo largo de dos meses.

Durante el proceso se ha trabajado en coordinación con psiquiatría, la paciente toma Fluoxetina (2 comprimidos de 20 mg). por las mañanas y Rexert, además de un protector estomacal y antibióticos. En abril de 2021 se revisa la medicación y se incorpora Tranxilium (5 mg.) mañana y tarde.

3. Estrategias de Evaluación

3.1. Evaluación y técnicas empleadas

El trabajo psicoterapéutico con esta paciente se efectúa desde un enfoque integrador, se produce una evolución en el abordaje del caso a lo largo de las sesiones y considerando los resultados. Existen, por tanto, dos momentos diferenciados en su evaluación. En primer lugar, se realiza la evaluación desde el área de neuropsicología (con enfoque cognitivo-conductual), para, tras la derivación al área de Psicología Familiar realizar una evaluación de la paciente como miembro del sistema familiar. A continuación se exponen en las tablas 4 y 5 la información relativa a las evaluaciones de la paciente.

Tabla 4. *Temporalización sesiones de evaluación neuropsicológica*

Sesiones de evaluación	Contenido de las sesiones	Objetivos	Técnicas/ Instrumentos
<i>Sesión informativa</i>	Encuadre del proceso Contrato psicoterapéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionar expectativas • Proporcionar información • Establecer y acordar un marco de trabajo • Generar compromiso con el proceso • Comenzar a generar vínculo • Identificar la demanda y las metas 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista informativa
<i>Sesiones 1, 2 y 3. Evaluación neuropsicológica:</i>	<p>Sesión 1 (con los padres y la paciente): línea de vida y condiciones históricas y actuales de la conducta problema</p> <p>Sesión 2 (con la paciente): test TAMAI y recogida de autoimagen y percepción de la problemática</p> <p>Sesión 3 (con la paciente): historia familiar y contexto actual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer vínculo terapéutico • Recogida de información • Evaluar síntoma y conductas problema para establecer y operativizar objetivos • Establecer hipótesis de trabajo • Elaborar Análisis Funcional (AF) 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista recogida de información semiestructurada • Test TAMAI (Nivel III)

Sesiones de evaluación	Contenido de las sesiones	Objetivos	Técnicas/ Instrumentos
<i>Sesión 4</i> <i>Devolución de la información</i>	Presentación de resultados y propuesta de intervención	Proporcionar a la paciente y a sus padres una visión que permita una comprensión de la situación motivo de consulta Explicar los siguientes pasos en cuanto a la intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Psicoeducación

Se detallan a continuación las técnicas empleadas durante la evaluación, mencionadas en la tabla 4:

- Entrevista informativa: técnica cuyo objetivo es establecer un primer contacto con el paciente y progenitores (si procede) con el fin de explicar qué esperar de un proceso terapéutico, establecer el encuadre o marco terapéutico y la alianza terapéutica (inicio del vínculo emocional y el contrato terapéutico).
- Entrevista de recogida de información semiestructurada: es la técnica más utilizada en el ámbito clínico como procedimiento para la primera recogida de información, debido a la eficacia que presenta a la hora de obtener datos relevantes sobre aspectos no observables, además de servir para orientar como primera recogida de información qué contenidos deben ser evaluados mediante otros procedimientos (Márquez, 2013).
- Psicoeducación: se trata de un proceso terapéutico a través del cual el profesional proporciona información relevante al paciente y a sus familiares, con información específica acerca de la conducta problema, tratamiento y pronóstico acerca del abordaje de la intervención. Esta herramienta se concibe también como técnica de intervención, pues estimula procesos de cambio al involucrar procesos cognitivos.
- Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil, Nivel III (TAMAI, TEA Ediciones), (Hernández-Guanir, 2015), herramienta empleada para evaluar la posible existencia de problemas de adaptación en niños y jóvenes, en los ámbitos personal, familiar, académico y social. Proporciona información de las siguientes áreas: Inadaptación general, Inadaptación personal, Inadaptación escolar, Inadaptación social, Insatisfacción familiar, Insatisfacción con los hermanos, Educación adecuada del padre, Educación adecuada de la madre, Discrepancia educativa, Pro-

imagen y Contradicciones. El Nivel III del Test está adaptado para pacientes de entre 14 años y seis meses a 18 años. Su aplicación es de aproximadamente 30-40 minutos. Posee un índice de fiabilidad de .87

Como se observará a continuación en la tabla 5, referente a la temporalización de las sesiones de evaluación en el abordaje sistémico, éstas no son todas consecutivas, pues desde este encuadre, evaluación e intervención son un proceso conjunto, circular, continuo, vivo, dinámico y cambiante a lo largo de la psicoterapia, que permite ir estableciendo, confirmando y refutando hipótesis e intervenciones de forma adaptativa, a medida que van aflorando situaciones. La diferenciación realizada en este estudio de caso entre sesiones de evaluación y sesiones de intervención es, por tanto, de carácter más teórico que práctico, atendiendo a los requerimientos de estructuración del mismo. El criterio empleado para categorizar cada sesión como evaluación o intervención ha sido el análisis del peso y relevancia del contenido tratado en la misma.

Tabla 5

Temporalización sesiones de evaluación sistémica

Sesiones de evaluación	Contenido de las sesiones	Objetivos	Técnicas/ Instrumentos
<i>Sesión informativa de derivación</i>	Encuadre y contrato terapéuticos Información sobre el enfoque sistémico	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer el nuevo marco relacional de la intervención • Lograr compromiso y aceptación del enfoque sistémico • Establecer los objetivos del tratamiento 	Juego de engranajes Desencadenante de la situación actual Pregunta milagro
<i>Sesión 1. Evaluación con la familia (padres e hijas mayores)</i>	Recogida de información de la problemática, desde la perspectiva de todos los miembros del sistema.	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar en la creación del vínculo terapéutico. • Observar la dinámica de interacción familiar • Recoger información sobre la comunicación del sistema • Obtener datos sobre las características estructurales del sistema y los subsistemas • Comenzar la elaboración de hipótesis 	Preguntas circulares

Sesiones de evaluación	Contenido de las sesiones	Objetivos	Técnicas/ Instrumentos
<i>Sesión 2. Evaluación con la paciente y su madre</i>	<p>Obtención de información sobre la interacción materno-filial.</p> <p>Comprensión de las perspectivas de ambas respecto a la problemática de la paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar con la creación del vínculo terapéutico. • Observar la dinámica de interacción materno-filial (a nivel comunicativo y estructural: posibles coaliciones, alianzas, parentalización, etc.) para la elaboración de hipótesis. 	Preguntas circulares y reflexivas.
<i>Sesión 3. Evaluación con los padres (sin la paciente)</i>	Perspectiva del sistema parental respecto a la evolución de la paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidar vínculo terapéutico • Recoger información de la percepción de la problemática desde el holón parental. • Elaborar hipótesis 	Preguntar circulares y reflexivas.
<i>Sesión 4. Evaluación con la paciente</i>	Recogida de información de la interpretación de la realidad de la paciente y los eventos que considera relevantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar en la creación del vínculo terapéutico con la paciente identificada. • Obtener datos sobre el síntoma y su manifestación. • Obtener información sobre sistema de creencias y valores. • Obtener datos sobre la narrativa de la realidad que realiza la paciente. • Elaboración de hipótesis. 	Preguntas reflexivas.
<i>Sesión 5. Evaluación con la paciente y su padre</i>	<p>Obtención de información sobre la interacción paterno-filial.</p> <p>Comprensión de las perspectivas de ambos respecto a cómo se perciben el uno al otro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar en la creación del vínculo terapéutico. • Observar la interacción del holón paterno-filial (a nivel comunicativo y estructural). • Elaboración de hipótesis. 	Preguntas circulares y reflexivas.

Sesiones de evaluación	Contenido de las sesiones	Objetivos	Técnicas/ Instrumentos
<i>Sesión 9. Evaluación con la paciente y hermana mayor</i>	Recogida de historia familiar.	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar en la creación del vínculo terapéutico. • Observar la dinámica de interacción del holón fraternal. • Recogida de datos de la historia familiar 	Realización del Genograma

A continuación se incluye una descripción de las técnicas empleadas en la fase de evaluación sistémica:

- Juego de engranajes: técnica destinada a la comprensión del enfoque sistémico, en donde la conducta de cada miembro del sistema influye y retroalimenta la conducta del resto de los miembros. Permite visualizar e incorporar de manera experiencial la comprensión del concepto de sistema.
- Desencadenante de la situación actual: tiene el objetivo de comprender por qué se decide en este momento solicitar la psicoterapia, dotando de perspectiva temporal la comprensión del motivo de consulta.
- La pregunta milagro: técnica para establecer, de manera consensuada, los objetivos que se abordarán durante el tratamiento.
- Preguntas circulares: esta tipología de pregunta permite la recogida de información con el objetivo de comprender cómo perciben los demás la conducta problema que ha sido el motivo de consulta y la afectación que ésta tiene sobre el sistema. Posibilita formular hipótesis, indagar de qué manera percibe un tercero una relación diádica, además, la familia recibe inputs que facilitan una nueva perspectiva.
- Preguntas reflexivas: tienen el objetivo de generar intencionadamente una reflexión en el sistema sobre su conjunto de creencias, valores, mandatos, etc. que permite aflorar nuevas percepciones y conductas.
- Genograma: técnica que permite representar de manera gráfica el sistema familiar desde un punto de vista estructural y relacional, habitualmente recoge tres generaciones de la familia del paciente identificado. Permite a cada miembro del sistema familiar comprender y visualizarse como un parte de un todo. Al terapeuta le facilita la comprensión de ritos, normas, pautas relacionales familiares (que se transmiten intergeneracionalmente), además de ser un elemento clave para la elaboración de hipótesis (Fdez. Moya, Escalante y Palmero, 2011).

4. Formulación clínica del caso.

Se considera relevante para el presente caso, debido a la evolución del proceso terapéutico que se ha llevado a cabo, contemplando dos marcos y enfoques a lo largo del mismo, establecer su formulación clínica desde ambos marcos. Como se argumentará tras exponerlas, ambas formulaciones no son excluyentes sino complementarias.

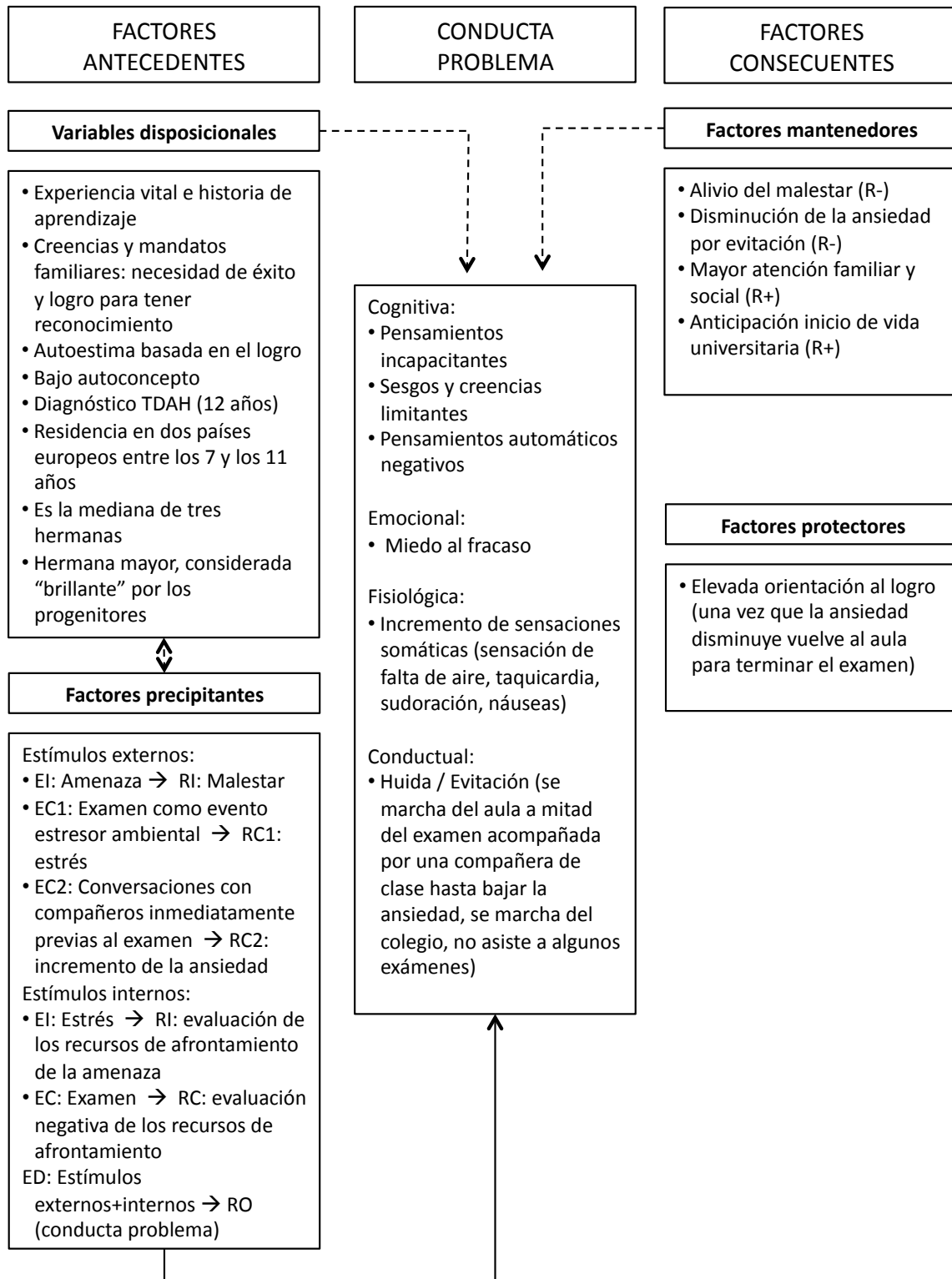
4.1. Formulación clínica de la primera fase del caso

Hipótesis de origen. El problema comienza en 6º de primaria, cuando Lys cuenta con 11 años. En ese momento reside en el extranjero, en un entorno académico con una metodología diferente a la habitual y con un idioma que no es el materno. Refiere en ese momento tener una sensación de falta de aire y fuerte angustia durante un examen, debido a lo cual, su profesora le anima a salir fuera del aula acompañándola ella misma, hasta que el episodio remite.

Hipótesis de mantenimiento. Un año más tarde, de regreso a España, la conducta problema se torna más frecuente en aparición e intensidad, comenzando a tener mayor sintomatología ansiosa así como incorporando aspectos cognitivos y emocionales. El primer evento referido en la hipótesis de origen le puede haber llevado a generalizar cualquier situación de evaluación académica como una situación altamente amenazante, y por tanto, ansiógena. El alivio producido por la posibilidad de la evitación de la situación, avalada por el centro académico, así como el logro de la atención familiar, social y médica pueden estar actuando como aspectos reforzadores de la conducta problema que lleva a Lys a consulta psicoterapéutica.

A continuación se presenta en la Figura 2 el análisis funcional del caso, teniendo en cuenta el enfoque cognitivo-conductual llevado a cabo en la primera fase del proceso terapéutico, tras lo cual, se comparten las hipótesis sistémicas que se plantean en la segunda fase del proceso.

Figura 2. Análisis funcional de la ansiedad frente los exámenes



En cuanto a los resultados del test TAMAI, caben resaltar los aspectos que a continuación se mencionan (Hernández-Guanir, 2015).

Lys muestra un nivel bajo en la escala de Inadaptación General. Esto es indicador de un buen grado de ajuste en los ámbitos personal, familiar, escolar y social. No obstante, en algunos subfactores se dan puntuaciones medio-altas y altas que resultan de interés. Al entrar en más detalle en las distintas escalas o factores, se observa que en la escala personal, obtiene una puntuación media-alta en el subfactor “Autosuficiencia defensiva”, lo que se interpreta como una tendencia a “resaltar de forma desmedida su autovalía, y adoptar reacciones de autodefensas, molestas para otros, y deficientes a largo plazo, para la propia persona”.

En el factor que mide la inadaptación escolar, solamente obtiene puntuaciones elevadas en el subfactor “Indisciplina”, entendido como el aspecto conductual que la persona muestra durante las interacciones en el ámbito académico (comportamientos tendentes a no cumplir las normas académicas establecidas, en este caso). En el factor que evalúa la inadaptación social, se dan dos subfactores con puntuaciones medio-altas, que son el “Autodesajuste social” y la “Disnomia”. Éstas indican que la conducta suele estar desajustada a la realidad social, en cuanto a que se produce un choque con las normas y el respeto a los demás. El tercer factor, la insatisfacción con el ambiente familiar, arroja puntuaciones muy altas en el subfactor “Insatisfacción con los hermanos”, referido a celos y conflictos fraternales, siendo consistente con el discurso de Lys a lo largo de todo el proceso terapéutico. En el factor “Educación adecuada del padre”, se obtienen puntuaciones medio-altas en los subfactores “Proteccionismo”, “Educación asistencial-personal” y “Marginación y rechazo afectivo”. En el factor “Educación adecuada de la madre”, cabe destacar puntuaciones medio-altas en “Asistencia Restrictiva” y puntuaciones altas en “Marginación afectiva”.

Obtiene puntuación baremada como muy alta en el factor “Pro-Imagen”. Este factor indica un remarcado grado de distorsión de la realidad, enjuiciándose a sí misma de forma sobrevalorada, y por ende, distorsionada.

4.2. Formulación clínica de la segunda fase del caso: Hipótesis sistémicas

El proceso terapéutico se aborda en un segundo momento desde un enfoque Familiar Sistémico, desde el cual, tras la fase de evaluación, se plantean las hipótesis sistémicas circulares que se comparten a continuación.

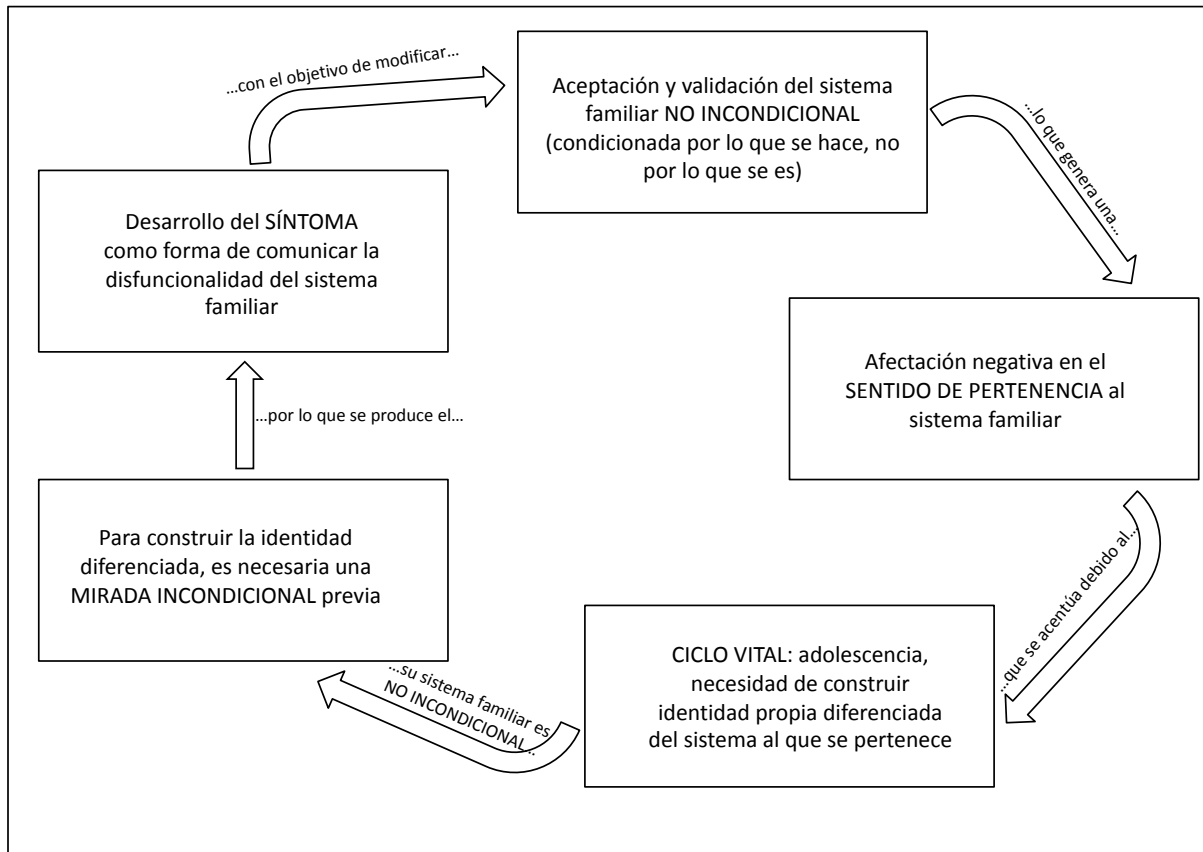
Hipótesis sistémica 1. Durante la infancia, el pilar básico de la autoestima es la mirada incondicional, que viene dada por lo que uno es, no por lo que uno hace o logra. En la familia de Lys, el reconocimiento y validación de todos los miembros del sistema están mediados por el logro. La necesidad del sentido de pertenencia a su sistema familiar de forma incondicional puede llevar a la paciente identificada a manifestar el síntoma como manera de comunicarse con todo el sistema.

Hipótesis sistémica 2. Otro aspecto conduce a hipotetizar que el ciclo vital en el que se encuentra Lys, la adolescencia, requiere la creación y búsqueda de identidad propia como parte de su proceso de individuación, generando su identidad y rol. Los progenitores identifican a la hermana mayor y la hermana pequeña de Lys como altamente capaces, por lo que una forma de diferenciación y de generar identidad propia dentro del subsistema fraternal puede ser a través de la generación del síntoma que presenta.

Hipótesis sistémica 3. Así mismo, en sistemas familiares con tres hijos, el hermano mediano muestra frecuentemente dificultad para consolidar su rol y lograr la mirada del subsistema parental (Boixareu, 2020), de manera que para conseguir ser vista y validada su existencia por este subsistema, la paciente identificada puede haber desarrollado el síntoma.

Hipótesis sistémica 4. Desde el marco sistémico se considera que el miembro que manifiesta el síntoma (el paciente identificado, Lys, en este caso), no es el más débil del sistema, sino el más sensible, el que a través de su síntoma permite a toda la familia replantearse una mirada nueva de mandatos transgeneracionales que pueden resultar disfuncionales (Boixareu, 2020). En este caso, ese mandato o introyecto es el de la necesidad de éxito académico y social para obtener la validación, reconocimiento y sentido de pertenencia al sistema.

Figura 3. Hipótesis circular sistémica



El enfoque de TFS pone su foco de trabajo en la resolución de las situaciones disfuncionales que tienen lugar en el momento presente, si bien, trabajando además de con aquello que acontece en la persona (sus eventos privados y públicos), ampliando la perspectiva a los factores del entorno que son relevantes, y la mirada al sistema familiar y la relación entre los miembros del mismo.

4.3. Objetivos de intervención

Una vez formuladas las hipótesis del caso, se plantean los siguientes objetivos para la intervención terapéutica, que guiarán la estrategia durante la fase del tratamiento. Se diferencian los objetivos abordados en la Fase I del proceso terapéutico (cognitivo-conductual) y los objetivos o dianas terapéuticas propuestas en la Fase II (abordaje familiar sistémico):

Fase I:

1. Construir vínculo que permita sostener el proceso terapéutico.
2. Identificar y modificar creencias y estructuras cognitivas distorsionadas (perfeccionismo, autoconcepto sobrevalorado, autoexigencia elevada...).
3. Identificar y conectar con sus emociones, para trabajar en una correcta expresión y gestión de las mismas (miedo, celos, envidia, rabia, tristeza, angustia).
4. Incrementar sus habilidades relacionales y comunicativas.
5. Acompañar en el entrenamiento de habilidades: gestión de conflictos, asertividad, gestión del tiempo y organización.
6. Afrontar de forma adaptativa las situaciones generadoras de estrés y ansiedad.
7. Incrementar la tolerancia y aceptación de emociones que le producen malestar.

Fase II: desde la perspectiva sistémica, la reducción del síntoma (ansiedad ante situaciones de evaluación) no es un objetivo per se a abordar, pues éste desaparecerá a medida que se vaya interviniendo en las pautas relacionales y las dinámicas de comunicación.

1. Construir vínculo que permita sostener el proceso terapéutico.
2. Acompañar en el proceso de construcción de identidad propia.
3. Trabajar con las narrativas dominantes sobre sí misma y sobre el problema, para modificarlas hacia una narrativa saludable y adaptativa.
4. Modificar las pautas de interacción disfuncionales e invalidantes en el sistema.
5. Acompañar a Lys en el abordaje de su estilo relacional.
6. Acompañar a la paciente en su proceso de transición en su nuevo ciclo vital.
7. Mejorar las interacciones de comunicación entre los miembros del sistema, para adquirir una mirada incondicional entre todos ellos, incrementando la mutua comprensión.

5. Tratamiento

5.1. Tratamiento durante la Fase I (abordaje cognitivo-conductual)

En esta primera fase del proceso terapéutico, tras la devolución de la información a la paciente y sus progenitores, tienen lugar 17 sesiones, con interrupciones debido al confinamiento y a la baja adherencia de la paciente. En la tabla 6 se incluye la temporalización de las sesiones. En la tabla 7 se aborda la descripción de las sesiones y técnicas empleadas, asociadas a los objetivos de intervención.

Tabla 6.

Temporalización de las sesiones de intervención Fase I

Nº Sesiones de intervención	Periodicidad	Duración
17	Quincenal (variable)	55 minutos

Tabla 7.

Tratamiento Fase I (cognitivo-conductual)

Sesiones	Descripción de la sesión	Objetivos*	Técnicas
<i>Sesión 1</i>	Identificación y abordaje de disonancias cognitivas Abordaje de pensamientos catastróficos.	Objetivos 1, 2, 6	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogo socrático • Cuestionario escrito: “Discusión cognitiva de pensamientos catastróficos” • Vínculo terapéutico
<i>Sesión 2</i>	Anticipación de problemas y resolución de problemas Pensamientos negativos	Objetivos 1, 2, 3	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogo socrático • Psicoeducación
<i>Sesión 3</i>	Identificación creencias limitantes Identificación pensamientos negativos (PANs)	Objetivos 1, 2, 7	<ul style="list-style-type: none"> • Defusión cognitiva
<i>Sesión 4</i>	Trabajo sobre los éxitos y las fortalezas Identificación creencias limitantes	Objetivos 1, 5, 6	<ul style="list-style-type: none"> • Discusión socrática • Psicoeducación
<i>Sesión 5</i>	Autoconocimiento y creación de identidad saludable	Objetivos 1, 3, 6, 7	<ul style="list-style-type: none"> • Defusión cognitiva (empleo de metáfora de las nubes)

Sesiones	Descripción de la sesión	Objetivos*	Técnicas
<i>Sesiones 6 y 7 (online)</i>	Sesiones durante el confinamiento Exploración emociones y pensamientos catastrofistas	Objetivos 1, 2, 3	• Diálogo socrático
<i>Sesión 8</i>	Sesión online de seguimiento durante el confinamiento con toda la familia	Objetivos 1, 3, 4	• Diálogo socrático
<i>Sesión 9</i>	Metacomunicación sobre la falta de adherencia y compromiso Externalización del síntoma Miedo al fracaso	Objetivos 1, 2, 3, 7	• Metacomunicación • Vínculo terapéutico • Psicoeducación • Defusión cognitiva
<i>Sesión 10</i>	Perfeccionismo y autoexigencia	Objetivos 1, 2	• Diálogo socrático
<i>Sesión 11</i>	Análisis de situaciones sociales estresantes	Objetivos 1, 4, 5	• Role Play
<i>Sesión 12</i>	Logros conseguidos hasta el momento (a nivel académico, familiar y social) y trabajo sobre fortalezas: autoestima	Objetivos 1, 3, 4	• Diálogo socrático • Devolución de información
<i>Sesión 13</i>	Pensamientos limitantes: “Nadie me entiende” “Todo me da miedo” Relaciones sociales	Objetivos 1, 2, 4	• Debate
<i>Sesión 14</i>	Sesión de preparación para la derivación a terapia familiar	• Vínculo y aceptación de la nueva fase	• Psicoeducación
<i>Sesión 15</i>	Pensamientos limitantes: “Miedo al error”	Objetivos 1, 2, 7	• Diálogo socrático • Ventana de tolerancia
<i>Sesión 16</i>	Compromiso de tareas para realizar: <ul style="list-style-type: none"> • Identificar emociones en el cuerpo y conectarlo a un color • Verbalizar a las personas que le rodean cosas positivas • Mirarse al espejo con sus fortalezas • Escucharse qué quiere y qué necesita • Gestión del tiempo 	Objetivos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	• Listado de tareas de autorregistro para el afianzamiento de los procesos de ACT (hexaflex: defusión cognitiva, aceptación, foco en el presente, valores, acción comprometida y yo como

	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos: retos semanales • Listado de cualidades positivas • Listado de pensamientos catastrofistas • Defusión pensamientos negativos • Listado avances: momentos positivos • Listado de eventos evitados por miedo/ansiedad • Retomar el momento presente • Aceptación de que el malestar no evita “seguir viviendo” 	contexto).
--	--	------------

<p><i>Sesión 17</i></p>	<p>Autoafirmación: reafirmación de los logros y aceptación de malestar</p> <p>Técnicas de visualización para relajación</p>	<p>Objetivos 1, 6</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de visualización (lugar feliz) y relajación
-------------------------	---	-----------------------	---

() Ver los Objetivos formulados para la fase I de intervención en la página 28.*

En la sesión 14 de la fase I de intervención con Lys se plantea que se han producido avances parciales en el logro de los objetivos propuestos, como un incremento de la tolerancia al malestar, si bien, se considera que será más beneficioso realizar sesiones de índole familiar. La paciente en un primer momento manifiesta rechazo a la idea de la participación parental en su proceso, aunque finalmente se muestra receptiva.

Esta decisión se toma tras varias sesiones de supervisión del caso con el equipo de profesionales del centro (del área de neuropsicología y del área de familia). Se considera que las interacciones del sistema familiar están reforzando la permanencia del síntoma y se decide derivar el caso. Durante dos meses se mantienen sesiones en paralelo para facilitar el proceso de transición

5.2. Tratamiento durante la Fase II (abordaje familiar-sistémico)

Tras la evaluación y elaboración de hipótesis y objetivos en esta nueva fase del proceso terapéutico, se procede a la intervención familiar sistémica. En este enfoque, se trabaja con el presente, pero si hay elementos del pasado que dificultan avanzar, se vuelve sobre esa situación, para permitir generar una narrativa más funcional que permita el avance. Se trabaja desde lo simbólico, lo lúdico y lo narrativo, buscando una externalización y simbolización del síntoma, para estar en el presente de una manera adaptada y funcional.

En la Tabla 8 se muestra la temporalización de las sesiones de intervención de la Fase II (abordaje sistémico):

Tabla 8.

Temporalización de las sesiones de intervención Fase II

Nº Sesiones de intervención	Periodicidad	Duración
47	Semanal	55 minutos

Debido a la extensión del tratamiento, 47 sesiones a lo largo de dos años, se ha optado por exponer un resumen (Tabla 9) de las sesiones de intervención, agrupándolas por el contenido tratado (individual, referido a la construcción funcional de su identidad, su autoestima y su gestión emocional, y contenidos referidos al ámbito relacional, a nivel familiar y social). Se incluyen en esta tabla, las técnicas genéricas y herramientas específicas que se han empleado, asociadas a cada ámbito de intervención.

Tabla 9.

Tratamiento Fase II (familiar-sistémico)

Sesiones Totales: 47							
Sesiones con Lys: 38 - Sesiones familiares: 4 - Sesiones progenitores y Lys: 3 - Sesiones con hermana mayor: 2							
Contenidos tratados en las sesiones de intervención desde el enfoque familiar sistémico							
Intrapsíquico-Intrapersonal			Intersubjetivo-Interpersonal				
Identidad	Autoconcepto	Gestión Emocional	Relaciones familiares		Relaciones Sociales		
Sentido de pertenencia / Diferenciación	Autovalía / Autoestima	Emociones disfuncionales / Recursos	Familia Nuclear: sesión 6		Familia Extensa	Amistades	Pareja
			Progenitores: sesiones 12, 15, 43, 49	Hermanas: sesiones 9, 10	Abuelos, tios, primos		
Técnicas genéricas empleadas							
Vínculo terapéutico							
Metacomunicación							
Observación conductual (digital y analógica)							
Señalamiento							
Confrontación							
Preguntas circulares: triádicas, clasificatorias, sobre alianzas, explicativas e hipotéticas							
Preguntas reflexivas: orientadas al futuro y orientadas al cambio							
Preguntas estratégicas							
Línea de vida							

Tabla 9. (Continuación)

Contenidos tratados en las sesiones de intervención desde el enfoque familiar sistémico						
Intrapsíquico-Intrapersonal			Intersubjetivo-Interpersonal			
Identidad	Autoconcepto	Gestión Emocional	Relaciones familiares		Relaciones Sociales	
Sentido de pertenencia / Diferenciación	Autovalía / Autoestima	Emociones disfuncionales / Recursos	Familia Nuclear: sesión 6 Progenitores: sesiones 12, 15, 43, 49		Familia Extensa Abuelos, tios, primos	Amistades Pareja
Herramientas específicas empleadas						
Creencias limitantes	Análisis Fortalezas	Psicoeducación: Ventana de Tolerancia	Cuestionamiento del síntoma: reformulación del problema		Story Cubes	
Exploración mandatos familiares e introyectos		Pregunta mágica: ¿Qué pasaría si no sintieras...?	Genograma	Ventilación / Desahogo emocional		
Crear una narrativa diferente respecto a su identidad		Screening emocional	Diferenciación de roles y subsistemas			
Preguntas reflexivas	Exploración mandatos familiares e introyectos	Externalización: conciencia corporal	Análisis estructura jerárquica familiar			
Trabajo sobre fortalezas		Validación emocional	Preguntas triádicas			
Juego Cartas "Dixit": Quién soy y quién quiero ser	Atributos positivos	Cuestionamiento del síntoma: reformulación del problema				
		Intención paradójica				

A continuación se detalla en qué consisten las técnicas y herramientas empleadas a lo largo de la intervención, agrupadas por técnicas comunes en ambas fases y las técnicas específicas de cada abordaje.

Técnicas y herramientas de intervención comunes:

- Vínculo terapéutico: estrategia relacional empleada a lo largo de todo el proceso de interacción terapéutica. Implica una “concepción diádica de la terapia, donde los fenómenos emergentes en la interacción dependen de ambos participantes y son resultado de las dinámicas de intersubjetividad”. (Coelho y Figueredo, 2003; Marková, 2000, 2003, citados en Molina et al., 2013)
- Metacomunicación: proporciona información sobre los propios mensajes verbales, es una condición necesaria para que la comunicación entre el emisor y el receptor tenga éxito (Wazlawick, 2011).
- Psicoeducación: el profesional proporciona información relevante al paciente y sus familiares, acerca de la conducta problema, tratamiento y pronóstico. Se concibe también como una técnica de intervención ya que estimula procesos de cambio al involucrar procesos cognitivos.
- Observación conductual: observación de comportamientos y formas de interactuar de la persona identificada.

Técnicas y herramientas de intervención específicas del abordaje cognitivo conductual:

- Diálogo socrático: el terapeuta, a través de preguntas y reflexiones, facilita que afloren creencias irracionales (Ellis y Beck, 1966) y estructuras cognitivas distorsionadas del paciente, de modo que va tomando conciencia de la incongruencia de las mismas, generando un pensamiento más flexible y adaptativo (Partarrieu, 2011).
- Cuestionario escrito: herramienta de recopilación de información, que consiste en una serie sucesiva y organizada de preguntas, abiertas, en este caso (Ver Anexo III).
- Defusión cognitiva: persigue capacitar a la persona para defusionar sus emociones, pensamientos y recuerdos y poder contemplarlos como algo distinto a la realidad, aceptándolos como son.
- Metáfora de las nubes: técnica empleada para defusión cognitiva. Debe imaginar a sus pensamientos en nubes, observándolos pasar y marcharse, dejándolos ir. Las nubes están en el cielo pero no son el cielo.
- Autorregistros: permite recopilar información por parte del paciente, sobre aquello acordado con su terapeuta (conductas, pensamientos, emociones, etc., puede registrarse en cuanto a intensidad, frecuencia, duración, contenido, etc.)

- Role Play: se entrena un comportamiento a través de la dramatización para adquirir habilidades mediante una simulación en la que se representa una situación de la vida real objeto de intervención.
- Debate: permite a dos o más personas expresar, defender y compartir sus opiniones y puntos de vista a cerca de uno o varios temas.
- Visualización enfocada "Lugar feliz": a través de instrucciones se va guiando a la persona para visionar un entorno en que se haya sentido feliz, reproducir esas emociones y disminuir la intensidad de las emociones negativas.

Técnicas y herramientas empleadas durante la intervención desde el marco familiar sistémico:

- Señalamiento: intervención del terapeuta para que el paciente repare en sus asociaciones, creencias limitantes, mandatos internos, y pueda reflexionar al respecto, permitiendo aflorar nuevas perspectivas (Etchegoyen, 1986, citado en Carusi y Slapak, 2010).
- Confrontación: un tipo de señalamiento, donde el terapeuta dirige al paciente hacia aspectos contradictorios o incoherentes en sus procesos de pensamiento, actitudes y comportamientos (Etchegoyen, 1986, citado en Carusi y Slapak, 2010).
- Preguntas circulares: introducen en la familia "inputs", conexiones entre distintos hechos, permitiendo adquirir una nueva visión del problema. Se dan cinco tipos de preguntas circulares (Cechin y Boscolo, 2002):
 - Triádicas: se pide la percepción que tiene un tercero respecto a la relación existente entre otros dos miembros del sistema, estando estos presentes.
 - Clasificadoras: ayudan a esbozar un nuevo mapa de relaciones y permiten que la familia considere posibilidades alternativas (Tomm, 1984).
 - Sobre alianzas: permiten establecer quién está más cerca de quién y conocer las alianzas familiares.
 - Explicativas: se persigue el por qué se da o sucedió algo, buscando información sobre el sistema de creencias, en ocasiones elicitando secretos.
 - Hipotéticas: exploran cómo reacciona el sistema familiar ante situaciones positivas o negativas que pudieran acontecer, facilitando que tengan en cuenta distintas alternativas.

- Preguntas reflexivas: pueden ser orientadas al futuro, con el fin de generar reflexiones a cerca de metas y objetivos u orientadas al cambio, para generar alternativas de actuación diferentes a las ya probadas.
- Preguntas estratégicas: se emplean como intervención, para generar crisis, aumentar la intensidad o lograr un cuestionamiento.
- Línea de vida: es un esquema o tabla temporal (puede ser una gráfica) donde se ubican los eventos vitales más relevantes de la biografía del paciente. Su realización es parte del proceso terapéutico, permite al paciente construir una narrativa propia. Se traen al presente circunstancias o experiencias significativas que inconscientemente están influyendo en el momento actual, para posteriormente, abordarlas terapéuticamente.
- Genograma: representación gráfica del sistema familiar, a nivel estructural y relacional, habitualmente recoge tres generaciones. Permite a cada miembro visualizarse como un parte de un todo. Al terapeuta le permite comprender ritos, normas, pautas relacionales familiares (que se transmiten intergeneracionalmente) (Fdez. Moya, Escalante y Palmero, 2011).
- Ventana de Tolerancia de Siegel: concepto abordado desde la psicoeducación, explica el rango de intensidad emocional que una persona puede experimentar sin que se den desajustes, por hiperactivación o hipoactivación emocional.
- Creación de narrativa alternativa: pretende generar enfoques alternativos, más constructivos y positivos en la manera en que la persona se relata los sucesos que ha experimentado.
- Exploración de creencias/mandatos/introyectos: busca que afloren las creencias o mandatos internos que tiene el paciente que le llevan a actuar de manera disfuncional.
- Reformulación del problema (cuestionamiento del síntoma): exploración del síntoma para conocer qué función cumple en el paciente o en el sistema, contemplándolo desde una óptica diferente a la planteada en el motivo de consulta.
- Externalización: pretende separar el síntoma de la identidad de la persona que lo padece, para evitar la culpabilización, incrementar la implicación de todo el sistema familiar y abordarlo de una forma más tolerable (White, Michael y Epston, 1996).
- Intención paradójica: se le pide al paciente que magnifique sus síntomas de modo que tome distancia de ellos, y comprenda la escasa probabilidad de ocurrencia de las consecuencias catastróficas temidas.
- Screening emocional: entrenamiento al paciente en la realización de un análisis de sus emociones, en contenido e intensidad.

- Ventilación/desahogo emocional: permite exteriorizar emociones que el paciente está ocultando o tratando de ignorar.
- Trabajo en fortalezas y atributos positivos: se busca que el paciente tome conciencia de sus recursos, que le están sirviendo y le pueden servir como palancas de apoyo para afrontar situaciones.
- Juego de cartas Dixit: herramienta lúdica creada con múltiples fines. En este caso, se ha empleado como un vehículo proyectivo para clarificar y tomar conciencia de la identidad y rol que desea la paciente.
- Story cubes: juego en donde cada miembro del sistema cuenta una historia en base a unas mismas imágenes obtenidas al azar (lanzando dados con imágenes). Permite comprender, de manera lúdica, de que ante una misma realidad, cada persona puede tener diferentes interpretaciones y emociones.

6. Valoración del tratamiento

6.1. Valoración de la consecución de objetivos

Tras el proceso de intervención con Lys se han producido mejoras en algunos de los principales objetivos planteados.

Durante el primer año de intervención con un enfoque cognitivo-conductual, tras un total de 21 sesiones (de evaluación e intervención), Lys logró diferenciar a nivel racional su autovalía de los resultados académicos que obtuviera, comprendiendo que, como ella verbalizaba “soy más que los resultados de mis exámenes”. Si bien, a pesar de esa ligera mejoría, a nivel emocional seguía mostrando una elevada fusión de su identidad con los resultados de su desempeño y su éxito académico y social.

En ese punto, se tuvieron en cuenta las circunstancias contextuales, el devenir de los eventos en su momento vital y en su familia, las cuales no estaban contribuyendo hacia una evolución positiva en los objetivos establecidos para la paciente. Estas circunstancias eran el comienzo de su Bachillerato Internacional, en un entorno académico altamente demandante (tanto en los niveles de exigencia de la institución, como en los niveles de exigencia que mostraban sus compañeros). De forma coincidente en el tiempo, su hermana mayor, hacia quien la paciente manifestaba sentimientos de envidia y celos, y que era señalada por sus padres como “brillante”, comienza su formación universitaria en un ámbito tecnológico, formación que su familia considera altamente prestigiosa y de gran valor, y lo hace obteniendo unos resultados excelentes, al tiempo que mantiene vínculos sociales con sus iguales de manera positiva.

Se considera que estas circunstancias de los sistemas familiares y sociales a los que pertenece la paciente pueden estar obstaculizando su evolución en cuanto a la generación de una identidad propia positiva, a la creación de una autoestima que no esté basada en el logro, a la gestión adecuada de determinadas emociones (miedo, celos, envidia, rabia, tristeza, angustia), puesto que actúan como reforzadores de la conducta problema.

Comprender la interferencia que estaba suponiendo para la paciente el sistema de creencias y valores que posee el sistema familiar al que pertenece, fue decisivo a la hora de considerar la necesidad de la derivación del caso para abordarlo con un enfoque familiar sistémico, considerándose que el foco de

trabajo, además de situarse en aspectos intrapsíquicos, debía incorporar también la visión intersubjetiva del sistema.

A lo largo de la intervención con el enfoque familiar-sistémico, que ha tenido lugar durante dos años, se ha intervenido con la familia, que ha mostrado ciertas resistencias, como se menciona en el siguiente apartado. Se ha situado el esfuerzo terapéutico en el aspecto nuclear, éste es, la construcción de la identidad de la paciente, a partir de la capacidad para diferenciarse del sistema familiar y se le ha acompañado en su transición a la vida universitaria. Lys ha ido aceptando sus fortalezas, pero también ha podido abrazar sus áreas de mejora, con una mirada más compasiva y menos punitiva (su discurso frecuentemente se encontraba polarizado, en ocasiones se autodefinía como una persona totalmente incapaz para afrontar los más mínimos retos, mientras que en otros momentos verbalizaba un autoconcepto sobrevalorado y desmedido, considerándose una persona excepcional que tiene mala suerte porque los demás logran mejores notas, mejores amigos, mejores universidades, etc.).

Así mismo, Lys ha ido regulando la gestión de las emociones disfuncionales que le impedían afrontar su vida académica, familiar y social, logrando conseguir sus objetivos académicos y vitales. Ha incrementado su ventana de tolerancia a situaciones generadoras de estrés. Aprobó su Bachillerato Internacional, a pesar de la angustia y el malestar que le siguen generando los exámenes, no volvió a necesitar salir de clase durante ninguno. Consiguió ser admitida en una universidad fuera de España, donde actualmente está cursando su primer año. Afrontó con su familia de manera asertiva su deseo de marcharse fuera, a pesar de las dudas que mostraba el sistema parental, transmitiéndole mensajes de sobreprotección e incapacidad para esta nueva etapa (su padre quería que se quedase en una universidad cercana a su residencia familiar “Lys no tiene mucha autoconfianza y no es la más lista” y su madre le alentaba a bajar sus expectativas y seleccionar una formación menos “exigente”, le pedía “conformarse”).

A lo largo de los dos años de intervención se ha producido una evolución en sus relaciones con su hermana mayor y con su círculo de amistades, cambiando poco a poco su visión centrada en sus necesidades y expectativas hacia una visión más amplia y empática, pudiendo comprender y conciliar éstas con las necesidades y expectativas de los demás, construyendo una nueva narrativa de su realidad de una manera más funcional y adaptativa.

En la actualidad la paciente está estudiando fuera, ha valorado la visita y la ayuda de su hermana mayor para instalarse, y ha construido un nuevo círculo de amistades en ese nuevo entorno. En el último mes comienza a mencionar aspectos de relación de pareja, algo que hasta la fecha, tras tres años de intervención, nunca había considerado.

En cuanto a su farmacoterapia, desde que vive fuera no toma de manera regular su medicación (antidepresivos), por lo que en coordinación con su psiquiatra, se acuerda retirarle esa medicación y prescribirle medicación de rescate que pueda tomar de forma puntual en casos en los que esté muy desregulada y ansiógena (Lorazepam 5mg.).

6.2. Valoración de la adherencia al tratamiento

Durante la primera fase del caso, en la sesión 13ª (la novena sesión de la fase de tratamiento) fue preciso volver a reencuadrar la intervención con Lys, insistiendo en la criticidad del compromiso con el proceso terapéutico y su adherencia a las sesiones.

En la segunda fase, así mismo, ha habido dificultades en la adherencia al tratamiento, de forma más evidente por parte de su madre y su hermana mayor, y por parte del padre de manera más sutil (consultar su móvil durante las sesiones, por ejemplo). Desde esta mirada sistémica se hipotetiza que la posible razón por la que el sistema familiar ha mostrado resistencia a romper el equilibrio establecido, es que para este sistema, es Lys quien tiene el problema, lo que facilita al resto de los miembros una narrativa propia acerca de su funcionalidad. De hecho, en todo momento han decidido dejar fuera del proceso a la hermana menor, mientras que la hermana mayor verbaliza que ha decidido no involucrarse más en el proceso terapéutico “porque no es mi problema, es de Lys; yo no tengo que cambiar nada porque yo no tengo problemas”.

En la siguiente tabla se muestran datos del estudio realizado por Krebs et al. (2012) donde se puede observar la correlación inversa que se da entre la ansiedad inicial y la adherencia a la psicoterapia: cuanto mayor es la primera, menor adherencia al proceso terapéutico.

Tabla 10.

Ansiedad inicial y adherencia a Psicoterapia (Krebs et al. 2012)

Nivel de ansiedad (rangos Hamilton)	Adherencia	Abandono	Total
Sin ansiedad y ansiedad leve	11 84.6%	2 15.4%	13 100%
Ansiedad moderada	13 39.4%	20 60.6%	33 100%
Ansiedad grave	3 15.8%	16 84.2%	19 100%

7. **Discusión y conclusiones**

El presente Caso Clínico tiene como objetivo exponer una forma de abordaje psicoterapéutica integradora, donde se han incorporado distintos marcos y enfoques, de forma complementaria y desde la reflexión compartida, con una actitud colaborativa por parte de todos los profesionales y áreas implicadas durante el proceso psicoterapéutico que se ha llevado a cabo con la paciente (neuropsicología, psiquiatría, área familiar sistémica). El principio esencial que ha primado en todo momento no es otro que la actuación de los profesionales priorizando tomar decisiones al servicio de las necesidades del paciente.

Una primera reflexión que se considera de interés incluir en esta discusión, es que el abordaje de un proceso terapéutico poniendo el foco en lo que acontece dentro de la paciente, siendo ésta el único marco de referencia para la intervención, ha contribuido a una mínima mejora, insuficiente respecto a la sintomatología que presentaba. Esta situación, condujo al equipo a contemplar el caso con una mirada crítica, cuestionando la efectividad de la intervención realizada y permitiendo la elaboración de nuevas hipótesis respecto a su entorno, que podría ser altamente determinante en la conducta problema de Lys y estaba actuando como una barrera a la progresión positiva de su evolución. La discusión y reflexión integradora entre profesionales que emplean distintos abordajes propició la decisión de virar hacia un enfoque que incorporase además del trabajo intrapsíquico, la visión intersubjetiva, esto es, la importancia de considerar la intervención en las interacciones dentro los sistemas a los que pertenecía la paciente, a nivel familiar y social.

Esta estrategia de actuación colaborativa, con una actitud receptiva a distintas perspectivas que permitan una visión más amplia en el abordaje terapéutico es un marco de discusión epistemológica y un movimiento cada vez más presente en la práctica clínica. Prada Villalobos (2012) comparte un ensayo en el que reflexiona acerca de la importancia de contar con un marco epistemológico en el que se sustente la integración de enfoques cognitivos y sistémicos. Desde el entorno universitario y científico se promueve la importancia de integrar la Investigación, la Docencia y la Extensión, no estando exenta de este objetivo la disciplina psicológica. En la psicología clínica, esta necesidad de trabajo integrado es más acuciante debido a la necesidad que tienen los profesionales de contar con múltiples recursos en el afrontamiento de tan variadas y complejas situaciones que les son demandadas en consulta. Norcross y Goldfiel (2005, citado en Prada Villalobos, 2012), proponen la integración a partir de la identificación de los principios en

común que se dan en las distintas teorías. La psicología cognitiva ha ido evolucionando a partir de esta visión integradora, generándose marcos explicativos más ricos. En dicho ensayo, Prada Villalobos (2012) resalta “el enfoque sistémico como un nivel de integración meta-teórico, pues provee de un marco epistémico amplio, flexible y lo suficientemente explicativo como para poder comprender tanto el progreso de la psicología cognitiva como el esfuerzo del movimiento integrador para encontrar elementos en común en la práctica”.

Una segunda reflexión que se considera de interés en la discusión de este Caso Clínico es la necesidad de flexibilizar y adaptar el marco teórico en el que se sustenta la actuación de los profesionales a la realidad única de las necesidades y conductas de cada paciente en particular. Así, si atendemos al abordaje farmacoterapéutico del caso, se hacía mención en el marco teórico de este estudio de caso a las 3 etapas en el protocolo de intervención de la farmacoterapia (Cía, Carnelli y Casas, 1994). Si bien en la etapa 2 se establece que el consenso internacional considera que exista un periodo de mantenimiento de la medicación de entre 12 y 18 meses a partir de que la paciente se encuentre asintomática, la realidad del caso ha sido que la adherencia de Lys al tratamiento farmacológico ha disminuido tras la fase aguda, tomando la medicación antidepresiva de forma aleatoria, lo que ha llevado a su psiquiatra a adaptarse a la peculiaridad individual de las circunstancias y a tomar la decisión de sustituir esta medicación por un fármaco de rescate, con el objetivo de minimizar los riesgos que conlleva esta inadecuada ingesta que se estaba produciendo.

Un tercer elemento de reflexión a aportar en esta discusión del caso es comprender las distintas funciones que puede tener una misma circunstancia, es decir, al conjunto de variables que tienen relevancia y a la función que cumplen, en tanto que se produce la paradoja de que determinadas variables o estructuras mentales del paciente pueden actuar como factores precipitantes y factores protectores simultáneamente, como se refleja en el Análisis Funcional efectuado. En el presente caso clínico, la paciente hace manifiestos unos elevados niveles de autoexigencia y orientación al logro que marcan su conducta, y estos inciden en el incremento de sus niveles de ansiedad y malestar, contribuyendo a la aparición en frecuencia e intensidad de la conducta problema. Por otra parte, precisamente esta misma elevada orientación al logro contribuye a que la paciente no “tire la toalla”, persista una y otra vez para conseguir hacer frente a su malestar en aras de conseguir sus objetivos, incluidos los definidos en el marco de intervención terapéutica.

Otro interesante aspecto a incluir en esta discusión es la diferente concepción del síntoma y el motivo de consulta que se da en los distintos marcos teóricos. En este Caso Clínico el motivo que originó la consulta

fue la elevada angustia que presentaba la paciente ante los exámenes, pues se había convertido en un elemento limitante y disfuncional en su vida. Como ocurre frecuentemente en los procesos psicoterapéuticos, se observó que este aspecto era sólo una parte, la parte más visible e incómoda para la paciente y para su familia, de la conducta problema. En la primera fase de la intervención con Lys, se establecieron objetivos destinados a trabajar con el síntoma, mientras que en la segunda fase, desde el abordaje familiar-sistémico, se considera al síntoma una forma más de comunicación del paciente con su sistema, por lo que no se trata de un elemento a modificar en sí mismo, sino que éste, una vez modificadas las interacciones disfuncionales que se dan en el sistema, deja de cumplir su función y desaparece.

Así mismo, cabe resaltar en esta discusión la vinculación de la teoría de los Cluster (Bustos, 2007) con las hipótesis sistémicas establecidas, que facilita la comprensión de la herida vincular de la paciente (la dificultad para lograr un sentido de pertenencia incondicional al sistema familiar, pues éste se rige por la importancia de la consecución de éxito y reconocimiento externo), y su expresión en sintomatología somática y una herida de tintes narcisistas, aspectos descritos en el Cluster I de Dalmiro Bustos.

Por último, incorporar la reflexión sobre cómo circunstancias de contexto adversas que han tenido una fuerte afectación en la salud mental de la población generadas por la pandemia y el confinamiento, paralelamente, han permitido la incorporación normalizada de las tecnologías en todos los ámbitos, incluido el clínico, lo que en este caso ha facilitado la continuidad del proceso terapéutico de la paciente a pesar de su traslado fuera de España.

Respecto a las principales limitaciones que se han dado en el presente Caso Clínico, han venido de la mano de la falta de adherencia, por parte de la paciente en la primera fase, quien incumplía con las sesiones programadas al dar prioridad a sus asuntos académicos sobre los terapéuticos, y por parte del sistema familiar en la segunda fase, debido a la resistencia a involucrarse en un proceso terapéutico, pues esto conlleva cuestionarse como familia desde una mirada crítica para con ello, permitir aflorar una transformación en las formas de comunicar y las creencias y mandatos familiares. Ha sido complicado establecer un vínculo terapéutico con la madre y la hermana mayor de la paciente, lo que probablemente ha contribuido a dilatar en el tiempo la duración del proceso.

Así mismo, no se han realizado medidas objetivas pre-tratamiento y post-tratamiento, lo que impide conocer con mayor precisión y concreción los cambios que se han producido en la paciente. Hubiera sido de interés incluir algunos cuestionarios de evaluación pre y post como los aquí sugeridos:

- Cuestionario de evaluación de la ansiedad frente a los exámenes (CAEX), de Valero (1997) –ver anexo V-. Este cuestionario mide los componentes fisiológico, cognitivo y motor, con una estructura de cuatro factores, la preocupación (respuestas de índole cognitiva que se basan en el temor ante la situación de examen), las respuestas fisiológicas (atendiendo a esta sintomatología antes, durante y después del examen), las distintas situaciones (referidas a las modalidades de exámenes), y las respuestas de evitación (que la persona puede poner en marcha para evadir la situación de examen) (Torrano-Martínez et al., 2017).
- CaMir-R (Cuestionario sobre apego), de Lacasa y Muela (2014) – ver anexo VI- que proporciona información a cerca de cómo evalúa el sujeto las experiencias de apego que ha tenido en el pasado y tiene en el presente, así como sobre el funcionamiento familiar.
- Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA), de Fernández-Pinto et al. (2015), en su versión de autoinforme e informe de los padres –ver anexo VII-. Este instrumento mide un amplio espectro de problemas emocionales y de conducta desde los 3 hasta los 18 años (interiorizados, exteriorizados y específicos), así como áreas de vulnerabilidad y recursos psicológicos que pueden actuar como factores protectores.

Contar con esta información habría permitido un diseño de la estrategia de intervención de manera más precisa y exhaustiva. Así mismo, hubiera sido recomendable tener las medidas post-tratamiento del cuestionario TAMAI, que se aplicó al inicio del proceso de evaluación a la paciente, para obtener una información de la evolución de Lys en los aspectos evaluados en el cuestionario.

No obstante, a pesar de que se hubiera podido complementar la información respecto a la evaluación y medir posteriormente los resultados del tratamiento con el empleo de estas herramientas, se considera que el tratamiento ha sido exitoso a la luz de las evidencias en los cambios vitales acontecidos en Lys. En este sentido, a modo de conclusión cabe también preguntarse cuáles ha sido los elementos determinantes en la evolución positiva de la paciente en su proceso terapéutico.

Respecto a esta reflexión sobre qué aspectos son críticos y qué peso tienen en el éxito al abordar un proceso terapéutico por parte de los profesionales, en 1999, Hubb et al., basados en el trabajo de Lambert (1992), llegaron a la conclusión de que son cuatro los factores (“the big four”) que juegan un papel relevante sobre los resultados de la terapia.

1. 40% depende de factores “extraterapéuticos”: características del paciente, apoyo social, acontecimientos vitales, etc.

2. 30% depende de los *factores comunes* de todo tipo de terapia: encuadre, empatía, apoyo, aceptación, en definitiva, la relación terapéutica.
3. 15% depende de las expectativas del paciente o efecto placebo
4. 15% depende de las técnicas específicas utilizadas.

Por tanto, según arrojan los estudios realizados al respecto, son múltiples las variables que inciden en el pronóstico de la evolución de un proceso psicoterapéutico, más allá del marco teórico desde el que se aborde, siendo el vínculo y la relación que se establece entre terapeuta y pacientes un elemento común y clave para el logro de los objetivos terapéuticos.

8. Referencias bibliográficas

Aguayo, L. V. (1999). Evaluación de ansiedad ante exámenes: Datos de aplicación y fiabilidad de un cuestionario CAEX. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 15(2), 223-231.

Bausela Herreras, E. (2005). Ansiedad ante los exámenes: evaluación e intervención psicopedagógica. *Educere*, 9(31), 553-557.

Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., & Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(Número 3), 486-494. Recuperado a partir de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/9090>

Boixareu, M. B. (2020). *Manual de psicoterapia emocional sistémica*. Sentir Editorial.

Carusi, T., & Slapak, S. (2010). Las intervenciones del psicoterapeuta: Estudio comparativo en un grupo psicoterapéutico psicoanalítico de niños y en un grupo de orientación a sus respectivos padres o adultos responsables. *Anuario de investigaciones*, 17, 25-32.

Celdrán, E. T. (2022). Abordaje de la Ansiedad desde la Psicoterapia Emocional Sistémica. *Clínica Contemporánea*, 13(3), Artículo e22. <https://doi.org/10.5093/cc2022a18>

Feixas i Viaplana, G., Muñoz Cano, D., Compañ, V., & Montesano del Campo, A. (2012). El modelo sistémico en la intervención familiar.

Fernández, E. M., & Dall'Armellina, F. J. (2019). Influencia de factores genéticos y ambientales en el desarrollo de trastornos de ansiedad (Doctoral dissertation).

Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M. A., & Del Barrio, V. (2015). Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. *SENA. Madrid: TEA Ediciones*.

García-Fernández, J. M., Inglés, C. J., Martínez-Monteagudo, M. C., & Redondo, J. (2008). Evaluación y tratamiento de la ansiedad escolar en la infancia y la adolescencia. *Psicología conductual*, 16(3), 413-437.

- García-Fernández, J. M., Martínez-Monteaquedo, M. C., & Inglés, C. J. (2013). ¿Cómo se relaciona la ansiedad escolar con el rendimiento académico?. *Revista Iberoamericana de psicología y salud*, 4(1), 63-76.
- Haley, J., & Richeport-Haley, M. (2006). *El arte de la terapia estratégica* (Vol. 91). Grupo Planeta (GBS).
- Hernández-Guanir, P. (2015). TAMAI. *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil. Manual*, 7.
- Juárez, N. (2016). Estudio bibliográfico sobre la ansiedad ante los exámenes y las herramientas para su abordaje (Doctoral dissertation).
- Krebs, M., González, L. M., Rivera, A., Herrera, P., & Melis, F. (2012). Adherencia a psicoterapia en pacientes con trastornos de ansiedad. *Psykhé (Santiago)*, 21(2), 133-147.
- Lacasa, F., & Muela, A. (2014). Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CaMir-R. *Rev. psicopatol. salud ment. niño adolesc*, 83-93.
- Lizeretti, N. P. (2009). Tratamiento de los trastornos de ansiedad: Diseño y evaluación de una intervención grupal basada en la Inteligencia Emocional (Doctoral dissertation, Universitat Ramon Llull).
- McGoldrick, M., & Carter, B. (2003). *The family life cycle*. New York: NY: Guilford.
- Minuchin, S., Fishman, H. C., & Etcheverry, J. L. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S., & Nichols, M. P. (1998). Structural family therapy. In F. M. Dattilio (Ed.), *Case studies in couple and family therapy: Systemic and cognitive perspectives* (pp. 108–131). Guilford Press.
- Molina, M. E., Ben-Dov, P., Diez, M. I., Farrán, Á., Rapaport, E., & Tomicic, A. (2013). Vínculo Terapéutico: Aproximación desde el diálogo y la co-construcción de significados. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 22(1), 15-26.
- Partarrieu, A. (2011). Diálogo socrático en psicoterapia cognitiva. In *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Pitillas Salvá, C. (2021). *El daño que se hereda: comprender y abordar la transmisión intergeneracional del trauma*. Desclée de Brouwer (Bilbao, España).

Rivero, P. F. P., & Rodríguez, A. F. U. (2016). Terapia de aceptación y compromiso en un caso de trastorno mixto de ansiedad y depresión en una paciente con cáncer. *Psicooncología*, 13(1), 101.

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Salgado, A., Rosário, P., Núñez Pérez, J. C., González-Pienda, J. A., Valle, A., Joly, C., & Bernardo, A. (2008). Ansiedad ante los exámenes: relación con variables personales y familiares. *Psicothema*, 20, 563-570.

Torrano-Martínez, R., Ortigosa-Quiles, J. M., Riquelme-Marín, A., & Antonio López-Pina, J. (2020). Propiedades psicométricas de un cuestionario para la evaluación de la ansiedad ante los exámenes en adolescentes. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 28(2), 245-263.

Torrano-Martínez, R., Ortigosa-Quiles, J. M., Riquelme-Marín, A., & López-Pina, J. A. (2017). Evaluación de la ansiedad ante los exámenes en estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(2), 103-110.

Villalobos, S. P. (2013). Corrientes cognitivas y sistémicas en psicoterapia: integración y paradigma. *Reflexiones*, 92(2), 155-161.

Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (2011). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Herder Editorial.

White, Michael y Epston, D. (1996) *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós, Barcelona, 1996.

9. ANEXOS

Anexo I: Formulario de consentimiento informado para realizar el TFM



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR EL TRABAJO DE
FIN DE MÁSTER BASADO EN UN PACIENTE**

(Formulario a completar por el paciente)

Yo,con DNI:.....
paciente de Psicólogos Pozuelo desde y con número
de Historia Clínica, autorizo a
alumno/a de Máster General Sanitario de la Universidad
en prácticas en el centro Psicólogos Pozuelo, a realizar el Trabajo de Fin de Máster a
partir de mi proceso terapéutico, que entregará y expondrá en la Universidad
basándose en el trabajo psicoterapéutico realizado.

Por medio de la presente, se garantiza la confidencialidad de todos los datos
personales, de acuerdo con el *Reglamento General de Protección de Datos de Carácter
Personal*.

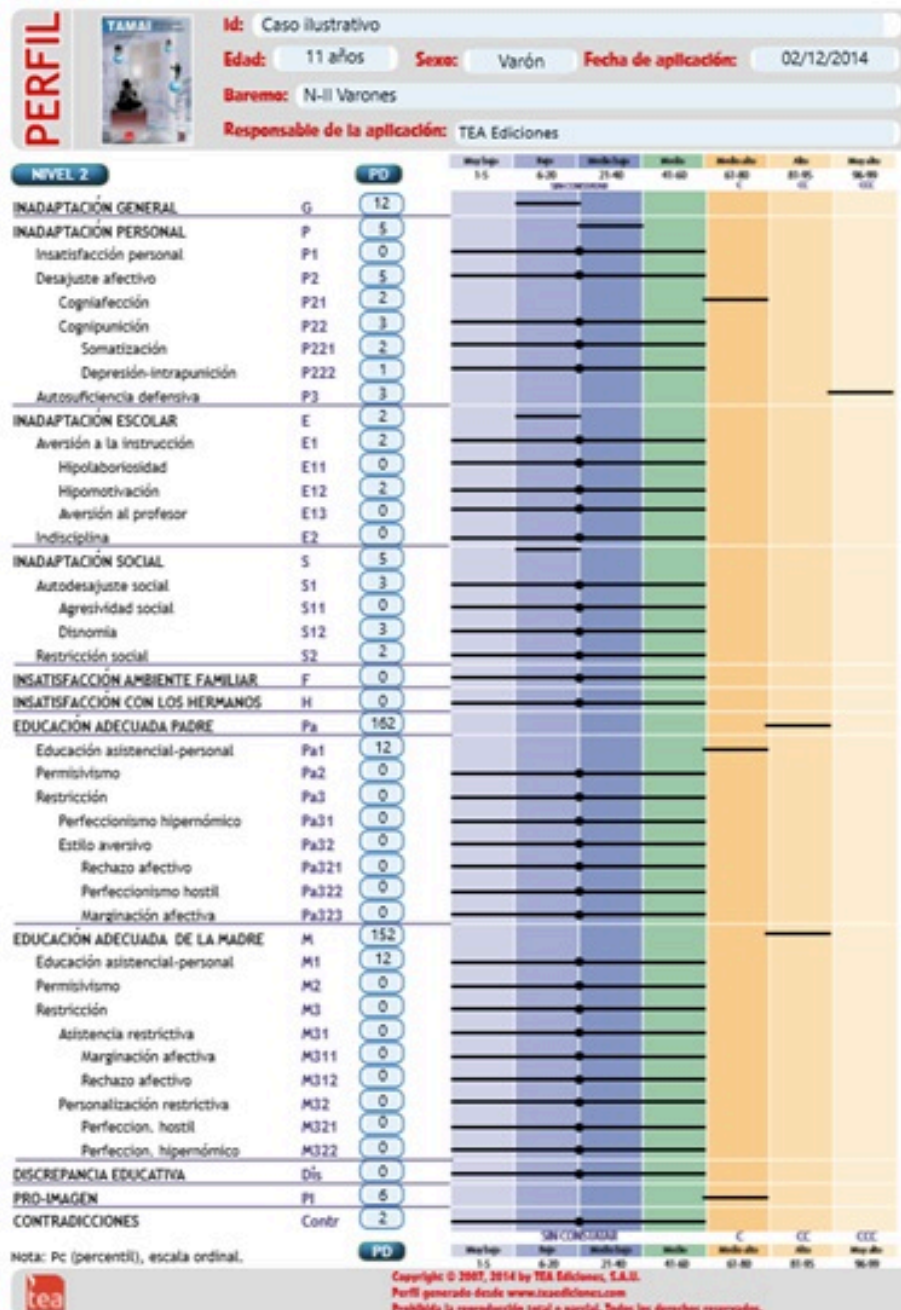
**MANIFIESTO HABER LEÍDO Y ENTENDIDO EL PRESENTE FORMULARIO Y
ESTAR DE ACUERDO CON ÉL.**

Fecha y firma.

Dº/Dña.

Madre/Padre de

Anexo II: Ejemplo ilustrativo de Perfil obtenido en Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI)



Anexo III: Cuestionario escrito: “Discusión cognitiva de pensamientos catastróficos”

DISCUSIÓN COGNITIVA DE PENSAMIENTOS CATASTRÓFICOS

- Definición de pensamiento negativo: ¿Qué me preocupa? ¿Qué temo?

- Análisis de las evidencias a favor y en contra del contenido del pensamiento: ¿Qué pruebas tengo de que ocurre lo que estoy temiendo? ¿Qué pruebas hay en contra?

- Análisis de probabilidades: ¿Qué probabilidad hay entonces de que lo que temo pueda ocurrir? Estimar en una escala de 0 a 100.

- Interpretaciones alternativas: ¿Hay otras causas que expliquen mi miedo? ¿Cuáles son las razones por las que me preocupo tanto por este tema? ¿Estoy exagerando?

- Desdramatización o decatastrofización: ¿Qué sería lo peor que podría sucederme si lo que temo fuera cierto? ¿Sería tan horrible? Estimar en una escala de 0 a 100 lo horrible que cree que sería esa experiencia.

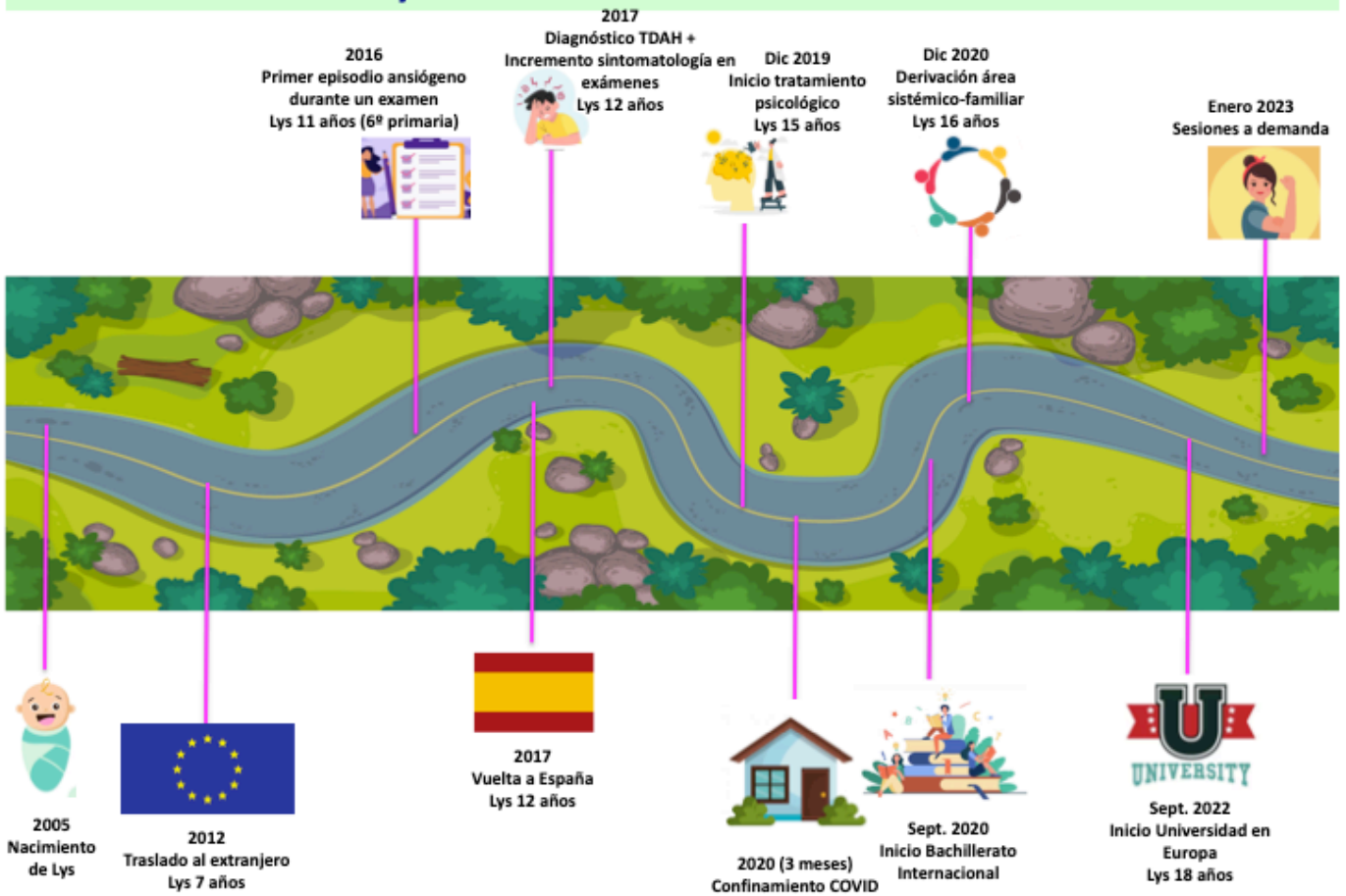
- ¿Puedo hacer algo para evitarlo?

- Utilidad del pensamiento: ¿Pensar en esta preocupación me ayuda algo? ¿O por el contrario, sólo consigo ponerme más ansioso? ¿Cómo me comporto cuando me pongo nervioso? ¿Me resulta útil pensar así?

- ¿Qué voy a pensar a partir de ahora cuando me surja esta preocupación? Pensamiento positivo: algo positivo de mi situación actual.

Anexo IV: Línea de vida

Línea de Vida: Lys



Anexo V: CAEX

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ANTE EXAMENES

L. Valero (1997)

Dept. Psicología Social y Personalidad, Universidad de Málaga

NOMBRE _____ FECHA _____

En cada uno de los ítems o situaciones que se describen señale con una puntuación de 0 a 5 el grado de ansiedad o malestar que siente en esas situaciones. Utilice para ello los siguientes criterios:

- 0 No siento nada
- 1 Ligera ansiedad
- 2 Un poco intranquilo
- 3 Bastante nervioso
- 4 Muy nervioso
- 5 Completamente nervioso

1. En los exámenes me sudan las manos.	
2. Cuando llevo un rato haciendo el examen siento molestias en el estómago y necesidad de defecar.	
3. Al comenzar a leer el examen se me nubla la vista no entiendo lo que leo.	
4. Si llevo cinco minutos tarde a un examen ya no entro.	
5. Las condiciones donde se realiza un examen (p.j., demasiado ruido, calor, frío, sol, etc.) me influyen aumentando mi nerviosismo.	
6. Cuando termino el examen me duele la cabeza.	
7. Cuando llevo un rato haciendo el examen siento que me falta el aire, mucho calor y sensación de que me voy a desmayar.	
8. Me siento nervioso si el profesor se para junto a mí y ya no puedo seguir contestando.	
9. Me pongo nervioso al ver al profesor con los exámenes antes de entrar.	
10. En el examen siento rígidas las manos y los brazos.	
11. Antes de entrar al examen siento un "nudo" en el estómago, que desaparece al comenzar a escribir.	
12. Al comenzar el examen, nada más leer o escuchar las preguntas me salgo y lo entrego en blanco.	
13. Después del examen lloro con facilidad, al pensar lo mal que lo he hecho aunque no sepa el resultado.	
14. Suelo darle muchas vueltas antes de decidir presentarme al examen.	
15. Mientras estoy realizando el examen, pienso que lo estoy haciendo muy mal.	
16. Me siento nervioso si los demás comienzan a entregar antes que yo el examen.	
17. Pienso que el profesor me está observando constantemente.	
18. Siento grandes deseos de fumar durante el examen.	
19. Suelo mordirme las uñas o el bolígrafo durante los exámenes.	
20. Tengo grandes ganas de ir al cuarto de baño durante el examen	
21. No puedo quedarme quieto mientras hago el examen (muevo los pies, el bolígrafo, miro alrededor, miro la hora, etc.).	
22. Me pongo malo y doy excusas para no hacer un examen.	
23. Para mí supone una tranquilidad o alivio cuando, por cualquier razón, se aplaza un examen.	
24. Pienso que no voy a poder aprobar el examen, aunque haya estudiado.	
25. Antes de hacer el examen pienso que no me acuerdo de nada y voy a suspenderlo.	
26. No consigo dormirme la noche anterior al examen.	
27. Me pone nervioso que el examen sea multitudinario.	
28. He sentido mareos y náuseas en un examen.	

29. Momentos antes de hacer el examen tengo la boca seca y me cuesta tragar.	
30. Si me siento en las primeras filas aumenta mi nerviosismo.	
31. Si el examen tiene un tiempo fijo para realizarse, aumenta mi nerviosismo y lo hago peor.	
32. Me siento nervioso en los auditorios muy grandes.	
33. Cuando estoy haciendo un examen el corazón me late muy deprisa.	
34. Al entrar en la sala donde se va a realizar el examen me tiemblan las piernas.	
35. Me siento nervioso en las clases demasiado pequeñas.	
36. Los grupos comentando el examen antes de que éste dé comienzo, me ponen nervioso.	
37. Al salir, tengo la sensación de haber hecho muy mal el examen.	
38. Pienso que me voy a poner nervioso y se me va a olvidar todo.	
39. Tardo mucho en decidirme por contestar la mayoría de las preguntas, o en entregar el examen.	

Califique con la misma escala (0-5) el grado de ansiedad o nerviosismo que sentiría si tuviese que realizar algunos de los siguientes tipos de examen:

40. Un examen de entrevista personal.	
41. Un examen oral en público.	
42. Una exposición de un trabajo en clase.	
43. Un examen escrito con preguntas alternativas.	
44. Un examen escrito con preguntas abiertas.	
45. Un examen escrito de desarrollo de un tema completo.	
46. Un examen tipo oposición ante un tribunal.	
47. Un examen de cultura general.	
48. Un examen de cálculo o problemas matemáticos.	
49. Un examen con pruebas físicas o gimnásticas.	
50. Un examen práctico (escribir a máquina, manejar ordenador, realizar un proyecto, dibujo, etc.).	

	Puntuación	Porcentaje
Factor 1 Preocupación		
Factor 2 R. Fisiológicas		
Factor 3 Situaciones		
Factor 4 R. Evitación		
TOTAL		

Anexo VI: CaMir-R

Nombre:

Fecha de Nacimiento: Fecha de hoy:

Este cuestionario trata sobre las ideas y sentimientos que tienes de tus relaciones personales y familiares. Tanto del presente, como de tu infancia. Lee cada frase y rodea el número de la opción que mejor describa tus ideas y sentimientos.

Los resultados de este cuestionario son confidenciales

Opciones de respuesta:

5.- Muy de acuerdo

2.- En desacuerdo

4.- De acuerdo

1.- Muy en desacuerdo

3.- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

1	Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos infantiles	1	2	3	4	5
2	Mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario	1	2	3	4	5
3	En caso de necesidad, estoy seguro(a) de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo	1	2	3	4	5
4	Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo lo he sido	1	2	3	4	5
5	En la vida de familia, el respeto a los padres es muy importante	1	2	3	4	5
6	Cuando yo era niño(a), sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos	1	2	3	4	5
7	Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez, me parecen, en general, positivas	1	2	3	4	5
8	Detesto el sentimiento de depender de los demás	1	2	3	4	5
9	Sólo cuento conmigo mismo para resolver mis problemas	1	2	3	4	5
10	Cuando yo era niño(a), a menudo, mis seres queridos se mostraban impacientes e irritables	1	2	3	4	5
11	Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos	1	2	3	4	5
12	No puedo concentrarme sobre otra cosa, sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas	1	2	3	4	5
13	Cuando yo era niño(a), encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte	1	2	3	4	5
14	Siempre estoy preocupado(a) por la pena que puedo causar a mis seres queridos al dejarlos	1	2	3	4	5
15	Cuando era niño(a), tenían una actitud de dejarme hacer	1	2	3	4	5
16	De adolescente, nadie de mi entorno entendía del todo mis preocupaciones	1	2	3	4	5

17	Cuando yo era niño(a), teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia	1	2	3	4	5
18	Tengo la sensación de que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos	1	2	3	4	5
19	Los niños deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia	1	2	3	4	5
20	Mis padres no se han dado cuenta que un niño(a) cuando crece tiene necesidad de tener vida propia	1	2	3	4	5
21	Siento confianza en mis seres queridos	1	2	3	4	5
22	Mis padres me han dado demasiada libertad para hacer todo lo que yo quería	1	2	3	4	5
23	Cuando yo era niño(a), tuve que enfrentarme a la violencia de uno de mis seres queridos	1	2	3	4	5
24	A partir de mi experiencia de niño(a), he comprendido que nunca somos suficientemente buenos para los padres	1	2	3	4	5
25	Cuando yo era niño(a), se preocuparon tanto por mi salud y mi seguridad, que me sentía aprisionado(a)	1	2	3	4	5
26	Cuando me alejo de mis seres queridos, no me siento bien conmigo mismo	1	2	3	4	5
27	Mis padres no podían evitar controlarlo todo: mi apariencia, mis resultados escolares e incluso mis amigos	1	2	3	4	5
28	Cuando era niño(a), había peleas insoportables en casa	1	2	3	4	5
29	Es importante que el niño aprenda a obedecer	1	2	3	4	5
30	Cuando yo era niño(a), mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo	1	2	3	4	5
31	La idea de una separación momentánea con uno de mis seres queridos, me deja una sensación de inquietud	1	2	3	4	5
32	A menudo, me siento preocupado(a), sin razón, por la salud de mis seres queridos	1	2	3	4	5

*Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A. y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23, 486-494.

Anexo VII: Ejemplo ilustrativo de Perfil obtenido en cuestionario SENA

