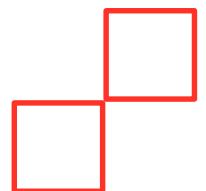




Mejora de la ansiedad a través de la intervención sobre la autoestima en tres casos clínicos

MAITANE ARAMBARRI ARSUAGA
TRABAJO DE FIN DE MÁSTER
TUTORIZADO POR MARIAN ROIG
ESTELLÉS

MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL
SANITARIA



Índice

1. Resumen	4
1. Abstract	4
2. Introducción	5
2.1 Marco teórico.....	5
2.1.1 Autoestima.....	5
2.1.2 Ansiedad.....	7
2.1.3 Abordaje terapéutico de la ansiedad a través de la mejora de la autoestima.....	8
2.2 Objetivo de estudio.....	8
3. Metodología	9
3.1. Obtención de los datos.....	9
3.2. Motivo de consulta y variables.....	10
3.3. Formulación de los casos.....	10
3.3.1 Descripción del caso A.S.....	12
3.3.2 Descripción del caso A.N.....	13
3.3.3 Descripción del caso E.A.....	15
3.4. Procedimiento.....	17
3.4.1 Sesión 1.....	18
3.4.2 Sesión 2.....	18
3.4.3 Sesión 3.....	19
3.4.4 Sesión 4.....	20
3.4.5 Sesión 5.....	21
3.4.6 Sesión 6.....	22
3.4.7 Sesión 7.....	23
3.4.8 Sesión 8.....	24
4. Resultados	25
5. Discusión	30
6. Bibliografía	32
Anexos	35
Anexo 1. Escala de Autoestima de Rosemberg.....	36
Anexo 2. Certificado de protección de datos firmado por la tutora de prácticas.....	37
Anexo 3. Consentimiento informado.....	38
Anexo 4. Consentimiento para participar en el estudio.....	39

Índice de tablas y figuras

Tabla 1	10
Análisis funcional Caso A.S	10
Tabla 2	11
Análisis funcional Caso A.N	11
Tabla 3	11
Análisis funcional Caso E.A	11
Figura 1 Genograma A.S	12
Figura 2 Genograma A.N	13
Figura 3 Genograma E.A	15
Tabla 4	17
Orden y contenido de las sesiones	17
Figura 4 Puntuación Escala de Autoestima de Rosemberg	25
Figura 5 Autoevaluación cualitativa de la ansiedad	26
Figura 6 Evaluación cualitativa de la ansiedad (terapeuta).....	27
Figura 7 Autoevaluación cualitativa de la autoestima	27
Figura 8 Evaluación cualitativa de la autoestima (terapeuta).....	28
Figura 9 Persona bajo la lluvia Caso A.S	29
Figura 10 Persona bajo la lluvia Caso A.N	29
Figura 11 Persona bajo la lluvia Caso E.A	30

1. Resumen

La autoestima se construye de la valoración subjetiva de características que conoce la persona de sí misma y tiene una connotación emocional. En este trabajo se presentará la aplicación de una intervención terapéutica supervisada de tres casos de diferentes características sociodemográficas que acuden a terapia bajo la demanda de ansiedad. El objetivo de la intervención es ayudar a mejorar la autoestima de tres pacientes que acuden a terapia, además de mejorar su bienestar. En este estudio se va a realizar una evaluación cuantitativa y cualitativa y para ver el resultado, la herramienta a utilizar es un cuestionario que mide o permite determinar la escala de autoestima en la que se encuentra la persona.

Palabras clave: Autoestima, ansiedad, intervención terapéutica

1. Abstract

Self-esteem is built from the subjective assessment of characteristics that the person knows about himself and has an emotional connotation. This paper will present the application of a supervised therapeutic intervention in three cases of different sociodemographic characteristics who attend therapy under anxiety demand. The objective of the intervention is to help improve the self-esteem of three patients who come to therapy, in addition to improving their well-being. In this study, a quantitative and qualitative evaluation will be carried out and to see the result, the tool to be used is a questionnaire that measures or allows to determine the self-esteem scale in which the person is located.

Key words: Self-esteem, anxiety, therapeutic interview

2. Introducción

En este trabajo se pretenden analizar tres casos de ansiedad y baja autoestima. Se explica el procedimiento de la terapia que pretende mejorar la autoestima y al mismo tiempo la ansiedad de estas personas. Es difícil acudir a terapia con la demanda de baja autoestima, sin embargo, es muy común recibir a pacientes con problemas de ansiedad. En muchas ocasiones en las que hay comorbilidad, puede que tratando una de las dificultades (la autoestima), mejore también la otra (la ansiedad).

El objetivo del trabajo, por tanto, es intervenir sobre la autoestima de los tres casos que se van a presentar a través de un abordaje terapéutico de ocho sesiones de aproximadamente una hora con una frecuencia semanal y esperar que esta intervención disminuya la ansiedad, que es la principal demanda de terapia.

2.1 Marco teórico

En este apartado se desarrollan dos constructos psicológicos, la ansiedad y la autoestima, ejes principales del trabajo, según los autores más destacados y la literatura científica encontrada. Para finalizar hablaremos del abordaje terapéutico de la autoestima.

Los problemas de ansiedad son una demanda muy frecuente en las consultas de psicología hoy en día, estos problemas se relacionan con el miedo, la preocupación y el estrés. (Roig, 2019).

La ansiedad es un concepto muy amplio, hay muchos trastornos de ansiedad como por ejemplo las fobias específicas, la agorafobia o pánico, la hipocondría, la fobia social, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (APA, 2014).

Por otro lado, la autoestima es el constructo que se quiere trabajar en terapia para la mejora de la ansiedad de las pacientes de este proyecto.

2.1.1 Autoestima

En este subapartado, vamos a explicar el término de la autoestima según diferentes autores, desde los inicios de la investigación sobre el tema, hasta los últimos años.

El concepto de autoestima es utilizado, en un primer momento por James (1890), el cual define la autoestima como la medida en que las personas realizan una valoración de sí mismas de acuerdo al éxito o fracaso percibido en lograr sus objetivos.

Casi cien años más tarde, Coopersmith (1967) la define como la evaluación que cada persona realiza y normalmente mantiene con respecto a sí misma.

Más adelante, Bandura (1978) completa dicha definición añadiendo el autoconcepto y su relación con la evaluación. Apunta que la autoestima es la parte referente a la evaluación del autoconcepto.

Concretando un poco más en el concepto, la definición de Baumeister (1998) hace hincapié en la evaluación afectiva que expresa los juicios que hace una persona de la aceptación y valores de sí misma.

Smelser (1989) señala que las definiciones sobre este concepto varían según se focalizan en la autoestima como algo más global o como fenómeno más situacional. Es decir, algunas definiciones

ven la autoestima como razonablemente estable a lo largo del tiempo. Otras se refieren a la autoestima como responsiva a lo que ocurre en diferentes situaciones o contextos, lo que implica que cambia o fluctúa a lo largo del tiempo.

Las personas obtienen su sentido general de autoestima promediando los sentimientos acerca de sí mismo a lo largo de una serie de diferentes situaciones. Este es el concepto al que en la literatura se hace referencia como "autoestima global" (o "general") (Heatherton y Polivy, 1991).

Rosenberg et al. (1995) consideran este tipo de autoestima como la actitud positiva (favorable) o negativa (desfavorable) que tiene el individuo hacia sí mismo de forma global.

Tal y como apuntan Schutte et al. (2002), cuando una persona es capaz de aceptar y reconocer sus debilidades y sus errores; además de conocer sus fortalezas y aspectos positivos, esa persona cuenta con una alta autoestima y una autovaloración positiva de sí misma.

Wells y Marwell (1976), desarrollan una clasificación de las definiciones de la autoestima basándose en dos dimensiones: los procesos de evaluación y afecto. La autoevaluación implica normalmente más mecanismos, descripciones causales, mientras que el auto afecto se refiere a conceptualizaciones más humanistas.

Rojas en su libro "*La autoestima*" escrito en 2007 nos dice:

Todavía no hay unanimidad sobre lo que es exactamente la autoestima. Para algunos se trata de una respuesta emocional automática y global de aprecio o de rechazo hacia uno mismo. Para otros es el resultado de la suma metódica de las evaluaciones que hacemos sobre nuestra lista personal de atributos o cualidades. (Rojas, 2007, p.22).

Actualmente la autoestima se entiende como la actitud o conjunto de actitudes globales de uno mismo, es decir, como pautas (en el pensar, sentir y actuar) que una persona tiende a mantener hacia sí misma. Además, la autoestima incluye lo que la persona piensa, siente y realiza a través de sus comportamientos que pueden ser congruentes o no con sus necesidades, intereses, valores o metas (Roca, 2014).

Según Caballo et al. (2018), a pesar de haber discrepancias en la literatura acerca de la conceptualización y la metodología de la autoestima, hay un consenso en la definición de la misma.

La autoestima es un juicio personal acerca de la propia valía, una valoración global positiva o negativa de (aceptación o rechazo hacia) uno mismo, caracterizado por una estabilidad considerable de una situación a otra, incluso de un año a otro (Rosenberg, 1962; Marsh y O'Mara, 2008).

Esta evaluación expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica hasta qué punto la persona se cree capaz, importante, exitosa y valiosa. No se trata sólo de autoevaluaciones concretas en un momento y/o situación específica, sino el sentido general que desarrollan las personas respecto a sí mismas (Marsh y O'Mara, 2008).

Asimismo, McKay y Fanning (2019) concluyen que los problemas de autoestima se cimientan sobre dos tipos de factores: situacionales y caracterológicos. La baja autoestima situacional tiende a mostrarse solo en áreas concretas y se puede resolver con técnicas de reestructuración cognitiva. La baja autoestima caracterológica, en cambio, procede de una formulación básica de la identidad, una sensación de escasa o ninguna valía. Es por ello por lo que es más complicado de trabajar el segundo tipo de baja autoestima.

En un estudio de López (2020) en el que se correlaciona la ansiedad con otras variables, en el caso de la autoestima, se encuentra que cuanto mayor nivel haya en este constructo; será menor el nivel de ansiedad.

2.1.2 Ansiedad.

En este subapartado se habla sobre ansiedad. Se explican los diferentes tipos de trastornos de ansiedad que existen y la relación que estos tienen con la autoestima según la literatura científica.

Según un trabajo realizado por Pelissolo “*Trastornos de ansiedad y fóbicos*”, los trastornos de ansiedad se pueden clasificar en cinco grupos.

Las fobias específicas, las cuales se caracterizan por un miedo irracional a algo en concreto (animales, eventos atmosféricos, agua, conducir un coche, volar un avión, agujas, lugares elevados, oscuridad, etc.). La fobia o ansiedad social es el miedo a situaciones sociales específicas o generales como hablar en público, relacionarse con personas, comer en público, etc. La agorafobia se caracteriza por el miedo a sufrir un ataque de pánico en situaciones o lugares donde han ocurrido anteriormente, lugares concurridos o donde hay aglomeraciones y de los cuales es difícil salir, etc. Se sobreestima la probabilidad y las implicaciones de tener ataques de pánico en ciertas situaciones. El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se caracteriza por el miedo a revivir un evento traumático. Se suelen tener flashbacks y recuerdos del incidente.

La hipocondría es el miedo y preocupación constante de padecer alguna enfermedad como el cáncer por ejemplo. Las personas que sufren hipocondría interpretan como peligrosas sensaciones fisiológicas normales. Por último, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). El TAG se caracteriza por vivir constantemente preocupado/a por sucesos cotidianos como pueden ser, viajes o salidas de noche de familiares, rumores en el lugar de trabajo, noticias económicas, en el ámbito financiero, etc. En cuanto a estímulos internos, prevalece la incapacidad de dejar de preocuparse por las situaciones cotidianas (Pelissolo, 2019, p.4).

En estudiantes universitarios, la carencia de autoestima aparece relacionada con ansiedad entre otros factores, lo cual puede privar el interés por el estudio; sin embargo, el interés puede cambiar, al aumentar la autoestima del sujeto (Mendoza et al, 2021).

La relación entre la ansiedad y la autoestima puede convertirse en un ciclo negativo. La ansiedad puede llevar a la baja autoestima, y la baja autoestima puede a su vez aumentar los síntomas de ansiedad. Trabajar en mejorar la autoestima puede ser beneficioso para reducir los síntomas de ansiedad. (Quintero, 2016).

Una de las razones por las que se ha decidido realizar este trabajo es que se considera necesario seguir investigando la comorbilidad que hay entre la autoestima y la ansiedad. Es por eso por lo que, a través de esta investigación se pretende sacar conclusiones que puedan aportar a futuras investigaciones que estudien la comorbilidad que hay entre estos dos constructos para diseñar intervenciones terapéuticas que se puedan aplicar a la población que presenta dificultades en ambos constructos.

2.1.3 Abordaje terapéutico de la ansiedad a través de la mejora de la autoestima

Tal y como se ha comentado anteriormente, una de las formas de abordar terapéuticamente la ansiedad, es el tratamiento psicológico de la autoestima.

Según la literatura, el tratamiento terapéutico que mejor resultados obtiene para los casos de ansiedad es la terapia cognitivo conductual (TCC).

En un estudio de meta análisis en el que el objetivo es saber si la TCC es más eficaz que otras terapias, Tolin (2010) obtiene resultados en los que el tamaño del efecto de la TCC es significativamente superior en comparación con terapias psicodinámicas al terminar el tratamiento y en el seguimiento de un año. Dicho resultado es más evidente en participantes con ansiedad y depresión.

Según Carpenter et al. (2018), las intervenciones con terapia de exposición como componente primario, tiene efectos mayores que la utilización de técnicas cognitivas. En un estudio de Springer et al. (2018) en el que se analizan las tasas de remisión de diferentes tipos de trastornos de ansiedad con TCC, se concluye que el TEPT y el TAG están asociados con mejores tasas de remisión, mientras que la ansiedad social se asocia con peores tasas de remisión.

En cuanto al tratamiento para la autoestima, la psicoeducación es fundamental para el autoconocimiento y la comprensión de muchas de las conductas que le cuesta entender al ser humano de sí mismo. La psicoeducación es un proceso en el que se proporciona información y habilidades a pacientes que acuden a terapia con el fin de mejorar su salud mental y emocional (Rojas, 2007).

La psicoeducación incluye el conocimiento de trastornos mentales y emocionales, habilidades para manejar el estrés y la ansiedad, enseñanza de estrategias de afrontamiento efectivas, fomento de la resiliencia y la autogestión, y la promoción de hábitos saludables de sueño, alimentación y ejercicio físico (Rojas, 2007).

La perspectiva sistémica puede ayudar también a tratar la autoestima. Es un enfoque psicológico que entiende a las personas como parte de sistemas como familia, grupos sociales, organizaciones, etc. Se enfoca en las interacciones y dinámicas entre los miembros de estos sistemas y cómo estas interacciones afectan al comportamiento individual y grupal. A pesar de ser un enfoque centrado en trabajar con sistemas, para trabajar con personas individualmente puede aportar herramientas como el genograma o la teoría de la comunicación (Roig, 2015).

Entre otros, para mejorar la autoestima se puede aplicar la TCC, tal y como se explica anteriormente, ejercicios de afirmación positiva, ejercicios para poner el foco en logros y fortalezas, aprendizaje en decir “no” a solicitudes inapropiadas, reflexionar si las personas cercanas son positivas y cumplen una función de apoyo, practicar la gratitud y la aceptación de uno mismo (Rojas, 2007).

2.2 Objetivo de estudio

Este estudio parte de la hipótesis de que la intervención sobre la autoestima de los tres casos, va a conllevar una mejoría en sus niveles de ansiedad.

Este estudio se realizó con el objetivo de mejorar la autoestima de aquellas personas que acudieron a terapia o asistencia psicológica, interviniendo a través de ocho sesiones que se centraron en tareas donde se trabajaron principalmente aspectos como las emociones, los valores, el lenguaje,

la asertividad, la aceptación y las distorsiones cognitivas y después se observó si se producía una mejora en su autoestima, y consecuentemente una reducción de su ansiedad.

3. Metodología

En este apartado se explica cómo se obtienen los datos de las pacientes y cuáles son las medidas de evaluación. Se habla sobre el motivo de consulta y las variables a estudiar y medir a lo largo del proceso terapéutico. A continuación se procede a explicar la evolución de cada caso en las variables estudiadas. También cómo se han evaluado las medidas cualitativas y cuantitativas. Por último, se explica detalladamente el procedimiento general de los tres casos.

3.1. Obtención de los datos

Los datos sobre las pacientes que participaron en el estudio se obtuvieron a través de una recogida de información en las dos primeras sesiones de la terapia. En la primera sesión se procedió a hablar de la demanda por la que acudió a terapia que era ansiedad en los tres casos. También se recogió información sobre su familia a través del genograma que es el árbol genealógico que aporta acontecimientos vitales familiares como: enfermedades, traumas transgeneracionales, vínculos, patrones de comportamiento, etc. También se procedió a hablar de sus aficiones, trabajo, convivencia, expectativas acerca de la terapia, experiencias previas con profesionales de la salud mental como profesionales de la psicología, psiquiatría, etc.

Para medir la autoestima de las pacientes, se utilizó el instrumento de evaluación de la autoestima de Rosenberg (1965). (Anexo 1)

La Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) es un cuestionario que consta de una escala de 10 ítems, de los cuales 5 están redactados de forma positiva y 5 de forma negativa. En el presente trabajo utilizamos la traducción de la escala aparecida en la versión en castellano del cuestionario, y la escala de respuesta utilizada ha sido una escala tipo Likert de 4 puntos (desde 1= "Muy en desacuerdo" hasta 4= "Muy de acuerdo") (Rosenberg, 1965).

Las siguientes sesiones de terapia se centraron en llevar a cabo el tratamiento para mejorar su autoestima. Para finalizar con la terapia, en la última sesión se procedió a realizar el postest, es decir, se volvió a realizar la "Escala Rosenberg de autoestima" (RosenbergSelf-EsteemScale, RSES; Rosenberg, 1965) explicada anteriormente.

Una de las herramientas utilizadas para evaluar cualitativamente el resultado de la intervención fue el uso de una técnica proyectiva llamada "la persona bajo la lluvia". Se trata de una herramienta utilizada en psicología para evaluar y comprender aspectos de la personalidad y las emociones de un individuo. En esta técnica, se le pide a la persona que dibuje una figura humana debajo de la lluvia (Querol, S.M. et al., 2005).

Se pueden analizar diferentes elementos del dibujo, como el tamaño y la forma de la figura humana, la posición y los gestos, así como la representación de la lluvia y otros elementos adicionales que el individuo pueda incluir. Es importante tener en cuenta que la interpretación de esta técnica

proyectiva debe realizarse de manera cuidadosa y considerando el contexto y la información adicional proporcionada por el individuo. (Querol, S.M. et al., 2005).

3.2. Motivo de consulta y variables

El motivo de consulta, es decir, lo referente a la demanda explícita, en los tres casos fue la ansiedad. Sin embargo, en los tres casos detecté una demanda implícita de trabajar la autoestima. Las tres personas que acudieron a terapia con esa demanda utilizaban ansiolíticos prescritos bajo tratamiento psiquiátrico; dos de las pacientes de forma continua y una de ellas en momentos puntuales.

La variable independiente fue la intervención que se realizó a través de técnicas de modificación de conducta y terapia sistémica a lo largo de ocho sesiones. Las variables controladas fueron la edad, el sexo, el nivel socioeconómico y la demanda explícita con la que acudieron a terapia (la ansiedad en este caso). La variable dependiente fue la autoestima, que se cuantificó a través de la Escala de Rosenberg, y la ansiedad se observó y registró de manera cualitativa a lo largo de las sesiones.

3.3. Formulación de los casos

Tabla 1

Análisis funcional Caso A.S

Antecedentes	Respuesta	Consecuentes
<i>Externos:</i> Encuentros con vecinos, personas conocidas, etc.	<i>Cognitiva:</i> Miedo a ser juzgada o a que opinen sobre ella.	<i>Externos:</i> Castigo negativo porque no recibe malas palabras de su entorno y le disminuye la sintomatología ansiosa.
<i>Internos:</i> Aparición de la ansiedad y nerviosismo.	<i>Fisiológica:</i> Ansiedad, nerviosismo.	<i>Internos:</i> Refuerzo negativo (la respuesta cognitiva y fisiológica desaparecen) cuando evita a personas conocidas y a vecinos. Se tranquiliza y deja de sentir nerviosismo.
	<i>Motora:</i> Evita encuentros con vecinos o personas conocidas.	

Tabla 2*Análisis funcional Caso A.N*

Antecedentes	Respuesta	Consecuentes
<i>Externos:</i> Relación conflictiva con su madre y con sus anteriores parejas.	<i>Cognitiva:</i> Miedo a ser mala madre y que sus hijos no se sientan queridos por ella.	<i>Externos:</i> Castigo negativo porque sigue recibiendo el afecto que espera de sus hijos y su pareja, lo que provoca la disminución de la sintomatología ansiosa. Sin embargo, castigo positivo cuando recibe mensajes que no le gustan de su madre y de su pareja; lo que aumenta su sintomatología ansiosa.
<i>Internos:</i> Aparición de la ansiedad a modo de bloqueo corporal.	<i>Fisiológica:</i> Ansiedad, nerviosismo. <i>Motora:</i> Intenta pasar el mayor tiempo posible con sus hijos hasta el punto de dejar de cuidarse a sí misma.	<i>Internos:</i> Refuerzo negativo (la respuesta cognitiva y fisiológica desaparecen) cuando pasa tiempo de calidad con sus hijos y siente que está haciendo bien su papel de madre. Se tranquiliza y deja de sentir nerviosismo.

Tabla 3*Análisis funcional Caso E.A*

Antecedentes	Respuesta	Consecuentes
<i>Externos:</i> Relación conflictiva con su hija y relación ansioso-ambivalente con su hermana.	<i>Cognitiva:</i> Miedo a que su hija mayor se equivoque con las decisiones que toma y tenga que ayudarle a solucionar las consecuencias de las decisiones que toma.	<i>Externos:</i> Castigo positivo porque recibe malas palabras de su hija y le aumenta la sintomatología ansiosa. También recibe un refuerzo positivo la buena relación que tiene con su nieta, lo que

Internos: Aparición de la ansiedad y nerviosismo.

Fisiológica: nerviosismo.

Ansiedad,

implica una disminución de la sintomatología ansiosa.

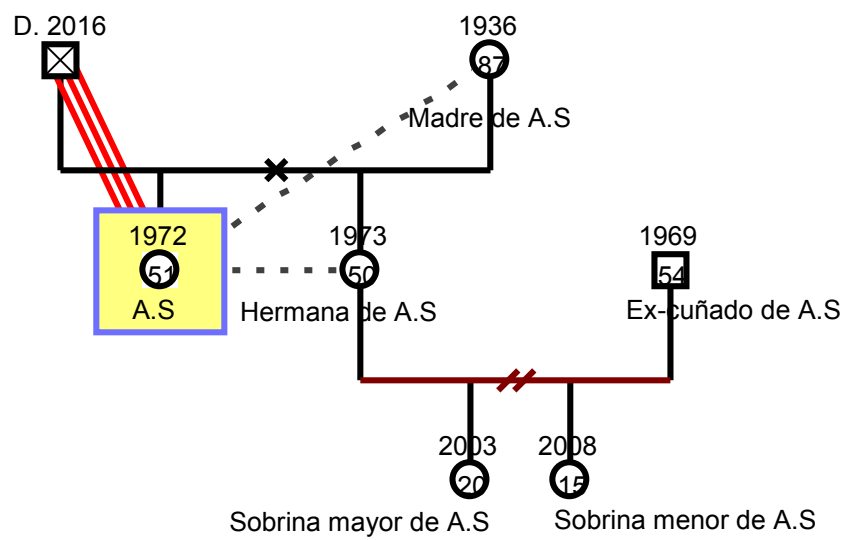
Internos: Refuerzo positivo cuando pasa tiempo con su nieta y siente que hace las cosas bien. Se tranquiliza y deja de sentir nerviosismo.

Motora: Trata de aconsejar lo mejor posible a su hija para que tome las mejores decisiones posibles.

3.3.1 Descripción del caso A.S

Figura 1

Genograma A.S



Mujer de 51 años a la que llamaremos A.S acudió a terapia psicológica y el motivo de la demanda era la ansiedad que sufría desde mediados de julio. Trabaja en la administración de una universidad. Comentó que quería dejar de sentirse culpable y mala persona por la complicada ruptura que tuvo con su pareja. Define la relación como “tóxica”. La paciente cortó la relación con él antes del confinamiento. Sin embargo, tuvieron que pasar el confinamiento juntos porque él vivía en casa de ella y era de otra comunidad autónoma. Tras el confinamiento, la paciente retomó su trabajo de manera presencial y su ex pareja seguía sin decidirse a trasladarse a otra vivienda. Un día que ella volvió de trabajar vio que no había nadie en casa y se enteró por una vecina de que él intentó quitarse la vida por la rendija del ascensor. Tras el accidente lo ingresaron en el hospital y la paciente cuidó de él hasta

que estaba casi recuperado completamente, A.S le pidió que se fuera de su casa, ya que hacía tiempo ya que no eran pareja.

En cuanto a la situación de su ex pareja, A.S refería que: *“es un hombre que ha tenido adicción al juego, al alcohol, etc. y que además nunca ha tenido un trabajo fijo”*. La paciente comentaba que a veces se sentía manipulada por él y que más de una vez le amenazó con suicidarse cuando eran pareja. En julio del 2022, tras el accidente, A.S pidió la baja por ansiedad hasta septiembre que retomó su trabajo.

A.S se describe como una persona solitaria, que no es que no sepa socializar, sino que no le gusta. Además refirió que no confía mucho en la psicología, lo cual muestra un miedo a lo desconocido, ya que era el primer contacto que tenía con una psicóloga. La paciente comentó también que es una persona reflexiva a la que le gusta la introspección y la comprensión de ciertas actitudes que tiene y que no comprende, tanto ella como el resto de personas a su alrededor.

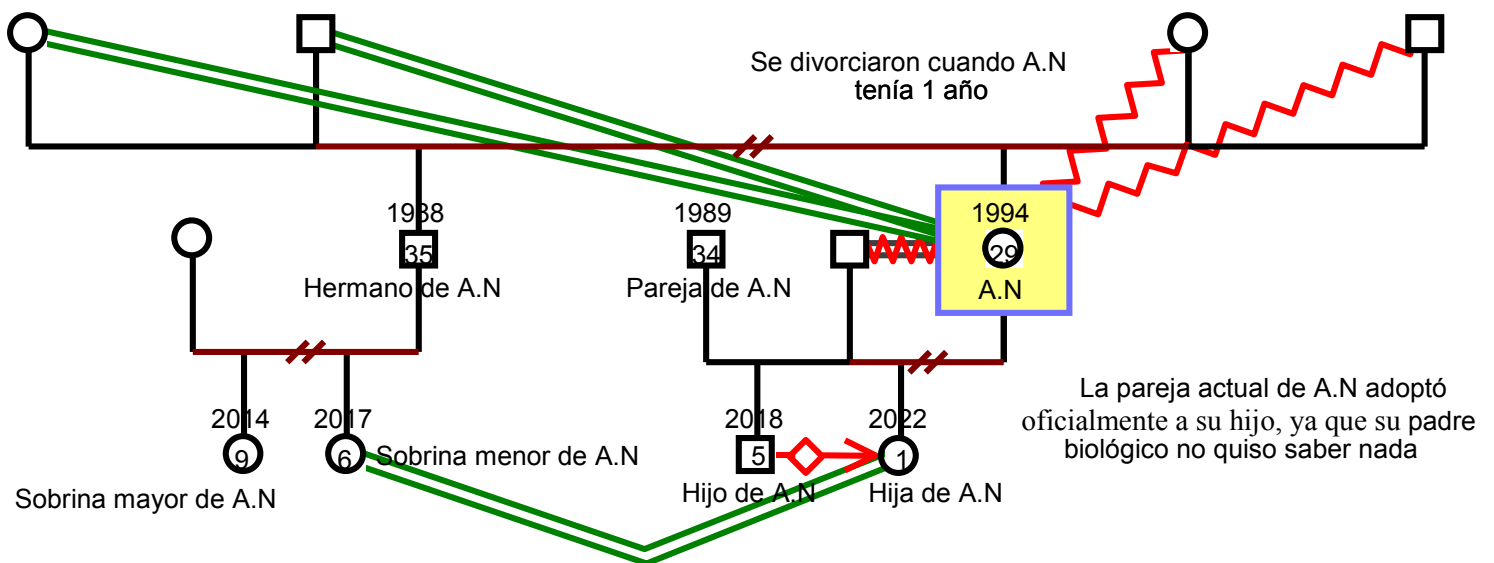
En la recogida de información me habló sobre su familia de origen y yo hice el genograma para poder entender la influencia transgeneracional de los acontecimientos vitales de los familiares de la paciente. Podemos destacar con respecto a sus padres que el padre de A.S murió hace 7 años de cáncer. Con él tenía muy buena relación; sin embargo las relaciones que tiene con su madre de 87 años y con su hermana, de 50 años, las definió como “lo justo”.

Por todo lo mencionado sobre el caso de A.S, se consideró oportuno trabajar la autoestima siguiendo el procedimiento de la terapia que se explica a continuación en el apartado 3.4.

3.3.2 Descripción del caso A.N

Figura 2

Genograma A.N



Mujer de 29 años a la que llamaremos A.N. que vive con sus dos hijos y su pareja. El primero lo tuvo a los 24 años y lo crió sola porque el padre no se quiso hacer cargo. Conoció a su pareja actual a los 25 y oficialmente adoptó al primer hijo. La segunda la tuvo con su actual pareja.

La demanda de A.N era la ansiedad que le impedía dormir y la sensación de mala madre que tenía. Mencionaba mucho que no dormía bien; comentaba que padece de un trastorno del sueño llamado disomnia. El *“Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”* en su quinta edición (DSM-5) refiere que una persona con disomnia tiene problemas en la cantidad y momento del sueño, es decir, duerme pocas horas, demasiadas o en el momento inadecuado. Sin embargo, el sueño transcurre con normalidad mientras están en ese estado. (APA, 2014) Además expresaba: *“de momento no quiero tener más hijos”*. Por lo que explicó que desarrolló la disomnia con su maternidad.

En cuanto a su familia de origen, A.N tiene un hermano mayor. Decía: *“la situación familiar no era fácil y cuando pudo mi hermano voló”*. Consideraba que tanto su madre como su hermano han sido egoístas, y ella siempre ha intentado ayudar y sacar a su familia adelante. Su madre se intentó suicidar y ella lo presencié. En cuanto a la relación con su padre, A.N decía: *“mi relación con él a día de hoy es buena porque ha sido un apoyo en la crianza con mi hijo y es un buen abuelo”*. En su infancia no tuvieron una muy buena relación porque estaba ausente. Sus padres se separaron cuando A.N tenía un año.

Cuando habló de su primera pareja, con la que empezó con 14 años durante 6 años, comentó que fue un maltrato que llegó a ser hasta físico. Le hizo mucho daño tanto psicológico como físico. Sufrió anorexia antes de la relación: *“en el cole se metían conmigo y mi huida fue pagarlo con mi cuerpo”*. Acudió a terapia cuando dejó la relación, pero sintió que le etiquetaron con un diagnóstico y no lo consideró una buena experiencia. A.N afirmó: *“en el momento yo no lo consideré maltrato porque lo que veía en la tele no era así, era más bestia”*.

Estudió un grado superior pero nunca tuvo un trabajo estable. Sin embargo, actualmente trabaja en una escuela infantil, en la que comenzó de sustituta pero en el momento de la terapia tenía trabajo fijo en esa escuela. Tuvo problemas en la empresa donde trabajaba antes porque fue despedida ilícitamente por ser madre: *“me echaron de mala manera por ser madre, tras mucho trabajo invertido en un proyecto para la empresa”*, afirmó. Se quejó de que ha sufrido muchas injusticias por ser madre en los procesos de selección cuando ha buscado trabajo.

La paciente refería que cuando se quedó embarazada del primer hijo *“fue de un rollo y el padre biológico no se quiso hacer cargo”*. Firmaron un contrato en el que se comprometían a que ella se iba a hacer cargo de todo. Tras la ruptura con el padre biológico de su primer hijo, conoció a su actual pareja con quien sintió una conexión muy especial desde el principio y se mudaron al pueblo donde vivía él.

A.N comentaba que con la segunda hija tuvo depresión post-parto. Le afectó el hecho de que tuviera que ser cesárea: *“otro parto sin conseguir”*, porque la primera cesárea fue, como ella definía, *“de denuncia”*. Ella cree que su madre influyó en la decisión de que fuera cesárea. No se respetó la decisión de tener a su hijo ella sola. Refería que le infantilizaron por ser madre joven.

A.N comentaba que la relación con su pareja actual estaba pasando por un mal momento. Decía que *“la crianza es muy dura”*. Ella reconocía: *“me cuesta delegar”*. Siempre ha tenido el rol de

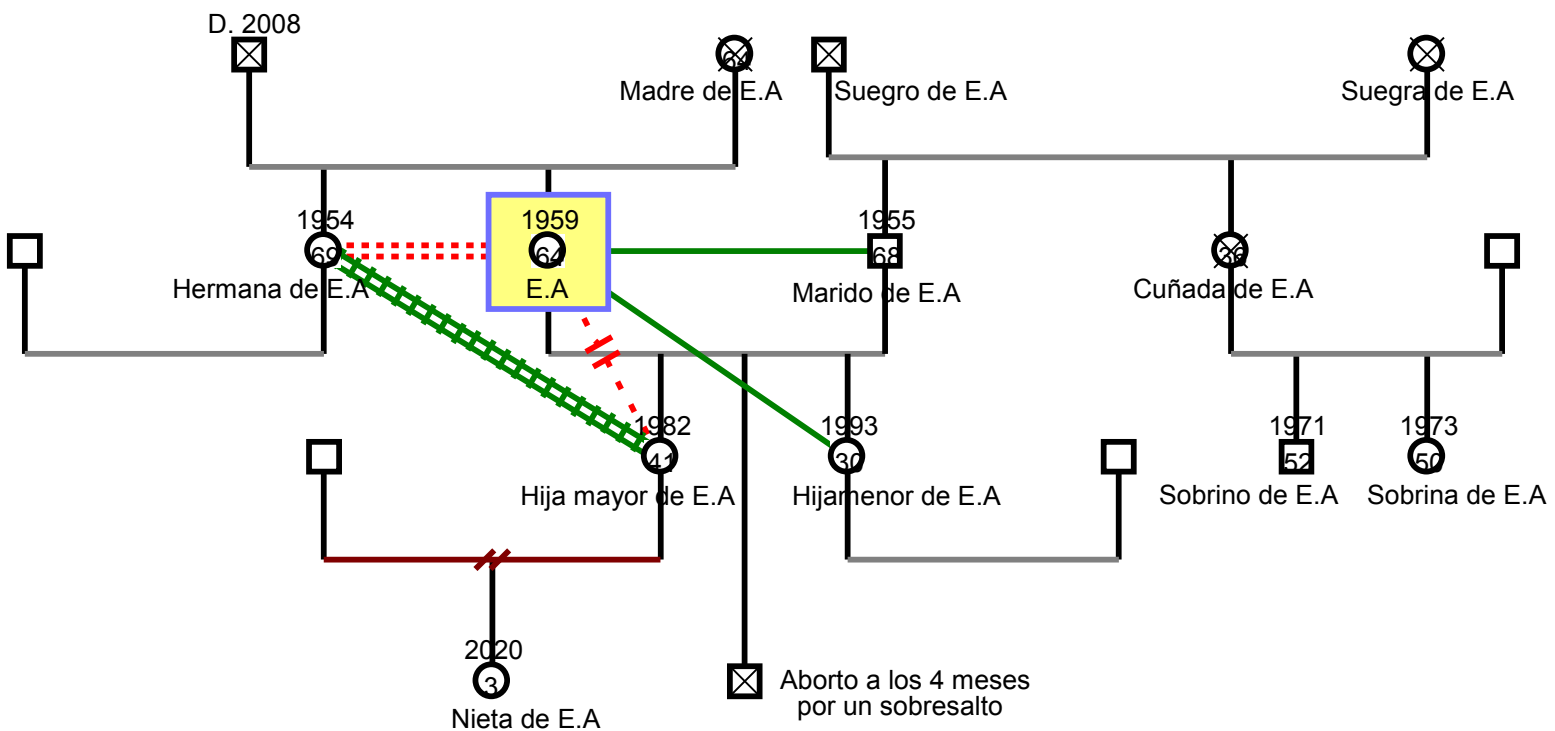
madre muy claro. Tuvo que hacerse cargo de su madre y luego criar a su primer hijo sola, lo cual intensificó ese rol.

Por todo lo mencionado sobre el caso de A.N, se consideró oportuno trabajar la autoestima siguiendo el procedimiento de la terapia que se explica a continuación en el apartado 3.4.

3.3.3 Descripción del caso E.A

Figura 3

Genograma E.A



Este caso trata de una mujer de 64 años a la que llamaremos E.A. Su caso llegó al centro porque su hija estaba haciendo terapia con una compañera y entre otras cosas estaban trabajando la relación madre e hija. Hicieron alguna sesión madre e hija con la terapeuta de la hija, pero llegó un momento en el que se consideró oportuno que la madre hiciera terapia individual para trabajar aspectos personales con otra terapeuta. Cuando llegó el caso, E.A comentó que tenía ansiedad sobre todo porque no sabía cómo manejar la relación con su hija, porque se estaba dando cuenta de que había cambiado mucho en los últimos meses y que no sabía cómo relacionarse con ella porque no se entendían.

Además de la relación con su hija, la ansiedad también era por dos bajas laborales recientes. E.A comentó: “hace unos meses tuve una caída y estuve de baja por la lesión que tenía en la pierna y ahora estoy de baja por un neuroma en el pie que me limita mucho la movilidad, y además eso implica que estoy ganando peso y perdiendo agilidad”. La paciente comentaba “de golpe me veo mayor, pero

me considero una persona muy positiva". En cuanto a su oficio comentó: *"de profesión soy auxiliar de enfermería y me gusta mucho mi trabajo"*.

La paciente comentó la complicada relación que tenía con su hija. Refería que su hija, de 41 años, tuvo a los 6 años un accidente y se quemó. Tras el accidente estuvo en un centro de quemados y E.A no pudo estar con ella todo lo que le hubiera gustado porque no le dejaban pasar por seguridad, para evitar infecciones.

E.A relató el accidente: *"Fue en una casa de campo que tenían mis suegros. Al mediodía un cuñado mío, que tenía 43 años, empezó a tirar alcohol a la chimenea encendida, mi marido le llamó la atención y dejó de hacerlo. Resulta que mi sobrina, que tenía 15 años, hizo lo mismo en otro momento, y mi hija, que tenía 6 años, se quemó porque mi sobrina tiró la botella con alcohol incendiada en los pies de mi hija. Los abuelos paternos de mi hija pasaron un poco del tema porque tenían una relación privilegiada con otra nieta, la que tenía 15 años y no les preocupaba lo que le pasó a mi hija."*

Cuando se le preguntó por su hija, E.A comentó: *"Mi hija ahora está de baja por depresión. Se metió en las drogas a los 18 años, pero consiguió salir de ellas gracias a un centro al que acudí por recomendación de su padre y mía. Además de la baja por depresión, estaba con tratamiento psiquiátrico y psicológico. Hace unos meses mi hija y yo tuvimos una sesión con la psiquiatra de mi hija, en la que me sentí cuestionada e interrogada"*.

La hermana de E.A siempre ha tenido muy buena relación con su sobrina menor (la que sufrió el accidente) porque no tuvo hijos y se implicó mucho en ella. Trataba a su sobrina casi más como hija que como sobrina. E.A refería: *"Mi hija es muy inteligente y muy hiriente cuando habla. Dejó los estudios a los 17 años con una muy buena media. Yo le dije que era muy válida y le animé a que estudiara para poder trabajar y no estar amargada a los 30, pero se puso a vender móviles. Cuando me di cuenta de que mi hija empezó a consumir, le acompañé a un centro para personas con adicciones, porque empezó a robar, y todo lo que eso conlleva. Cuando me quedé embarazada de mi segunda hija, la mayor empezó a comportarse peor; por lo que se le dio más atención a la mayor que a la menor. Mi hija menor con 31 años, ha conseguido más cosas en la vida habiendo tenido las mismas o incluso menos oportunidades que su hermana mayor"*.

E.A refería: *"Considero que se sobreprotegió a mi hija mayor por el accidente que sufrió, pero ella piensa que se le abandonó y que su padre y yo hemos cargado en ella nuestros egos. El hecho de que en verano de 2022 mi hija mayor se separara de su pareja y el padre de su hija de 3 años, puede que haya provocado que estuviera más irascible y reflexiva sobre la relación conmigo"*.

En cuanto a la familia de origen E.A comentaba: *"Mi hija mayor tenía 7 años cuando murió su abuela materna, pero cuando murió su abuelo materno tenían más relación y más edad. Hace unos años, mi hija mayor ganó un premio de literatura y tanto mi marido como yo nos sentimos despreciados cuando lo ganó, porque dio las gracias a todo el mundo menos a nosotros por lo que parece que no quiere mantener la relación con su familia de origen"*.

Por todo lo mencionado sobre el caso de E.A, se consideró oportuno trabajar la autoestima siguiendo el procedimiento de la terapia que se explica a continuación en el apartado 3.4.

3.4. Procedimiento

En este apartado se explicará el diseño de la intervención, compuesta por ocho sesiones en las que se trabajó la autoestima a través de objetivos específicos por cada sesión y tareas en algunas de ellas. Antes de comenzar el proceso terapéutico, la tutora del centro donde realicé las prácticas firmó un certificado en el que me autorizaba como alumna en prácticas del máster a llevar a cabo los casos derivados del centro; asimismo, explica que el centro se hacía responsable del tratamiento de los datos personales de las personas destinatarias y de la debida confidencialidad de los mismos. (Anexo 2).

Las sesiones de la intervención fueron de manera online. El centro en el que realicé las prácticas tiene las dos modalidades, la presencial y la online. Sin embargo, hay pacientes que prefieren ser atendidas de forma online.

El Ministerio de Salud Pública (MSP, 2020) creó el Protocolo para Atención tele asistida de Salud Mental en COVID-19, que enfatiza la utilización de herramientas virtuales para el trabajo en salud mental desde ramas como la Psicología y Psiquiatría. A partir de ello, algunos sectores brindaron durante la emergencia sanitaria servicios de tele salud y tele asistencia, tanto en el área médica como psicológica, gratuita en tiempo real (Viteri et al., 2012).

La terapia online ha experimentado un notable crecimiento y evolución durante la pandemia de COVID-19. Antes de la pandemia, esta modalidad de terapia ya era utilizada, pero su adopción era limitada y no tan extendida. Sin embargo, con las restricciones impuestas por el distanciamiento social y el cierre de centros de psicoterapia, la terapia online se convirtió en una opción cada vez más popular y necesaria (Viteri et al., 2012).

Tabla 4

Orden y contenido de las sesiones

<i>Sesiones</i>
<i>Sesión 1</i> Recogida de información y evaluación (pretest)
<i>Sesión 2</i> Genograma
<i>Sesión 3</i> Diálogo interno y aspectos positivos
<i>Sesión 4</i> Trabajo de las emociones
<i>Sesión 5</i> Trabajo de la comunicación
<i>Sesión 6</i> Reestructuración cognitiva
<i>Sesión 7</i> Necesidades saludables en una pareja

3.4.1 Sesión 1

Objetivo

El objetivo principal de esta primera sesión fue realizar una recogida de información más amplia que la que se había obtenido en la primera llamada telefónica. Se le pidió a cada paciente que hiciera una presentación de sí misma, y se le hizo una breve presentación sobre la terapeuta.

Tareas

Se le explicó la confidencialidad y la protección de datos, se le pidió que firmara el consentimiento informado (Anexo 3). Se le preguntó por su motivo de consulta y se propusieron conjuntamente unos objetivos para trabajar en terapia. Se le pidió también si quería formar parte en el estudio que se iba a realizar sobre la autoestima y, con su aceptación y firma del documento de consentimiento para participar en el estudio (Anexo 4) se le administró la Escala de Autoestima de Rosenberg.

3.4.2 Sesión 2

Objetivo

En la segunda sesión el objetivo fue trabajar el genograma. Se le explicó a cada paciente el instrumento que es y para qué se utiliza, por lo que se trató de una sesión psicoeducativa. Se intentó que así la persona conociera la herramienta que puede ser útil para desarrollar autoconocimiento tanto de los patrones familiares que existen entre los miembros de su familia ahora, como los que existían en miembros de su familia que ya no están, que pueden tener transcendencia transgeneracional y ser heredados.

Herramienta

Un genograma es un diagrama o gráfico que se utiliza para representar la información acerca de la estructura y las relaciones familiares, así como para identificar patrones y tendencias que se transmiten de una generación a otra. El genograma es una herramienta que se utiliza comúnmente en la terapia familiar sistémica pero también se puede utilizar en terapia individual (McGoldorick et al., 2011).

En un genograma se representan los miembros de la familia, su género, edad, estado civil, fecha de nacimiento y muerte, así como las relaciones entre ellos, tales como matrimonios, divorcios, hijos, abuelos, tíos, primos y otros parientes. Además, se puede incluir información sobre la salud física y mental de los miembros de la familia, los patrones de comportamiento y las influencias culturales y sociales que han afectado a la familia a lo largo del tiempo (McGoldorick et al., 2011).

Los genogramas pueden ser una herramienta útil para comprender mejor la historia y la dinámica de una familia, identificar patrones de comportamiento y problemas de salud hereditarios, y para ayudar en la terapia y la orientación de los miembros de la familia (Roig, 2015).

3.4.3 Sesión 3

Objetivo

Los juicios de valor que hacemos pueden ser de muchos tipos; por ejemplo, estéticos (bonito o feo), morales (bueno o malo), emocionales (alegre o triste), sensoriales (placentero o doloroso), sociales (honorable o despreciable) médicos (saludable o enfermo). Dependiendo de las valoraciones que formulemos, y de cómo sobrellevemos las que adoptamos como definitorias de lo que somos, nos sentiremos más o menos bien con nosotros mismos. (Rojas, 2007, p.20). Por ello se dedicó una sesión de la terapia a hablar del diálogo interno de la persona.

Descripción del proceso cognitivo del diálogo interno

El diálogo interno se refiere a la conversación que tiene una persona consigo misma en la mente. Es el proceso de hablar con uno mismo internamente, en el que se pueden formular preguntas, dar respuestas, expresar pensamientos, emociones y opiniones (Andrews et al., 2018).

Puede ser positivo o negativo. Cuando el diálogo interno es positivo, puede ayudar a la persona a sentirse más seguro, confiado y motivado. Cuando es negativo, puede hacerle sentir inseguro, ansioso y estresado (Andrews et al., 2018).

Por otro lado, puede ser consciente o inconsciente, y puede influir en los pensamientos, emociones y comportamientos de una persona. Por ejemplo, si el diálogo interno acerca de sus habilidades es negativo, puede sentirse menos capaz y evitar las oportunidades para crecer y aprender (Andrews et al., 2018).

Tarea en sesión

Es importante ser consciente del diálogo interno de uno mismo y tratar de desarrollar uno que sea positivo que le apoye y le ayude a alcanzar sus metas y objetivos a la persona. Este trabajo se realizó de la siguiente manera.

Se le propuso a la paciente que pensara en algo que había hecho mal esa semana y que recordara cómo fue el diálogo interno cuando cometió ese error. Después se le pidió por favor que se pusiera en el hipotético caso de que la persona que hizo ese error era una tercera persona en vez de ser ella y se le invitó a que pensara si el diálogo sería el mismo que relató al principio (pensando que fue ella la que cometió ese error) o el segundo (pensando en que fue otra persona). Se le hizo reflexionar acerca de dicho diálogo interno y, si fuera posible, que tratara de que este fuera más positivo y dirigido hacia la mejora en vez de hacia la culpa o la acusación. En definitiva, que mirase hacia el futuro más que hacia el pasado.

Tarea para la próxima sesión

Además de hablar sobre el diálogo interno, se le propuso a la paciente que pensara en cinco aspectos positivos o cualidades que considerara que tiene como tarea para hablar en la próxima sesión.

3.4.4 Sesión 4

Objetivo

El objetivo de esta sesión fue hablar sobre esos cinco aspectos positivos que había reflexionado cada paciente a lo largo de la semana y trabajar las emociones. Tras hablar de sus cualidades, se le preguntó si le había costado la tarea o si le resultó fácil, si le vinieron a la cabeza también aspectos negativos o no. En definitiva, se le preguntó cómo se sintió haciendo la tarea.

Esta sesión fue psicoeducativa; a pesar de que la persona conocía las emociones, puede que no hablara a diario sobre ellas o que tuviera alguna dificultad para expresarlas e identificarlas. Es por ello por lo que se intentó aumentar su autoconocimiento sobre las emociones y la manera en la que las vivía.

Tarea en sesión

En cuanto a las emociones, se le preguntó cuáles definiría como las emociones básicas y cómo vivía cada una de ellas. Se le explicó que las emociones básicas son un conjunto de seis emociones universales que son comunes en todas las culturas humanas y que se consideran fundamentales para la experiencia emocional (Gross, 2021). Estas seis emociones básicas son:

1. Alegría: una emoción que se experimenta cuando se siente satisfacción o placer.
2. Tristeza: una emoción que se experimenta cuando se siente dolor, pérdida, soledad o desesperanza.
3. Miedo: una emoción que se experimenta cuando se siente amenaza, peligro o inseguridad.
4. Ira: una emoción que se experimenta cuando se siente frustración, irritación o enfado.
5. Sorpresa: una emoción que se experimenta cuando algo inesperado sucede o se encuentra.
6. Asco: una emoción que se experimenta cuando se encuentra algo desagradable o repugnante (Gross, 2021).

Estas seis emociones básicas son consideradas universales porque se cree que son innatas, es decir, que son biológicamente programadas en los seres humanos y que se experimentan de manera similar en todas las culturas, independientemente de la educación, el género, la raza o la religión (Gross, 2021).

Se provocó un debate también sobre la categorización que se les suele dar a las emociones como positivas o negativas. Se explicó que a pesar de que socialmente se entienda que las emociones como alegría o sorpresa pueden ser positivas y las emociones como tristeza, miedo, ira y asco o sorpresa pueden ser negativas, esto no tiene porqué ser siempre así. Las emociones son adaptativas y a cada situación le corresponde una emoción para poder enfrentarse a ciertas circunstancias. Es decir, el miedo puede ser adaptativo en ciertas ocasiones como la lucha o la huida, a pesar de que pensemos que es negativo. La tristeza puede ser adaptativa en ocasiones como duelos (Gross, 2021).

Se dejó claro que no hay emociones positivas ni negativas, que se trata de que a cada una le corresponde aflorar en momentos determinados y durante un periodo de tiempo determinado. Es decir, no es adaptativo sentir tristeza por ejemplo durante un mes seguido sin dar lugar a ninguna otra emoción (Gross, 2021).

Tarea recomendada

Se le mandó una tarea a cada paciente para que realizara el visionado de la película "InsideOut" (dirigida por Peter Docter en 2015) que trata las emociones básicas y ayuda a entender un poco más en qué consiste cada una y cuál es la función de cada una.

3.4.5 Sesión 5

Objetivo

En esta sesión se trató el tema de la comunicación. Por un lado se habló sobre los cuatro estilos de comunicación y por otro lado sobre los cinco axiomas de la comunicación de Watzlawick (Watzlawick et al., 1967). La autoestima y la comunicación están estrechamente relacionadas, ya que la forma en que nos comunicamos con nosotros mismos y con los demás puede afectar a nuestra autoestima.

Por un lado, la autoestima influye en la forma en que nos comunicamos con los demás. Cuando tenemos una autoestima saludable, tendemos a comunicarnos de manera más asertiva, confiada y respetuosa, ya que valoramos nuestras propias necesidades y respetamos las de los demás. Por el contrario, cuando tenemos baja autoestima, podemos ser más pasivos o agresivos en nuestra comunicación, tener dificultades para establecer límites y expresar nuestras necesidades, y podemos sentirnos inseguros al comunicarnos con los demás (Knobloch et al., 2018).

Por otro lado, la comunicación puede influir en nuestra autoestima. Cuando recibimos una retroalimentación positiva y constructiva de los demás, puede reforzar nuestra autoestima y hacernos sentir valorados y apreciados. Por el contrario, cuando recibimos una retroalimentación negativa o destructiva, podemos sentirnos desvalorizados y nuestra autoestima puede verse afectada (Knobloch et al., 2018).

Es importante tener en cuenta que la comunicación también puede ser una herramienta para mejorar la autoestima. Por ejemplo, la comunicación interna (diálogo interno) positiva, como la autoafirmación y la gratitud, puede ayudarnos a fortalecer nuestra autoestima y sentirnos más seguros y confiados. De igual manera, la comunicación efectiva y constructiva con los demás puede ayudarnos a establecer relaciones más sanas y satisfactorias, lo que a su vez puede mejorar nuestra autoestima (Andrews et al., 2018). Esta sesión se trata de una sesión psicoeducativa en la que se explican los estilos de comunicación:

1. **Estilo asertivo:** Se caracteriza por el respeto a los derechos de los demás, pero defendiendo los de uno mismo. Estas personas saben decir que no.
2. **Estilo pasivo:** Estas personas no se atreven a defender sus derechos.
3. **Estilo pasivo agresivo:** Las personas con este estilo de comunicación no se atreven a defender sus derechos, pero tampoco les gusta que abusen de ellas, por lo que critican a las personas a sus espaldas, llegando a un punto en el que no aguantan más y explotan.
4. **Estilo agresivo:** Estas personas se caracterizan por anteponer sus derechos a los de cualquiera y siempre consiguen lo que quieren (Moreno et al., 2017).

Tarea en sesión

Se le propuso a cada paciente que reflexionara sobre cuál creía que era su estilo de comunicación predominante y por qué y si consideraba que ha sido así toda su vida o ha habido alguna evolución a lo largo de la misma.

Tras hablar de los estilos de comunicación, se explicaron también los cinco axiomas de la comunicación de Watzlawick:

1. Es imposible no comunicar
2. Toda comunicación tiene un nivel de contenido y un nivel de relación
3. La naturaleza de la relación depende de la puntuación de las secuencias de la comunicación entre los comunicantes
4. Los seres humanos comunican tanto digital (verbal) como analógicamente (no verbal)
5. Los intercambios comunicacionales pueden ser tanto simétricos como complementarios (Watzlawick et al., 1967).

Se trató de explicar cada uno de los axiomas para que cada paciente los tuviera en cuenta en sus dinámicas de comunicación con las personas de su entorno como pueden ser familiares, personas conocidas, compañeros de trabajo, amistades, etc.

3.4.6 Sesión 6

Objetivo y herramienta

En esta sesión se aplicó la herramienta de la reestructuración cognitiva que es un proceso terapéutico que busca cambiar patrones de pensamiento negativos o distorsionados que pueden estar causando malestar emocional o comportamientos no deseados. Este proceso se enfoca en identificar pensamientos y creencias negativas y desafiarlos de manera lógica y realista para crear nuevos patrones de pensamiento más positivos y adaptativos (Leahy, 2003).

Tarea en sesión

Se le explicó a cada paciente que el ejercicio consistía en contrastar cuatro criterios; el criterio de objetividad, el criterio de intensidad o duración, el criterio de utilidad y el de formalidad. Si uno de los cuatro criterios no se cumplía, era indicador de que la frase que se estaba analizando no era adaptativa, y por lo tanto habría que buscar una alternativa a dicha frase que pueda ser más adaptativa (Leahy, 2003).

1. **Criterio de objetividad:** Consiste en buscar pruebas, evidencias, datos que contrasten la frase que se está analizando.
2. **Criterio de intensidad/emoción:** Este segundo criterio consiste en analizar cómo le hace sentir dicha frase a la persona. Está muy relacionado con el diálogo interno que se trabajó en la tercera sesión. La persona piensa en la emoción que siente cuando se dice dicha frase a sí misma.
3. **Criterio de utilidad:** Este criterio ayuda a comprobar la funcionalidad que puede tener esa frase. Se le pide a la persona que piense para qué sirve esa frase, la función que tiene decirse esa frase a sí misma.

6. **Criterio de formalidad:** El objetivo de este último criterio es comprobar si la forma en la que se afirma dicha frase es extrema o no, si utiliza términos como *debería*, *necesito*, etc. (Leahy, 2003).

Tarea recomendada

Se le explicó que es una herramienta que puede utilizar cuando considere que una frase que se diga a sí misma no es adaptativa o le causa más perjuicio que beneficio.

3.4.7 Sesión 7

Objetivo

La autoestima y la relación de pareja están muy relacionadas, ya que la forma en que nos sentimos acerca de nosotros mismos puede afectar la forma en que nos relacionamos con nuestra pareja y cómo ésta nos trata a su vez (Gómez et al., 2020).

Cuando tenemos una autoestima saludable, tendemos a tener relaciones más satisfactorias y equilibradas con nuestras parejas, ya que nos sentimos seguros y confiados en nosotros mismos y podemos establecer límites y expresar nuestras necesidades de manera efectiva. También podemos ser más comprensivos y empáticos con nuestra pareja, lo que puede fomentar una comunicación y una conexión emocional más profunda (Gómez et al., 2020).

Por el contrario, cuando nuestra autoestima es baja, podemos tener dificultades para establecer límites y expresar nuestras necesidades, lo que puede llevar a relaciones desequilibradas en las que nos sentimos menospreciados o infravalorados. También podemos ser más propensos a la dependencia emocional, la inseguridad y la necesidad constante de aprobación, lo que puede poner presión en la relación y afectar la calidad de la comunicación y la conexión emocional (Gómez et al., 2020).

Es importante tener en cuenta que una relación saludable requiere que ambas partes tengan una autoestima saludable y trabajen en ella de manera continua. La comunicación abierta y honesta, el apoyo mutuo y el respeto son fundamentales para mantener una relación de pareja saludable y satisfactoria. También es importante trabajar en nuestra autoestima individualmente, a través de la autoafirmación, la gratitud y el autocuidado, para poder tener relaciones más equilibradas y satisfactorias con nuestra pareja (Gómez et al., 2020).

Tarea en sesión

Por todo ello, se consideró necesario dedicar una sesión a las necesidades saludables en una pareja. Algunas de ellas son las siguientes:

- Sintonía: Sentir que las dos personas están más o menos en el mismo punto.
- Tener complicidad.
- Afecto, sentirse amada/o. Dar muestras de afecto.
- Intimidad y mantener relaciones sexuales satisfactorias, salvo en caso de patología o asexualidad.
- Sentir ser la prioridad de la otra persona y dar prioridad.
- Pasar tiempo de calidad en pareja.

- Sentido del humor, que la pareja se ría y se lo pase bien estando juntos.
- Tener proyectos en común (Gómez et al., 2020).

Se comentaron dichas necesidades y se debatió si la paciente consideraba que se cumplían en su relación de pareja o no. Si la respuesta era que no, se propusieron objetivos para que se pudieran satisfacer dichas necesidades en la pareja.

3.4.8 Sesión 8

Objetivo

El objetivo de esta última sesión era finalizar el proceso con una técnica proyectiva por un lado, que se trataba del dibujo de la persona bajo la lluvia, y con la evaluación final de la autoestima a través de La Escala de Autoestima de Rosemberg por otro lado (postest).

Descripción de la técnica y tarea en sesión

Las técnicas proyectivas son herramientas utilizadas en psicología para ayudar a los pacientes a explorar sus pensamientos, emociones y comportamientos inconscientes, así como para obtener información sobre su personalidad y su forma de interactuar con el mundo (Querol, S.M. et al., 2005).

Estas técnicas se basan en la idea de que el comportamiento de una persona en el presente está influenciado por su pasado y que ciertos patrones de pensamiento y comportamiento inconscientes pueden ser revelados a través de la proyección de estímulos ambiguos o abstractos. A diferencia de las técnicas de entrevista o cuestionario, las técnicas proyectivas no se basan en preguntas directas, sino en la interpretación de respuestas que el paciente proporciona a estímulos específicos (Querol, S.M. et al., 2005).

La técnica proyectiva de la persona bajo la lluvia en concreto es utilizada para explorar los pensamientos, emociones y comportamientos inconscientes de una persona. Esta técnica consiste en pedirle a la paciente que dibuje una figura humana debajo de la lluvia, y luego se le pide que describa lo que está sucediendo en la escena (Querol, S.M. et al., 2005).

Este dibujo permitió que cada paciente expresara sus sentimientos sobre la tristeza, la soledad, la vulnerabilidad y la protección. Se puede interpretar en términos de la forma en que la persona percibe el mundo y sus experiencias pasadas y presentes, o como una representación de los conflictos internos de la persona y sus mecanismos de defensa.

Como todas las técnicas proyectivas, la técnica de la persona bajo la lluvia no es una herramienta diagnóstica precisa y no debe utilizarse de forma aislada para tomar decisiones terapéuticas. En su lugar, debe ser utilizada en conjunto con otras herramientas de evaluación y en el contexto de una relación terapéutica sólida y de confianza (Querol, S.M. et al., 2005).

Tras el dibujo, se realizó un análisis del mismo junto con cada paciente, teniendo en cuenta sus objetos de protección como por ejemplo un paraguas, unas botas de agua, un chubasquero, etc. y los elementos estresantes como por ejemplo las nubes, la lluvia, la tormenta, los charcos, etc. Por otro lado se analizó si había algún elemento que representara la esperanza como el sol encima de las nubes (Querol, S.M. et al., 2005).

Tras la interpretación del mismo, se procedió a realizar el cuestionario posttest de La Escala de Autoestima de Rosenberg para ver la evolución de la terapia y si había habido algún cambio en su autoestima.

Por último se procedió a realizar el cierre de la terapia y se valoró la necesidad de derivar a otra profesional del Centro de Psicología Clínica, para poder trabajar otros objetivos.

4. Resultados

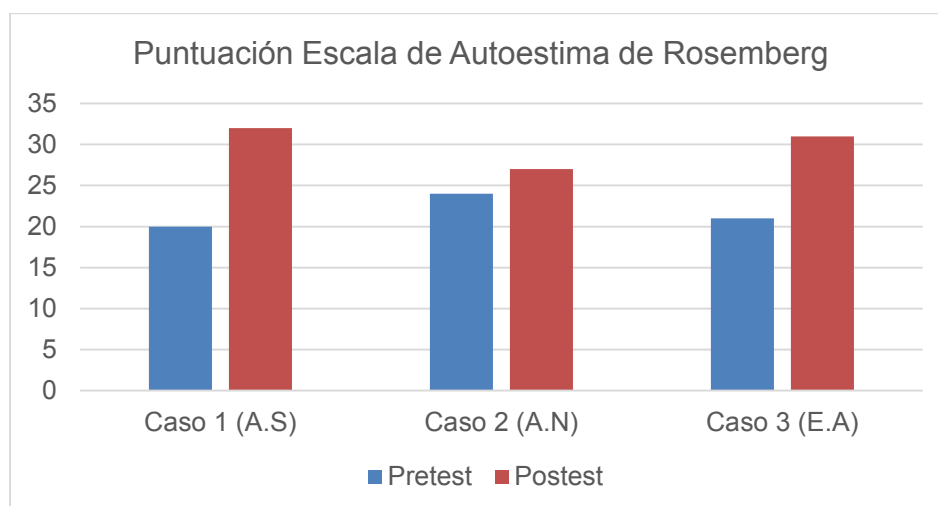
A continuación vamos a desarrollar los resultados del proceso de intervención. Tal y como se explicó anteriormente, se ha realizado una evaluación cuantitativa y cualitativa de cada caso. La cuantitativa fue la Escala de Autoestima de Rosenberg, que se les administró antes y después de la terapia. La cualitativa se llevó a cabo preguntando a cada paciente el nivel de ansiedad y de autoestima que consideraban que tenían antes de comenzar y tras finalizar la terapia y anotando las respuestas; y por otro lado, haciendo una valoración cualitativa por parte de la terapeuta tras la primera sesión y tras la última sesión de sus niveles de ansiedad y autoestima. También se utilizó la herramienta del dibujo de la persona bajo la lluvia para obtener resultados cualitativos de las pacientes al finalizar la terapia.

Para la evaluación cuantitativa, se les administró a las pacientes antes y después de la terapia la Escala de Autoestima de Rosenberg. El cuestionario se responde a través de una escala tipo Likert de 4 puntos (desde 1= "Muy en desacuerdo" hasta 4= "Muy de acuerdo") y está compuesto por 10 ítems (Rosenberg, 1965).

Tras la administración del cuestionario, se procedió a obtener e interpretar sus resultados, los cuales aparecen reflejados en la siguiente figura (figura 4).

Figura 4

Puntuación Escala de Autoestima de Rosenberg



Para la interpretación del cuestionario, los baremos indican que en las puntuaciones de 30 a 40 la persona tiene una autoestima elevada, considerada como autoestima normal. De 26 a 28

autoestima media, indica que no presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla. Si la puntuación es menor de 25 se trata de una autoestima baja, existen problemas significativos de autoestima.

En el caso 1 de A.S se puede observar que su puntuación en el pretest fue de 20, lo que implica que, al ser menor de 25, es una autoestima baja. Tras la terapia, en el posttest, la puntuación de A.S fue de 32, por lo que se podría decir que su autoestima llegó a ser elevada.

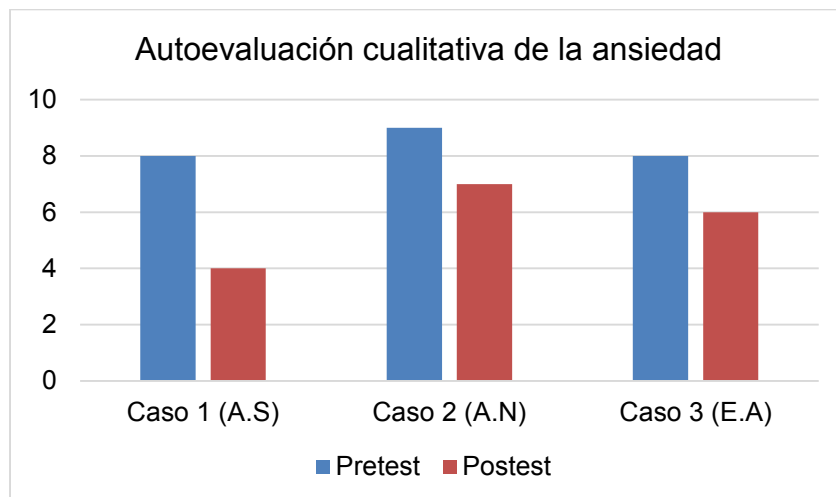
En el caso 2 de A.N su puntuación en el pretest fue de 24, que al ser menor de 25 es autoestima baja. En el posttest su puntuación fue de 27, lo que implica que su autoestima llegó a ser media.

En el caso 3 de E.A en el pretest su resultado fue de 21, lo que implica una autoestima baja y tras la terapia, en el posttest su puntuación llegó a ser de 31, lo que indica que llegó a tener una autoestima elevada.

Para la evaluación cualitativa de la ansiedad se les preguntó a las pacientes en la primera sesión que dijeran del 1 al 10 cuánta ansiedad tenían y tras la terapia se les pidió que contestaran a la misma pregunta. En la figura 5 se reflejan los resultados. Se puede concluir que en los tres casos, antes de la terapia las pacientes consideraban tener un nivel de ansiedad más alto que tras la terapia.

Figura 5

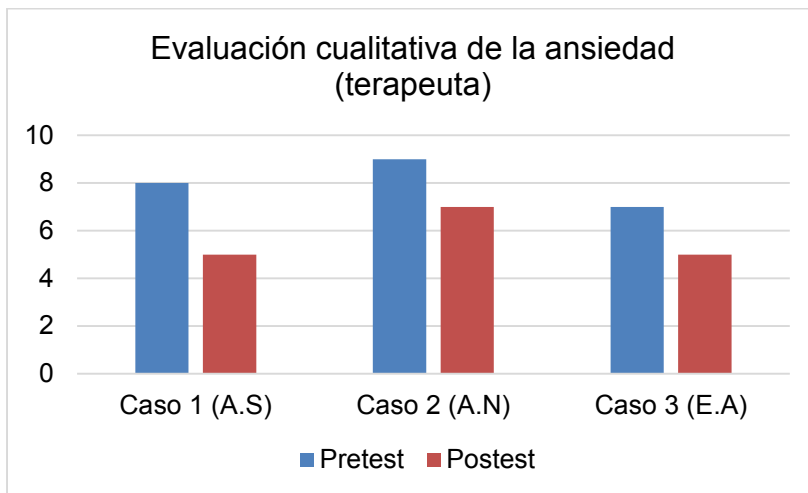
Autoevaluación cualitativa de la ansiedad



Por otro lado, la terapeuta también respondió a esa misma pregunta para cada caso. En la figura 6 se reflejan los resultados, los cuales coinciden en gran medida con la autoevaluación de las pacientes. La terapeuta se basó en las observaciones que hacía de cada paciente referentes a síntomas de ansiedad como el estrés, los problemas de sueño, las dificultades en las relaciones con las personas con las que convivían y como el estado de ánimo que mostraban y describían.

Figura 6

Evaluación cualitativa de la ansiedad (terapeuta)



Para la evaluación cualitativa de la autoestima, tanto las pacientes como la terapeuta hicieron una aproximación del 1 al 10 del nivel de autoestima que podían llegar a tener. Se realizó una reflexión tras la primera sesión con cada paciente y tras el final de la terapia el nivel de autoestima que podrían tener y los resultados fueron los siguientes. En la figura 7 se reflejan los resultados de la autoevaluación de cada paciente y en la figura 8 los de la evaluación de la terapeuta.

Figura 7

Autoevaluación cualitativa de la autoestima

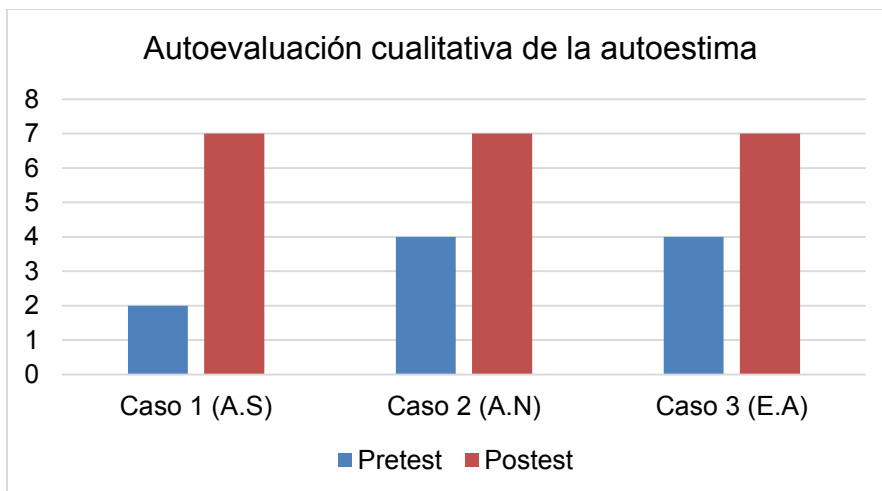
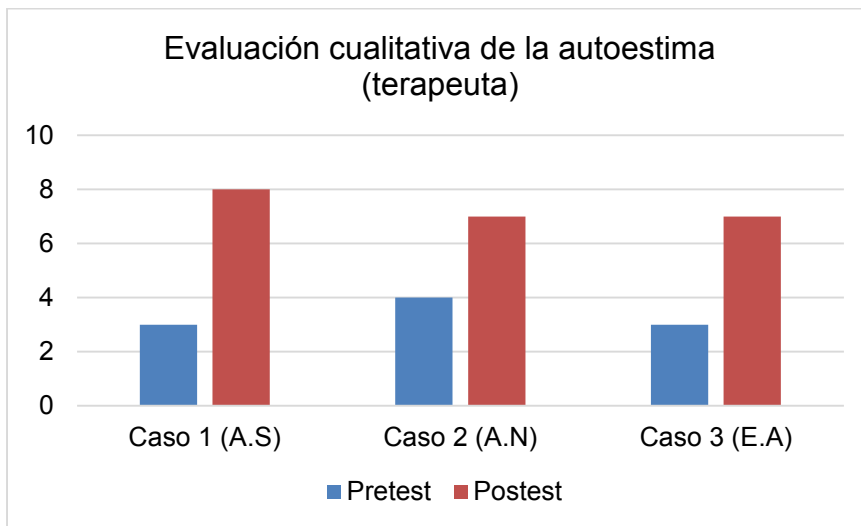


Figura 8

Evaluación cualitativa de la autoestima (terapeuta)



En la paciente A.S una de las observaciones para considerar que su autoestima estaba mejorando a lo largo de la terapia fue que comentó que había pedido cita en la peluquería, en una clínica dental y que se iba a hacer unas gafas nuevas. Son cambios que, cuando el nivel de autoestima de una persona es bajo no se les suele dar importancia. Sin embargo, cuando se está trabajando para mejorar la autoestima es de gran importancia porque implica un autocuidado y una intención de quererse más y mejor a sí misma.

En la paciente A.N una de las observaciones fue que estaba intentando hacer un esfuerzo por cuidar sus relaciones sociales, lo cual implica que intentaba trabajar más los roles de amiga, sin descuidar el rol de madre, pero dándole más flexibilidad.

En la paciente E.A una de las observaciones fue que retomó los paseos que daba antes. Lo cual implica una intención de autocuidado y de querer ir cumpliendo pequeños objetivos como el de perder peso para sentirse más ágil y conseguir más movilidad de la que tenía por su dolencia en el pie.

Otra de las herramientas utilizadas para medir cualitativamente la autoestima de las pacientes fue una técnica proyectiva llamada “La persona bajo la lluvia” (Querol, S.M. et al., 2005). Al finalizar el proceso terapéutico, se les pidió que en la última sesión dibujaran una persona bajo la lluvia. Se trata de una técnica proyectiva que se utiliza para obtener información acerca del mundo interno de una persona, que no siempre es fácil de observar directamente.

En lugar de pedir a una persona que responda a preguntas directas acerca de sí misma, las técnicas proyectivas proporcionan estímulos ambiguos o poco estructurados, como imágenes, historias o situaciones, y se le pide a la persona que responda libremente, sin restricciones. En esta técnica proyectiva en concreto, la intención es proponerle una situación estresante, como es la lluvia, a la persona y observar los elementos de protección que dibuja para esa situación, entre otras observaciones (Querol, S.M. et al., 2005).

Las respuestas que una persona da a estas situaciones ambiguas pueden revelar patrones de pensamiento, emociones, conflictos internos y estrategias de afrontamiento. Las técnicas proyectivas

pueden ayudar a los profesionales de la salud mental a comprender mejor la personalidad, las relaciones interpersonales, los síntomas y los problemas psicológicos que pueden estar afectando a una persona (Querol, S.M. et al., 2005).

Figura 9

Persona bajo la lluvia Caso A.S



En este caso, y teniendo en cuenta las observaciones realizadas por otras fuentes como pueden ser su expresión verbal, sus actitudes y sus comportamientos, se podría decir que esta paciente terminó su proceso terapéutico con una figura de protección que en el dibujo es el paraguas y en su vida puede equivaler a todas aquellas herramientas que ha obtenido en terapia para poder afrontar una situación de estrés que le pueda surgir en el futuro. Los charcos pueden significar dificultades que ha tenido la persona a lo largo de su vida, y el sol una pequeña esperanza de que pueda haber cambios positivos ante las posibles dificultades.

Figura 10

Persona bajo la lluvia Caso A.N



En este caso el dibujo fue muy sencillito y rápido. Se podría decir que la expresión facial sonriente puede significar que hay una buena actitud ante las dificultades con las que se encuentre. Sin embargo, la lluvia solo cae hacia esa persona y no parece que haya ningún elemento de protección ante la misma.

Figura 11

Persona bajo la lluvia Caso E.A



En este último caso, la paciente dibujó a una persona bajo la lluvia sin elementos de protección, lo que implica que a lo mejor no cuenta con herramientas propias para afrontar situaciones de estrés o dificultades. Sin embargo, se ve un camino hacia una montaña con un arco iris y detrás el sol. Estos elementos pueden representar figuras de apoyo que tiene la persona, que no son herramientas propias, pero que sí considera que tiene personas en su entorno que le pueden ayudar a poder afrontar dichas dificultades. Por otro lado, la expresión facial y la postura corporal indican una actitud positiva.

5. Discusión

Teniendo en cuenta la hipótesis inicial del trabajo que era que con la intervención en autoestima se iba a lograr disminuir los niveles de ansiedad de las pacientes, los resultados indican que así fue. Las figuras 5 y 6 indican que sus niveles de ansiedad mejoraron tras la intervención en su autoestima, la cual también mejoró tal y como se puede ver en las figuras 4, 7 y 8. Volviendo a la literatura, podemos decir que, tal y como menciona López (2022) en un estudio, los niveles de ansiedad disminuyen cuando aumenta el nivel de autoestima de una persona. Es por ello por lo que este estudio de caso $n=3$ demuestra que así es con los resultados obtenidos.

En otro estudio de Cao et al, 2020 en el que relacionan los dos constructos estudiados, también se concluye que al mejorar la autoestima de las personas, se logra una disminución en sus niveles de ansiedad.

Se podría proponer implementar este abordaje terapéutico para aquellas personas que acuden a terapia con la demanda de ansiedad pero que como demanda implícita tengan una necesidad de mejorar su autoestima. Este estudio podría implicar para la práctica clínica un ejemplo de éxito

terapéutico en los tres casos en los que se ha implementado la terapia propuesta para aumentar la autoestima de las pacientes y, a su vez, disminuir sus niveles de ansiedad.

En cuanto a limitaciones y posibles mejoras para próximos estudios se podría decir que la evaluación de la ansiedad también puede ser cuantitativa a través de la administración de un cuestionario igual que se hizo con la autoestima antes y después de la terapia para que sea más completa.

Para futuras líneas de investigación se podría añadir otra variable como por ejemplo la depresión. También se podría proponer este mismo estudio en hombres, o en personas de otros rangos de edad como jóvenes de entre 18-30 años o personas que estén en la adultez avanzada, de 60 a 80 años por ejemplo y comparar los resultados.

La respuesta a la pregunta de investigación, referente a si es posible disminuir la ansiedad de las personas con una intervención que provoque la mejoría de su autoestima es que sí. Tanto el proceso de la terapia, como los resultados cuantitativos y cualitativos del estudio, incluyendo las valoraciones hechas por las pacientes demostraron que su ansiedad disminuyó y su autoestima mejoró.

A través de este trabajo se ha podido realizar un aprendizaje en el diseño de intervenciones terapéuticas para tres pacientes que necesitaban disminuir su ansiedad y mejorar su autoestima. Por otro lado, se ha investigado sobre lo que la literatura científica aporta hasta la fecha en los constructos de autoestima y ansiedad y los diferentes estilos de intervención para mejorar dichos constructos.

6. Bibliografía

- Alessandri, G., Vecchione, M., Eisenberg, N. y Laguna, M. (2015). On the factor structure of the Rosenberg (1965) General Self-Esteem Scale. *Psychological Assessment*, 27, 621- 635.
- Andrews, S., & Smith, G. (2018). Verbalizing the voices in your head: Self-talk statements during everyday activities predict task performance. *Frontiers in Psychology*, 9, 2210. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02210
- A.P.A. (2014) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bandura, A. (1978). The self-system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33(4), 344–358. doi:10.1037/0003-066X.33.4.344
- Baumeister, R. F. (1998). The self. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, y G. Lindzey (eds.). *Handbook of social psychology*, (680-740 orr.). New York: McGraw-Hill.
- Caballo, V. E., Piqueras, J. A., Antona, C., Iruña, M. J., Salazar, I. C., Bas, P., & Salavera, C. (2018). La autoestima y su relación con la ansiedad social y las habilidades sociales (No. ART-2018-105830).
- Cao, X., & Rodgers, R. F. (2020). The reciprocal relationship between self-esteem and symptoms of depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 76, 101832. doi: 10.1016/j.cpr.2020.101832
- Carpenter, Joseph K.; Andrews, Leigh A.; Witcraft, Sara M.; Powers, Mark B.; Smits, Jasper A. J.; Hofmann, Stefan G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety*, doi:10.1002/da.22728
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco, CA: Freeman.
- David F. Tolin (2010). *Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review.*, 30(6), 0–720. doi:10.1016/j.cpr.2010.05.003
- Gómez, J. L., Viejo, C., & Ortega-Ruiz, R. (2020). Self-esteem and couple satisfaction: The mediating role of emotion regulation. *Frontiers in Psychology*, 11, 1656. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01656
- González, F. A., Sigüenza, Y. M., & Solá, I. B. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Rev. Psicol. Univ. Tarragona*, 22, 29-42.

- Gross, J. J. (2021). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 32(2), 83-95. doi: 10.1080/1047840X.2021.1894680
- Heatherton, T. F. y Polivy, J. (1991). Development and validation of a scale for measuring states self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 895-910.
- Knobloch, L. K., & Theiss, J. A. (2018). Family communication patterns and self-esteem. In J. A. Daly & A. L. Vangelisti (Eds.), *The Routledge Handbook of Family Communication* (2nd ed., pp. 232-245). Routledge.
- Leahy, R. L. (2003). *Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's Guide*. Guilford Press.
- López Ortiz, A. (2022). Intervención cognitivo-conductual en pacientes asistentes a psicoterapia: ansiedad, depresión, autoestima, satisfacción con la vida y relaciones familiares.
- Marcos, R.L. and Marcos, R.L. (2007) *La autoestima: Nuestra fuerza secreta*. Madrid: Espasa Calpe.
- Marsh, H. W. y O'Mara, A. (2008). Reciprocal effects between academic self-concept, self-esteem, achievement, and attainment over seven adolescent years: unidimensional and multidimensional perspectives of self-concept. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34, 542-552.
- McGoldrick, M., Gerson, R. and R., F.C. (2011) *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Gedisa.
- McKay, M., & Fanning, P. (2019). *Autoestima: Cómo evaluar, mejorar y mantener una sana autoestima*. Editorial Sirio SA.
- Mendoza Oroya, K. M., y Villar Gomez, G. M. (2021). Autoestima y ansiedad en estudiantes de una Universidad Privada de Huancayo-2020.
- Moreno-Manso, J. M., Rodríguez-Muñoz, A., Martín-Albo, J., & Rodríguez-Franco, L. (2017). Relationship between assertiveness, self-esteem, and life satisfaction in women. *Frontiers in Psychology*, 8, 1168. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01168
- Pelissolo, A. (2019). Trastornos de ansiedad y fóbicos. *EMC-Tratado de Medicina*, 23(2), 1-8.
- Querol, S.M. y Chaves Paz, M.I. (2005). *Manual original la persona bajo la lluvia*.
- Quintero Dorta, J. (2016). Estudio de prevalencia de ansiedad social en población adolescente y su relación con la autoestima.
- Roig, M. (2015) *El Origen de los Sueños: Un análisis transgeneracional*. Valencia: Psylicom.

- Roig, M. (2019). *Estudio del trauma y su vínculo con los sueños de pacientes en tratamiento psicológico*. Una visión transgeneracional. [Tesis Doctoral. Universidad de Valencia]. <https://roderic.uv.es/handle/10550/72531>.
- Rosenberg, M. (1965). Rosenbergself-esteemscale (RSE). *Acceptance and commitmenttherapy. Measurespackage*, 61(52), 18.
- Rosenberg, M. (1962). Theassociationbetweenself-esteem and anxiety. *Journal of PsychiatricResearch*, 1, 135-152.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C. y Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specificself-esteem: differentconcepts, differentoutcomes. *American SociologicalReview*, 60, 141-156.
- Schutte, N.S., Malouff, J.M., Simunek, M., Hollander, S., y McKenley, J. (2002). Characteristicemotionalintelligence and emotionalwell-being. *Cognition and Emotion*, 16, 769-786. doi:10.1080/02699930143000482
- Smelser, N.J. (1989). Self.esteem and social problems: Anintroduction. In A.M.Mecca, N.J. Smelser, & J. Vasconcellos (Eds.), *The social importance of self-esteem* (pp.294-326). Berkeley: University of California Press.
- Springer, K. S., Levy, H. C., y Tolin, D. F. (2018). Remission in CBT foradultanxietydisorders: a meta-analysis. *Clinicalpsychologyreview*, 61, 1-8.
- Viteri, D. C. A., Ordóñez, J. M. E., Enríquez, F. M. H., & Robayo, D. I. R. (2021). Psicoterapia Online: Aplicación desde una perspectiva cognitivo-conductual. *Revista Scientific*, 6(22), 56-77.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*. W. W. Norton & Company.
- Wells, E.L., &Marquell, G. (1976). *Self.esteem: Its conceptualization and measurement*. Beverly Hills, CA:Sage

Anexos

Anexo 1. Escala de Autoestima de Rosemberg

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

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

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

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

Interpretación:

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

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

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

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

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

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

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

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

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

Anexo 2. Certificado de protección de datos firmado por la tutora de prácticas



Doña Marian Roig Estellés, doctora en Psicología Clínica y de la Salud en calidad de tutora externa de Consulta de Psicología Clínica Marian Roig.

INFORMA:

Que Doña Maitane Arambarri Arsuaga con DNI 73030915G alumna del Máster en Psicología General Sanitaria realiza sus prácticas curriculares en este centro en el periodo del 18 de octubre de 2022 al 31 de marzo de 2023, desempeñando, de manera activa y supervisada, entre otras las funciones de diseño, planificación y desarrollo de actividades orientadas a la intervención psicoterapéutica de pacientes vinculados al centro.

En aras a dar cumplimiento al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y siguiendo las Recomendaciones emitidas por la Agencia Española de Protección de Datos el centro se hace responsable del tratamiento de los datos personales de las personas destinatarias y de la debida confidencialidad de los mismos.

En Valencia, 30 de enero de 2023

Fdo.: Maitane Arambarri Arsuaga

Colg. Nº: GZ02995

Fdo.: Dra. Marian Roig Estellés

Colg. Nº: CV1670

Anexo 3. Consentimiento informado



CLÁUSULA DE CONSENTIMIENTO EXPRESO SOBRE LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS DE PACIENTES Y CLIENTES

En aras a dar cumplimiento al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y siguiendo las Recomendaciones emitidas por la Agencia Española de Protección de Datos (A.E.P.D.)

SE INFORMA:

- Los datos de carácter personal solicitados y facilitados por Usted, son incorporados a un fichero de titularidad privada cuyo responsable y único destinatario es Alicia Mena Martínez.
- Solo serán solicitados aquellos datos estrictamente necesarios para prestar adecuadamente el servicio que solicita, pudiendo ser necesario recoger datos de contacto de terceros, tales como representantes legales, tutores, o personas a cargo designadas por los mismos.
- Como profesional de la sanidad garantizo que todos los datos recogidos cuentan con el compromiso de confidencialidad y cumplen con las medidas de seguridad establecidas legalmente. Bajo ningún concepto dichos datos serán cedidos o tratados por terceros -físicos o jurídicos- sin el previo consentimiento del cliente, paciente, tutor o representante legal, salvo en aquellos casos en los que fuere imprescindible para la correcta prestación del servicio, o bien, en caso de obligación legal o requerimiento de autoridad competente.
- Una vez finalizada la relación entre la empresa y el cliente o paciente, los datos serán archivados y conservados durante un periodo de tiempo mínimo de 5 años desde la última visita, tras lo cual, podrán continuar archivados, ser devueltos o ser destruidos por procedimientos seguros que garanticen la confidencialidad de la información.
- Los datos facilitados serán incluidos en el tratamiento denominado Pacientes de Alicia Mena Martínez, con la finalidad de gestionar el tratamiento o servicio, emitir facturas, gestiones relacionadas con el paciente, contacto, manifiestos de consentimiento, etc.
- Ud. puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación, limitación, oposición y portabilidad de sus datos personales, indicándolo por escrito a Alicia Mena Martínez, con domicilio en: Carretera de Valencia, 33, Puerta 9, 46117 - Betera (Valencia).
- Los datos personales facilitados podrán ser cedidos por Alicia Mena Martínez a las entidades que prestan servicios a la misma en caso de ser necesario.

Además de las cláusulas anteriores le solicitamos el consentimiento para:

ACEPTO que Alicia Mena Martínez me remita comunicaciones informativas a través de e-mail, SMS, o sistemas de mensajería instantánea como Whatsapp, con el objetivo de enviarme recordatorios de mis citas, mantenerme informado/a del desarrollo de las actividades propias del servicio contratado, así como remitirme informes relativos a la prestación asistencial acordada entre ambas partes.

ACEPTO la recepción de comunicaciones comerciales por vía electrónica (e-mail, Whatsapp, bluetooth, SMS), por parte de Alicia Mena Martínez, sobre productos, servicios, promociones y ofertas de mi interés.

Nombre y apellidos del paciente/cliente:

DNI: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Email: _____

Representante legal (para Menores de edad): _____ DNI: _____



Fecha: _____

HOJA DE INFORMACIÓN

Título del estudio: Mejora de la autoestima a través de la intervención psicológica en tres casos clínicos

Promotor: Universidad Europea de Valencia

Investigadores: Maitane Arambarri Arsuaga

Centro: Universidad Europea de Valencia

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación que se va a realizar en la Universidad Europea de Valencia, en el cual se le invita a participar. Este documento tiene por objeto que usted reciba la información correcta y necesaria para evaluar si quiere o no participar en el estudio. A continuación, le explicaremos de forma detallada todos los objetivos, beneficios y posibles riesgos del estudio. Si usted tiene alguna duda tras leer las siguientes aclaraciones, nosotros estaremos a su disposición para aclararle las posibles dudas. Finalmente, usted puede consultar su participación con las personas que considere oportuno.

¿Cuál es el motivo de este estudio?

Este estudio se realizará con el objetivo de mejorar la autoestima de aquellas personas que acuden a terapia o asistencia psicológica, interviniendo a través de diez sesiones que van a centrarse en tareas para mejorar la autoestima, donde se trabajarán principalmente aspectos como las emociones, los valores, el lenguaje, la asertividad, la aceptación, las distorsiones cognitivas, etc.

RESUMEN DEL ESTUDIO:

En este estudio se realizará una terapia en la que se intentará proceder a la mejora de la autoestima de la paciente.

Tras las primeras sesiones de recogida de información, se le administrará el cuestionario de autoestima de Rosenberg el cual consiste en explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí misma.

Después de administrar el cuestionario, se llevarán a cabo 10 sesiones de terapia para mejorar la autoestima de la paciente. En dichas sesiones se trabajarán aspectos como las emociones, los valores, el lenguaje, la asertividad, la aceptación, las distorsiones cognitivas, etc.

Tras la terapia se le volverá a administrar el mismo cuestionario y para terminar se calculará la diferencia en el resultado del pre-test (antes de la terapia) y post-test (después de la terapia).

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA Y RETIRADA DEL ESTUDIO: La participación en este estudio es voluntaria, por lo que puede decidir no participar. En caso de que decida participar, puede retirar su consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con el profesional que le atiende ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento (si lo hubiere). En caso de que usted decidiera abandonar el estudio, puede hacerlo permitiendo el uso de los datos obtenidos hasta ese momento para la finalidad del estudio, o si fuera su voluntad, todos los registros y datos serán borrados de los ficheros informáticos.

¿Quién puede participar? Se reclutarán a los pacientes a través del centro de terapia de Marian Roig. Si acepta participar, usted va a formar parte de un estudio en el que se incluirán tres pacientes procedentes del mismo centro.

¿En qué consiste el estudio y mi participación? El diseño de la intervención será de 12 sesiones de frecuencia semanal y de duración de una hora aproximadamente, centradas en el trabajo de la autoestima. Las dos primeras sesiones serán de recogida de información. Las sesiones 3 y 12 serán de evaluación con la escala de autoestima de Rosenberg. De la sesión 3 a la 12, se trabajará la autoestima a través de diferentes ejercicios propuestos tanto en las sesiones, como tareas para hacer en casa. Finalmente se calculará la diferencia de los resultados de ambas evaluaciones.

¿Cuáles son los posibles beneficios y riesgos derivados de mi participación? Es posible que usted no obtenga ningún beneficio directo por participar en el estudio, pero se prevé que la autoestima mejorará tras las sesiones de terapia psicológica que va a recibir. Además la información que se obtenga puede beneficiar en un futuro a otros pacientes y puede contribuir a realizar un cambio de pensamiento en el profesional a la hora de plantear tareas o ejercicios que puedan mejorar la autoestima de las personas. Al finalizar la investigación podrá ser informado, si lo desea, sobre los principales resultados y conclusiones generales del estudio. El estudio no supone ningún riesgo para su salud ya que para la toma adicional de los registros necesarios no se incurre en ninguna acción nociva ni perjudicial.

¿Quién tiene acceso a mis datos personales y cómo se protegen? El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su profesional del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo su profesional del estudio o colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna (salvo excepciones, en caso de urgencia médica o requerimiento legal). Sólo se transmitirán a terceros y a otros países los datos recogidos para el estudio, que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, número de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país. El acceso a su información personal quedará restringido al profesional del estudio o colaboradores, autoridades sanitarias, al Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado por el promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo con la legislación vigente.

¿Recibiré algún tipo de compensación económica? No se prevé ningún tipo de compensación económica durante el estudio. No obstante, su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto.

¿Quién financia esta investigación? El promotor del estudio es el responsable de gestionar la financiación del mismo. Para la realización del estudio, el promotor del mismo ha firmado un contrato con el centro donde se va a realizar.

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE: Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, y puede exigir la

destrucción de sus datos y/o de todos los registros identificables, previamente retenidos, para evitar la realización de otros análisis. También debe saber que puede ser excluido del estudio si los investigadores del estudio lo consideran oportuno, ya sea por motivos de seguridad, por cualquier acontecimiento adverso que se produzca o porque consideren que no está cumpliendo con los procedimientos establecidos. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del estudio.

CALIDAD CIENTÍFICA Y REQUERIMIENTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO: Este estudio ha sido sometido a aprobación por el Comité de Ética de la Universidad Europea de Madrid, Valencia y Canarias, que vela por la calidad científica de los proyectos de investigación que se llevan a cabo en el centro. Cuando la investigación se hace con personas, este Comité vela por el cumplimiento de lo establecido en la Declaración de Helsinki y la normativa legal vigente sobre investigación biomédica (ley 14/2007, de junio, de investigación biomédica) y ensayos clínicos (R.D. 223/2004 de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos).

PREGUNTAS: Llegado este momento le damos la oportunidad de que, si no lo ha hecho antes, haga las preguntas que considere oportunas. El equipo investigador le responderá lo mejor que sea posible.

INVESTIGADORES DEL ESTUDIO: Si tiene alguna duda sobre algún aspecto del estudio o le gustaría comentar algún aspecto de esta información, por favor no deje de preguntar a los miembros del equipo investigador: Maitane Arambarri Arsuaga. +34 629 58 39 04. En caso de que una vez leída esta información y aclaradas las dudas, decida participar en el estudio, deberá firmar su consentimiento informado. Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación de la Universidad Europea de Madrid, Valencia y Canarias.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./D^a. _____, de _____ años, con DNI _____ y domicilio en _____. He recibido una explicación satisfactoria sobre el procedimiento del estudio, su finalidad, riesgos, beneficios y alternativas.

He quedado satisfecho/a con la información recibida, la he comprendido, se me han respondido todas mis dudas y comprendo que mi participación es voluntaria.

Presto mi consentimiento para el procedimiento propuesto y conozco mi derecho a retirarlo cuando lo desee, con la única obligación de informar sobre mi decisión al profesional responsable del estudio.

En Valencia, a día _____ de _____ de _____.



Firma y nº de colegiado del Investigador

Firma y nº de DNI del paciente/participante