



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**Estudio de Caso sobre herida de abandono: trabajo en la
relación terapéutica con la presencia del ex(terapeuta)**

Autora: Ana Calzado Sánchez

Directora: Dra. Mónica Torres Ruiz-Huerta

Madrid

2024/2025

Resumen

Este trabajo presenta un estudio de caso clínico centrado en una paciente con una herida emocional de abandono y acompañada por un dolor nuclear caracterizado por la vergüenza y el miedo. Su funcionamiento está marcado por la autoexigencia y el perfeccionismo maladaptativo. Llega a consulta con dificultades en la conciliación del sueño como motivo de consulta. A partir de una intervención de carácter humanista integrativo, se profundiza en el papel de la alianza terapéutica como principal motor de cambio. Para medir la evolución de la paciente se utilizan medios cualitativos y cuantitativos (CAA, CORE-OM, SA-45, WAI-P, IIP-32). La paciente, con un historial previo en terapia Cognitivo Conductual, muestra resistencias iniciales al modelo humanista y se utiliza la relación terapéutica, intervenciones experienciales e intervenciones tranquilizadoras para abrir paso al contacto emocional que propone el modelo. A lo largo del proceso se exploran aspectos como las figuras de apego, la autocrítica, el miedo a la intimidad y al contacto emocional y a forma de autotratamiento junto a los síntomas. Este trabajo muestra cómo el acompañamiento centrado en la relación, la validación, la construcción de un espacio seguro y el uso de técnicas experienciales puede facilitar el contacto con experiencias emocionales profundas a la vez que promover cambios significativos.

Palabras clave

Estudio de caso, humanismo, autoexigencia, alianza terapéutica, herida de abandono

Abstract

This paper presents a clinical case study focused on a patient with an emotional wound of abandonment, accompanied by a core pain characterized by shame and fear. Her psychological functioning is marked by self-demand and maladaptive perfectionism. The patient comes to the UNINPSI with the sleep onset problem as the reason for consultation. Through an integrative humanistic intervention, the study explores the role of therapeutic alliance as the main driver of change. Both qualitative and quantitative tools (CAA, CORE-OM, SA-45, WAI-P, IIP-32) are used to assess the patient's progress. The patient, who had previously undergone Cognitive Behavioral Therapy, initially shows resistance to the humanistic model. The therapeutic relationship, along with experiential and soothing interventions, is employed to facilitate emotional contact as proposed by the model. Throughout the process, key issues such as attachment figures, self-criticism, fear of intimacy and emotional contact, and modes of self-treatment in relation to symptoms are explored. This study illustrates how relationship-centered support, validation, the creation of a safe space and the use of experiential techniques can foster contact with deep emotional experiences while promoting meaningful psychological change.

Key words

Case study, humanism, self-demand, therapeutic alliance, abandonment wound

Índice

Introducción.....	5
Relación terapéutica	6
Perfeccionismo	8
Humanismo.....	9
Diseño.....	10
Método.....	10
Working Alliance Inventory (Andrade-González y Fernández-Liria).....	11
Cuestionario de Apego Adulto (Melero y Cantero).....	11
Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (Evans y Barkham) ...	12
Symptom Assessment-45 Questionnaire (Sandín et al.).....	13
Inventory of Interpersonal Problems (Salazar).....	14
Datos cualitativos	15
Presentación del caso.....	15
Evaluación inicial	19
Datos cualitativos	22
Interpretación de resultados.....	22
Formulación del caso.....	25
Objetivos terapéuticos y plan de tratamiento	30
Resultados.....	48
Interpretación de resultados.....	51
Discusión	55
Referencias	62
Anexos.....	68
Anexo 1	68
Anexo 2	69

Introducción

Este trabajo se centra en la evaluación, formulación e intervención humanista integrativa que se lleva a cabo con una paciente que ha tenido un proceso previo desde un enfoque cognitivo conductual. La finalización de la anterior terapia se produjo por motivos de enfermedad del terapeuta y este trabajo se centra en la relación terapéutica como medio de cambio terapéutico donde se trabajan elementos de la paciente que se manifiestan en la relación.

Como aspectos más importantes implicados y abordados se encuentran el perfeccionismo maladaptativo, el manejo de relaciones interpersonales y la pérdida de su figura de seguridad del momento (su anterior terapeuta).

Según el metaanálisis de Flückiger et al. (2018), la alianza terapéutica correlaciona con los resultados terapéuticos, y conociendo que la mejoría puede observarse en cualquier tipo de intervención (Norcross y Wampold, 2011), el trabajo sobre la alianza terapéutica y el vínculo es objetivo principal del proceso. También, según Rogers (1992), facilitar un espacio donde el paciente pueda dejar de ocultarse y empiece a arriesgarse a ser él mismo, hará que se eliminen los elementos artificiosos de sus relaciones y que éstas puedan volverse más profundas y satisfactorias; ya que podrá encontrarse con el otro de una forma más realista.

La literatura sugiere que la presencia de problemas interpersonales se relaciona con dificultades en la alianza terapéutica durante los primeros momentos del proceso: sin embargo, recoger y abordar estas dificultades puede resultar en un fortalecimiento y enriquecimiento de la alianza terapéutica (Ivoli et al., 2024).

Además, se establecen relaciones significativas entre baja autoestima, perfeccionismo maladaptativo y enfermedad mental (Doyle y Catling, 2022). Según el estudio de Zuroff

y Fitzpatrick (1995) como se citó en Corbella y Botella, 2003, el perfeccionismo se asocia con esquemas relacionales negativos y con estilos evitativos. También el perfeccionismo maladaptativo se relaciona negativamente con la percepción de la calidad de la relación terapéutica (Zuroff et al., 2000, como se citó en Corbella y Botella, 2003).

Será importante, por tanto, trabajar la relación terapéutica teniendo presentes estos elementos. En este proceso tenemos la hipótesis de que puede simbolizar la experiencia vincular y de forma indirecta permitir la posibilidad de abrirse a nuevos vínculos, espacios, lugares de afecto sin tanto temor, como se irá desarrollando en el presente estudio.

Relación terapéutica

Según Luborsky (1976) la alianza es una entidad dinámica de la relación terapéutica que cambia y evoluciona según el momento de la terapia. Así conceptualiza dos tipos de alianza. La alianza tipo 1 responde a los inicios de la terapia donde el paciente vive el apoyo y ayuda que genera el terapeuta desde una posición de contenedor emocional. Así después puede producirse la alianza de tipo 2 donde se produce una sensación de trabajo conjunto sobre el malestar del paciente.

Esta dinámica puede vincularse con la conceptualización de Bordin (1979) de la alianza terapéutica que describe como “el encaje y colaboración entre cliente y terapeuta” que queda configurada por tres componentes: el vínculo positivo, el acuerdo en tareas y el acuerdo en metas. El siguiente trabajo aborda la alianza terapéutica desde esta mirada. Entendiendo que el primer componente de Bordin (vínculo positivo) tiene mayor importancia en el estadio 1 que postula Luborsky, y que los demás componentes (acuerdo en tareas y metas) cobran mayor importancia en el segundo estadio.

Rogers (1992) nos habla de la relación de ayuda como aquella donde uno de los participantes intenta hacer surgir los recursos del otro y un uso adecuado de los mismos. Por ello, durante este proceso se trata de hacer surgir las herramientas de la paciente, tratando de brindar agencia sobre su vida y sus decisiones. También es interesante comprender y tener presentes los elementos que facilitan una buena alianza y los que la dificultan para que el trabajo con la paciente pueda generar cambios positivos.

Según el metaanálisis de Flückiger et al (2018), será importante para favorecer la alianza y los resultados terapéuticos: desarrollar desde el inicio acuerdo a cerca de los objetivos, ser responsivo a la motivación y etapa del paciente, colaborar con lenguaje verbal y no verbal (Baumeister, 2005, como se citó en Flückiger et al., 2018), abordar las rupturas de forma directa y rápida (Safran y Muran, 2000, como se citó en Flückiger et al., 2018), crear una formulación de caso para el paciente y evaluar la calidad de la alianza desde la perspectiva del paciente. Por ello, a lo largo del proceso evaluamos e intervenimos respecto a estos elementos, con el fin de poder medir después si el trabajo terapéutico ha derivado en una mejoría de la paciente.

Como dificultad para la generación de alianza terapéutica en la fase inicial del proceso, se encuentra que un apego ansioso tiene puntuaciones menores en alianza terapéutica que un apego seguro o confiado (Eames y Roth, 2000). Esto, se puede relacionar con lo que postuló Friedman (1969) que afirmaba que la alianza abarca también las transferencias maternas más infantiles. Por lo que el trabajo en la alianza trabajando las relaciones tempranas y estando con especial atención a la transferencia es interesante para el estudio del caso.

Perfeccionismo

El perfeccionismo puede traer consigo elementos tanto positivos como negativos (Yu et al. 2016). Enns y Cox (2002) describen dos tipos de perfeccionismo: el adaptativo implica el esfuerzo por el logro y el maladaptativo implica una preocupación evaluativa. En este proceso, se trabajará en la transición del perfeccionismo maladaptativo (relacionado con distorsiones cognitivas, niveles altos de estrés y ansiedad (Bynum y Artino, 2018; Hu et al., 2019)) a uno más adaptativo que le permita trabajar hacia el camino que desee.

El perfeccionismo maladaptativo se relaciona con niveles altos de autocrítica y una sensación continua de fracaso (Blatt, 1995). Desde la Terapia Focalizada en la Emoción se conceptualiza la autocrítica como un proceso psicológico de autotratamiento con una forma de reflexividad improductiva que hace perpetuar la sintomatología relacionada y que dificulta abordar el dolor emocional primario que lo genera (Caro, 2018). Según Jódar y Caro (2023), la autocrítica es una forma de autoevaluación: un self observador de un self que experimenta. Siguiendo la propuesta de estos autores, se concibe que la autocrítica, cuando es muy rígida, mantiene estados emocionales caracterizados por sufrimiento, con intentos de moderarlo inútiles que empeoran más la situación. Esas formas de intento de moderar el sufrimiento pueden devenir en conductas de extrema entrega por los logros, de procrastinación, en sintomatología obsesiva o depresiva; respondiendo de forma idiosincrásica al esquema y la vida del paciente concreto.

Así, se atenderá la autocrítica y el perfeccionismo como una forma de autorregulación que acompaña a la paciente en su proceso de vida.

Humanismo

Si bien podrían abordarse estos elementos desde cualquier enfoque de la psicología, se elige el enfoque humanista integrativo por el conocimiento teórico y práctico de las terapeutas y por la especial atención que el modelo humanista presta al vínculo desde sus inicios (Corbella y Botella, 2003).

También, siguiendo la conceptualización de Rogers (1992) en cuanto a las características del proceso de vida plena, encontramos diferentes componentes que, trasladados como metas en terapia, cobran sentido como objetivos transversales a la hora de intervenir.

Así, desde lo postulado por Rogers (1992), en este trabajo se entiende la terapia como un espacio de apertura a la experiencia, donde el paciente pueda vivir de forma segura sus emociones y experiencias; como postulaban Jódar y Caro (2023): “la terapia es un espacio donde el terapeuta deberá evitar la evitación”. Continuando con los principios de Rogers (1992), si la persona puede abrirse plenamente a la experiencia, las defensas dejarán de tener sentido y por tanto todos los estímulos podrán aparecer sin ser distorsionados. También, el mismo autor expresa que la persona es a cada momento; por lo que no tiene sentido rigidificarse en un entender estático; todo cambia, según la experiencia cambia. Así, ayudar a los pacientes a despatologizarse o a dejar de entenderse bajo unos parámetros inamovibles es importante. Rogers (1992) también habla de la confianza en el organismo como punto desde el que acompañar la toma de decisiones y las acciones. Escuchar al cuerpo, conocer las memorias pasadas en relación con la experiencia presente, las necesidades de cada momento... podrá guiar la vida de la persona. Fomentar una escucha corporal como experiencia confiable, resulta esencial dentro de este proceso terapéutico y podrá facilitar que a esto acompañe una sensación de mayor libertad pudiendo hacer cada vez elecciones más espontáneas y desde la voluntad.

Diseño

El trabajo es un estudio cualitativo de Estudio de Caso (N=1). Se realiza en el ámbito de prácticas cursadas en el segundo año del Máster de Psicología General Sanitaria de la Universidad Pontificia de Comillas, tutelado por la Doctora en Psicología Mónica Torres Ruiz-Huerta.

El contexto en el que se va a llevar a cabo el proceso terapéutico a raíz del que se hace este trabajo consiste en sesiones individuales en la UNINPSI contando con un equipo terapéutico conformado por 6 estudiantes de prácticas y la tutora Mónica Torres Ruíz-Huerta. 5 de los estudiantes estarán presentes en las sesiones a través de un espejo unidireccional y el sexto de ellos es el autor de este trabajo y estará presente en coterapia pudiendo intervenir junto a su tutora.

Las sesiones se llevan a cabo semanalmente los jueves en horario de tarde. Las sesiones e intervenciones serán supervisadas por el mismo equipo.

La autora y directora de este trabajo eligen a un paciente que decide ir al psicólogo en el centro UNINPSI asociado a la Universidad Pontificia de Comillas.

Como variable de inclusión se presenta la firma del consentimiento informado para la realización de este trabajo con fines de investigación.

Es necesario mencionar que este trabajo cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Pontificia de Comillas (anexo1) y la aprobación de la directora del centro donde se realizan las sesiones para poder pasarle las pruebas pertinentes.

Método

La recogida de datos se lleva a cabo durante las sesiones de terapia individuales. La recogida de información de escalas pre se lleva a cabo en papel fuera de consulta salvo

las escala CORE-OM, SA-45 y el IIP-32 que se responden de forma digital el día que se realiza la evaluación inicial previa a iniciar el proceso, llevadas a cabo por otro psicólogo trabajador en la UNINPSI. La recogida de información de las escalas post se lleva a cabo de forma digital. Las pruebas utilizadas se encuentran en el anexo 2 y la descripción de estas consta seguidamente:

Working Alliance Inventory (Andrade-González y Fernández-Liria)

El *Working Alliance Inventory (WAI-P)* consta de 36 ítems y mide la alianza terapéutica en relación a tres elementos que según Bordin (1979) la componen: el acuerdo entre terapeuta y paciente en relación a las metas, tareas y la relación o vínculo terapéutico en términos de agrado, respeto, confianza, comprensión y compromiso (Bordin, 1994). Se mide en una escala Likert 1-7.

En este trabajo se ha utilizado la versión española del Working Alliance Inventory (Andare y Fernández, 2015) basada en la escala de Hovarth (1992). Esta traducción consta con un Alpha de Cronbach superior a 0,8 en cada subescala y en el total de la prueba según el estudio de Andrade-González y Fernández-Liria (2015). Concretamente tiene valores de 0,92 en la vinculación con el terapeuta; 0,88 en las metas; 0,89 en tareas; 0,96 en el total según el mismo estudio.

Cuestionario de Apego Adulto (Melero y Cantero)

El *Cuestionario de Apego Adulto (CAA)* estudia el apego en función de cuatro escalas descritas por Melero y Cantero (2008):

Escala 1: agrupa las características de “necesidad de aprobación, autoconcepto negativo, preocupación por las relaciones, dependencia, miedo al rechazo y problemas de inhibición conductual y emocional”.

Escala 2: “resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad”, que refiere a ira hacia el otro, resentimiento, celos y posesividad.

Escala 3: “expresión de sentimientos y comodidad con la intimidad” donde se evalúa la facilidad para expresar emociones, confianza en los demás para comunicarlas y solucionar los problemas de la relación a la vez que la sociabilidad.

Escala 4: “autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad” centrado en el menosprecio de las relaciones íntimas, dificultad para comprometerse y la sobrevaloración de la independencia.

Según el mismo estudio (Melero y Cantero, 2008), la validez interna de las escalas según el estadístico Alpha de Cronbach es de 0,86 para la primera escala, de 0,8 para la segunda, de 0,77 para la tercera y de 0,68 para la cuarta.

Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (Evans y Barkham)

El *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM)* de Evans y Barkham (2012) es un instrumento que se utiliza para la evaluación del cambio terapéutico evaluando el malestar psicológico desde cuatro dimensiones (Feixas et al., 2012):

Bienestar subjetivo: midiendo el malestar, encontramos 4 ítems (Evans et al., 2002).

Problemas/síntomas: evaluando ansiedad, depresión, síntomas físicos y trauma. Constando de 12 ítems (Evans et al., 2002).

Funcionamiento general: evaluando malas relaciones sociales e íntimas y otros elementos de funcionamiento cotidiano. Constando de 12 ítems. (Evans et al., 2002).

Riesgo: que consta con ítems en relación con intentos de suicidio, agresiones a terceros o autolesiones. Constando con 6 ítems. (Evans et al., 2002).

La versión en castellano consta con un Alpha de Cronbach de entre 0,71 y 0,91 en todas sus dimensiones (Trujillo, 2012).

La prueba se corrige sumando las puntuaciones por escalas y dividiendo por el número de ítems de dicha escala. Se marca un punto de corte en la puntuación directa 1.0; categorizando puntuaciones superiores a 1.0 como población clínica e inferiores a 1.0 como población subclínica. Para hacer más sencilla la evaluación y quitar los números decimales, proponen multiplicar los resultados por 10 y así obtener un punto de corte de 10 en la puntuación clínica (Feixas et al., 2012).

También para utilizar la prueba como medida del cambio terapéutico, se espera una diferencia de 0,5 en la puntuación directa o 5 en la puntuación clínica (Feixas et al., 2012). Si las puntuaciones clínicas superan 10, hablamos de malestar leve; si superan 15, malestar medio; si superan 20, malestar moderado; y si superan 25 malestar severo según Trujillo, (2012).

Symptom Assessment-45 Questionnaire (Sandín et al.)

El *Symptom Assessment- 45 Questionnaire (SA-45)* es un instrumento de autoinforme que se crea adaptando el SCL-90 para reducir el número de ítems, evitar el solapamiento entre las diferentes escalas, minimizar la correlación entre las escalas presentes y favorecer el uso y utilidad del cuestionario (Sandín et al., 2008)

Las nueve escalas son: somatización, obsesión-compulsión, depresión, ansiedad, sensibilidad interpersonal, hostilidad, ideación paranoide, ansiedad fóbica y psicoticismo; que se constituyen por cinco ítems cada una (Sandín et al., 2008).

El estudio de Sandín et al. (2008) donde recoge las puntuaciones de 420 personas con edades de entre 16 y 57, cuenta con las siguientes medias en mujeres desde las que se interpretarán las puntuaciones de la paciente de forma orientativa: Depresión 5,49; Hostilidad 2,6; Sensibilidad interpersonal 5,92; Somatización 4,37; Ansiedad 3,74; Psicoticismo 1,71; Obsesión compulsión 5,51; Ansiedad fóbica 1,96; Ideación paranoide 4,56.

Según el estudio de Sandín et al. (2008), que estudia la validación del SA-45, vemos que el Alpha de Cronbach de sus escalas es igual o superior a 0,8 salvo en la escala de Psicoticismo que tiene un valor de 0,7. El Alpha de Cronbach para la prueba en general es de 0,95. Por lo que la fiabilidad de la prueba permite que se utilice como instrumento en este trabajo.

Inventory of Interpersonal Problems (Salazar)

El *Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32)* es un instrumento que mide problemas interpersonales a la vez que sirve de screening para los trastornos de personalidad (Salazar et al., 2010). Este instrumento de autoinforme consta de 32 ítems divididos en dos bloques de preguntas “es difícil para mí” y “hago demasiado las cosas siguientes” constando con una plantilla de respuesta de escala Likert 0-4 siendo 0 “nada” y 4 “muy difícil/mucho” (Salazar, s.f.).

Este instrumento permite medir 8 escalas:

Socialmente inhibido: dificultad para relacionarse con los demás, para ser sociable (ítems: 2, 5, 9 y 19).

Distante/frío emocionalmente: le cuesta establecer vínculos afectivos, tiene dificultades para involucrarse emocionalmente.

No asertivo: dificultad para expresar lo que quiere o necesita de forma asertiva.

Autocentrado: le resulta difícil mostrar interés, apoyo o empatía hacia los demás.

Dominante/controlador: es agresivo o manipulador en sus relaciones.

Demasiado abierto/intrusivo: tiene dificultad para mantener su intimidad.

Autosacrificado: está excesivamente centrado en las necesidades de los demás, suele anteponerlas a las propias.

No autoafirmativo: tiene problemas para defender sus derechos o intereses, permite que otros se aprovechen de él, tiene dificultad para autoafirmarse.

El mismo estudio (Salazar et al., 2010) ha comprobado la validación de la traducción al castellano; y se han obtenido unas puntuaciones en el Alpha de Cronbach para la consistencia interna de 0,85. Por lo que encontramos este instrumento adecuado para este trabajo.

Datos cualitativos

Se han observado otros elementos como la agencia en las narrativas, la capacidad de autorregulación, la flexibilidad y autoexigencia, el contacto con el afecto, la oscilación entre posición de niña-adulta, la necesidad de control y las resistencias presentes. Se han medido estos elementos desde la narrativa de la propia paciente, la calidad vocal y el lenguaje no verbal.

Presentación del caso

En este trabajo de Fin de Máster nos encontramos ante una paciente, Sandra, de 37 años que llega a consulta tras un proceso terapéutico de más de 10 años con un terapeuta Cognitivo Conductual. Finaliza la terapia por baja médica de su terapeuta que

acaba por retirarse del ejercicio. Seguidamente, inicia un proceso en el mismo centro; pero desde el inicio entiende que no se encuentra bien con la terapeuta a la que la derivan e interrumpe el proceso a las pocas sesiones escribiendo un correo. Encuentra la UNINPSI como centro alternativo para continuar su proceso. Comenta en repetidas ocasiones sus dudas acerca del enfoque humanista como una forma de trabajo que encaje con ella. Acabando por interrumpir también este proceso a los 6 meses de trabajo.

S., llega a consulta con el deseo de que le ayudemos con sus dificultades en el sueño y a sentirse más libre; ya que dice disfrutar de las cosas únicamente cuando se propone el disfrute como tarea. Según pasan las sesiones, demanda también que le ayudemos con su forma de pensamiento obsesivo.

En cuanto a datos sociodemográficos conocemos que la paciente, procedente de Asturias, se instala en Madrid para iniciar sus estudios universitarios en Derecho y se queda en la ciudad tras opositar y conseguir plaza en Madrid. Tiene un trabajo estable y tiene ingresos suficientes para vivir sin dificultades económicas, aunque el control del dinero está presente en su día a día y también en su experiencia de no estar del todo segura en cuanto al formato de esta terapia. Cuando llega a consulta, vive en un piso compartido donde ha estado varios años y donde la convivencia se ha truncado viviendo episodios de angustia y suspicacia hacia su compañera, Marianela.

Su familia vive en Asturias, sus padres están divorciados desde que ella era menor y viven en casas separadas. Su padre trabaja y mantiene económicamente a la madre de S., quien no trabaja y parece estar en un momento de incapacidad volitiva por una presunta depresión. Su único hermano (menor que Sandra) vive y trabaja en Toledo.

Cada vez que va a visitar a su familia en Asturias, tiene una vuelta a Madrid dolorosa. Donde conecta con el desarraigo y la soledad. Cerca de su familia, siente el calor de un hogar que expresa como asfixiante y al volver a Madrid siente desamparo.

Describiendo a la familia según lo que refiere la paciente, vemos que el padre es una persona muy trabajadora que otorga mucho valor al sacrificio, a ser bueno en el trabajo y a la consecución de metas. También tiene una visión del resto de personas como inferiores, viviendo desde el juicio y una posición de conocedor de la verdad, con verbalizaciones sermoneadoras. S. dice haber heredado esa visión juiciosa de su padre y que con trabajo lo ha podido ir cambiando. Menciona también que para que la interacción con él funcione, tiene que dosificar los encuentros y no contradecirle o podrá recibir mensajes hirientes que ataquen directamente a su autoestima. A la vez, menciona comulgar más con la personalidad de su padre que con la de su madre.

La madre ha sido una figura sobreprotectora que ha estado implicada muy activamente en la vida de Sandra. En la actualidad vive en la queja y el inmovilismo; cuestión que crispera a la paciente porque dice que le resuena con partes propias que tanto le ha costado trabajar y cambiar. Cuando la paciente va a visitarla a Asturias, siente a su madre como pesada, cargante y vive también en la preocupación económica de tener que mantenerla cuando su padre se jubile.

A su hermano le describe como una buena persona con la que tiene algunos intereses comunes. También dice que es analfabeto emocional y esto le ha pasado factura en sus relaciones de pareja. Cuenta que en este ámbito le ha visto abrumado por no saber responder a las emociones de su expareja. En cuanto a lo que Sandra implica, dice que son muchas las ocasiones donde no responde adecuadamente a sus preocupaciones y emociones, pudiendo ser en ocasiones inadecuado.

En el área relacional vemos que Sandra ha tenido muchas dificultades. En la infancia y adolescencia no ha tenido amigos. Ha vivido mucho tiempo desde el juicio a los demás y con miedo a ser juzgada también (creyendo que no le iba a caer bien a nadie). Cuando llegó a Madrid hizo sus primeros amigos, pero estos la traicionan y se queda sola. En la actualidad tiene un grupo de amigos con los que parece estar suficientemente satisfecha, aunque tiene conflictos no explicitados con una de las personas del grupo. También menciona que hay un ciclo que se repite a la hora de establecer amistades: conocer, ilusión, miedo, “mierda”, retirada.

La paciente está soltera y ha tenido dos parejas importantes con las que comenta haber sufrido y con las que la relación no fue bien. Con una de ellas, que tuvo una relación a distancia, dice que se volvió celosa y no sentía equipo. Escuchando su narrativa, parece responsabilizarse de los celos ya que no los trabajó con su pareja y los vivió ella sola como “*algo que funcionaba mal en mi*”. Vivió el reproche de su expareja y el reproche propio por sentirse así. Al inicio del tratamiento, hacía el paralelismo de nuestra relación de terapia como si se tratara de una relación de pareja, en la que ella no pudiera dejar de pensar/hablar del ex (terapeuta) y el temor de que eso fuera a ser incómodo para nosotras como nuevas terapeutas. En las sesiones se acoge esta idea desde la flexibilidad y el humor, permitiendo una vía de escape a su pensamiento exigente y obsesivo.

En cuanto a signos observados por el terapeuta durante el proceso de evaluación vemos inflexibilidad cognitiva, necesidad de control, forma de pensamiento obsesivo, altos niveles de exigencia y mucha inseguridad en la toma de decisiones.

En cuanto a síntomas expresados por ella, comenta en repetidas sesiones sus dificultades en el sueño (mantenimiento), su falta de disfrute, la poca motivación y, en una sesión explica tener pensamientos suicidas. También comenta haber tenido históricamente dificultades para mantener la atención.

Como antecedentes médicos, la paciente presenta dificultades físicas relacionadas con un sedentarismo pasado. En cuanto a medicación, estuvo tomando ansiolíticos durante la época de la universidad y en la actualidad tiene prescrito Sinogan y Fluoxetina para ayudarle a dormir y bajar el nivel de rumiación obsesiva.

Sobre las áreas de funcionamiento vemos que muestra perseverancia para trabajarse y para mantener relación con los otros. Buscando actividades de encuentro con los demás y buscando opciones para mejorar psicológicamente. La paciente incluye también el ejercicio físico en su rutina. Además, es una persona eficiente en su trabajo y reconocida por sus jefes y compañeros.

Evaluación inicial

La evaluación de la paciente se ha llevado a cabo tanto de forma cualitativa mediante la observación, el diálogo con la paciente y el diálogo con el equipo terapéutico, como de forma cuantitativa desde cuestionarios de autoinforme. En este trabajo, daremos sentido a unos resultados y otros de forma conjunta. Pudiendo aportar una explicación inicial de los datos recogidos por las pruebas cuantitativas.

Tabla 1

Resultados del CAA

Escala	Puntuación	Percentil	Interpretación
Necesidad de aprobación, autoconcepto negativo, preocupación por las relaciones, dependencia, miedo al rechazo y problemas de inhibición conductual y emocional	42	60	Moderado
Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad	21	15	Muy bajo

Escala (cont.)	Puntuación (cont.)	Percentil (cont.)	Interpretación (cont.)
Expresión de sentimientos y comodidad con la intimidad	44	74	Moderado/alto
Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad	14	39	Bajo/moderado

Nota. Tabla realización propia con percentil e interpretación basada en Melero y Cantero (2005).

Tabla 2

Resultados del WAI-P

Escala	Puntuación directa	Media
Vínculo	63	5,25
Tareas	50	4,17
Metas	51	4,25

Nota. Tabla de realización propia.

Tabla 3

Resultados del CORE-OM

Escala	Puntuación	Interpretación
Bienestar subjetivo	35	Malestar severo
Problemas/síntomas	32	Malestar severo
Funcionamiento general	11	Malestar leve
Riesgo	2	Cualquier puntuación distinta a 0 es relevante

Nota. Tabla de realización propia con interpretación basada en Trujillo (2012).

Tabla 4*Resultados del SA-45*

Escala	Puntuación sobre el total	Puntuación media femenina
Hostilidad	0/20	5,49
Somatización	1/20	4,37
Depresión	10/20	5,49
Obsesión-compulsión	14/20	5,51
Ansiedad	16/20	3,74
Sensibilidad interpersonal	2/20	5,92
Ansiedad fóbica	1/20	1,96
Ideación paranoide	4/20	4,56
Psicoticismo	0/20	1,71

Nota. Tabla de realización propia con puntuación media femenina extraído de Sandí et al. (2008).

Tabla 5*Resultados del IIP-32*

Escala	Puntuación sobre el total	Puntuaciones medias población femenina
Socialmente inhibido	4	5,6
Distante emocional	1	2,3
No asertivo	8	6,9
Autocentrado	0	1,4
Dominante	0	2,6
Demasiado Abierto	4	7,5
Autosacrificado	11	10,3
No autoafirmativo	8	4,9

Nota. Tabla de realización propia con puntuaciones medias de población femenina extraídas de Salazar et al. (2010).

Datos cualitativos

Durante el proceso de evaluación, los terapeutas observan signos clínicos como inflexibilidad cognitiva, una marcada necesidad de control, pensamiento de tipo obsesivo, elevados niveles de autoexigencia e inseguridad en la toma de decisiones. Asimismo, se identifican resistencias asociadas al encuadre y metodología del modelo terapéutico utilizado.

En cuanto a los síntomas referidos por la paciente, manifiesta dificultades relacionadas con el mantenimiento del sueño, una disminución en el disfrute, baja motivación y, en una sesión específica, la presencia de pensamientos suicidas. Además, señala haber experimentado históricamente dificultades para mantener la atención.

Interpretación de resultados

Desde la observación clínica y los resultados de la prueba WAIP (Andrade-González y Fernández-Liria, 2015), vemos que la alianza terapéutica tiene resultados mayores en el vínculo terapéutico que en tareas y metas (véase tabla 2). Este aspecto se respalda desde afirmaciones de la paciente como *“no entiendo muy bien, es abstracto”*, *“no sé si este modelo encaja conmigo”*, *“en sesión veo una manzana, pero luego salgo y se me diluye”* (refiriendo a que no sabe qué poner en práctica después), a la vez explicitaba el vínculo positivo con las terapeutas *“no sé por qué, pero os he cogido cariño”*.

Siguiendo las puntuaciones obtenidas desde el CORE-OM (Evans y Barham, 2012), vemos que la paciente tiene puntuaciones altas en “bienestar subjetivo” (que refiere a los niveles de malestar) y en “problemas/síntomas” superando la puntuación que coloca a los pacientes en población clínica por más de 10 puntos, respondiendo a un malestar severo (ver tabla 3). También presenta puntuaciones que le colocan en población

clínica en la escala de “funcionamiento general” (que refiere a dificultades en el funcionamiento general) superando por un punto la puntuación de corte, indicando malestar leve. Esto nos ofrece una visión de la paciente donde entendemos que tiene niveles altos de malestar, de síntomas y problemas y que tiene un poco de dificultad para responder a un funcionamiento general apropiado también respecto a la intimidad e interacción con los otros.

Desde el CAA (Melero y Cantero, 2005) observamos también que obtiene puntuaciones moderadas en la escala de “necesidad de aprobación, autoconcepto negativo, preocupación por las relaciones, dependencia, miedo al rechazo y problemas de inhibición conductual y emocional” (véase en tabla 1). Relacionándolo con la obtención de valía desde la mirada del otro; este aspecto puede estar relacionado con la forma de construcción del apego contando con su figura paterna, dando también sentido a la parte de su autoexigencia orientada a los logros.

Siguiendo con el mismo cuestionario, obtiene puntuaciones moderadas/altas en la escala de “expresión de sentimientos y comodidad con la intimidad” que refiere a aspectos en relación con la comodidad para expresar emociones y solucionar conflictos. Con ello, en sesión expresa su papel mediador en los conflictos durante sus años de convivencia en un piso compartido. Con ayuda de las terapeutas, se accede más profundamente a la experiencia y se encuentra como motor, la necesidad de ausencia de conflicto. Pudiendo incluso sobreimplicarse o mediar de forma preventiva para que estos conflictos no se produjesen o se desvaneciesen. Como elemento relacionado, encontramos las dificultades de autorregulación emocional que presenta al inicio del proceso como precursor para tomar este papel; ya que convivir en una casa conflictiva dispara en la paciente la ansiedad y el pensamiento paranoide *“me da miedo que me haya podido poner algo en la leche o que pueda empezar a hacer ruido por la noche porque sabe lo mal que lo paso si no*

puedo dormir” (comenta después de una discusión). También encontramos el control como medio para evitar esta desregulación.

En el CAA (Melero y Cantero, 2005) obtiene puntuaciones moderadas/altas en “Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad” que refiere al menosprecio de las relaciones íntimas, a las dificultades para comprometerse y también a la sobrevaloración independencia. A lo largo de las sesiones nos ha podido hablar de sus relaciones interpersonales: comenta sobre una infancia donde vive el rechazo y rechaza y una adolescencia tardía donde se vive traicionada por su grupo de amigos. En la actualidad, tiene un grupo de amigos con los que tiene una relación más estrecha y también busca constantemente (sobre todo durante los primeros meses) actividades donde pueda interactuar con gente y generar vínculo. Según comenta la paciente *“si conoces mucha gente es mejor, nunca sabes cuándo vas a necesitar a alguien que conozca Australia”*. El tinte de su interacción y forma de referirse a las relaciones deja entender que en muchas ocasiones la búsqueda de vinculación ha mediado por la instrumentalización de ésta. De poder obtener algo positivo de la relación con otro y no desde la satisfacción de un encuentro real con otro.

Como comentaba en las primeras sesiones, su acercamiento a las personas ha seguido el ciclo *“conocer, ilusión, miedo, “mierda”, retirada”*. No pudiendo acceder al otro desde su vulnerabilidad, posiblemente el impedimento principal para poder relacionarse desde un sitio distinto.

En cuanto a sintomatología presentada desde el SA-45 (Sandín et al., 2008), vemos puntuaciones altas en depresión, obsesión-compulsión y ansiedad (ver tabla 4). También referidas por la paciente. En el caso de la depresión, como síntoma principal encontramos la apatía y como forma de autotratamiento la autocrítica, buscando el perfeccionismo y dejándose en un lugar de complacencia ante el otro. Se encuentra la

obsesión-compulsión como otra forma de autotratamiento de reflexividad improductiva (Caro, 2018). Lo vemos en sus constantes comprobaciones sobre sus procesos y logros o no avances. La ansiedad se considera desde este marco, como un síntoma resultado del autotratamiento y los esquemas que se han configurado.

Desde el IIP-32 (Salazar, s.f), encontramos puntuaciones por encima de la media en las escalas “no asertivo” y “no autoafirmativo” (véase tabla 5) entendiendo la relación de los resultados del CAA para las puntuaciones moderadas/altas en “necesidad de aprobación, autoconcepto negativo, miedo al rechazo”. Devenido en parte por unas estructuras emocionales instauradas desde un padre crítico con mirada al mundo negativa donde la aceptación del self no se ha producido. También encontramos puntuaciones altas en la escala “autosacrificado” que se relaciona con la forma de autotratamiento de autocrítica. Como medio para tratar de alcanzar un nivel suficiente de valor desde la mirada generada del mundo.

Formulación del caso

En cuanto a los Organizadores Experienciales, que son aquellas experiencias que no podemos separar de la persona ya que de ellas emerge la subjetividad del individuo (Caro, 2024), vemos que la paciente ha vivido el divorcio de sus padres donde encontraba a una madre desregulada que afirmaba que “o me divorcio o me mato”. También a lo largo de la historia de la madre, vemos que ha sido una figura sobreprotectora que no ha podido ser reguladora de la experiencia de su hija; ya que en parte larga de su historia ha vivido desde la abrumación y el inmovilismo, no pudiendo hacerse cargo de su experiencia. En ocasiones refiere la paciente haber tenido que ser apoyo emocional para su madre y también menciona temer ejercer como apoyo económico a la misma; ya que ahora mismo es dependiente de la renta que le pasa su expareja y prontamente tendrá

menos ingresos. También nos menciona que el padre ha tenido siempre una visión negativa y crítica del mundo, concibiendo a los demás como malos o inútiles. La paciente refiere haber heredado esta mirada y que ha estado trabajando sobre ella. También, que son numerosas las críticas que su padre ha verbalizado sobre ella, afectándole en numerosas ocasiones sobre la autoestima. Así, no he tenido unas figuras que hayan podido regularla y hacerla sentir valiosa.

Esto ha podido alimentar un esquema emocional donde la conexión emocional es peligrosa; ya que lleva al desbordamiento y además no hay figuras que regulen. También, que el afuera es malo y que el self es insuficiente, poco valioso y mi padre es bueno y valioso.

Según Caro (2024), las heridas emocionales son secuencias relacionales que se codifican en la memoria episódica y procedimental. Se relacionan con la vulneración del self en la respuesta a una necesidad o a la no satisfacción de una necesidad existencial en el contexto de una relación significativa; como podría ser la relación padre-hija, madre-hija. En cuanto a la relación con el padre, vemos una vulneración de la necesidad de reconocimiento (que se acompaña de sensaciones de vergüenza culpa y asco) y en cuanto a la relación con la madre, una vulneración de la seguridad y confianza (con sentimientos como miedo, vulnerabilidad y desconfianza). Desde el que se codifica el dolor emocional de Sandra.

Como forma de lidiar con el dolor emocional que estas heridas producen o como forma de auto-tratamiento, Sandra oscila en una forma de afrontamiento reflexiva improductiva y otra de supresión de la experiencia. Siendo ambas de ellas conductas internalizantes (Caro, 2024).

El afrontamiento reflexivo improductivo se refiere a un intento de prevención de situaciones de mirada del otro negativa, de falta de reconocimiento (Caro, 2024). Vemos en ella voces críticas fuertes en muchos ámbitos: sobre el uso de su tiempo, sobre el trabajo realizado, sobre el cuidado de su salud, sobre su conciliación del sueño, sobre el orden en la casa...

En cuanto a la supresión de la experiencia, vemos que tiene conductas de evitación de la experiencia, a veces enmarcadas de una forma un poco paradójica. Por ejemplo, nos cuenta que para ella distraerse es malo, que tiene que invertir el tiempo siempre de una forma productiva y, o bien está con tareas o bien está meditando. Este fenómeno se considera paradójico, ya que la paciente parece emplear la meditación como mecanismo de evitación. Haciendo de ella una vía de escape de la experiencia real y no dejándose divagar en el pensamiento y en el sentir de su día a día para poder ir procesando lo que ocurre. Se considera que la evitación de la experiencia se produce también porque en las sesiones, cuando conecta, todo parece abrumador, como si nunca antes se hubiera acercado a la experiencia. Siguiendo los principios de la meditación, se observa que vive en el modo “hacer” y que con este proceso se ha ayudado a ir tomando más presente el “modo ser”. El haber interrumpido el proceso de terapia también podría responder a una forma de autotratamiento de supresión de la experiencia. Donde es más fácil seguir haciendo y buscar un modelo que le permita seguir haciendo que parar a ser y encontrarse vulnerable con sus heridas y con la desconfianza de su propia autorregulación.

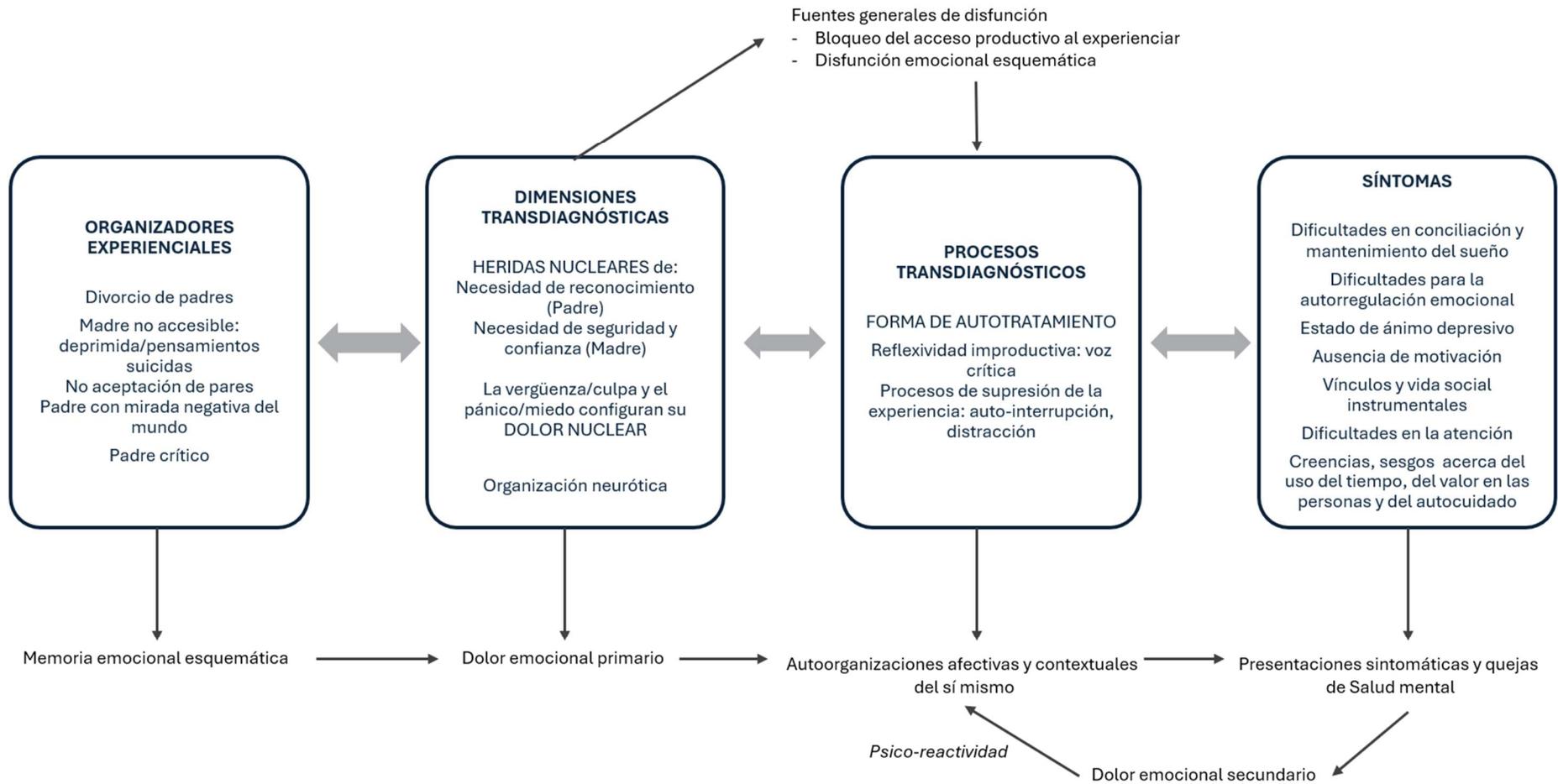
Por último, tenemos los síntomas como respuesta a estados desregulados y a los procesos de autotratamiento (Caro, 2024). Presentando: dificultades en conciliación y mantenimiento del sueño, dificultades para la autorregulación emocional, estado de ánimo depresivo, ausencia de motivación, vínculos y vida social instrumentales,

dificultades en la atención y creencias y sesgos acerca del uso del tiempo, de lo que da valor a las personas y del autocuidado.

Podemos ver todos los elementos sintetizados en la figura 1.

Figura 1

Formulación del caso



Nota. Adaptado de Caro (2018).

Objetivos terapéuticos y plan de tratamiento

Este Trabajo de Fin de Máster trata de mostrar los desafíos y el manejo del proceso terapéutico cuando se trabaja con un paciente que tiene bagaje en terapia y que ha trabajado con una forma distinta de intervención. Se estudiará cómo el vínculo terapéutico puede ser motor de cambio y un elemento primordial que cuidar y desde el que trabajar. También cómo la intervención desde un enfoque humanista integrativo puede facilitar un espacio para la flexibilidad y la vivencia de uno mismo como “más libre” abordando la voz crítica del paciente y las dificultades que tiene para mantener vínculos como objetivos principales. Se plasmarán las intervenciones concretas en la tabla 6.

Concretamente, en lo que a la paciente se refiere, los objetivos que se siguen en la terapia son:

- Facilitar el autoconocimiento de la paciente en cuanto a su forma de funcionamiento (obsesiva).
- Facilitar recursos para poder lidiar con la obsesividad en momentos de mayor estrés.
- Ayudar a que la paciente viva sus experiencias con mayor flexibilidad.
- Facilitar la diferenciación con su familia de origen e incrementar la agencia en su vida.
- Facilitar un espacio de confianza y ayudar a que se pueda relacionar desde un nuevo modelo de relación.

En este proceso es imprescindible señalar la vinculación que la paciente tenía con su anterior terapeuta. La robustez con la que la describe como figura de referencia y el agrado que explicita hacia su modelo teórico y de intervención (Cognitivo Conductual). En un

inicio, conociendo la forma de funcionamiento de la paciente, las terapeutas entendían el modelo humanista como el mejor de los modelos para que ella pudiera tomar agencia de su vida y sus decisiones; incluso llegamos a pensar que el propio modelo Cognitivo Conductual podía haber alimentado la dependencia intuyendo que su anterior terapia estaba llena de tareas y de explicaciones sobre cómo hacer. No fue hasta una sesión donde nos habla de una forma más extensa de su anterior terapeuta donde podemos reconciliarnos con el trabajo previo. Entendiendo que el medio principal del trabajo era el vínculo, el encuentro persona a persona donde el otro responde de forma responsiva a lo que Sandra traía. Hasta entonces parecía que el trabajo con nosotras implicaba dar la espalda a su antigua relación terapéutica; como si de una relación de pareja se tratase. En esa sesión y en sesiones posteriores pudimos recolocarnos como terapeutas ahí, respetando y admirando el anterior vínculo y explicitando el valor de esa terapia.

Como medios principales para llegar a ese punto, recurrimos a modos de respuesta de sintonización empática; ayudando así a procesar la pérdida de esta figura y la incorporación interna de la misma. Ayudamos a la exploración desde reflejos empáticos *“sientes una gran pérdida de esa figura que fue tan central durante tantos años”*, desde afirmaciones empáticas *“tiene que ser muy duro saber que ya no está físicamente más contigo”*, con conjeturas empáticas *“te sentiste muy sola cuando te dijo que no podía acompañarte más ¿es así?”*, *“puede ser que hasta sientas que estás haciendo mal en estar aquí con nosotras, como si no le dieras valor al espacio que tuvisteis”*... A raíz de esta sesión se abrió un espacio donde seguir trabajando y vinculando sin desprestigiar el espacio terapéutico anterior. Se pudo recoger el valor de lo vivido y se fue recurriendo a la figura de su exterapeuta como imagen reguladora a lo largo del proceso.

Habiendo atendido este elemento del proceso, el vínculo terapéutico que se construía con nosotras se ha visto amenazado en diferentes ocasiones y se ha explicitado con

afirmaciones como *“es que no se si esto encaja conmigo”*, *“me cuesta entenderlo, es abstracto”* o *“no sé bien qué estamos trabajando”*. Donde terapeuta y coterapeuta han intuido la posibilidad de que la paciente abandonase el proceso durante los primeros meses de intervención. Con ello se reencuadró el marco de trabajo en diferentes ocasiones, a fin de que Sandra pudiese entender mejor la forma de trabajo y pudiese pronunciarse sobre ello. También por las resistencias que veíamos para entrar, proponíamos las primeras tareas con la premisa *“aunque ahora mismo esto no lo entiendas, si quieres tómatelo como un juego donde te estás probando”*. Así, la paciente pudo ir entrando en dinámica e involucrándose en estados experienciales más altos desde los que ir procesando y significando.

Con el influjo de las sesiones fue trayendo *“en sesión veo una manzana, pero cuando salgo de aquí, la manzana se desvanece y no sé qué hacer”*. Con ello, sacándola de la posición de niña, le proponemos escribir en un cuaderno al final de la sesión en su tiempo para que recuerde la “manzana”. Pero no toma agencia de ello y no lo hace; continúa en la queja y acaba interrumpiendo el proceso terapéutico apelando a que no se siente ahora mismo con capacidad de trabajar desde este modelo; que aunque le ha traído cosas buenas, siente que necesita unos “ruedines” que cree que le aportará más fácilmente el modelo Cognitivo Conductual. Con ello consideramos que la construcción de la adulta que se ha ido trabajando durante el proceso no ha sido suficientemente reguladora como para querer seguir creciendo en un espacio donde se facilita agencia, poder y espacio para su vulnerabilidad.

Siguiendo con el concepto de agencia, vemos que la paciente expresa sentir mejoría pero atribuyéndola a la medicación que se le pauta desde psiquiatría. Menciona también el miedo sobre el momento en que deje la medicación. Creyendo que todo el bienestar logrado se va a desvanecer con la finalización del aporte farmacológico. Las terapeutas

incidimos en el trabajo realizado durante el proceso y la mejoría que ha conseguido ella. Nombrando la medicación como otro vehículo desde el que poder seguir trabajando distintos elementos. Sandra comenta estar bien, y tiene miedo de que al encontrarse bien, se deje de trabajar en este espacio. Como si la confianza en nuestro rigor profesional se estuviese poniendo en duda. Terapeutas señalan contenidos de su discurso que revelan que la medicación no ha generado un cambio profundo que nos deje sin vías de trabajo. Que la medicación puede estar dándole más tranquilidad en su vivencia del día a día, pero que seguimos encontrando elementos en su discurso que desvelan trabajo por hacer y cuestiones por trabajar. En este sentido, parece que la paciente tiene miedo de acomodarse en el no hacer, no lograr, no mejorar. Parece que se le dificulta el poder disfrutar de un mayor bienestar.

Leyéndolo desde la Gestalt; es como si tuviese dificultades para entrar en el contacto. Ha trabajado por cumplir con sus necesidades, pero no parece poder contactar con ello del todo. Como si hubiese un mecanismo de defensa de deflexión donde *“tendría que hacer más”* *“tendría que haberlo conseguido por otros medios”* *“es que esto no es fruto de mi trabajo”*. Las terapeutas, con ello, anunciamos que puede pararse también a disfrutar de lo logrado, que seguiremos trabajando, y que entrene la mirada también en lo bueno que ocurre fuera y dentro de ella.

Como medio principal para poder autorregularse, hemos trabajado siendo figuras de regulación del momento, con presencia terapéutica estando en su dificultad y en nuestro presente, facilitando la exploración de sus vivencias sin miedo, simbolizando su dolor y ofreciendo imágenes internas de regulación. De hecho, como paso intermedio para su imagen de autorregulación, hemos ofrecido imágenes propias tanto terapeuta como equipo terapéutico desde autorrevelaciones para fortalecer el vínculo terapéutico y para poder ser modelo. También, se ha trabajado en modo focusing; colocando fuera las

preocupaciones desde técnicas psicodramáticas con las que ir acercándose, mirando y sintiendo desde una distancia que permita experimentar sin entrar en colapso, respetando su umbral de tolerancia.

En cuanto a la falta de flexibilidad y obsesividad, trabajamos desde el diálogo terapéutico ofreciendo e introduciendo un discurso donde dejar atrás las afirmaciones absolutistas y las conjunciones que niegan aspectos anteriores del discurso. Es decir, hemos ayudado a facilitar los “y”, dejando atrás los “pero”. A fin de ir introduciendo en ella una forma de pensar y mirar al mundo donde caben varias cosas simultáneamente; donde unas no nieguen las otras. Separando de una forma de pensamiento más infantil de todo-nada a una donde cabe estar bien y a la vez estar más obsesiva con hacer bien las tareas de su trabajo. De esta manera, la paciente puede irse haciendo más consciente de los avances sin que estos tengan que implicar un bienestar absoluto y una forma de funcionamiento ejemplar en todas las áreas de la persona.

También se ha podido trabajar desde técnicas psicodramáticas donde yo es auxiliares han podido dar voz a esa parte más obsesiva entrando en diálogo con el self y pudiendo poner palabra a elementos que alimentan o dificultan que la obsesividad rebaje. En este caso, pudiendo experimentar esa parte, se expresó que hasta que no estuviera dispuesta a equivocarse, no se fiaba e iba a seguir protegiéndola (la obsesividad).

Pasadas las sesiones, parece que no hizo falta ayudarle a entender la obsesividad en su historia y simbolizarlo con ella. Un día, nos trae a sesión una conversación con su padre, donde le dice de forma calmada y regulada, que parte de su obsesividad y su necesidad de hacer todo perfecto viene de todas las exigencias que le ha ido poniendo en la vida y de la mirada crítica que tiene hacia los demás. Sandra dice no culparle, pero ser consciente de la realidad de esto. Como parte del proceso, entendemos esta conversación también como un ejercicio de autoafirmación, donde la narrativa de la paciente coge

fuerza y realidad. También, poniendo conciencia sobre sus síntomas en momentos de mayor estrés (obsesividad), se han hecho intervenciones tranquilizadoras y de consejo *“sabes que cuando vuelves de Asturias, tu obsesividad se dispara y luego vuelves a niveles más bajos, no te obsesiones con tu obsesión”* ya que la paciente es muy consciente de sus procesos y en repetidas ocasiones se obsesiona con sus síntomas.

Por otra parte, hablando de la diferenciación con su familia de origen, fue muy importante ayudarle a poner consciencia sobre la ambivalencia que se vive en la relación con ellos y entre ellos. Donde la protección y desprotección ha estado presente desde su infancia hasta la actualidad. Pudiendo ayudar también a entender la importancia de las relaciones tempranas y lo que estas le han transmitido para la construcción de sus vínculos actuales. Se ha facilitado el espacio donde dar voz desde la exploración empática a sus deseos y miedos en relación a sus relaciones afectivas actuales. Lo que espera, lo que tolera, lo que le duele y lo que teme. En este ámbito, Sandra y el espacio ha permitido expresar enfado hacia sus figuras de apego desde un humor fino y a veces crudo, evitando así una autointerrupción del enfado. Considero también que, como se ha mencionado previamente, hubiera sido bueno poder bajar a niveles más profundos de proceso donde se hubiera accedido al dolor emocional primario de miedo y culpa que parece presentarse en cuanto a sus figuras de apego.

Retomando la interrupción del proceso, consideramos que es posible que el acercamiento a la adulta no ha sido suficientemente regulador para seguir este camino y que ha habido elementos contradictorios que han podido relacionarse con la interrupción. Entre ellos vemos la orientación de las terapeutas para que la paciente gane agencia; y a la vez, inconsistencia durante las primeras sesiones sobre la duración de las terapias. Algunas de ellas con duración de 50 minutos (lo encuadrado) y otras pudiendo durar hasta 1 hora y 15 minutos. Que las sesiones oscilen en horas, puede dar sensación a la paciente

de *“si estoy peor al final de la sesión, se van a quedar a cuidarme porque yo no puedo cuidarme y regularme sola”* o *“no estoy suficientemente bien para salir al mundo de este modo, debo esperar a que me ayuden para poder salir de sesión”*. Por lo que hay un mensaje doble vinculante donde desde la palabra, la colocamos como capaz, pero desde los actos hacemos lo contrario. Posiblemente colocándonos en una figura de sobreprotección, al igual que su madre. No es hasta la sesión 5 donde el equipo terapéutico nos señala este aspecto y donde podemos resituarnos.

Otro elemento que podría estar relacionado con la interrupción y que se relaciona también negativamente con la alianza, es que los terapeutas sean críticos con ellos mismos. En mi caso, me he visto siendo crítica conmigo, queriendo responder a lo que creo que la paciente espera de mi como terapeuta. Al inicio de las sesiones sentía que la crítica era suya, pero creo que era de ambas. Pudiendo ser al inicio una proyección que yo misma hacía sobre la paciente, pero que realmente respondía a ambas. Esto, lo he sentido presente durante el proceso, sintiendo la necesidad de responder a lo que la paciente necesita (o más bien, yo creo que necesita) e incluso enfadándome con la terapeuta principal cuando sentía que ella no *“respondía adecuadamente”*. Esto, se ha visto muy presente en la última sesión donde permanecí en silencio durante prácticamente toda la hora porque no me estaba gustando cómo estaba respondiendo la terapeuta principal. Y donde me juzgaba no haber intervenido para cambiar el rumbo de la sesión.

Respecto a esto último, para que un proceso pueda seguir camino, se considera muy importante revisarse en profundidad, dado que yo viví una situación parecida a la paciente donde mi terapeuta estuvo de baja de forma prolongada en el tiempo y estando muy contenta con ella, me cambié a otro espacio para que me acompañasen. También ocurrió que no pude tener una sesión de cierre de forma presencial y creo que una parte de mi esperaba ofrecerle a la paciente una última sesión como yo no pude tenerla. Y, por tanto,

había muchos elementos transferenciales moviéndose que hubiera sido positivo atender antes.

También hubo una lucha interna donde la paciente demandaba mayor explicación sobre las tareas y sobre el camino a seguir. Y nos situábamos en la cuestión ¿complazco a su parte obsesiva y le doy una explicación de todo? ¿o alimento su confianza haciéndole vivir mejoras y acompañamiento y personas en las que confiar cuando no hay un control absoluto? Para mí fue muy complicado. Porque la terapeuta principal se posicionaba mucho más por esta segunda premisa: “voy a no alimentar el control para que experimente que se puede confiar”. Y yo más por la primera: “esto sirve por esto, está bien, sigue”. Quizás colocándome en posición de madre donde hay desconfianza en las capacidades para comprender y para hacer camino. Así, en conversación con la terapeuta principal, nos colocamos más en esta segunda premisa, dejando que fuese Sandra la que pregunte lo que considere del proceso, dándole agencia en éste.

Considero también que pudiendo no sentirse la paciente con suficiente poder de autorregulación, el acercamiento a su vulnerabilidad podía ser muy abrumador. Donde entrar en contacto con la vergüenza y el miedo que configuran su historia podría ser demasiado para ella y más si tiene experiencia de haberse visto mejorando desde otros modelos que entran menos en las experiencias emocionales. Podría responder a otra forma de autotratamiento de supresión de la experiencia y distracción. Igualmente, vemos también como positivo que haya podido salir de la complacencia y haber puesto su deseo frente al otro. Pudiendo elegir y decir no a lo que el otro le ofrece. Aun así, en ese proceso de decir “no”, vemos cuestiones que responden a aspectos que podrían trabajarse: la decisión ha sido tomada en su individualidad sin ser compartida con las terapeutas, no dando margen a la conversación y reajuste al espacio. También vemos que llega a esta última sesión solo con la parte racional, escindida de la parte emocional. Parece que en

contacto con la emoción hubiese sido más complicado irse de este espacio. De hecho, también aparece una agresión donde desvaloriza el vínculo conmigo *“bueno si decido volver a este espacio sé que puedo, aunque no esté Ana, pero otro estará”*. También, al final de la sesión donde le ofrezco palabras del corazón de humano a humano me responde *“espero que te vaya muy bien el TFM y luego cuando empieces el trabajo”*, no pudiendo entrar en el contacto emocional y donde Mónica le dice con humor *“no te escapes y escucha esto que te dice Ana, es importante que te llegue”*.

Además de la confianza en su propia autorregulación, el trabajo hacia la confianza en el equipo ha estado muy presente durante los primeros meses desde el inicio del tratamiento. La paciente elige realizar su proceso desde un trabajo con equipo terapéutico y con coterapeuta que acompañaría en la intervención a su terapeuta asignada. Esto lo decide el día en que realiza la entrevista inicial por parte de un trabajador de la UNINPSI ajeno al equipo que la acompaña durante el proceso.

Desde el inicio, expresa con humor lo que cree que las personas del equipo que se sitúan al otro lado del espejo unidireccional piensan acerca de ella. Cuando se nombra la posibilidad de conocer al equipo conformado por 3 personas, aparece su negativa y su preocupación de cómo podría ser. Explica que en su imaginario podrían ser personas *“prototipo de la Universidad CEU”*; con sus mocasines, sus pantalones y camisa con personalidad fría y juzgona. Fueron distintas las sesiones donde se abordó este miedo, esta desconfianza y este pensamiento de tipo paranoide: donde ellos no iban a ser buenos y podían estar mirándola desde una posición de poder. Trabajando fuera de sesión con el equipo, se quiso hacer un acercamiento mostrando un poco de qué estaban contruidos ellos por dentro y compartiendo la mirada que tienen hacia la paciente. Se decidió traer una pequeña casa de cerámica, con una vela dentro que representaba la imagen interna que la paciente tenía de su espacio de seguridad. Acompañado de una nota donde se

expresaba el gusto de acompañarla y el deseo de que esa casa simbolizara su espacio seguro sobre el que se había trabajado en sesiones anteriores.

En la sesión donde se iba a hacer este acercamiento por parte del equipo, se trabaja sobre la confianza. Donde la paciente menciona *“yo no soy desconfiada, es que soy demasiado confiada y tengo que protegerme”*. Pudo separar en ella dos voces: la voz “cándida”, que confía rápidamente y la voz que “advierde” porque cree que las personas pueden aprovecharse. Se trabajó desde el psicodrama, donde en la primera escena, la parte cándida se colocaba agachada, con la mirada baja, con miedo a mirar y ser vista. S. se emociona en esta posición.

Cuando la terapeuta principal le pide que busque a alguien que le acompañe para no tener tanto miedo, decide acompañarse ella misma y acerca el objeto intermediario que representa su parte que advierde. Desde ahí, puede erguirse, mirar y ser mirada. Y se abre al deseo de conectar con el otro, dando valor a la parte cándida que menciona como la parte que hace que la gente la quiera, que permite el amor, el afecto. Se le pregunta si necesita algo más de la otra parte, y decide agarrar a esa parte que advierde. Cuando lo hace, cierra los ojos, respira profundo y llora. Se hace eco de lo que ocurre y terapeutas expresan *“soy completa, puedo ser amor y también puedo protegerme”*, *“quiero poder jugar y también parar”*, la paciente dice que le gusta y expresa *“sí, que coexistan los dos”*. Parece que hay mayor diálogo entre las partes, donde ambas son necesarias y buenas si hay comunicación y no niegan la otra.

Hacia el final de esta misma sesión, la terapeuta le anima a acercarse a la puerta donde está el equipo, diciéndole que puede decidir no entrar, pero que esté un poco en contacto con lo que le genera estar allí. Quiere saber sus nombres y se dicen. También, ve el regalo en la puerta y se emociona. Se trae la casa y la nota dentro del espacio de sesión. Lo lee

emocionada “*es más de lo que puede soportar un corazón, ni siquiera me conocen*”. Se acompaña esto sin dejarlo escapar.

Sandra acaba por conocer al equipo en otra sesión, de forma rápida, presentándose y ofreciendo un marcapáginas a cada uno. Parece como si hubiera algo que devolver después de la muestra de cariño que ellos tienen con S. En otra sesión se invita a entrar a personas del equipo para trabajar como yoes auxiliares y S. entra en dinámica, en la emoción y trabaja dejándose expresar. Ningún otro día se acerca a saludar al equipo aunque parece estar cómoda, parece que la defensa ha rebajado, que el miedo ha dejado de tener tanto poder y ahora caben otras experiencias internas en relación a ellos.

Pasados unos meses, se incorporan 2 personas nuevas al equipo detrás del espejo, a cuenta de una reorganización interna de las prácticas del centro por una baja. Se consulta con la paciente, se explica la situación y S. acepta esta propuesta de incorporación.

Parece que ni las terapeutas ni el equipo fueron suficientemente conscientes de la amenaza que suponía para S. estas nuevas miradas. Como si para ella fuese un gran esfuerzo trabajar con estas incorporaciones, una vuelta al inicio. Esto pudo reavivar esa parte que advierte, que desconfía y que tiene cargada una fantasía un poco catastrofista o paranoide. No muestra interés por conocerles, salvo en una sesión donde no fue posible su encuentro por cuestiones de tiempo. El día de la interrupción, le invitamos a conocerles, a fin de que esa fantasía no permaneciese en el tiempo.

En el momento no fuimos conscientes de que debíamos haber prestado más atención y cuidado a este aspecto; haberla hecho sentir más acompañada en esto que era difícil en el fondo. Esto ha podido tener peso en la decisión de interrumpir el proceso; más si su deseo era permanecer en el equipo como hasta el momento y no se vio con la capacidad

de poner el límite y autoafirmarse en su deseo. Al igual que le ha ocurrido con relaciones de pareja donde ante el conflicto, la forma de resolución ha sido la separación.

Con ello, pudiendo ser una huida frente a su vulnerabilidad con un incremento de los pensamientos paranoides y una dificultad para poner límites, Sandra ha sacado una parte más asertiva pudiendo sentarse frente a otro a conversar sobre su decisión de dejar el proceso.

Tabla 6

Intervenciones realizadas según los objetivos terapéuticos de las sesiones

Sesión	Objetivo	Forma de trabajo
1	Hacerle sentir comprendida, iniciar la generación de vínculo.	Afirmación empática de la experiencia y los logros que ella valora <i>“me vi muy aislada y no quería verme así, ahora estoy orgullosa por haber realizado tantas cosas de mi lista de deseos”</i>
	Ayudar a ganar agencia.	Preguntas exploratorias sobre su experiencia de hogar y qué cosas tiene y hace en el día a día para generar esa sensación de hogar que describe como espacio de libertad, donde cuidan y le cuidan.
2	Hacerle sentir acompañada en su autoexigencia.	Intervenciones de seguimiento y de comprensión empática <i>“parece que mirabas con mucho juicio a tu alrededor y eso ahora lo rechazas”</i> .
	Ofrecer una narrativa distinta.	Poner en valor que está haciendo esfuerzos por encontrar su camino desde la confrontación <i>“esto es algo que has rechazado, pero ahora estás en un camino distinto”</i> . Poner en valor sus logros actuales.

Sesión (cont.)	Objetivo (cont.)	Forma de trabajo (cont.)
3	Rebajar la voz crítica y flexibilizar el pensamiento.	Propuesta de silla vacía con su tiempo introduciéndolo en formato de juego “ <i>vamos a probar a hacer una cosa, puede resultarte raro, pero si quieres, tómatelo como un juego, como probar a hacer esto, aunque te veas rara hablando a una silla vacía</i> ”.
	Acercarse a este nuevo formato de terapia.	Silla vacía y diálogo terapéutico.
4	Rebajar la ansiedad sobre qué esperar en esta terapia.	Reencuadrar.
	Ayudar a recolocar la exigencia	Psicoeducación. Explicar la diferencia entre animarse con amabilidad y exigirse con dureza.
5	Conocer su experiencia anterior de terapia.	Preguntas exploratorias sobre cómo fue el proceso de terapia y dejarlo. Conjeturas empáticas para que acceda a lo emocional.
	Situarnos como compañeras de la terapeuta y no rivales.	Afirmaciones empáticas “ <i>claro que es difícil verte en este espacio de terapia tan distinto cuando el otro te sirvió tanto</i> ”
	Ayudar a la internalización de figuras de seguridad.	Generar imagen interna de la figura de la psicóloga. Llevar la atención al cuerpo, sensaciones físicas y preguntar si hay algo de esto que pueda rescatar en otras ocasiones “ <i>ir ahí, recordar que tu terapeuta sigue contigo</i> ”.

Sesión (cont.)	Objetivo (cont.)	Forma de trabajo (cont.)
6	Hacer valorar que no es atributos absolutos.	Confrontación de lo que no ve, expresando que también tiene una parte que disfruta mucho de las pequeñas cosas y que busca el disfrute <i>“creo que no eres simplemente una persona rígida, tienes una parte que disfruta mucho, así nos lo contabas de tus viajes a Alemania”</i>
	Ayudar a relativizar, a no poner tanto juicio a sus experiencias y a ganar agencia.	Dinámica de los 3 cajones: tengo que, elijo/quiero, me gusta. Colocar verbalmente cosas en cada cajón para verse decidiendo, diciendo que sí y que no a cosas, distinguiendo partes suyas.
	Ofrecer una voz amable.	Responder a su narrativa con elementos del contexto. Sacándole de una perspectiva de locus de control únicamente interno sobre las cosas desagradables que ocurren <i>“sería complicado para cualquiera hacerse hueco en la conversación si estás en un sitio descolgado de los demás”</i> .
7	Conocer su historia y relaciones familiares.	Preguntas de exploración por historia y relaciones familiares. Evocación empática.
	Hacer consciente de la dificultad de su familia. Dar poder en la familia.	Interpretación de la ambivalencia de sus padres y propuesta de tarea <i>“puedes ir mirando esa ambivalencia según aparezca”</i> . Preguntas de exploración <i>“¿qué hay que hacer para que todo vaya bien con tu padre como dices?”</i> . Enseñanza experiencial <i>“la ambivalencia es muy difícil de gestionar. Porque no sé qué esperar y es un suelo pantanosos pesado y difícil”</i> .

Sesión (cont.)	Objetivo (cont.)	Forma de trabajo (cont.)
8	Mirar la desconfianza. Ayudar a las partes a dialogar. Ayudar a experimentar qué gana y qué pierde cuando alguna parte toma control total.	Psicodrama con sus dos partes en relación a la desconfianza <i>“tengo una parte cándida, como ingenua y otra que advierte, que me alerta para que no me engañen”</i> .
	Hacerle sentir digna de amor por cómo es y no por cómo hace aun conectando con la vergüenza.	Darle un regalo de cumpleaños: Carta del equipo terapéutico con símbolo de una casita con luz, como su espacio de seguridad con su terapeuta y su hogar donde ser libre. Simbolización de la experiencia
9	Acercarse a la emoción y experimentar no evitando lo desagradable.	Guía, <i>“siéntelo ahora, aunque haya nervios y ya lo decides después”</i> .
	Acompañamiento del dolor, la incertidumbre y el desarraigo. Vínculo terapéutico.	Reflejos empáticos, respuesta exploratoria <i>“te sientes desarraigada cuando vuelves de Asturias, sola”</i> .

Sesión (cont.)	Objetivo (cont.)	Forma de trabajo (cont.)
9 (cont.)	Dar espacio de reflexión (de si quedarse en Madrid o irse a Asturias) con mayor regulación emocional.	Permitir la expresión emocional sin censura, acompañar con regulación desde la presencia terapéutica, poner palabra a la no-urgencia de la decisión. Acercamiento psicodramático a cada opción. Ayudando a que experimente estar cerca de cada una de esas opciones, sintiéndolas sin tanto miedo.
10	Aliarnos con visión del psiquiatra y la formulación de la problemática de la paciente. Ayudar a que conecte con su intuición y sensaciones físicas, pudiéndolas usar como herramienta distinta al pensamiento.	Validar visión del psiquiatra acerca de su forma de funcionamiento obsesivo y la exigencia asociada a esta que media en muchas formas de actuar y pensar. Reforzar su vivencia de haber escuchado su intuición cuando ha empezado a buscar pisos y a descartarlos. Ejercicio de meditación para conectar con sensaciones físicas poniendo consciencia en ellas.
11	Comprender su ausencia de motivación.	Exploración empática sobre esa ausencia de motivación y la vivencia de esta. Conjeturas empáticas “¿y eso te asusta?”.
	Hacer entender los malestares como problemas transicionales.	Situar la falta de motor como algo momentáneo, no inherente a ella, separarlo de un aspecto propio y estable.

Sesión (cont.)	Objetivo (cont.)	Forma de trabajo (cont.)
11	Poner consciencia sobre la obsesión en momentos de mayor incertidumbre o ansiedad.	Escuchar y apoyar la idea de que cuando vuelve de estar con su familia tiende a estar más ansiosa y obsesiva como respuesta tranquilizadora para que se abra a otras experiencias. Hacer tomar consciencia para que sus pensamientos no le lleven a la confusión y a ataques sobre su autoestima.
12	Acercarle a la vivencia de las cosas sin estar únicamente en la razón. Ayudarle a ir tomando decisiones sin que la exigencia sea la única voz.	Despejar un espacio sacando la bolsa de ropa que se había comprado y que era <i>“reflejo de lo que me pasa continuamente cuando tengo que decidir”</i> .
	Dar espacio a sus <i>“tienes qué”</i> y <i>“no sé qué hacer”</i> y procesarlos.	Ejercicio psicodramático con dos yoes auxiliares que toman voz.
	Ofrecer un medio de regulación de imagen interna con la ayuda de figuras de seguridad.	Proponer conectar con un sitio o actividad donde es más ella y donde está tranquila. Pedir a los yoes auxiliares (sacándoles del rol) cuáles son sus imágenes de seguridad para que le sea más sencillo el camino y dejarse sentir.
13	Facilitar desdicotomizar la realidad.	Afirmar que es compatible tener miedo a estar sola con tener gusto por expandirse (de cara a independizarse).
	Ayudar a procesar su momento de mayor angustia vital	Exploración empática, reenfoque empático para dar espacio al miedo que tiene de estar con pastillas ahora porque le trae a su momento de mayor

	conectando con la emoción.	malestar. Preguntar y ayudar a simbolizar para que pueda procesar esa parte de su historia.
	Dar espacio a los pensamientos suicidas y establecer protocolo de acción.	Exploración, validación de las partes, pacto terapéutico de comunicación.
14	Ayudarle a conectar con la emoción de enfado, miedo, ilusión y pesadez.	Ejercicio psicodramático de tres sillas con la Sandra niña, adulta y anciana. Facilitando la expresión de cada una y las partes que están viviendo la mudanza.
15	Facilitamos una narrativa más amable sobre ella en su relación con su ex rebajando su autoexigencia.	Ofrecemos una visión distinta sobre los celos y su vivencia. Ofreciendo una comprensión de dificultad conjunta que se debe llevar en pareja y sobre la que se le han tratado injustamente.
	Dar agencia en su bienestar.	Hacer agente en parte de su bienestar “tú ves lo que te hace sentir bien, lo aprecias, lo buscas y fomentas”.
16	Ayudar a integrar lo positivo y negativo. Ayudar a alejar de la obsesividad.	Mencionar que llevar una casa puede tener luces y sombras; que no tiene que ser todo perfecto ni estar todo en orden todo el tiempo. Que mirar lo bueno de las cosas es tan importante como mirar las malas y dejar que coexistan nos conecta con lo real.
	Ayudar a valorar a la adulta que es. Generar vínculo.	Decir que no hace falta tanto esfuerzo, que es una adulta muy capaz.
17	Damos valor a la propia terapia más allá de la medicación. Rebajamos angustia sobre el momento de dejar la medicación.	Psicoeducación, puesta en valor de su trabajo.

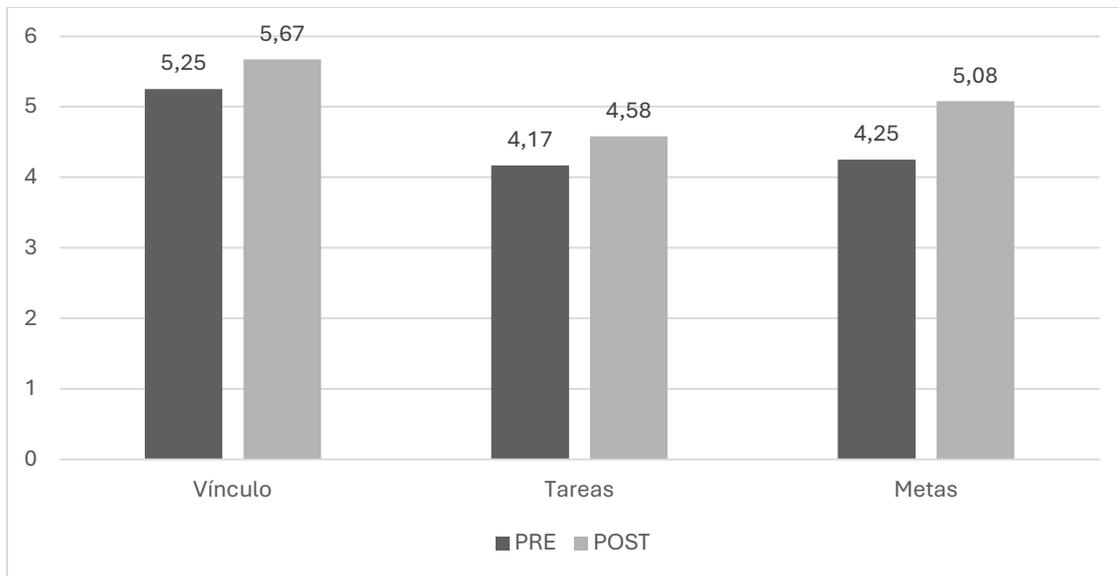
Sesión (cont.)	Objetivo (cont.)	Forma de trabajo (cont.)
17	Ayudamos a poner foco también en lo bueno y el disfrute.	Preguntamos sobre qué cosas está consiguiendo ahora, está disfrutando para que no quede enganchada solo en lo malo. Cambiando a una perspectiva donde también quepa mirar lo bueno.
	Ayudar a comprender su perfeccionismo.	Preguntas de exploración empática.
18	Ayudamos a procesar su última ruptura.	Preguntas de exploración empática sobre cómo fue la separación, damos voz al dolor de esta mediante evocaciones empáticas
	Ayudar a ver otras partes en ella de rupturas y amor.	Metáfora moneda preguntándola, implicándola para que hable de la otra parte de estar conociendo a alguien.
	Comprender dónde está colocada con el padre.	Preguntas de exploración y refuerzo de su narrativa construida y simbolizada <i>“mi padre era un aleccionador, aunque no buscaba ridiculizarme le pude decir que parte de mis dificultades tenían que ver con su crítica”</i> .
19	Comprender por qué interrumpía el proceso.	Preguntarle los motivos de la interrupción de la terapia y traerle los aspectos propios que pueden estar relacionados.
	Dar valor a lo trabajado en este espacio.	Diálogo terapéutico y silla vacía con la terapia.
	Poner foco sobre su futuro proceso.	Explicitar que ella tiene control sobre su vida y sobre las sesiones del futuro no olvidando su parte emocional.

Resultados

Seguidamente se dejan plasmados los resultados de las pruebas pre-post.

Figura 6

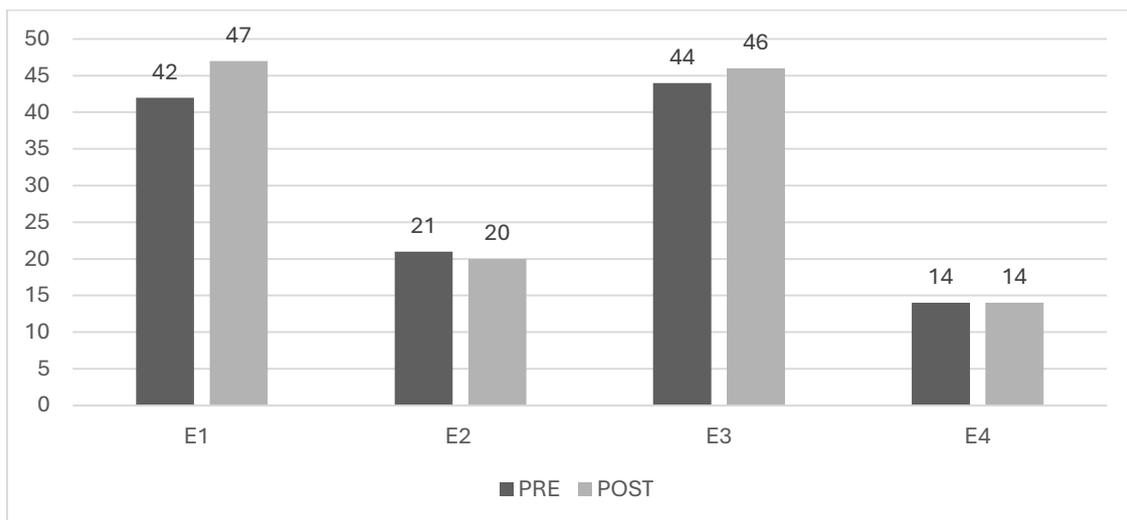
Resultados pre-post del WAI-P



Nota. Elaboración propia

Figura 7

Resultados pre-post del CAA

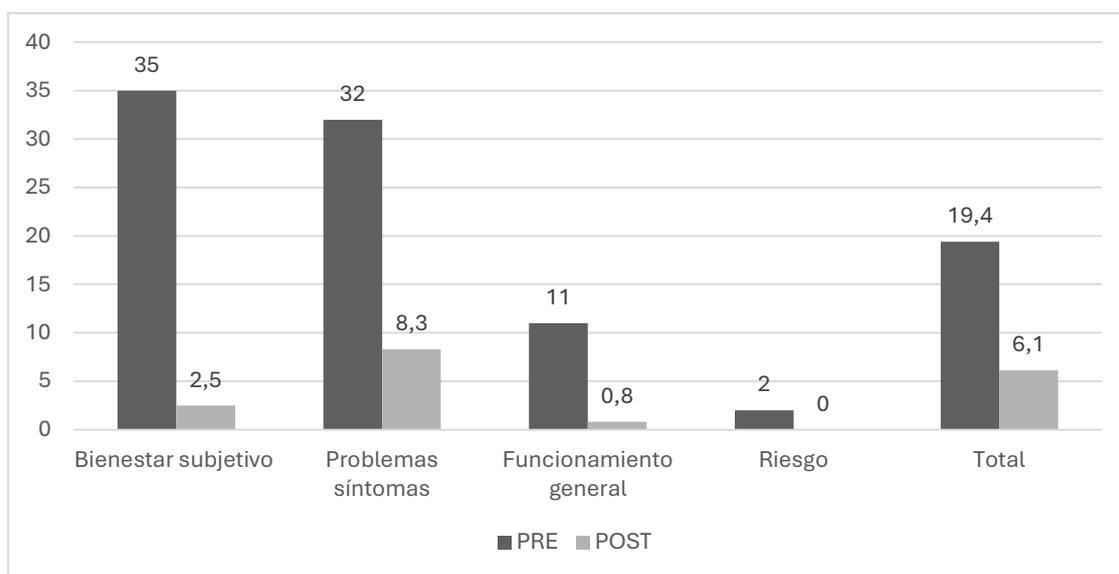


Nota. El primer elemento del gráfico “E1” refiere a la necesidad de aprobación, autoconcepto negativo, preocupación por las relaciones, dependencia, miedo al rechazo

y problemas de inhibición conductual y emocional. El segundo elemento “E2” refiere a la resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad. El tercer elemento “E3” es la expresión de sentimientos y comodidad con la intimidad. El cuarto elemento “E4” hace referencia a la autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad.

Figura 8

Resultados pre-post del CORE-OM



Nota. El bienestar subjetivo mide el nivel de malestar. El funcionamiento general mide el nivel de dificultad para el buen funcionamiento general.

Figura 9

Resultados pre-post del SA-45

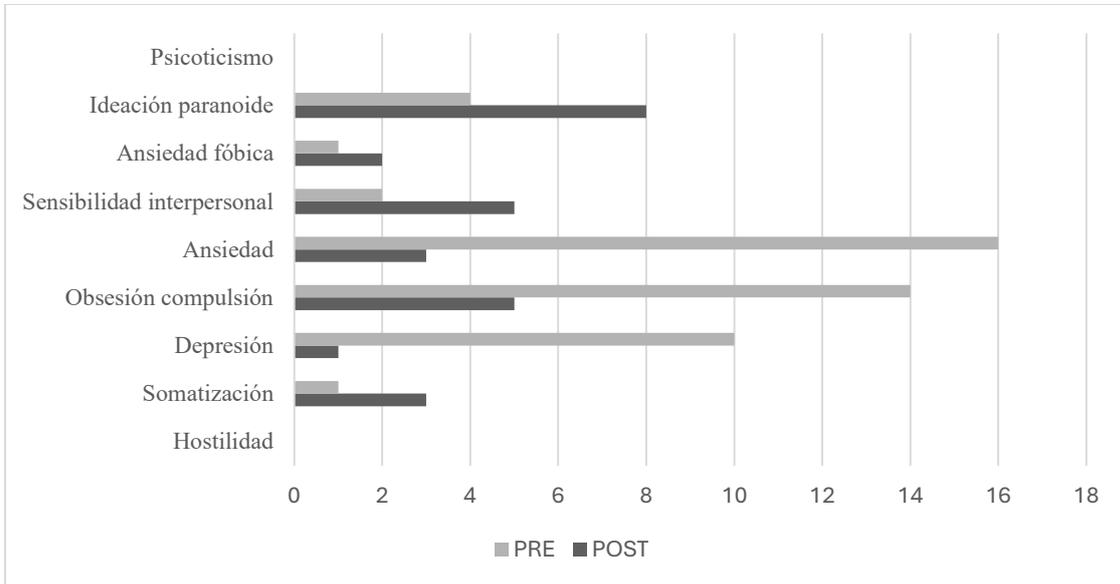
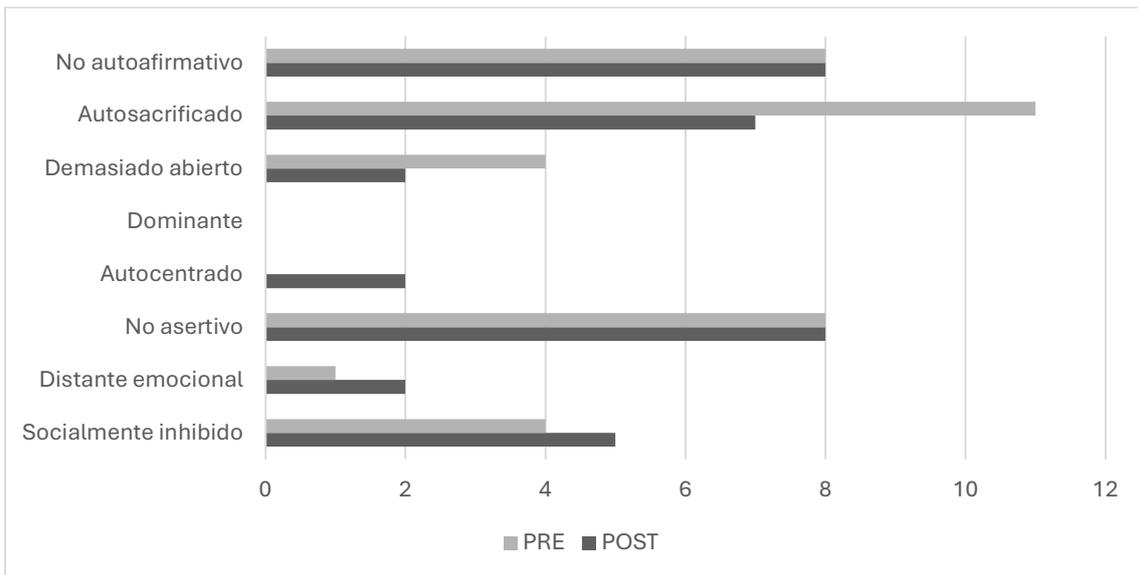


Figura 10

Resultados pre-post de IIP-32



Interpretación de resultados

Analizando los datos de las escalas, vemos que muchas de ellas no tienen en su guía el cambio mínimo para anunciar si hay cambios significativos. Por ello, en muchos

de ellos se calcula el Reliable Change Index (RCI) para comprobar si el cambio observado en las puntuaciones supera el error y podemos afirmar que ha habido cambio significativo.

Analizando los resultados del WAI-P, vemos que ha habido un incremento de puntuaciones en todas las escalas (ver figura 6) a las que podemos atribuir un cambio significativo según los valores del RCI (ver tabla 7). Con ello, se afirma que ha habido una mejora de la alianza terapéutica atendiendo a sus tres componentes (vínculo, tareas y metas) donde hemos podido ver afirmaciones como “no sé por qué, pero os he cogido cariño” o “para el siguiente proceso que empiece, no me olvido del corazón”. También vimos que, en un momento de la sesión, después de que tuviese consulta con el psiquiatra, nos anuncia que su parte obsesiva es la que le está generando más problemas; nosotras acogemos y apoyamos esa hipótesis, poniendo acuerdo en las metas. También, entendiendo esto, la paciente ha podido irse dejando entrar en las tareas psicodramáticas y de sillas. Valorando al menos, la parte de insight que estas muchas veces ofrecían.

Tabla 7

Valores del RCI e interpretación del cambio para el WAI-P

Escala	Valor RCI	Interpretación
Vínculo *	$RCI = \frac{68-63}{0,8\sqrt{2(1-0,96)}} = 22,08$	Cambio no atribuible al azar
Tareas *	$RCI = \frac{55-50}{0,8\sqrt{2(1-0,96)}} = 22,08$	Cambio no atribuible al azar
Metas *	$RCI = \frac{61-51}{0,84\sqrt{2(1-0,96)}} = 42,08$	Cambio no atribuible al azar

Nota. Las escalas marcadas con * indican cambios significativos

De la misma forma, estudiamos si los datos extraídos del CAA (ver figura 7) ha obtenido cambios no atribuibles al azar a través del RCI (ver tabla 8). Según este estadístico, no ha habido cambios significativos en el apego de la paciente.

Tabla 8*Valores del RCI e interpretación del cambio para el CAA*

Escala	Valor RCI	Interpretación
Escola 1	$RCI = \frac{47-42}{11,1\sqrt{2(1-0,86)}} = 0,85$	Cambio atribuible al azar.
Escola 2	$RCI = \frac{46-44}{9,3\sqrt{2(1-0,8)}} = 0,34$	Cambio atribuible al azar.
Escola 3	$RCI = \frac{14-14}{6,8\sqrt{2(1-0,77)}} = 0$	No existe cambio.
Escola 4	$RCI = \frac{47-42}{5,3\sqrt{2(1-0,68)}} = 1,18$	Cambio atribuible al azar.

Nota. Las escalas marcadas con * indican cambios significativos

En el caso del CORE-OM vemos cambios en todas las escalas (véase tabla 8): en la escala de bienestar subjetivo (35-2,5), en la de problemas y síntomas (32-8,3), en el funcionamiento general (11-0,8) y también vemos que el riesgo disminuye a 0 (2-0). Según el estudio de Feixas et al. (2012), se ha producido un cambio de mejora significativo; pasando de puntuaciones clínicas en todas las escalas a puntuaciones no clínicas. Podemos ver estos elementos relacionados con el nivel de obsesión, que disminuye a lo largo del proceso y que ha podido disminuir también la exigencia sobre ella en estas áreas. El cambio de vivienda ha podido tomar también un papel importante; la paciente estaba en estado de vigilancia al compartir piso con una compañera. Cuando ha podido dar el paso (con mucho esfuerzo) para vivir sola, algunas alertas bajan, aunque se despiertan otros miedos relacionados con la soledad y su capacidad de autonomía. Cabe mencionar también el apoyo farmacológico con Sinogan y más tarde Fluoxetina que se presenta durante los últimos meses de la terapia.

En cuanto al SA-45 (véase figura 9), vemos diferencias en muchas puntuaciones. Y encontramos cambio significativo en la escala de ideación paranoide, sensibilidad interpersonal, obsesión-compulsión y depresión (ver tabla 9).

Estos resultados nos indican que ha habido un incremento en la ideación paranoide y en la sensibilidad interpersonal. Ambas escalas agrupan elementos en relación con la mirada del otro, incluyendo cuestiones de desconfianza y no reconocimiento y otras en relación con sentirse incomprendido, incómodo o inferior. Son cambios no deseados que colocan a la paciente por encima de la media de la población femenina con la que se compara.

También vemos que han decrecido de forma significativa los niveles de ansiedad, obsesión-compulsión y depresión. En estas escalas iniciaba el proceso superando los niveles de la media femenina y acaba situándose por debajo de los mismos.

Tabla 9

Valores del RCI e interpretación del cambio para el SA-45

Escala	Valor RCI	Interpretación
Psicoticismo	$RCI = \frac{0}{2,3\sqrt{2(1-0,95)}} = 0$	No hay cambio
Ideación paranoide *	$RCI = \frac{8-4}{3,7\sqrt{2(1-0,95)}} = 3,42$	Cambio no atribuible al azar
Ansiedad fóbica	$RCI = \frac{2-1}{2,7\sqrt{2(1-0,95)}} = 1,17$	Cambio atribuible al azar
Sensibilidad interpersonal *	$RCI = \frac{5-2}{4,6\sqrt{2(1-0,95)}} = 2,06$	Cambio no atribuible al azar
Ansiedad *	$RCI = \frac{3-16}{3,9\sqrt{2(1-0,95)}} = -10,54$	Cambio no atribuible al azar
Obsesión compulsión *	$RCI = \frac{5-14}{3,7\sqrt{2(1-0,95)}} = -7,69$	Cambio no atribuible al azar
Depresión *	$RCI = \frac{1-10}{4,5\sqrt{2(1-0,95)}} = -6,32$	Cambio no atribuible al azar
Somatización	$RCI = \frac{3-1}{3,8\sqrt{2(1-0,95)}} = 1,67$	Cambio atribuible al azar
Hostilidad	$RCI = \frac{0}{3,5\sqrt{2(1-0,95)}} = 0$	No hay cambio

Nota. Las escalas marcadas con * indican cambios significativos

También desde el IIP-32 (vea tabla 10), vemos cambios significativos en la escala de autosacrificado (ver tabla 10). Que refiere a aptitudes donde uno se presta a los demás por delante de uno mismo. Es un cambio deseado y vemos que la paciente inicia el proceso por encima de los valores medios de la población femenina con la que se le compara y acaba con niveles por debajo de esa media. Podemos ver la mejoría de la paciente cuando en la última sesión afirma “*me daba apuro dejar de venir porque estás haciendo tu TFM sobre mi*” donde ha podido acabar por anteponer su deseo a la complacencia hacia un otro.

Tabla 10

Valores del RCI e interpretación del cambio para el IIP-32

Escala	Valor de RCI	Interpretación
Socialmente inhibido	$RCI = \frac{5-4}{4,1\sqrt{2(1-0,85)}} = 0,44$	Cambio atribuible al azar
Distante emocional	$RCI = \frac{2-1}{2,6\sqrt{2(1-0,85)}} = 0,71$	Cambio atribuible al azar
No asertivo	$RCI = \frac{0}{4,2\sqrt{2(1-0,85)}} = 0$	No hay cambio
Autocentrado	$RCI = \frac{2-0}{2,1\sqrt{2(1-0,85)}} = 1,74$	Cambio atribuible al azar
Dominante	$RCI = \frac{0}{2,9\sqrt{2(1-0,85)}} = 0$	No hay cambio
Demasiado abierto	$RCI = \frac{2-4}{3,3\sqrt{2(1-0,85)}} = -1,11$	Cambio atribuible al azar
Autosacrificado *	$RCI = \frac{7-11}{3,6\sqrt{2(1-0,85)}} = -2,03$	Cambio no atribuible al azar
No autoafirmativo	$RCI = \frac{0}{3,3\sqrt{2(1-0,85)}} = 0$	No hay cambio

Nota. Las escalas marcadas con * indican cambios significativos

Discusión

Este trabajo presenta un análisis del proceso terapéutico de Sandra con la participación de dos terapeutas atendiendo a la evaluación, formulación e intervenciones

llevadas a cabo. Prestando especial atención a la alianza terapéutica como medio de cambio cuando la paciente proviene de una terapia Cognitivo Conductual previa donde la terapeuta finaliza el proceso por baja médica.

La alianza terapéutica mejora a lo largo del proceso y para ello exige la revisión de las terapeutas en cuanto a elementos transferenciales presentes en la relación. Ya no solo los elementos transferenciales de la propia paciente, sino los que se movían entre las terapeutas (Friedman, 1969). Se considera de gran relevancia el diálogo abierto que las profesionales han llevado a cabo para facilitar que la autora de este trabajo pudiese recolocarse en la relación. Desde una lectura Gestáltica (de la Torre, 2025), durante el proceso, ha habido proyecciones presentes, donde la autora de este trabajo ha tenido necesidades que han sido proyectadas en la paciente, dejando de verla a ella desde su necesidad y empezando a entenderla desde su propia vivencia y sus propias necesidades. Por eso, ha sido importante la revisión entre terapeutas.

Hay otros elementos atendidos que han facilitado que la alianza terapéutica mejorase con el tiempo. Entre ellos vemos atender a que exista concordancia entre los mensajes verbales y no verbales acerca de su autonomía y capacidad para que, de esta forma entienda claridad en la posición de las terapeutas y puedan ser figuras de confianza (Beumeister, 2005, como se citó en Flückiger et al., 2018).

En cuanto a los elementos medidos desde el WAI-P, se considera importante el haber reencuadrado en un momento dado del proceso para que pudiese entender parte de las metas que se proponen en este modelo. Recoger también su propuesta de meta terapéutica y aliarnos juntas con ella fue importante. También la introducción a las tareas en forma de juego para poder ir haciendo camino en el contacto emocional sin que esto produjera tanto miedo, como postulaba Rogers (1992) en cuanto a las características de una vida

plena. Así, se atienden los diferentes elementos que configuran la alianza terapéutica según lo propuesto por Bordin (1979).

Se comprende también, que haber ayudado más a la paciente a poder ser su propia figura de regulación, hubiera facilitado que el contacto con su vulnerabilidad no fuese tan ansioso y no acabase por protegerse desde un mecanismo de supresión de la experiencia y distracción. Que aunque sus puntuaciones de ansiedad rebajasen a población no clínica después de la interrupción del proceso, se considera la relación con la decisión de interrupción del proceso y el inicio de una terapia Cognitivo Conductual.

Como contrapunto, podría haber sido positivo explicar en las primeras sesiones cuál es el proceso subyacente de algunas técnicas, para así rebajar las resistencias y mejorar la comprensión del modelo desde el que ella trabaja con nosotras. Acompañando en su experiencia de forma regulada y facilitando poco a poco que se abriese a la experiencia; como afirmaba Rogers (1992), las defensas dejarán de tener sentido si la persona puede abrirse plenamente a la experiencia y podría confiar en el proceso sin tanto esfuerzo.

También, otro punto relevante y que hubiera sido positivo ayudar a procesar más, es la finalización de la terapia con su terapeuta. En este tiempo se ha dado valor y espacio a lo aprendido y compartido con ella y se ha colocado esa figura como objeto de regulación que le acompaña desde imágenes y sensaciones corporales; pero un trabajo más exhaustivo incluyendo más técnicas experienciales, podría haber facilitado más los primeros meses de proceso en relación a la alianza terapéutica.

Además de una mejora en la alianza terapéutica, vemos elementos que han cambiado en relación al bienestar de la paciente. Ha habido una mejoría significativa en el funcionamiento general. Se ha podido trabajar desde sillas de autocrítica y diálogo terapéutico desde intervenciones de sintonización empática, donde se ha alejado a la

paciente de una narrativa dicotomizada donde se entiende la realidad en términos absolutos y donde por tanto sus conductas también se entendían desde éxitos o fracasos. Ofreciendo una nueva forma de relación donde no se comprende así el mundo y donde por tanto, a ella tampoco se la concibe en éxitos y fracasos. La paciente refería una figura paterna que comprendía el mundo de este modo y las terapeutas como figuras de seguridad diferentes, han facilitado que se abran nuevos esquemas.

Esta mirada a su self, ha formado parte del dolor nuclear de vergüenza que le ha acompañado según la formulación que seguimos de Caro (2018). También, desde las intervenciones de sintonización empática (Jódar y Caro, 2023), se ha ayudado a incorporar los elementos que no aparecen en el esquema emocional de forma directa en su discurso. Ayudando a simbolizar sus experiencias y también desde técnicas psicodramáticas, a poder separarse cuando es necesario de ellas.

En relación al funcionamiento general, vemos también que han descendido los niveles de obsesión-compulsión. Esto se ha trabajado en parte desde una mirada nueva, donde, aunque reconociéramos sus logros, no los alimentábamos como tareas a cumplir. Sino que le dábamos valor a ella como persona y a su proceso. Poder acompañar de forma regulada su obsesión permitió que se rebajase la ansiedad asociada a ésta. Darle conocimiento sobre su propia forma de funcionar, expresando que en momentos de mayor estrés se conocía que estaba más obsesiva le permitió rebajarle importancia, permitiendo “no obsesionarse con la obsesión”. El trabajo desde el psicodrama pudo unir la obsesión con el miedo a fallar y también fue relevante para que la paciente se conociese más. También la aceptación de la paciente y la exploración empática unida a otras preguntas de proceso ha permitido que procese de una forma más completa sus relaciones tempranas; pudiendo integrar en su narrativa cuál es el impacto que la relación con su padre ha facilitado en su forma de ser (concretamente obsesiva).

También se ha dado espacio para mirar el disfrute y no solo su parte “problemática” haciendo figura otros elementos de su experiencia que también le dan valor como persona.

Se han rebajado los problemas y síntomas atendiendo los procesos transdiagnósticos de autocrítica y distracción (Caro, 2018), permitiendo que esté en mayor contacto con las emociones y sus dolores nucleares con un acompañamiento regulado. Decrecen las puntuaciones en ansiedad y depresión; y cuando éstas han estado más disparadas, se le ha acompañado, pudiendo ser figuras de seguridad en momentos de incertidumbre en la toma de decisiones, haciéndola sentir no-sola. A la vez, inició un acompañamiento farmacológico con Sinogan y Fluoxetina que también le pudo ayudar a regularse y a transitar la toma de decisiones de una forma más apaciguada y con menos temor a contactar con lo que la toma de decisiones le generaba. También se han propuesto herramientas de autorregulación a través de imágenes, donde el equipo terapéutico ha podido compartir las propias en forma de autorrevelación facilitando la apertura a la experiencia de la paciente.

Las puntuaciones en el nivel de autosacrificado también decrecen, lo vemos en las pruebas psicométricas y también en la capacidad de la paciente de interrumpir el proceso terapéutico, aunque pudiese suponer un perjuicio para la autora del trabajo según decía Sandra. Se considera que la paciente pudo tener una vivencia más segura del vínculo donde pudo dar el paso. También el poder acompañar su narrativa, ayudándole a simbolizar de una forma más completa las experiencias con los otros donde ha sufrido, ha podido verse también no responsable de todos los perjuicios ocasionados al vínculo incluso ha llegado a verse tratada de forma injusta en el pasado. Así, también ha podido ver que las rupturas de vínculo no eran responsabilidad suya en muchas ocasiones y se ha

podido vivir más libre, pudiendo mirar al otro y dejándose escuchar lo que necesitaba en ese momento.

Por otra parte, han incrementado los niveles de ideación paranoide y sensibilidad interpersonal. Seguramente estos sean factores implicados en la decisión de interrumpir el proceso. La paciente expresa el deseo de poder mantenerse en esta terapia mientras se inicia en la cognitivo conductual; pero su economía no se lo permite. Esto expresa su necesidad de comprobar que no hay otra cosa mejor, la necesidad de control y de medir para controlar.

Permanecer en este proceso con personas con las que siente afecto, conexión y seguridad le hace activar la parte interna que revisa la amenaza “su parte que advierte” como expresaba en sesión “*soy demasiado cándida y luego se aprovechan*”. Se considera que la lucha de estas partes ha decidido resolver buscando el control. También, la nueva incorporación de compañeros al equipo terapéutico ha podido reavivar esa ideación más paranoide; donde su mundo interno está expuesto a la mirada de nuevas personas que no conoce.

Se conoce el dolor experimentado por la paciente en la cercanía del vínculo. Los resultados post se han obtenido después de que el proceso se interrumpiese; pero hubiera sido positivo poder dialogar con la paciente sobre qué miedos se abrían para poder comprender y abordar la subida de esas escalas. También cabe mencionar que en las últimas sesiones se ha trabajado sobre sus relaciones de pareja y que estas se han terminado desde la decisión de la paciente de alejarse, aunque les describía como buenas personas. Con ello, queda la sensación de que para ella hay buenas personas en el mundo, pero que todavía no puede dar el salto al encuentro real.

Con esto, comprendemos que la terapia humanista integrativa ha sido un buen medio para trabajar con una paciente que vivió el abandono de su terapeuta de otra corriente. Pudiendo ofrecer una mirada distinta y un acercamiento a la emoción como parte sabia de nuestro organismo. Ayudándola a experimentar más en su vida y a permitirse vivir sin estar únicamente en la tarea. Confiamos en haber contribuido a que siga avanzando en su crecimiento, en la valoración que hace de sí misma y de la sensación de vivir en un espacio suficientemente seguro para ella. De este proceso hemos podido vivir el dolor de no seguir acompañándola, las revisiones y el entendimiento del por qué del transcurso de este proceso y también hemos aprendido un poco más a confiar y soltar.

Referencias

- American Psychological Association (2023). Retraction of Kivlighan et al. (2016). *Journal of Counseling Psychology*, 70(5), 463. <https://doi.org/10.1037/cou0000697>
- Andrade-González, N., y Fernández-Liria, A. (2015). Spanish adaptation of the Working Alliance Inventory (WAI): Psychometric properties of the patient and therapist forms (WAI-P and WAI-T). *Anales de Psicología*, 31(2), 524–533. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.177961>
- Andrade-González, N., y Fernández-Liria, A. (2016). Psychometric properties of the Working Alliance Inventory-Short (WAI-S) in a sample of Spanish patients in psychotherapy. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 76–84. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.04.001>
- Blatt, S.J. 1995. The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist* 50(12):1003–1020. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.50.12.1003>
- Bordin, E. S. (1979). The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 16(3), 252-260.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 13-37). New York, NY: John Wiley & Sons. <https://awspntest.apa.org/record/1994-97518-001>

- Bynum, W., y Artino, A. (2018). Who am I, and who do I strive to be? Applying a theory of self-conscious emotions to medical education. *Academic Medicine*, 93(6), 874–880. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000001970>
- Caro, C. (2024). Formulación de caso en proceso y responsividad: El trabajo focalizado en la emoción en un marco transdiagnóstico relacional. En Á. T. Quiñones Bergeret y C. Caro García (Coords.), *Formulación de caso: Hacia una psicoterapia de precisión* (pp. 152–171). UNED. ISBN-10 8436279735
- Caro, C. (2018). *La Formulación de Caso en Terapia Focalizada en la Emoción como Proceso de Evaluación Transdiagnóstica*. I Escuela de Primavera de la SEAEP, Málaga, España.
- Corbella, S., y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: Historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205–221. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27671>
- de la Torre, M. (2025, 10 de mayo). *Incidentes críticos en la terapia infantil* [Formación intensiva teórico-práctica en técnicas gestálticas y relacionales aplicadas a la infancia]. Umayquipa.
- Doyle, I., y Catling, J. C. (2022). The influence of perfectionism, self-esteem and resilience on young people’s mental health. *The Journal of Psychology*, 156(3), 224–240. <https://doi.org/10.1080/00223980.2022.2027854>
- Eames, V., y Roth, A. (2000). Patient Attachment Orientation and the Early Working Alliance: A Study of Patient and Therapist Reports of Alliance Quality and Ruptures. *Psychotherapy Research*, 10, 421-434. <https://doi.org/10.1093/ptr/10.4.421>

- Eley, D. S., Bansal, V., y Leung, J. (2020). Perfectionism as a mediator of psychological distress: Implications for addressing underlying vulnerabilities to the mental health of medical students. *Medical Teacher*, 42(11), 1301–1307. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1805101>
- Enns, M. W., y Cox, B. J. (2002). The nature and assessment of perfectionism: A critical analysis. En Flett, G. L., y Hewitt, P. L. (Eds.), *Perfectionism* (pp. 33–62). American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/10458-002>
- Evans, C., y Barkham, M. (2012). *CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure* [Instrumento de evaluación]. Recuperado de <https://www.ub.edu/terdep/core/>
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J. y Audin, J. (2002). Towards a standardized brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry*, 180, 51-60 <https://doi.org/10.1192/bjp.180.1.51>
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., García-Grau, E. y López-González, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia* 23(89), 109-135. <https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.641>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., y Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Friedman, L. (1969). The therapeutic alliance. *International Journal of Psycho-Analysis*, 50(2), 139-153. <https://psycnet.apa.org/record/1971-02491-001>

- Hatcher, R. L., y Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory (WAI-SR). *Psychotherapy Research*, 16(1), 12–25. <https://doi.org/10.1080/10503300500352500>
- Horvath, A. O., (1992). *Working Alliance Inventory* <https://wai.profhorvath.com/downloads>
- Horvath, A. O., y Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223–233. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Hu, K. S., Chibnall, J. T., y Slavin, S. J. (2019). Maladaptive perfectionism, impostorism, and cognitive distortions: Threats to the mental health of pre-clinical medical students. *Academic Psychiatry*, 43(4), 381–385. <https://doi.org/10.1007/s40596-019-01031-z>
- Iovoli, F., Flückiger, C., Gómez Penedo, J. M., Engelhardt, J. H., Kaschlaw, H. H., Lauterbach, R., Wester, R. A., y Rubel, J. A. (2024). The relationship between interpersonal problems and therapeutic alliance in psychotherapy: A three-level mixed-effects meta-analysis. *Psychotherapy*, 61(3), 198–211. <https://doi.org/10.1037/pst0000534>
- Jódar, R., y Caro, C. (2023). *Manual práctico de terapia focalizada en la emoción* (Pról. de L. Greenberg). Desclée De Brouwer. ISBN-10 8433032305
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. En J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp.92-116). Brunner/Mazel.

- Melero, R. y Cantero, M.J. (2008). *Cuestionario de Apego Adulto (CAA)*. Recuperado de <https://www.educa.jcyl.es/crol/es/recursos-educativos/cuestionario-apego-adulto.ficheros/1532935-CAA%202008%20version%20final.pdf>
- Norcross, J.C., y Wampold, B.E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98–102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>
- Rogers, C. (1992). El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica. *Capítulo 10 ¿personas o ciencia? Una disyuntiva filosófica*. ISBN-10 8449326311
- Rogers, C. (1992). El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica. *Capítulo 3 características de una relación de ayuda p 22*. ISBN-10 8449326311
- Salazar, J., Martí, V., y Spence, E. (s.f.). *Inventario de Problemas Interpersonales: Versión Española*. Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad (FUNDIPP). <https://www.fundipp.org>
- Salazar, J., Martí, V., Soriano, S., Beltran, M., y Adam, A. (2010). Validity of the Spanish version of the Inventory of Interpersonal Problems and its use for screening personality disorders in clinical practice. *Journal of Personality Disorders*, 24(4), 499–515. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.4.499>
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A. y Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290–296. ISSN 0214 - 9915
- Trujillo Terán, L. A. (2012). *Análisis psicométrico preliminar de la versión en español del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure*. Universidad de Barcelona. <https://babel.banrepcultural.org/digital/collection/p17054coll23/id/158>

Vaz, A. M., Ferreira, L. I., Gelso, C., y Janeiro, L. (2024). The sister concepts of working alliance and real relationship: A meta-analysis. *Counselling Psychology Quarterly*, 37(2), 247–268. <https://doi.org/10.1080/09515070.2023.220510>

Yu, J.H., Chae, S.J., y Chang, K.H. (2016). The relationship among self-efficacy, perfectionism and academic burnout in medical school students. *Korean Journal of Medical Education*, 28(1), 49–55. <https://doi.org/10.3946/kjme.2016.9>

Anexos

Anexo 1



Madrid, 8 de enero de 2025

Dictamen 48/24-25

Para: Excmo. Vicerrector de Investigación y Profesorado

Asunto: Juicio del Comité de Ética acerca del proyecto titulado: "ESTUDIO DE CASO: PROCESO DE DUELO DEL TERAPEUTA. CONFIAR EN NUEVAS MIRADAS", presentado por D^a. Ana Calzado Sánchez en el marco del Máster en Psicología General Sanitaria.

El Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Pontificia Comillas, conforme al procedimiento establecido, habiendo sido valorado el caso por sus miembros, emite el siguiente DICTAMEN:

El proyecto salvaguarda la dignidad de la persona participante en la investigación, la cual es una paciente adulta que precisa atención psicológica y con experiencia en terapia. El proyecto está bien justificado y sus objetivos resultan delimitados. Con motivo de la investigación la participante podrá incrementar su implicación en su terapia y obtener mayor autoconocimiento. No existen riesgos para la participante. En la investigación no participa ningún menor de edad. Por tanto, el proyecto de investigación es conforme con los principios de la Declaración de Helsinki, en cuanto resultan mayores sus beneficios que sus riesgos.

La participante en el proyecto goza de autonomía para determinar si interviene o no en el mismo, siendo también informada de que en cualquier momento puede retirar su consentimiento para participar sin necesidad de dar ninguna explicación y sin temer ninguna represalia. La investigadora se compromete a guardar confidencialidad y anonimidad en la recogida de datos del estudio, de forma que la identificación de la participante no resulte posible. La investigación es, pues, conforme con la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y demás legislación concordante.

El proyecto merece un juicio de conformidad ética para una investigación de sus características, y cuenta con la aprobación de este Comité.

Atentamente,

Dr. Miguel Grande Yáñez
Presidente

Dr. Raúl González Fabre
Secretario

Anexo 2

WORKING ALLIANCE INVENTORY-PATIENT

(Andrade-González y Fernández-Liria, 2015)

Responda a cada pregunta con puntuaciones del 1 al 7. Siendo **1 completamente en desacuerdo** y **7 completamente de acuerdo**.

1. Me siento incómodo con mi terapeuta 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

2. Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo sobre lo que tengo que hacer en la terapia para mejorar mi situación. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

3. Tengo dudas sobre el resultado de estas sesiones. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

4. Lo que estoy haciendo en la terapia me proporciona nuevos puntos de vista sobre mi problema. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

5. Mi terapeuta y yo nos entendemos mutuamente. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

6. Mi terapeuta tiene claro cuáles son mis objetivos. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

7. No tengo claro qué es lo que estoy haciendo en la terapia. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

8. Creo que a mi terapeuta le caigo bien. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

9. Tengo que aclarar con mi terapeuta el objetivo de nuestras sesiones. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

10. No estoy de acuerdo con mi terapeuta acerca de lo que tengo que conseguir en la terapia. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

11. Creo que mi terapeuta y yo no aprovechamos de una manera efectiva el tiempo que pasamos juntos. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

12. Mi terapeuta no entiende lo que estoy intentando conseguir en la terapia. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

13. Tengo claro cuáles son mis responsabilidades en la terapia. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

14. Los objetivos de estas sesiones son importantes para mí. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

15. Creo que lo que mi terapeuta y yo estamos haciendo en la terapia no tiene que ver con mis preocupaciones. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

16. Creo que lo que hago en la terapia me va a ayudar a conseguir los cambios que quiero. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

17. Creo que a mi terapeuta realmente le importa mi bienestar. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

18. Tengo claro lo que mi terapeuta quiere que haga en estas sesiones. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

19. Mi terapeuta y yo nos respetamos mutuamente. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

20. Creo que mi terapeuta no es totalmente sincero acerca de lo que siente hacia mí. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

21. Confío en la capacidad de mi terapeuta para ayudarme. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

22. Mi terapeuta y yo estamos trabajando para conseguir los objetivos que hemos acordado. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

23. Creo que mi terapeuta me aprecia. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

24. Estamos de acuerdo sobre lo que es importante que yo trabaje. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

25. Gracias a estas sesiones tengo más claro cómo puedo cambiar. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

26. Mi terapeuta y yo confiamos el uno en el otro. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

27. Mi terapeuta y yo tenemos distintas ideas sobre cuáles son mis verdaderos problemas. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

28. La relación que tengo con mi terapeuta es muy importante para mí. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

29. Siento que si digo o hago algo equivocado, mi terapeuta dejará de trabajar conmigo. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

30. Mi terapeuta y yo hemos colaborado para establecer los
objetivos de mi terapia. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

31. Me frustran las cosas que hago en la terapia. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

32. Mi terapeuta y yo entendemos qué tipo de cambios me
vendrían bien. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

33. Las cosas que mi terapeuta me pide que haga en la
terapia no tienen sentido. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

34. No sé qué esperar de mi terapia. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

35. Creo que estamos trabajando en mi problema de forma
adecuada. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

36. Creo que a mi terapeuta le importo incluso cuando hago
cosas que no le parecen bien. 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7

Escala Likert 1-7

CUESTIONARIO DE APEGO ADULTO

(Melero y Cantero, 2005)

A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones, rodea el número que corresponda al grado en que cada una de ellas describe tus sentimientos o tu forma de comportarte en tus relaciones

1	2	3	4	5	6
Completamente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo

- | | | |
|-------|--|------------------|
| 1. | Tengo facilidad para expresar mis sentimientos y emociones | 1__2__3__4__5__6 |
| <hr/> | | |
| 2. | No admito discusiones si creo que tengo razón | 1__2__3__4__5__6 |
| <hr/> | | |
| 3. | Con frecuencia, a pesar de estar con gente importante para mí me siento sola y falta de cariño | 1__2__3__4__5__6 |
| <hr/> | | |
| 4. | Soy partidaria del “ojo por ojo y diente por diente” | 1__2__3__4__5__6 |
| <hr/> | | |
| 5. | Necesito compartir mis sentimientos | 1__2__3__4__5__6 |
| <hr/> | | |
| 6. | Nunca llego a comprometerme seriamente en mis relaciones | 1__2__3__4__5__6 |
| <hr/> | | |
| 7. | Si alguien de mi familia o un amigo/a me lleva la contraria me enfado con facilidad | 1__2__3__4__5__6 |
| <hr/> | | |
| 8. | No suelo estar a la altura de los demás | 1__2__3__4__5__6 |

9.	Creo que los demás no me agradecen lo suficiente todo lo que hago por ellos	1__2__3__4__5__6
10.	Me gusta tener pareja, pero temo ser rechazada por ella	1__2__3__4__5__6
11.	Tengo problemas para hacer preguntas personales	1__2__3__4__5__6
12.	Cuando tengo un problema con otra persona, no puedo dejar de pensar en ello	1__2__3__4__5__6
13.	Soy muy posesiva en todas mis relaciones	1__2__3__4__5__6
14.	Tengo sentimientos de inferioridad	1__2__3__4__5__6
15.	Valoro mi independencia por encima de todo	1__2__3__4__5__6
16.	Me siento cómoda en las fiestas o reuniones sociales	1__2__3__4__5__6
17.	Me gusta que los demás me vean como una persona indispensable	1__2__3__4__5__6
18.	Soy muy sensible a las críticas de los demás	1__2__3__4__5__6
19.	Cuando alguien se muestra dependiente de mí, necesito distanciarme	1__2__3__4__5__6
20.	Cuando existe una diferencia de opiniones, insisto mucho para que se acepte mi punto de vista	1__2__3__4__5__6
21.	Tengo confianza en mí misma	1__2__3__4__5__6
22.	No mantendría relaciones de pareja estables para no perder mi autonomía	1__2__3__4__5__6
23.	Me resulta difícil tomar una decisión a menos que sepa lo que piensan los demás	1__2__3__4__5__6

24. Soy rencorosa 1__2__3__4__5__6
-
25. Prefiero relaciones estables a parejas esporádicas 1__2__3__4__5__6
-
26. Me preocupa mucho lo que la gente piensa de mi 1__2__3__4__5__6
-
27. Cuando tengo un problema con otra persona, intento hablar con ella para resolverlo 1__2__3__4__5__6
-
28. Me gusta tener pareja, pero al mismo tiempo me agobia 1__2__3__4__5__6
-
29. Cuando me enfado con otra persona, intento conseguir que sea ella la que venga a disculparse 1__2__3__4__5__6
-
30. Me gustaría cambiar muchas cosas de mí misma 1__2__3__4__5__6
-
31. Si tuviera pareja y me comentara que alguien del sexo contrario le parece atractivo, me molestaría mucho 1__2__3__4__5__6
-
32. Cuando tengo un problema, se lo cuento a una persona con la que tengo confianza 1__2__3__4__5__6
-
33. Cuando abrazo o beso a alguien que me importa, estoy tensa y parte de mí se siente incómoda 1__2__3__4__5__6
-
34. Siento que necesito más cuidados que la mayoría de las personas 1__2__3__4__5__6
-
35. Soy una persona que prefiere la soledad a las relaciones sociales 1__2__3__4__5__6
-
36. Las amenazas son una forma eficaz de solucionar ciertos problemas 1__2__3__4__5__6
-
37. Me cuesta romper una relación por temor a no saber afrontarlo 1__2__3__4__5__6

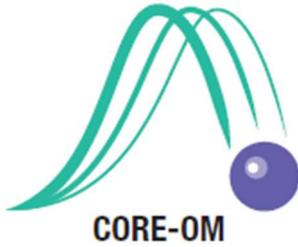
38. Los demás opinan que soy una persona abierta y fácil de
conocer 1__2__3__4__5__6

39. Necesito comprobar que realmente soy importante para
la gente 1__2__3__4__5__6

40. Noto que la gente suele confiar en mí y que valoran mis
opiniones 1__2__3__4__5__6

CLINICAL OUTCOMES IN ROUTINE EVALUATION-OUTCOME MEASURE

(Evans et al., 2012)



Código del centro:

Código del cliente:

Nombre o código del psicoterapeuta:

Fecha:

A A A A M M D D

Edad:

Mujer:

Hombre:

Fase actual

S Selección

R Derivación

A Evaluación

F Primera sesión de terapia

P Pre-terapia

D Durante terapia

L Última sesión de terapia

X Seguimiento 1

Y Seguimiento 2

Fase:

Episodio de terapia:

IMPORTANTE. POR FAVOR LEA ESTO ANTES DE EMPEZAR EL TEST.
 A continuación encontrará 34 frases. Lea cada frase y piense con qué frecuencia usted se ha sentido así **durante los últimos siete días.**
 Después marque la casilla que mejor lo refleje.

Durante los últimos siete días...

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	USO PROFESIONAL
1 Me he sentido muy sola y aislada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
2 Me he sentido tensa, ansiosa o nerviosa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
3 He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
4 Me he sentido bien conmigo misma	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
5 Me he sentido totalmente sin energía ni entusiasmo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
6 He sido violenta físicamente hacia los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
7 Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
8 He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
9 He pensado en hacerme daño a mí misma	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
10 Me ha costado mucho hablar con la gente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
11 La tensión y la ansiedad me han impedido hacer cosas importantes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
12 Me he sentido satisfecha con las cosas que he hecho	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
13 Me han inquietado pensamientos y sentimientos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
14 He tenido ganas de llorar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W

Por favor continúe en la página siguiente

Durante los últimos siete días...

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	USO PROFESIONAL
15 He sentido pánico o terror	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
16 He hecho planes para acabar con mi vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
17 Me he sentido agobiada por mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
18 He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
19 He sentido afecto o cariño por alguien	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
20 Me ha sido imposible dejar a un lado mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
21 He sido capaz de hacer la mayoría de las cosas que tenía que hacer	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
22 He amenazado o intimidado a otra persona	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
23 Me he sentido desesperada o sin esperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
24 He pensado que sería mejor que estuviera muerta	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
25 Me he sentido criticada por los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
26 He pensado que no tengo amigos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
27 Me he sentido infeliz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
28 Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
29 Me he sentido irritable cuando estaba con otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
30 He pensado que yo tengo la culpa de mis problemas y dificultades	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
31 Me he sentido optimista sobre mi futuro	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
32 He conseguido las cosas que quería	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
33 Me he sentido humillada o avergonzada por otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
34 Me he hecho daño físicamente o he puesto en peligro mi salud	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO

Puntuación total

Puntuaciones medias

(Puntuación total en cada apartado dividida entre el número de respuestas completadas en ese apartado)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	→ <input type="text"/>	→ <input type="text"/>
↓	↓	↓	↓	↓	↓
(W)	(P)	(F)	(R)	Todos los ítems	Todos menos R

INVENTARIO DE PROBLEMAS INTERPERSONALES

(Salazar, s.f)

Las personas cuentan que tienen problemas cuando se relacionan con los demás. Por favor lea la lista de afirmaciones que viene a continuación y para cada una de ellas considere si ha sido un problema con respecto a cualquier persona importante en su vida. A continuación, señale con un círculo el grado de alteración que ha supuesto para usted.

A continuación se describen cosas que puede encontrar difíciles de hacer con los demás

Es difícil para mí:

		Nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	Decir que “no” a otras personas	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4
2	Juntarme a grupos de gente	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4
3	Guardar en secreto cosas íntimas a otras personas	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4
4	Decirle a alguien que deje de molestarme	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4

5	Presentarme a gente desconocida	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4
6	Plantear cara a cara a los demás los problemas que surgen	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4
7	Ser firme con alguien	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4
8	Hacer saber a los demás que estoy enfadado	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4
9	Relacionarme y alternar con la gente	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4
10	Mostrar afecto a la gente	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4
11	Llevarme bien con la gente	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4

12	Estar firme cuando lo necesito	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4
13	Sentir cariño o afecto por otra persona	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4
14	Apoyar a alguien en sus metas en la vida	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4
15	Sentirme cercano a los demás	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4
16	Preocuparme de verdad de los problemas de los demás	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4
17	Poner las necesidades del otro antes que las mías	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4
18	Sentirme bien por la felicidad de otro	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4

19	Pedirle a otros que se relacionen y hagan cosas conmigo	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4
20	Ser firme sin preocuparme de herir los sentimientos de los demás	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4

Hago demasiado las cosas siguientes:

21	Me abro demasiado a la gente	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4
22	Soy demasiado agresivo hacia los demás	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4
23	Trato de contentar demasiado a los demás	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4
24	Quiero demasiado que se fijen en mí	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4

25	Trato de controlar demasiado a la gente	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4
26	Pongo demasiadas veces las necesidades de los demás antes que las mías	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4
27	Soy demasiado generoso con los demás	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4
28	Manipulo demasiado a los demás hasta conseguir lo que quiero	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4
29	Hablo demasiado de cosas personales con la gente	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4
30	Discuto demasiado con la gente	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4

31	Dejo demasiado que la gente se aproveche de mí	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4
32	Me afectan demasiado las desgracias de la gente	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4

SYMPTOM ASSESSMENT-45 QUESTIONNAIRE

(Sandín et al., 2008)

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre en alguna ocasión. Indique cuánto ha experimentado cada uno de ellos durante los últimos 7 días (incluido el día de hoy) rodeando con un círculo el número que corresponda.

Para ello tenga en cuenta la siguiente valoración:

	0	1	2	3	4
	<i>Nada en absoluto</i>	<i>Un poco presente</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho o extremadamente</i>
1. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
2. Creer que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
3. Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4

4. Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
5. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas	0	1	2	3	4
6. Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
7. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
8. Miedo a salir de casa sola	0	1	2	3	4
9. Sentirse sola	0	1	2	3	4
10. Sentirse triste	0	1	2	3	4
11. No sentir interés por las cosas	0	1	2	3	4

12. Sentirse nerviosa o con mucha ansiedad	0	1	2	3	4
13. Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos	0	1	2	3	4
14. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
15. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
16. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	0	1	2	3	4
17. Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
18. Dolores musculares	0	1	2	3	4

19. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted	0	1	2	3	4
20. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
21. Tener dificultades para tomar decisiones	0	1	2	3	4
22. Sentir miedo a viajar en autobús, metro o tren	0	1	2	3	4
23. Sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
24. Tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque le dan miedo	0	1	2	3	4
25. Que se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4

26. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
27. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
28. Tener dificultades para concentrarse	0	1	2	3	4
29. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
30. Sentirse preocupada, tensa o agitada	0	1	2	3	4
31. Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
32. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0	1	2	3	4

33. Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
34. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
35. Tener ganas de romper algo	0	1	2	3	4
36. Sentirse muy cohibida entre otras personas	0	1	2	3	4
37. Sentir miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado, etc.)	0	1	2	3	4
38. Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
39. Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
40. El que otros no le reconozcan	0	1	2	3	4

	adecuadamente	sus			
	logros				
41.	Sentirse inquieta o	0	1	2	3
	intranquila				4
42.	La sensación de ser	0	1	2	3
	una inútil o no valer				4
	nada				
43.	Gritar o tirar cosas	0	1	2	3
					4
44.	La impresión de que	0	1	2	3
	la gente intentaría				4
	aprovecharse de usted				
	si los dejara				
45.	La idea de que debería	0	1	2	3
	ser castigada por sus				4
	pecados				