



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

CAMINO A LA AUTONOMÍA COGNITIVA, FÍSICA Y EMOCIONAL

Estudio de un caso clínico

Autor: Marta Bengoechea Uriarte

Director Profesional: María José Carrasco Galán

Tutor Metodológico: José Manuel Caperos Montalbán

Madrid
Mayo 2016

Marta
Bengoechea
Uriarte

CAMINO A LA AUTONOMÍA COGNITIVA, FÍSICA Y EMOCIONAL



RESUMEN

En este documento se presenta la intervención terapéutica de un caso único según la clasificación propuesta por Montero y León (2002). La paciente es una mujer de 29 años con pareja estable y que vive con sus padres. Al inicio de la terapia la paciente manifestaba síntomas de ansiedad, dificultad para conciliar el sueño y mantenerlo, bajo estado de ánimo, bajos niveles de asertividad y autoestima y dependencia de los demás a la hora de realizar gestiones sola. En la fase de evaluación se le aplicaron las siguientes pruebas: MCMI-III, STAI, PSWQ, BDI, RAS, Cuestionario de Autoestima de Rosenberg, TAMADUL y DAS. Tras obtener los resultados y debido al tipo de paciente y a las características del caso se decide realizar un tratamiento que combine intervenciones cognitivo-conductuales y sistémicas manteniendo los principios humanistas de aceptación, escucha activa y focalización en la potencialidad de la persona. Se han realizado hasta el momento 40 sesiones, de las cuales 27 han sido semanales y 13 quincenales o cada 3 semanas, en función de la disponibilidad. Los resultados obtenidos muestran una mejora significativa en el estado de ánimo, en la calidad del sueño, así como un aumento en los niveles de autoestima, asertividad y en la capacidad de la paciente para realizar gestiones sola. También se ha observado un descenso significativo de los niveles de ansiedad y un aumento en la percepción subjetiva de bienestar. En el momento de la publicación se está iniciando la fase de seguimiento.

PALABRAS CLAVE. *Ansiedad, bajo estado de ánimo, baja asertividad, dificultad para conciliar el sueño y mantenerlo, baja autoestima, dependencia de los demás y percepción subjetiva de bienestar.*

ABSTRACT

In this document the therapeutic intervention of a single case is presented according to the classification proposed by Montero and León (2002). The patient is a 29 year old woman in a stable relationship and living with her parents. At the beginning of the therapy the patient manifested symptoms of anxiety, suffer from erratic sleeping patterns, low mood, low self-esteem and assertiveness and dependency on others when managing situations on her own. In the evaluation phase the following tests were applied: MCMI-III, STAI, PSWQ, BDI, RAS, Rosenberg Self-Esteem Questionnaire, TAMADUL and DAS. Once the results were obtained, because of the type and the characteristics of the case it is decided to perform a treatment that combines cognitive-behavioral and systemic interventions while maintaining the humanist principles of acceptance, active listening and focusing on the potential of the individual. So far 40 sessions have been done, of which 27 were weekly and 13 fortnightly or every 3 weeks, depending on availability. The results show a significant improvement in mood, sleep quality, as well as increased levels of self-esteem, assertiveness and the patient's ability of to take steps alone. It has also been observed a significant decrease in anxiety levels and an increase in the subjective perception of welfare. At the time of publication the monitoring phase was starting.

KEYWORDS. *Anxiety, low mood, low assertiveness, difficulty sleeping and keeping, low self-esteem, dependency on others and subjective perception of welfare.*

IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE

J.L. es una mujer de 29 años de edad, soltera, en relación estable desde 2010 con un hombre de 30 años (J) cuando acude a terapia por primera vez el 3 de febrero de 2015. Sin hijos, vive en Madrid con sus padres desde que nació. Nivel sociocultural y económico medio. En paro en el momento en el que acude a consulta, desde abril de 2015 trabaja de su profesión, educadora infantil.

Como se ha comentado J.L. vive con su madre (C) y su padre (P). Define a su padre como un padre divertido con el que se podía jugar pero que no actuaba como figura de autoridad ya que no marcaba límites. Cuando todos los miembros de la familia estaban en casa, el padre solía encontrarse en una habitación diferente a la del resto bebiendo y viendo la televisión. Según J.L. su padre ha consumido grandes cantidades de alcohol hasta hace unos 5 años en el que cesó el consumo cuando empezaron a notar que tenía pérdidas de memoria.

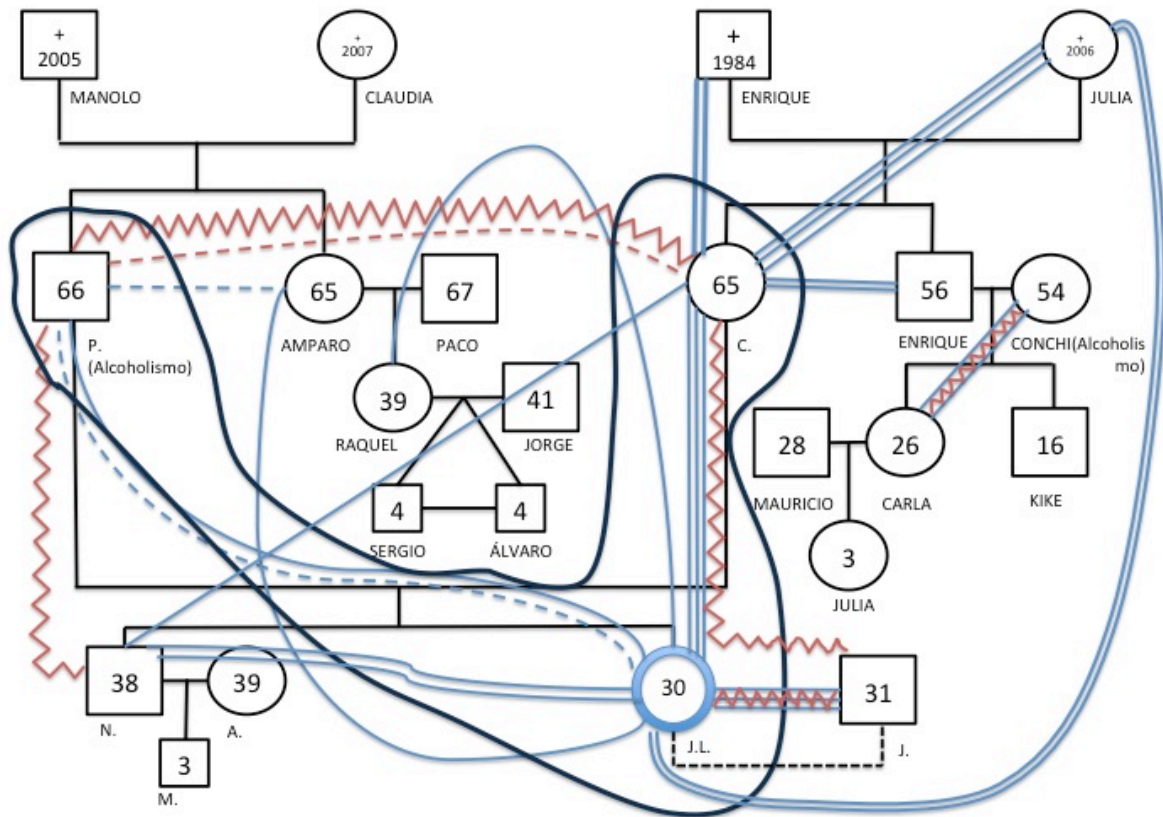
La paciente define la relación con su madre como muy cercana, pasan mucho tiempo juntas y se apoyan la una a la otra. La paciente manifiesta claramente que se siente dependiente de su madre al llegar a terapia. C tenía una relación también muy estrecha con su madre que convivió con ellos hasta su fallecimiento en el año 2006.

Según J.L. sus padres no comparten tiempo juntos, duermen separados y no se manifiestan gestos de cariño. Las discusiones entre ellos son una constante en la convivencia según relata J.L. Parece que la relación de los padres está basada en el cuidado que la madre hace del padre. J.L. ha oído en varias ocasiones decir a su madre que no se separa de su marido porque le da pena dejarle solo.

J.L. tiene un hermano (N), 8 años mayor que ella que desde el 27 de octubre de 2015 reside en Buenos Aires con su esposa (A) y su hijo de 4 años (M). La paciente manifiesta que tiene muy buena relación con su hermano “me apoya y me defiende en todo. Ahora, cuando me tiene que decir lo que no hago bien también me lo dice”. Según J.L. su madre y hermano suelen tener discusiones de poca importancia que se solucionan rápidamente.

Su pareja (J) tiene mala relación con la madre de la paciente (C). Éste le suele reprochar a J.L. que ésta no le defiende cuando hay alguna situación tensa entre su madre y él. J dice en varias ocasiones a J.L. que tiene que escoger entre uno de los dos.

Dibujo genograma J.L.



En el genograma podemos observar la existencia de un patrón de relación fusional entre madre e hija dentro de la rama de la familia materna de J.L. Esta relación de dependencia es uno de los aspectos a los que se les prestará especial atención a lo largo de las sesiones, debido al deseo expreso de la paciente de ser más independiente de su madre y al hecho de que la terapeuta lo considera un aspecto terapéutico importante. Esta relación fusional entre madre e hija hace que el sistema familiar esté desequilibrado. Se plantea de cara a la terapia que cuánto más independiente sea J.L. de su madre, el sistema familiar más equilibrado estará, quedando el subsistema parental bien diferenciado del subsistema filial. Esto es relevante ya que en el momento en el que J.L. acude a la terapia ella y su madre conforman un subsistema que se sitúa por encima del padre dentro de la jerarquía familiar. También es fundamental de cara a la terapia que J.L. se haga consciente del tipo de relación que tiene con su pareja y cómo está repitiendo en ella la relación que ha observado en sus padres de discusiones constantes y de no querer terminar la relación con J por “darle pena”.

ANÁLISIS DEL MOTIVO DE LA CONSULTA

La paciente J.L. acude a consulta refiriendo problemas para dormir, le cuesta conciliar el sueño. Presenta despertares durante la noche con gran dificultad para volver a dormirse, pudiendo incluso quedarse despierta el resto de la noche. Manifiesta dormir de media unas 4/5 horas diarias. Un mes antes de acudir a consulta estuvo viviendo sola

en el domicilio familiar y dice no haber podido dormir en toda la noche. Refiere sentir palpitaciones a lo largo del día y sentirse inquieta.

Refiere también sentirse nerviosa cada vez que tiene que afrontar una situación sola por cotidiana que pueda ser (pedir cita a un médico, preguntar algo a un camarero, ir sola a hacer alguna gestión al banco). Dice que siempre tiene que ir acompañada de alguien y que casi siempre este lugar lo ocupa su madre. Le preocupa mucho la salud de su madre y le angustia pensar qué será de ella cuando ésta fallezca. Cuando siente ansiedad duerme con ella y eso le calma.

Manifiesta también tener mucha dificultad para decir que “no” ya sea a un conocido o desconocido “me da pena cuando alguien me pide algo y le digo que no”, pero admite que sobre todo esto le causa problemas con su pareja J. En el momento en el que acude a consulta dice sentirse muy angustiada cuando su pareja le hace escoger entre su madre o él.

J.L. refiere también problemas de autoestima con comentarios como éste “autoestima no tengo, tengo un sentimiento de que no valgo aunque sé que sí” “siento que hago el ridículo constantemente”. Dice que de pequeña no era así, en la infancia se recuerda como una persona extrovertida y segura de sí misma. No recuerda bien en qué momento comenzó a sentirse insegura y a descender su autoestima, aunque lo sitúa en el inicio de la adolescencia.

Se muestra cercana, sonriente y colaboradora tanto a la hora de recoger información como de aplicar las técnicas que se le irán proponiendo. Su lenguaje no verbal refleja cercanía y disponibilidad (buen contacto visual, sonrisa, cuerpo ligeramente inclinado hacia la psicóloga).

HISTORIA DEL PROBLEMA

La paciente manifiesta que los problemas de autoestima y de asertividad son una constante a lo largo de su vida. Sin embargo, su estado de ánimo se ha empezado a ver afectado desde hace 6 meses aproximadamente. Tras pasar las vacaciones con su pareja y hablar de buscar un piso para convivir juntos, la sintomatología ansiosa se incrementa. Su pareja quiere vivir en una localidad próxima a Madrid cerca de su familia de origen y la paciente quiere vivir en Madrid cerca de su propia familia de origen. La posibilidad de verse alejada de su familia y de adquirir un nivel de compromiso mayor con su pareja hace que aumente la sintomatología ansiosa y hace que se decida a acudir a terapia para aliviar el malestar que siente.

Los padres de la paciente tienen una relación sentimental no satisfactoria según relata J.L. Según ella su madre ha cuidado toda la vida de su padre por considerar que era su deber y por verle indefenso.

A lo largo de la vida de la paciente su madre ha ejercido un papel sobreprotector ya que ha cedido a cada una de las peticiones de ayuda de la paciente a la hora de afrontar situaciones que le generaban ansiedad. Esta falta de exposición a situaciones

cotidianas ha provocado en J.L. unos niveles de ansiedad anticipatoria significativos que han influido en su autoconcepto de forma negativa.

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA

A nivel cognitivo la paciente presenta pensamientos automáticos negativos en los que adelanta, sin pruebas para ello, que no será capaz de realizar las conductas que se proponga como ir sola al médico o consultar cualquier gestión por teléfono.

Estos pensamientos automáticos negativos le llevan a sentir niveles elevados de ansiedad que se manifiestan a nivel fisiológico como incremento en la frecuencia del ritmo cardíaco, sudoración en las manos y tensión muscular. Este nivel de ansiedad le genera también insomnio.

Al sentir estos síntomas la paciente decide evitar las situaciones que le generan ansiedad ya sea no realizándolas o haciéndolas pero con la compañía de otra persona que le ofrezca seguridad.

Este círculo vicioso de pensamientos, sensaciones físicas y respuestas motoras, o la falta de ellas, influye negativamente en su estado de ánimo y en el concepto que tiene de sí misma. Dicha retroalimentación provoca que cada vez que se intenta exponer la ansiedad sea mayor y dude más de su capacidad.

ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN

En función de lo hablado con la paciente y en colaboración con ella, se pactan los siguientes objetivos de tratamiento:

- Aumentar en seguridad personal y autonomía para poder tomar decisiones por sí misma.
- Disminuir niveles de ansiedad y de malestar general.
- Ampliar horas y calidad del tiempo de sueño.
- Mejorar estado de ánimo.
- Aumentar capacidad asertiva para no verse forzada a realizar acciones que no desee.

Con estos objetivos en mente, a través de la intervención a lo largo de las sesiones se van estableciendo en colaboración con la paciente y de forma más específica las siguientes metas terapéuticas:

- Ir o hacer sola recados cotidianos (médico, banco).
- Llamar para solucionar alguna gestión y/o preguntar alguna duda por teléfono.
- Aumentar la frecuencia y el tipo de situaciones y de personas a las que dice que no (madre, pareja, desconocido).
- Aumentar frecuencia de salidas de ocio sin la pareja.

- Detectar y reestructuras pensamientos automáticos negativos que provocan que aumente su ansiedad.
- Entender el mecanismo de funcionamiento de la ansiedad.
- Adquirir herramientas que favorezcan estados de relajación.
- Detectar qué quiere ella (proyecto de vida, gustos sexuales, lugar de residencia, ocio,) y aumentar la frecuencia con la que lo dice/pide.

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO

Para realizar las sesiones de terapia con esta paciente se escogió combinar una serie de técnicas procedentes de distintos enfoques, haciendo especial hincapié en la terapia cognitivo-conductual.

En concreto para trabajar la ansiedad que la paciente manifiesta a lo largo del proceso terapéutico el tratamiento de elección fue el cognitivo-conductual. Tal como expone Capafons (2001) en la revisión que hace de las formas de intervención para el trastorno de ansiedad generalizada más investigadas, las terapias cognitivo-comportamentales son las que cuentan con los mejores resultados ya que muestran efectos positivos especialmente reduciendo abandonos y manteniendo los efectos a medio plazo.

Además, según publicaciones recientes la terapia cognitivo-conductual cuenta con evidencia empírica en cuanto a su efectividad a la hora de abordar tanto trastornos de ansiedad como el trastorno depresivo (Pérez, Fernández-Hermida, Fernández y Amigo como se citó en Echeburúa, Salaberría, Corral y Polo- López, 2010). Dado que en la paciente aparecen síntomas de ambos trastornos se consideró el uso de la terapia cognitivo-conductual como la más adecuada.

A continuación se exponen los objetivos terapéuticos y las técnicas aplicadas para alcanzar cada uno de los objetivos propuestos.

Tabla 1.

Objetivos de tratamiento y técnicas utilizadas durante el proceso terapéutico.

Objetivos	Técnicas
Mejorar estado de ánimo	Programar actividades agradables acompañada y sola Realizar actividad física Ampliar red social Explicación modelo A-B-C Identificación de distorsiones cognitivas y creencias irracionales y cuestionamiento de las mismas mediante diálogo socrático

Comprensión del mecanismo de ansiedad Reducir ansiedad	Psicoeducación de la ansiedad Respiración diafragmática Relajación Muscular Progresiva
Mejorar calidad de sueño	Higiene de sueño
Aprender modelo de comunicación asertivo	Entrenamiento en asertividad: - Modelado - Role playing
Mejorar autoestima	Explicación modelo A-B-C Identificación de distorsiones cognitivas y creencias irracionales y cuestionamiento de las mismas mediante diálogo socrático Autoinstrucciones positivas Exposición
Mantenimiento de logros y prevención de recaídas	Explicación caída- recaída Manejo de situaciones de riesgo

Esta elección fue debida a que además de resultar muy efectivas, estas técnicas se adaptaban muy bien a esta paciente puesto que ella misma manifestó su deseo de hacer ejercicios prácticos. Además, ya que al inicio no estaba muy claro de cuánto tiempo se dispondría para realizar la terapia se consideró útil intervenir con este tipo de ejercicios más directivos.

Por otra parte, debido al peso que presentaba en este caso las relaciones familiares y de pareja se consideró esencial intervenir desde un enfoque sistémico. De esta forma se intentó fomentar la comprensión de la paciente de las dinámicas relacionales de su familia de origen, para ampliar la conciencia de sus propios comportamientos y tratar así de evitar repetir dichos patrones (mujer que renuncia a sus deseos por satisfacer los de los demás, pareja en un rol maternal).

Además, a lo largo de todo el proceso se intentaron mantener los principios básicos de las terapias humanistas, cuidando especialmente la alianza terapéutica a través de la aceptación, de la escucha activa y de la focalización de la atención en las potencialidades de la persona y no en sus déficits.

SELECCIÓN Y APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN Y RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTA FASE

En función de las problemáticas con las que acude la paciente a consulta se seleccionan las siguientes pruebas de evaluación a fin de contar con la máxima información posible y realizar, así, una intervención adecuada. Las siguientes pruebas las hizo la paciente en su casa entre la segunda y tercera sesión.

Se utilizó la versión española del Inventario Clínico Multiaxial de Millon - III (MCMI – III) de Theodore Millon realizada por Cardenal y Sánchez (2007) para comprobar la posible presencia del patrón clínico de la personalidad dependiente según lo que relataba la paciente en la primera sesión y para descartar síndromes clínicos graves como el de depresión mayor. Según la información aportada por el MCMI – III la paciente presentaba en el momento de la evaluación puntuaciones significativas en el prototipo evitativo (77) y dependiente (85) de la personalidad. También obtuvo una puntuación significativa de 84 en el síndrome clínico de ansiedad. Estos datos indican la presencia de rasgos (entre 75 y 85) y no de trastorno (a partir de 85), lo cual supone que hay mayor posibilidad de modificar estas tendencias por parte de la paciente.

Se administró la escala de ansiedad (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1982). Debido a los síntomas de ansiedad que relataba la paciente al llegar a consulta se consideró adecuado la administración de dicha prueba para conocer su nivel actual de ansiedad en el momento de la evaluación y la predisposición a responder ante el estrés. En esta prueba J.L. se situó en el percentil 85 de ansiedad-estado y en el percentil 75 de ansiedad-rasgo. Estos resultados indican una tendencia ansiosa de base en la paciente que se ha visto incrementada por la situación ansiógena que experimentaba en el momento de la evaluación.

Para comprobar el papel que tienen las preocupaciones en el malestar referido por la paciente se le administra el Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ) creado por Meyer, Miller, Metzger y Borkovec (1990) y adaptado a población española por Comeche, Díaz y Vallejo (1995). Los resultados indican una tendencia muy marcada de preocupación en la paciente. La puntuación obtenida de 75 pueden indicar un posible diagnóstico de depresión o de trastorno de ansiedad generalizada que habrá que comprobar.

También se administró la versión revisada del Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA) realizado por Beck, John Rush, Shaw y Emery (1979) para comprobar el estado anímico de la paciente y ayudar al diagnóstico y al tratamiento. La puntuación de 14 obtenida en el Inventario de depresión de Beck (BDI) indica niveles de depresión moderados en la paciente.

Al comentar la paciente que le cuesta mucho decir que “no” se le administra el Test de Asertividad de Rathus (RAS) de 1973, adaptada a población española por Carrasco, Clemente y Llavona (1984), para tener una medida que permita ver el cambio en esta dimensión antes y después del tratamiento. La puntuación de -60 obtenida en la paciente muestra una tendencia muy clara a la no asertividad.

Ya que la paciente refiere desde el inicio de la terapia que no tiene buena autoestima, se decide administrarle el Cuestionario de Autoestima de Rosenberg (RSE) de 1965 adaptada por Echeburúa (1995) para ver de qué línea base se parte antes del tratamiento. En esta prueba J.L. obtiene una puntuación de 24, lo que se clasifica como autoestima baja. Esto indica la existencia de problemas significativos de autoestima entendida como sentimientos de valía personal y de respeto hacia si misma que habrá que abordar durante la intervención.

Con el objetivo de orientar el proceso terapéutico se le administra el Cuestionario Clínico de Personalidad para Adolescentes y Adultos (TAMADUL) de

Hernández- Guanir y Hernández-Delgado (2013). Este cuestionario aporta una visión completa de las distintas áreas de la vida de la persona incluyendo el estilo educativo familiar vivido y las posibles influencias actuales. Por lo comentado por J.L. en relación a su ámbito familiar se considera que puede aportar información útil de cara a la intervención. Además al ser un cuestionario que aporta información sobre los puntos fuertes de la persona se considera positiva su administración de cara a devolver dicha información a la paciente.

En esta prueba se obtuvieron los siguientes resultados significativos:

- El balance del bienestar se encontraba en niveles medio-bajos (Pc 22), situándose el malestar vivenciado en niveles altos (Pc 90)
- Dentro de la escala de inadaptación personal destacan las puntuaciones obtenidas en las subescalas de autocrítico (Pc 79), retraimiento e inseguridad (Pc 97), preocupación reiterativa (Pc 98) y somatización por tensión (Pc 96).
- Dentro de la escala de inadaptación social obtiene puntuaciones significativas en las subescalas que componen la restricción en la relación social: timidez (Pc 99), ansiedad comunicativa (Pc 98), hipoasertividad (Pc 62) y dependencia social (Pc 65).
- En la escala de inadaptación laboral presenta una puntuación significativa en la subescala de desajuste y desmotivación laboral (Pc 96).
- Dentro de los estilos educativos parentales se observan puntuaciones significativas en la subescala de falta de atención y despreocupación por parte de su padre (Pc 95) y estilo educativo permisivo liberal (Pc 99). Por parte de madre, las puntuaciones obtenidas indican infantilización (Pc 61) y estilo educativo proteccionista inhibidor (Pc 98) y proteccionista aprensivo (Pc 99).

Para evaluar el papel que pueden tener las distorsiones cognitivas en el estado de ánimo de la paciente se le administra la adaptación española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck realizada por Sanz y Vázquez (1994). Según los datos obtenidos en esta prueba habrá que incidir en las siguientes creencias irracionales:

- Necesidad de aprobación: 9
- Intolerancia a la frustración: 7
- Pasividad: 9
- Dependencia: 8
- Preocupación y ansiedad: 9

APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en 1 sesión semanal de 40 minutos ya que es el período del que se dispone en el centro en el que se realiza esta terapia. A partir del mes de septiembre de 2015 las sesiones se espacian y se establecen 2 sesiones mensuales de 40 min cada 15 días a petición de la paciente por motivos económicos. Se mantiene esa periodicidad hasta marzo de 2016, momento en el cual se inicia el proceso de seguimiento con una sesión mensual.

Como se ha comentado anteriormente se aplicaron distintas técnicas cognitivo-conductuales y sistémicas combinadas a lo largo del tratamiento. A continuación se expone un diario de sesiones en el que se explicita qué se trabajó en cada una de ellas.

Tabla 2.

Diario de sesiones

Fecha de sesión	Objetivos terapéuticos	Técnicas empleadas
Sesión 1 03/02/2015	<ul style="list-style-type: none">- Establecer bases de la relación terapéutica.- Explicación de las condiciones de terapia (tiempo, política de cancelaciones, nº de sesiones que cubre la aseguradora).- Iniciar proceso de evaluación.	<ul style="list-style-type: none">- Escucha activa.- Proporcionar información sobre el método de trabajo.- Recogida de información mediante entrevista semiestructurada y preguntas abiertas.
Sesión 2 10/02/2015	<ul style="list-style-type: none">- Continuar con el proceso de evaluación.- Afianzar el vínculo con la paciente.	<ul style="list-style-type: none">- Escucha activa.- Recogida de información mediante entrevista semiestructurada y preguntas abiertas.- Entrega de pruebas de evaluación: MCMII-III TAMADUL DAS Cuestionario de autoestima de Rosenberg BDI RAS STAI Inventario de preocupación de Pensilvania.- Tarea para casa: realizar los test/cuestionarios.
Sesión 3 17/02/2015	<ul style="list-style-type: none">- Continuar con el proceso de evaluación.- Afianzar el vínculo con la	<ul style="list-style-type: none">- Escucha activa.- Recogida de información mediante entrevista semiestructurada y

paciente.

preguntas abiertas.

-Tarea para casa: registro de sueño.

Sesión 4 24/02/2015	<ul style="list-style-type: none">- Aumentar comprensión del problema.- Afianzar el vínculo con la paciente.- Mejorar calidad y tiempo de sueño.	<ul style="list-style-type: none">- Entrevista de devolución de la información.- Escucha activa.- Explicación pautas de higiene de sueño.- Tarea para casa: aplicar pautas de higiene de sueño y continuar con el registro.
Sesión 5 3/03/2015	<ul style="list-style-type: none">- Afianzar el vínculo con la paciente.- Mejorar calidad y tiempo de sueño.- Mejorar estado de ánimo.- Aumentar autonomía personal.	<ul style="list-style-type: none">- Escucha activa.- Revisar pautas higiene de sueño y registro.- Explicación de las consecuencias psicológicas de evitar las situaciones ansiógenas (incubación de la ansiedad).- Tarea para casa: registro de situaciones/actividades a realizar sola y compromiso de realizar al menos 2 durante la semana.
Sesión 6 10/03/2015	<ul style="list-style-type: none">- Afianzar el vínculo con la paciente.- Mejorar calidad y tiempo de sueño.-Mejorar estado de ánimo.-Aumentar autonomía personal.	<ul style="list-style-type: none">- Escucha activa.- Revisar pautas higiene de sueño.- Revisar las situaciones a las que se ha enfrentado sola y el registro que ha realizado. Reforzamiento positivo por las situaciones a las que se enfrentó.-Tarea para casa: compromiso propuesto por ella de realizar otras 5 actividades sola esta semana.
Sesión 7 17/03/2015	<ul style="list-style-type: none">- Afianzar el vínculo con la paciente.- Mejorar estado de ánimo.- Aumentar autonomía personal.	<ul style="list-style-type: none">- Escucha activa.- Revisar las situaciones a las que se ha enfrentado sola y el registro. Reforzamiento positivo por la situaciones a las que se enfrentó y compromiso de continuar con esta conducta.
Sesión 8 25/03/2015	<ul style="list-style-type: none">- Afianzar el vínculo con la paciente.- Mejorar estado de ánimo.- Aumentar autonomía personal.	<ul style="list-style-type: none">- Escucha activa.- Revisar las situaciones a las que se ha enfrentado sola y el registro. Reforzamiento positivo por la situaciones a las que se enfrentó y compromiso de continuar con esta conducta.

Sesión 9 7/04/2015	<ul style="list-style-type: none"> - Afianzar el vínculo con la paciente. - Mejorar el estado de ánimo. - Aumentar autonomía personal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa. - Revisar el registro de situaciones a afrontar sola. - Explicación del modelo A-B-C y de las distorsiones cognitivas. - Tarea para casa: registro de distorsiones cognitivas.
Sesión 10 14/04/2015	<ul style="list-style-type: none"> - Afianzar el vínculo con la paciente. - Mejorar estado de ánimo. - Aumentar autonomía personal. - Establecer límites saludables con su pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa. - Revisar el registro de distorsiones cognitivas. - Continuar afrontando situaciones sola y reforzándose por ello. - Explicación de tipos de límites en las relaciones interpersonales y su relación con los estilos de afrontamiento. - Tarea para casa: continuar con el registro de las distorsiones cognitivas y pensar en los límites que establece con su pareja.
Sesión 11 21/04/2015	<ul style="list-style-type: none"> - Afianzar el vínculo con la paciente. - Aumentar autonomía personal. - Disminuir malestar en su relación de pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa. - Revisar registro de distorsiones cognitivas. - Continuar reforzando las situaciones que gestiona sola. - Psicoeducación de los derechos asertivos.
Sesión 12 28/04/2015	<ul style="list-style-type: none"> - Afianzar el vínculo con la paciente. - Explorar patrones de relaciones de pareja anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa. - Reflexionar sobre el modelo de pareja vivido en su casa y su pareja actual. - Registrar las interacciones con su pareja (que le comunica él verbal y no verbalmente) y qué emociones le genera.
Sesión 13 5/05/2015	<ul style="list-style-type: none"> - Afianzar el vínculo con la paciente. - Proporcionar apoyo y guía durante la crisis de ansiedad que experimenta en sesión (desahogo emocional). 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa. - Normalización de la emoción. Técnica de regulación del sistema nervioso (respiración diafragmática).
Sesión 14 14/05/2015	<ul style="list-style-type: none"> - Afianzar el vínculo con la paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa. - Repaso de la respiración

- Psicoeducación emocional (qué es y cómo funciona la ansiedad)
- Aprendizaje de técnicas de regulación emocional.
- diafragmática.
- Relajación muscular progresiva.
- Autoinstrucciones positivas.

Sesión 15 19/05/2015	<ul style="list-style-type: none"> - Afianzar el vínculo con la paciente. - Afrontar el miedo a quedarse sola. - Aumentar autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa. - Definir el significado de “sola” y identificar las creencias irracionales que sustentan ese miedo. - Elaborar una lista de pros y contras a corto y largo plazo de mantener esa relación de pareja. - Elaborar una lista de todos los logros conseguidos durante el proceso terapéutico y reflexionar sobre ello.
Sesión 20 27/05/2015	<ul style="list-style-type: none"> - Afianzar el vínculo con la paciente. - Aumentar capacidad de afrontamiento ante discusiones con la pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa. - Repaso de los estilos de afrontamiento haciendo hincapié en el asertivo y en los derechos asertivos. - Role-playing: técnica del disco rayado.
Sesión 21 9/06/2015	<ul style="list-style-type: none"> - Afianzar el vínculo con la paciente. - Mejorar estado de ánimo 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa. - Hacer una lista de los logros conseguidos a lo largo de toda su vida y de sus capacidades y ponerlo en un sitio donde lo vaya a ver todos los días. - Seguir trabajando con las distorsiones cognitivas. - Tarea para casa: apuntar cada día al menos 10 cosas que le hagan sentirse bien.
Sesión 22 16/06/2015	<ul style="list-style-type: none"> - Afianzar el vínculo con la paciente. - Mejorar comunicación asertiva. - Mejorar estado de ánimo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa. - Role-playing: comunicación asertiva y técnica del disco rayado. - Planificar actividades que le gustaría hacer sola o con sus amistades.
Sesión 23 23/06/2015	<ul style="list-style-type: none"> - Afianzar el vínculo con la paciente. - Toma de decisiones. - Fomentar autoestima. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa. - Elaborar una lista sobre: qué tipo de relación de pareja quiere tener, dónde quiere vivir, cómo quiere encontrarse anímicamente y compararla con lo que ha vivido

hasta el momento con su pareja (comparar deseo vs realidad).
- Revisar los avances logrados hasta el momento y explorar los pensamientos automáticos negativos y los sesgos cognitivos.

Sesión 24 30/06/2015	- Afianzar el vínculo con la paciente. - Continuar con la toma de decisiones. - Aumentar en seguridad y herramientas de comunicación ante la posible reacción negativa de la pareja.	- Escucha activa. - Revisar la lista de la sesión anterior y comprobar si sigue sintiendo lo mismo. - Role-playing: comunicación asertiva y disco rayado. - Autoinstrucciones positivas
Sesión 25 7/07/2015	- Afianzar el vínculo con la paciente. - Desahogo emocional. - Prevenir la vuelta a la relación de pareja.	- Escucha activa. - Psicoeducación emocional: entender el duelo como un proceso normal (aceptación de la tristeza). - Hacer una lista de los motivos por los cuales ha decidido terminar la relación y comprometerse a leerla cuando dude de su decisión. - Planificar actividades agradables con amigas.
Sesión 26 14/07/2015	- Afianzar el vínculo con la paciente. - Desahogo emocional. -Prevenir la vuelta a la relación de pareja. - Reestructurar pensamientos de culpa por no sentirse muy triste.	- Escucha activa. - Psicoeducación emocional: entender el duelo como un proceso normal y diferente para cada persona. - Releer la lista. - Explicación del refuerzo intermitente y de la importancia de no tener contacto con la expareja si quiere superarlo. - Recordar el modelo parental de relación de pareja que la paciente conoce (madre cuidadora de un hombre con el que no es feliz pero del que no se separa porque “le da pena”) y valorar si es lo que quiere para su vida. - Reforzamiento positivo por no haber establecido contacto con la ex pareja y haber hecho actividades con sus amigas.
Sesión 27	- Afianzar el vínculo con la	- Escucha activa.

21/07/2015	paciente. - Legitimar emociones positivas. - Desarrollar habilidades para afrontar posibles encuentros/contactos con la expareja.	- Identificar sesgos cognitivos y combatirlos. - Revisar la lista recordatorio de emociones negativas que ha sentido a lo largo de la relación. - Tener la colaboración de una o dos amigas a quién llamar para desahogarse.
Sesión 28 8/09/2015	- Afianzar el vínculo con la paciente. - Revisión del período vacacional	- Escucha activa. - Reforzamiento positivo por no haberse dejado arrastrar por los pensamientos de culpa y haber puesto límites a su expareja.
Sesión 29 22/09/2015	- Afianzar el vínculo con la paciente. - Preparación para el proceso de adaptación de la mudanza de su hermano y su sobrino a Argentina. - Reestructurar la idea de “me quedo sola”.	- Escucha activa. - Normalización de la emoción. - Identificar distorsiones cognitivas. - Diálogo socrático para cuestionar esa cognición desadaptativa.
Sesión 30 6/10/2015	- Afianzar el vínculo con la paciente. - Explorar la creencia de que es responsable de la felicidad de su madre.	- Escucha activa. - Ejercicio de visualización de los familiares ascendientes (jerarquía familiar). - Ejercicio de diferenciación de la madre (trabajo corporal y de visualización).
Sesión 31 20/10/2015	- Afianzar el vínculo con la paciente. - Reforzar las decisiones que toma por sí misma (distintas de las de su madre).	- Escucha activa. - Reforzamiento positivo por la decisión de hacerse un piercing. Reflexión sobre cómo fue el proceso de decidirlo y de hacerlo y de las ganancias emocionales que le ha generado. - Reforzamiento positivo por la actitud asertiva que tomó con sus padres ante esta situación.
Sesión 32 3/11/2015	- Afianzar el vínculo con la paciente. - Fortalecer los límites saludables que está estableciendo con su madre ahora que su hermano se ha mudado a Argentina.	- Escucha activa. - Elaborar una lista de sus actividades de ocio que realiza sin su madre y comprometerse a no abandonarlas. Análisis de consecuencias positivas y negativas de hacerlo a corto y a largo plazo.

Sesión 33 17/11/2015	<ul style="list-style-type: none"> - Afianzar el vínculo con la paciente. - Mejorar comunicación asertiva con la directora del centro donde trabaja. - Identificar distorsiones cognitivas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa. - Role-playing: comunicación asertiva. - Explorar y modificar pensamientos automáticos negativos acerca de su capacidad. - Reforzamiento positivo por mantener sus relaciones sociales activas.
Sesión 34 15/12/2015	<ul style="list-style-type: none"> - Afianzar el vínculo con la paciente. - Desarrollar estrategias ante la posibilidad de que se reactive el sentimiento de echar de menos a su expareja durante las vacaciones de navidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa. - Aceptación de la emoción como proceso natural de adaptación a la nueva situación. - Planificar acciones agradables o distractoras a realizar para evitar establecer contacto.
Sesión 35 8/1/2016	<ul style="list-style-type: none"> - Afianzar el vínculo con la paciente. - Revisión del período vacacional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa. - Normalización de la emoción por sentir algo de tristeza al no pasar las vacaciones de navidad con su expareja como solía hacer. - Puntuación de la tristeza de 0-10 y puntuación de 0-10 del nivel de convencimiento de no retomar la relación. - Elaborar lista de beneficios tras la separación.
Sesión 36 19/1/2016	<ul style="list-style-type: none"> - Afianzar el vínculo con la paciente. - Mejora del estado de ánimo. - Fomentar autonomía personal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa. - Ampliar red social. - Realizar actividades agradables con las amistades y sola. - Realizar actividad física.
Sesión 37 2/2/2016	<ul style="list-style-type: none"> - Afianzar el vínculo con la paciente. - Mejora del estado de ánimo. - Fomentar autonomía personal. - Explorar cómo se está dando la comunicación asertiva con la directora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa. - Ampliar red social. - Realizar actividades agradables con las amistades y sola. - Realizar actividad física. - Reforzar por su actitud y comunicación asertiva.

Sesión 38 16/2/2016	<ul style="list-style-type: none"> - Afianzar el vínculo con la paciente. - Mejora del estado de ánimo. - Fomentar autonomía personal. - Identificar conductas sexistas en un varón con el que tiene el primer contacto sexual tras la ruptura con la expareja. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa. - Identificar las emociones que le generaron las palabras de este chico y las creencias sexistas en las que estaban basadas. Trabajar distorsiones cognitivas. - Continuar con las actividades agradables con las amistades y sola. - Repasar las situaciones que afronta sola. -Reforzarse por haber tomado la iniciativa en la relación sexual esporádica, haber comunicado asertivamente lo que quería y por no haberse sentido dependiente de él.
Sesión 39 1/3/2016	<ul style="list-style-type: none"> -Afianzar el vínculo con la paciente. - Proceso de evaluación (post). -Preparación para pasar a seguimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> -Escucha activa. Entrega de pruebas de evaluación: MCMII-III TAMADUL DAS Cuestionario de autoestima de Rosenberg BDI RAS STAI - Explicación de caída-recaída. - Manejo de situaciones de riesgo.
Sesión 40 15/3/2016	<ul style="list-style-type: none"> -Afianzar el vínculo con la paciente. - Iniciar la fase de seguimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa. - Devolución de la información obtenida en la evaluación. - Repaso de los logros obtenidos a lo largo de la terapia y de los recursos de los que dispone en la actualidad.

Dificultades encontradas durante el proceso de intervención:

A lo largo del proceso terapéutico con J.L.me he encontrado con varias dificultades.

A pesar de introducir pautas para mejorar la calidad del sueño, la paciente continuaba refiriendo problemas para dormir con síntomas de ansiedad por lo que se la derivó a psiquiatría para administrarle medicación. Se le receta Escitalopram 15 mg una toma por la mañana, Deprax 100 mg media toma por la noche y Orfidal de 1 mg si lo precisa. A partir del 2 de marzo de 2016 se suspende el Deprax y se reduce la dosis de Escitalopram a media por la mañana. Respecto al Orfidal, la pauta continua siendo

tomar 1 mg si lo necesita, pero no hace uso de ello desde hace meses. Según relata la paciente está pendiente de retirar por completo la medicación en el corto plazo.

Por otra parte, a la hora de realizar actividades sola, la paciente se mostró colaboradora y motivada para ello. Sin embargo, esta nueva actitud provocó cambios en la relación de pareja, haciendo que aumentase el conflicto y las actitudes recriminatorias por parte de su pareja hacia ella. Esta hostilidad representaba un problema para J.L. ya que provocaba el empeoramiento de la calidad de la relación de pareja y, con ello, su miedo a que ésta se terminase. Sin embargo, en ningún momento dejó de hacer lo que se proponía por este motivo.

La paciente llegaba a sesión con una necesidad elevada de contar lo que le había ocurrido durante la semana. Esta importante necesidad de desahogo influyó, junto con el tiempo limitado de las sesiones, a la hora de enseñar técnicas como es el caso de la relajación muscular progresiva. Al poco tiempo de aplicar esta técnica, el conflicto de pareja se fue haciendo más presente. Esto provocó que las sesiones se centrasen a partir de ese momento en trabajar esa temática, practicando la comunicación asertiva, lo cual ocupaba por completo el tiempo de la sesión. Debido a esto, no se realizaron sesiones de seguimiento propiamente dicho de la relajación muscular progresiva. En su lugar, antes de comenzar los role-playing se recordaba la respiración diafragmática a la paciente y se practicaba durante un par de minutos.

A la hora de ampliar la red social la paciente se mostró un poco resistente a ello ya que creía que iba a ser un proceso muy complicado. J.L. era consciente de que era un punto importante a abordar para sentirse mejor. Identificando y trabajando las distorsiones cognitivas que sustentaban las creencias irracionales respecto a esta temática y planificando formas de conocer gente nueva, pudo superar esta resistencia inicial.

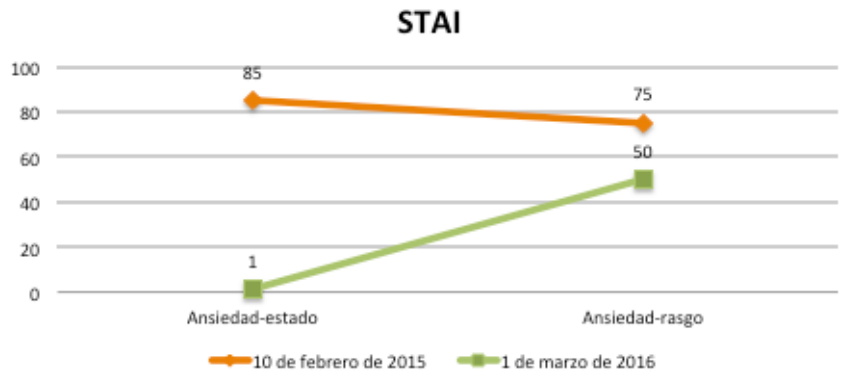
Por último mencionar, la resistencia de la paciente a espaciar las sesiones a una al mes iniciando así la fase de seguimiento. Se propuso este cambio por parte de la terapeuta en el mes de febrero de 2016, sin embargo, debido a su resistencia al cambio, hubo que trabajar durante un par de sesiones más, hasta conseguirlo en marzo de 2016.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO

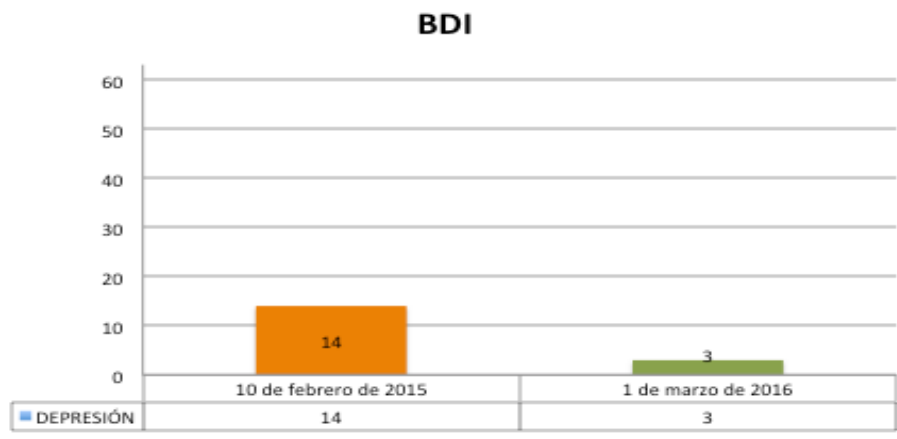
El 1 de Marzo de 2016 se le administran de nuevo las pruebas de evaluación para comprobar con datos objetivos la mejoría significativa que se había observado desde hacía un mes, con la intención de ver la evolución y valorar la posibilidad de iniciar la fase de seguimiento. Los resultados fueron los siguientes:

- Según los datos obtenidos en el MCMI-III hubo una mejora significativa tanto en el patrón de personalidad evitativo como dependiente de la personalidad, obteniendo puntuaciones de 24 y 1 respectivamente. También se aprecia una mejora relevante en el síndrome clínico de ansiedad, al ser la puntuación de 18. A pesar de ser válido el test, los valores de sinceridad son bajos y los de deseabilidad social altos, por lo cual es necesario tomar los datos con cautela.

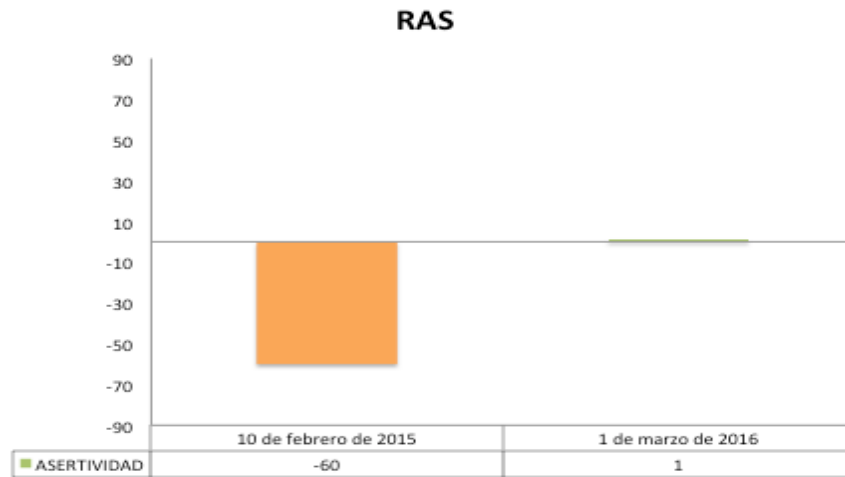
- En el STAI la paciente presenta una mejoría clara en ambas medidas. En el momento de la evaluación post se sitúa en el percentil 50 de ansiedad-rasgo y en el percentil 1 de ansiedad-estado.



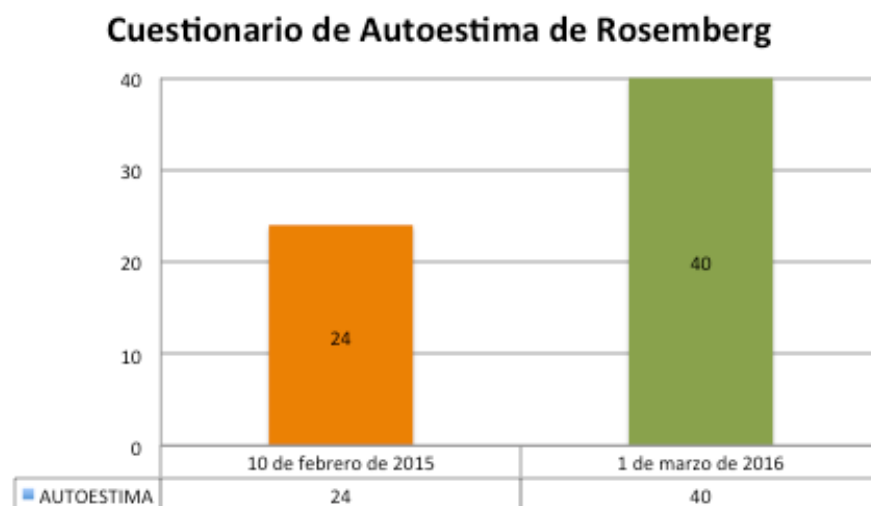
- En el BDI la paciente obtiene una puntuación de 3, lo cual indica la no presencia de depresión. Dicha puntuación contrasta con la de 14 que indicaba una depresión moderada en la evaluación pre.



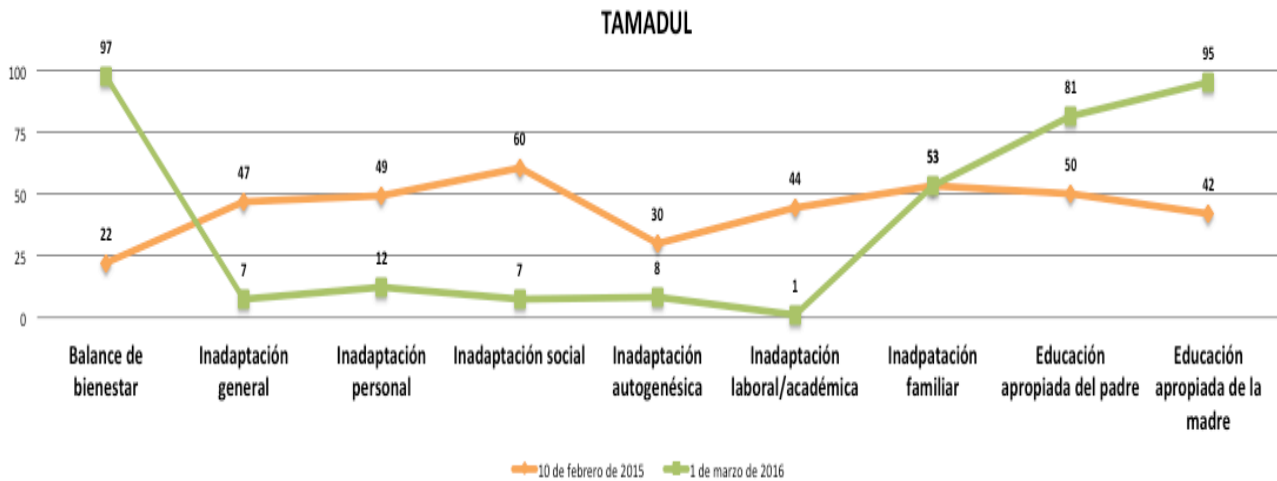
- En el RAS obtiene una puntuación de +1 lo cual indica una tendencia a la asertividad que antes del tratamiento no existía. La evaluación pre indicaba la presencia de valores negativos, lo cual reflejaba una tendencia muy clara por parte de la paciente a la no asertividad.



- En el Cuestionario de Autoestima de Rosenberg J.L. obtuvo una puntuación de 40 lo cual indica una muy buena autoestima, siendo el valor máximo que se puede obtener en esta prueba.

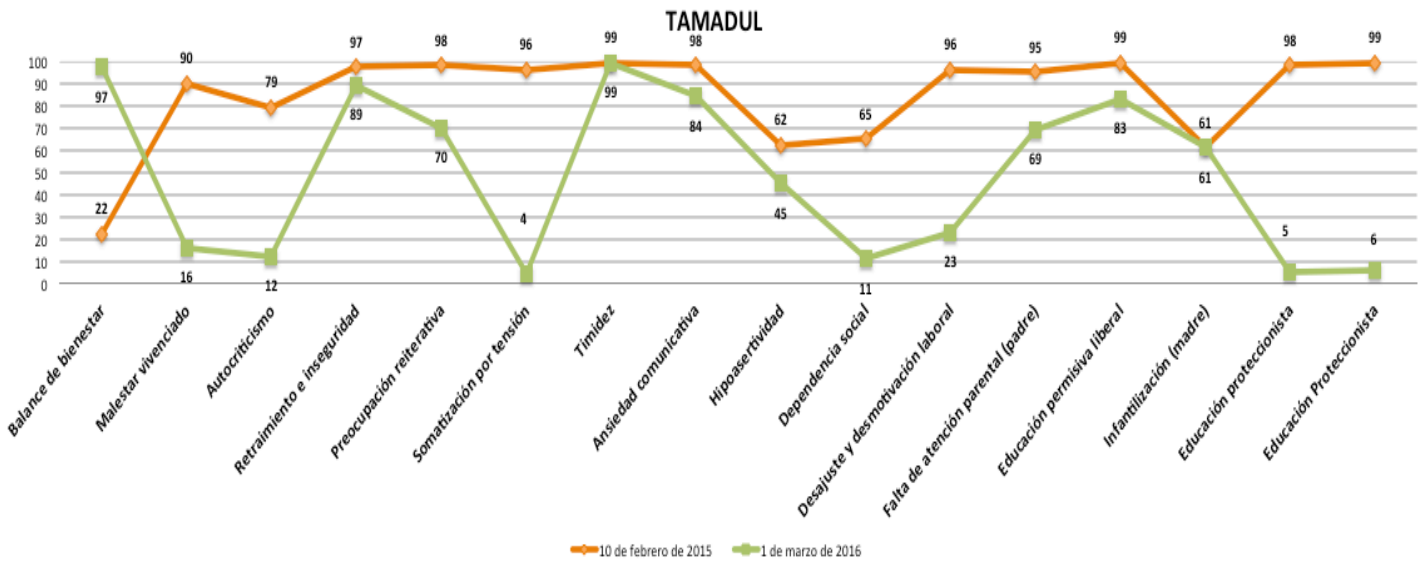


- En el siguiente gráfico se muestra la evolución general de los resultados pre y post obtenidos por la paciente en las escalas principales de la prueba del TAMADUL. Como se puede apreciar en los mismos hay una mejora clara en todas ellas a excepción de la de inadaptación familiar que se mantiene igual.



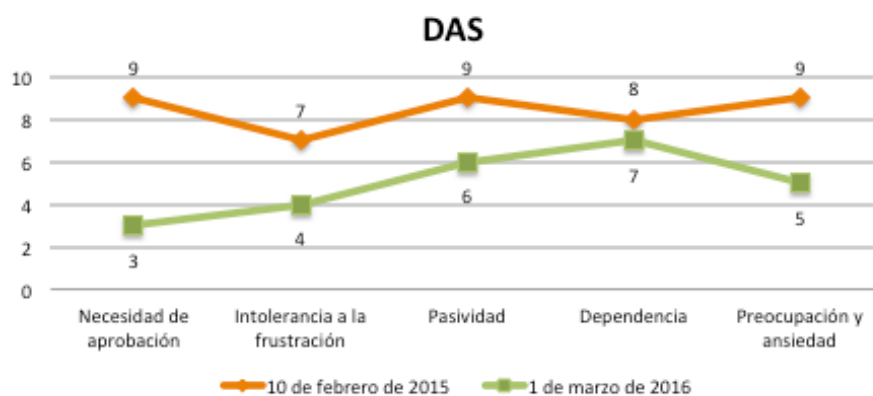
Un análisis más en detalle de cada una de las subescalas incluye:

- Niveles muy altos en el balance del bienestar (Pc 97), junto con niveles bajos en el malestar vivenciado (Pc 16). Esto supone una diferencia clara con los valores obtenidos al inicio de la terapia.
- Dentro de la escala de inadaptación personal todos los valores han mejorado. En la subescala de autocrítica el percentil obtenido es de 12, en retraimiento e inseguridad es de 89, preocupación reiterativa (Pc 70) y somatización por tensión (Pc 4).
- Dentro de la escala de inadaptación social, el valor de timidez se ha mantenido sin cambios (Pc 99), el de ansiedad comunicativa ha mejorado (Pc 84), al igual que el de hipoasertividad (Pc 45) y dependencia social (Pc 11).
- En la escala de inadaptación laboral, la puntuación refleja una mejora en este ámbito, ya que en la subescala de desajuste y desmotivación laboral se sitúa en el percentil 23.
- Por último, dentro de los estilos educativos parentales también se observan mejorías. Por parte del padre en la subescala de falta de atención y despreocupación los valores han descendido (Pc 69), al igual que los de estilo educativo permisivo liberal (Pc 83). Por parte de la madre destacan el valor obtenido en la subescala de infantilización se mantiene sin cambios, mientras que se observa una mejoría en los estilos educativos. Se obtiene en el estilo proteccionista inhibidor (Pc 5) y en el proteccionista aprensivo (Pc 6).



- En el DAS también se observan mejoras, puesto que disminuyen las puntuaciones obtenidas en las siguientes creencias irracionales en comparación con la evaluación realizada al inicio del tratamiento.

- Necesidad de aprobación: 3
- Intolerancia a la frustración: 4
- Pasividad: 6
- Dependencia: 7
- Preocupación y ansiedad: 5



Por los datos obtenidos en todas las pruebas de evaluación, junto con lo observado por la psicóloga y lo relatado por la propia paciente se puede decir que el tratamiento psicológico ha sido eficaz ya que se ha conseguido alcanzar los objetivos de tratamiento propuestos.

El estado anímico de J.L. ha mejorado significativamente tal como muestran los resultados obtenidos en el BDI (no depresión) y en el balance del bienestar del TAMADUL (Pc 97). Además ella refiere sentirse más alegre y satisfecha consigo misma y con la forma que tiene de relacionarse con su entorno. En relación con esto, la puntuación positiva obtenida en el RAS (+1) indica la capacidad asertiva de la paciente que le permite, según ella misma relata, comunicar lo que desea y negarse a hacer aquello que no quiere sintiendo cada vez menos malestar por ello.

Los resultados obtenidos en el TAMADUL y el MCMI-III indican una disminución importante en la dependencia social y en el patrón evitativo. J.L. está tomando decisiones de forma autónoma sin pedir opinión a nadie y está enfrentando situaciones que antes evitaba como el hecho de hacer gestiones por si misma, sin compañía. Por tanto, se puede decir que se ha abordado con éxito el objetivo de aumentar en seguridad personal y autonomía.

Además, descansa mejor y el sueño se ha estabilizado. Según relata, lleva 6 meses conciliando bien el sueño y experimentando un sueño reparador de duración entre 6 y 8 horas.

Por último, los datos aportados en el STAI (AR: 50 y AE: 1) revelan una mejoría clara del nivel de ansiedad experimentado por J.L., lo cual era uno de los aspectos que mayor sufrimiento le provocaba a la paciente cuando llegó a terapia.

En esta evaluación no se administró el PSWQ por dos cuestiones. En primer lugar se consideró que con la información proporcionada por la subescala del TAMADUL en la que se mide la preocupación reiterativa junto con la del STAI y el BDI era suficiente para determinar su nivel de preocupación. Y, en segundo lugar, no se disponía en ese momento del material necesario en el centro de trabajo.

SEGUIMIENTO: ESPECIFICAR SI SE REALIZÓ Y EN QUÉ PERIODO

A partir de los resultados obtenidos en las pruebas post de evaluación, se inició el proceso de seguimiento con la intención de tener una sesión al mes en la que ir viendo si los cambios experimentados por la paciente se mantienen estables a lo largo del tiempo. Actualmente, la terapia está en este momento del proceso.

CONCLUSIONES

Tras analizar el proceso que ha seguido la terapia de J.L., se puede decir que se han obtenido resultados satisfactorios, ya que como se ha comentado anteriormente, se han abordado los objetivos de tratamiento obteniendo un resultado positivo.

Uno de los aspectos que creo resulta importante destacar es el hecho de que tras las primeras sesiones se le informó a la paciente del enfoque que se le iba a dar al tratamiento, explicándole en qué consistían de forma general las técnicas cognitivo-conductuales y el enfoque sistémico. Considero que el hecho de hacer partícipe a la

paciente de esto desde el inicio y preguntarle si se sentía cómoda con ello, ayudo a forjar un clima de honestidad y confianza que continuó a lo largo de toda la terapia. Además, al tratarse de una persona con rasgos dependientes, se consideró fundamental hacerle partícipe desde el inicio de su propio proceso, facilitando que tomara decisiones acerca del mismo.

Uno de los problemas que han surgido durante el proceso terapéutico ha sido el de la limitación de tiempo. En ocasiones disponer de 40 minutos por sesión ha dificultado el trabajo terapéutico por resultar escaso. De cara a futuras intervenciones, es posible que disponer de sesiones de una hora permitiese trabajar cuestiones en la terapia que con tiempos más reducidos es más complejo tratar.

Además, es útil realizar una planificación de los aspectos que se quieren abordar tras la evaluación inicial y de las técnicas que se utilizarán para ello. De esta forma, el/la terapeuta verá facilitado y guiado su trabajo cuando el/la paciente desvíe en su discurso la atención de los objetivos de intervención. Sin esta planificación puede resultar complicado discernir en ocasiones, sobre todo para el/la terapeuta inexperto/a sobre qué temática intervenir.

Creo necesario puntualizar que al acudir la paciente a una psiquiatra del mismo centro de trabajo que la psicóloga se facilitó la comunicación entre las profesionales, lo cual considero es siempre beneficioso para el bienestar del paciente. En este caso, la paciente presentaba dificultades para dormir de forma crónica y la medicación resultó de gran ayuda para regular el sistema nervioso y poder trabajar adecuadamente.

Este caso se habría visto beneficiado del trabajo sistémico a nivel familiar, sin embargo, debido a motivos económicos y a la falta de disposición por parte de algunos miembros de la familia, las sesiones no pudieron realizarse. De cara a futuras intervenciones sería conveniente poder trabajar a nivel familiar para visibilizar los tipos de relaciones entre los miembros de la familia, equilibrando así el sistema familiar.

Referencias bibliográficas:

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press (Trad. esp. En Bilbao: Desclee de Brower, 1983).
- Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13, (3), 442-446.
- Cardenal, V., y Sánchez, M. P. (2007). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Carrasco, I., Clemente, M. y Llavona, L. (1984). La evaluación de la aserción a través de los inventarios de Rathus y de Gambrill y Richey. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 2, 121-134.
- Comeche, M.I, Díaz, M. y Vallejo, M.A. (1995). *Cuestionarios, Inventarios y Escalas, Ansiedad, depresión y Habilidades Sociales*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P y Polo- López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19, (3), 247-256.
- Hernández-Guanir, P., y Hernández-Delgado, G.A. (2013). *Cuestionario Clínico de Personalidad para Adolescentes y Adultos (TAMADUL)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 505-510.
- Rathus, S.A. (1973). A 30 item Schedule for assessing assertiveness. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sanz, J. y Vázquez., C. (1994). Adaptación española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck: propiedades psicométricas y clínicas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, (67), 707-750.
- Spielberger C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1982). Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo. Madrid: TEA.