

Intervención Online con Terapias Contextuales en Baja Autoestima y Funcionamiento Adaptativo y Relacional

Lorién Bergua Pinilla

Cristina Valera Sánchez

Email de contacto de las personas autoras:

lorienber@gmail.com

El presente texto es de autoría de las personas autoras, declarando su originalidad, no habiendo sido enviado de forma sincrónica a ninguna otra revista. El presente trabajo no recibió financiación específica para su realización. Las personas autoras declaran no tener conflicto de interés con ninguna parte relacionada. Todos los consentimientos informados y permisos para el nivel de investigación realizado fueron obtenidos conforme a los criterios éticos estándar.

Resumen

Elena, de 24 años, solicita atención para mejorar autoestima y reducir ansiedad. Presenta un discurso desorganizado, relaciones familiares deterioradas, aislamiento social y dificultades en el ámbito laboral. **Método:** Se aplicó un enfoque contextual en formato online durante 8 sesiones semanales. Se utilizaron autorregistros, metáforas y análisis funcional. La evaluación incluyó instrumentos administrados en tres momentos: pre, inter y post intervención. **Resultados:** Se observaron mejoras progresivas en la precisión del discurso, mayor autonomía en la expresión y mejor identificación de estados emocionales. Se redujeron las referencias a opiniones externas para definirse y se avanzó en el establecimiento de límites. Sin embargo, persistieron dificultades en la toma de decisiones independientes y en la generalización de habilidades fuera de sesión. **Conclusiones:** El modelo contextual mostró utilidad en la intervención, aunque los cambios se concentraron principalmente dentro de sesión. Las limitaciones del formato online, la experiencia del terapeuta y la brevedad del proceso señalan la necesidad de continuar trabajando en la transferencia de los avances al entorno cotidiano.

Palabras clave: Terapias contextuales, Terapia de Aceptación y Compromiso, Psicoterapia Analítico Funcional, estudio de caso, psicoterapia online.

Desde la perspectiva contextual, los problemas psicológicos se dan no tanto por lo que le ocurre a la persona como por la forma en que queda atrapada en su propia gestión ineficaz de escapar del malestar (Hayes et al., 2012; Luciano et al., 2014). Son ACT y FAP las terapias contextuales estándar que aquí se aplican.

Para la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), parte del sufrimiento deriva de un patrón de funcionamiento dominado por la evitación experiencial (Soriano y Salas, 2006). La persona queda restringida por la necesidad de modificar su experiencia interna de manera rígida. Por ello, la intervención se orienta a alterar la relación con dichos eventos, promoviendo una mayor apertura, contacto con el presente y compromiso con acciones guiadas por valores (Hayes et al., 2006; Ruiz, 2021).

En paralelo, la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) recupera esa importancia de la relación terapéutica desde la perspectiva funcional. Este planteamiento convierte la sesión en un contexto activo de cambio. A través del análisis funcional en vivo, se identifican las Conductas Clínicamente Relevantes (CCR), diferenciando entre aquellas que mantienen el problema, las que representan avances y las verbalizaciones que el cliente construye sobre su propia conducta (Kohlenberg y Tsai, 1991; Tsai et al., 2009).

La combinación de ambos enfoques junto con el uso del análisis funcional, da lugar a un modelo que articula el trabajo experiencial sobre los eventos privados con el uso deliberado del vínculo terapéutico como herramienta de intervención. Desde este enfoque, metáforas, ejercicios experienciales o autorregistros se aplican en función de la conducta del cliente en sesión y su posible generalización fuera de ella (Callaghan et al., 2004; Villatte et al., 2016).

Antecedentes

Elena es una mujer de 24 años que vive en España. Actualmente está cursando el bachillerato en la escuela de adultos para poder examinarse de la EvAU. Vive en un piso de alquiler con dos compañeras extranjeras y la casera. Es su padre quien le paga los gastos y con quien tiene más relación en la familia. También tiene relación con su hermana de 19 años que vive con su madre. La madre de Elena no tiene relación con ella por algunos problemas tras el divorcio de sus padres hace casi 10 años. Los últimos dos años ha ido empeorando el ambiente familiar y actualmente la relación entre todos es difícil, llegando a juicios y problemas económicos.

En su infancia y adolescencia, Elena tenía alguna amiga que ya no mantiene a día de hoy. Según comenta, cada vez más sufría acoso por parte de sus amistades y decide alejarse de ellas. Actualmente, solo hace actividades de manera puntual con su hermana, el resto del tiempo se lo pasa estudiando, ayudando en el trabajo a su padre (pintor) o buscando nuevos empleos.

Acude con un discurso desorganizado e inconexo que deberá estructurarse, pero su demanda principal a nivel general es “mejora de autoestima” y “reducción de la ansiedad”.

Método

La terapia se realizó en formato online mediante la plataforma Google Meet. Previo al inicio (*pre*), a mitad de la terapia (*inter*) y al finalizar (*post*), se rellenan los siguientes registros:

- Valoración inicial (Ver Anexo 1): documento AD-HOC compuesto por 12 preguntas que pretenden recopilar información sobre la problemática actual.
- Experiencia Vital (ver Anexo 2): documento AD HOC de 10 preguntas que recoge información sobre la historia de vida del consultante desde la infancia hasta la adultez, incluyendo su percepción sobre relaciones y eventos relevantes.
- Cuestionario de Salud General GHQ-28 (Goldberg, 1979; versión en español de Lobo et al., 1986): escala de 28 ítems que evalúa salud general con respuestas que van en una escala desde *mucho peor que lo habitual* hasta *mejor que lo habitual*. Tiene un grado de validez aceptable y un alfa de Cronbach $\alpha=0.97$.
- Instantánea Vital - FAP Snapshot (Tsai et al., 2009; versión en español de Ruiz-García et al., 2021): autoinforme previo a cada sesión, compuesto por una escala del 1 al 10 donde se indica el grado de satisfacción en diferentes valores y objetivos. Alfa de Cronbach $\alpha=0.93$ (Ruiz-García et al., 2021).
- Acceptance and Action Questionnaire- II (AAQ-II): Cuestionario de 10 ítems escalados del 1 (*completamente falso*) al 7 (*completamente cierto*). Mide el grado de flexibilidad psicológica. Alfa de Cronbach $\alpha=0.84$ (Bond et al., 2011).
- Behavioral Activation Depression Scale (BADs): Compuesto por 25 ítems con una escala del 1 (*nada en absoluto*) a 6 (*completamente cierto*) que busca medir diferentes aspectos conductuales de la depresión, como la activación, rumia, evitación o deterioro general del funcionamiento. (Kanter et al., 2007).
- Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ): escala autoinformada de 7 ítems sobre cómo la persona se relaciona con sus pensamientos, utilizando una escala que va de 1 (*nunca es verdad*) a 7 (*siempre es verdad*) (Gillanders et al., 2014).
- Reward Probability Index (RPI): cuestionario autoinformado compuesto por 20 ítems. Mide el acceso a recompensas que están en el ambiente con una escala que va de 1 (*muy en desacuerdo*) a 4 (*muy de acuerdo*) (Carvalho et al., 2011).

Desarrollo de la intervención

La intervención es supervisada por un observador en vivo. Las 8 sesiones son de unos 60 minutos. El enfoque combina la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) con la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). A continuación, se describen algunos puntos relevantes de la intervención.

Sesión 1

La sesión se estructuró en torno a la revisión de los cuestionarios y a la ampliación de información relevante sobre su vida actual en relación a las hipótesis iniciales. Se intentó esbozar un análisis funcional de estas respuestas de ansiedad, pero no se encontró ningún comportamiento de esta morfología. Paralelamente, se comenzó a trabajar en la clarificación de los objetivos, destacando como prioritarios la mejora en sus reacciones interpersonales, especialmente en la relación con su padre.

Durante la sesión se observaron ciertas dificultades para trabajar contenidos que requieren un mayor

nivel de abstracción, como la elaboración de explicaciones sobre el pasado o la generación de posibles soluciones hipotéticas.

Sesión 2

Se promueven respuestas más concretas y específicas (CCR2). Se observa que cuando se le pide que hable de eventos cercanos en el tiempo y bien delimitados, su comprensión es mayor que ante preguntas de respuestas que requieren abstracción. Así, se facilitan estímulos explícitos que le permitan emitir tactos acordes al momento.

En este contexto, se introduce y explica un autorregistro que se trabaja con ejemplos *in situ* para asegurar la comprensión de la tarea. No se evidencian indicadores de ansiedad, aunque sí aparece una percepción de falta de validación en su entorno. Se observa una relación deteriorada con su madre y con su reducido círculo social. La frecuencia de contacto con sus amistades es menor de la que inicialmente refería. Destaca también una preocupación en torno al ámbito laboral que se explorará después.

Sesión 3

Se avanza hacia aspectos más aplicados. Se revisa el autorregistro y se exploran sus últimos trabajos para identificar dificultades. También se evalúa su autoconcepto y se compara su visión con la de su padre y hermana, siendo estas las figuras relevantes en el aprendizaje del yo deíctico (Sánchez y Miñarro, 2018).

Refiere estrés por el juicio de su madre y malestar con su vivienda, aunque lo maneja adecuadamente. No se observa la impulsividad que describe. También se observa que tiende a usar términos técnicos que no logra explicar, mostrando dispersión.

Se plantean las CCR2: discurso claro, responder a lo preguntado, centrarse en sí misma; y las CCR1: respuestas vagas, desviaciones y referencia a otros para definirse.

Sesión 4

Se revisa cómo ha ido la semana a la vez que el autorregistro, prestando atención a como lo explica (interviniendo en CCR1 y CCR2). Se lleva a cabo un role-play de entrevista laboral, explorando cómo se desarrolla la situación y qué sensaciones experimenta. Además, se jerarquizaron las tareas según su nivel de dificultad y se estructuró la entrevista en fases: preparación, preguntas y análisis posterior.

No se observan dificultades significativas en el desempeño de la entrevista. Sin embargo, introduce de forma tardía ciertos temas como el consumo ocasional de alcohol o la necesidad de validación, lo que sugiere explorar estas áreas con mayor profundidad. Responde positivamente a recursos como la metáfora de la película sobre defusión, siendo esta una herramienta útil para comprender mejor la defusión (Törneke, 2020).

Sesión 5

Se revisa la nueva entrevista laboral, describiéndola de forma detallada, poniendo el foco en lo ocurrido y en lo que siente en cada momento. Se explora el consumo de alcohol con diversos parámetros funcionales y se repasa el autorregistro junto con la metáfora de la película para afianzar

su comprensión. También se abordan el resto de ámbitos relevantes (relación con su hermana, padres y amistades).

Emerge con mayor claridad la convivencia en el piso como principal estresor actual. El consumo de alcohol no parece problemático, pero continúa con la tendencia a introducir temas nuevos al final de la sesión (malestar físico, arcadas muy esporádicas). Se hipotetiza cierta evitación o dificultad para expresar contenidos relevantes.

Sesión 6

Se explora si mantiene la tendencia a buscar etiquetas y si este comportamiento cumple actualmente la misma función que en el pasado. También se introduce un ejercicio orientado a fomentar la autonomía, comparando cómo se describe actualmente con cómo le gustaría ser, así como qué dirección debería seguir para acercarse a ello.

Se aprecian avances, utiliza con mayor frecuencia un discurso centrado en sí misma y reduce las referencias a opiniones externas (CCR₂). Surge ambivalencia hacia su madre, que se valida, reconociendo el malestar por el pasado y el vínculo madre-hija.

Sesión 7

Se explora el transcurso de la semana para reforzar y castigar las CCR que aparecen. Se trabaja la diferenciación entre juicios morales (*“está bien o mal”*) y el impacto emocional (*“cómo te hace sentir”*), reforzando la atención a eventos privados. En línea con el fomento de la autonomía, se indagó sobre sus gustos y preferencias en el tiempo libre, así como aquello que no le agrada, explorando en qué medida están controlados por contingencias sociales.

Se observan respuestas más precisas y una mayor autonomía en la expresión de gustos (CCR₂), aunque todavía limitada en la toma de decisiones sobre lo que “debería” hacer. Aprende a centrarse en *“cómo me hace sentir algo”* frente al *“está bien o mal”* (CCR₃), aunque generalmente necesita una clave discriminativa para aplicarla.

Sesión 8

Se entrenan habilidades de puesta de límites mediante un role-play aplicado a situaciones cotidianas en el piso (p. ej., uso de recursos compartidos). También se explora con qué personas de su entorno puede hablar de lo que siente. Al cierre se recomienda el uso de herramientas trabajadas en sesión y se enfatiza en la importancia de actuar en base a valores más que a sensaciones puntuales.

Resultados

A continuación se presentan los resultados más relevantes en los cuestionarios para luego describir brevemente los resultados de las entrevistas.

Elena presenta satisfacción alta en cuidado personal, trabajo con sentido, propósitos en la vida, coraje y valentía, adaptación a situaciones cambiantes, concentración, sentimientos de gratitud, actividades

placenteras y aprendizaje continuado. Su satisfacción es media en gestión y disciplina, salud y nutrición, ejercicio, ambiente en el hogar, amistades y relaciones familiares, finanzas, vida espiritual y expresión artística. La satisfacción es menor en amor e intimidad, sexualidad. Cabe mencionar que todas las áreas se han mantenido o han mostrado mejorías notables.

El BADS muestra una mejoría significativa en las puntuaciones, con un promedio inicial de 52 puntos; 67 puntos a mitad de la intervención; y 94 al final de la misma. Aunque los niveles de activación conductual se mantuvieron similares, la consultante experimentó una reducción drástica en las conductas que boicoteaban su día a día (se redujo drásticamente la rumiación, la evitación y el aislamiento social).

Lo mismo ocurre en el RPI, donde presenta un inicio con una puntuación de 36 puntos; 47 a mitad de la intervención; y 46 en la medida posterior. La paciente parece haber ganado acceso percibido a reforzadores y sensación de competencia, aunque el entorno sigue dificultando una mejoría completa.

Para el CFQ, se da una bajada inicial de 40 a 30 puntos y al final un aumento a 34, lo que demuestra que el nivel de fusión cognitiva global de la paciente ha disminuido de manera significativa para luego aumentar levemente. Lo mismo ocurre en el AAQ-II, la reducción de 53 a 37 y finalmente a 35 puntos en el total global demuestra que el paciente ha ganado una cantidad notable de flexibilidad psicológica y ha reducido sus estrategias de evitación experiencial.

A lo largo de la intervención se aprecian cambios en cómo la consultante discrimina su propia experiencia. Presenta un discurso vago y reglas controladas por la opinión de familiares que progresivamente se mueve hacia una respuesta verbal más flexible, lo que indica un avance en la discriminación de las contingencias a las que está expuesta (autonomía).

También se identifican avances en poner límites y en detectar dinámicas de búsqueda de validación externa. En lo laboral no se observan déficits significativos.

Finalmente, los resultados apuntan a mejoras en precisión verbal, autonomía y contacto con la experiencia, aunque persisten dificultades en la toma de decisiones independiente, la generalización de habilidades y el afrontamiento de estresores.

Discusión

Tras la intervención, se observan mejoras principalmente en la precisión del discurso, el uso de referencias centradas en sí misma y una mayor capacidad para identificar estados internos, especialmente cuando se utilizan apoyos concretos. No obstante, estos cambios deben interpretarse considerando algunas limitaciones.

En cuanto a las limitaciones, es importante considerar que el proceso se desarrolló en formato online, con sesiones semanales de duración limitada. Asimismo, el análisis se basa fundamentalmente en el comportamiento verbal, sin acceso directo a las contingencias naturales del entorno de la consultante. A esto se suma la experiencia temprana de la terapeuta, afectando al ritmo y la profundidad del cambio terapéutico.

Por un lado, el análisis se basa fundamentalmente en el comportamiento verbal dentro de sesión, sin acceso directo a las contingencias del entorno natural, lo que dificulta evaluar la generalización de los

avances. Además, el formato online y la frecuencia semanal de las sesiones limitan las oportunidades de reforzamiento inmediato, pudiendo afectar a la consolidación de nuevas conductas.

Asimismo, aunque se han reducido respuestas vagas y dependientes de otros (CCR1), persisten dificultades en la autonomía y en el mantenimiento de conductas más ajustadas fuera de sesión. En conjunto, los resultados sugieren avances relevantes en sesión, pero señalan la necesidad de seguir trabajando en la transferencia y estabilidad de estos cambios en la vida cotidiana.

Declaración de contribución de los autores

LB realizó la terapia y redactó el texto. CV supervisó las sesiones y la redacción final.

Agradecimientos

A Ítaca Formación por esta oportunidad y a Cristina por estar allí desde el primer momento.

Referencias bibliográficas

- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Callaghan, G. M., Gregg, J. A., Marx, B. P., Kohlenberg, B. S., y Gifford, E. (2004). FACT: The utility of an integration of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 195-207. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.3.195>
- Carvalho, J. P., Gawrysiak, M. J., Hellmuth, J. C., McNulty, J. K., Magidson, J. F., Lejuez, C. W., Hopko, D. R. (2011). The RewardProbability Index: Design and Validation of a Scale Measuring Access to Environmental Reward. *Behavior Therapy*, 42(2), 249-262. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.05.004>
- Google. (s.f). Google Meet. <https://meet.google.com/landing>
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L. Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., Remington, B. (2014). The Development and Initial Validation of The Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Kanter, J. W., Mulick, P. S., Busch, A. M., Berlin, K. S., Martell, C. R. (2007). The Behavioral Activation for Depression Scale (BADs): Psychometric Properties and Factor Structure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(3), 191-202. <https://doi.org/10.1007/s10862-006-9038-5>
- Kohlenberg, R. J., y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Plenum Press.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M.J., Artal J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16(1), 135-140. <https://doi.org/10.1017/S0033291700002579>

- Luciano, C., Valdivia-Salas, S., y Ruiz, F. J. (2014). The self as the context for rule-governed behavior. En S. C. Hayes et al. (Eds.), *Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science*. Wiley.
- Ruiz, F. J. (2021). Avances recientes en terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 47(175), 3-24.
- Ruiz-García, A., Macías-Marón, J. J., Ferro-García, R., Valero-Aguayo, L. (2021). Spanish Validation of the "Life Snapshot Inventory." *International Journal of Psychological Research*, 14(2), 9-17. <https://doi.org/10.21500/20112084.5095>
- Sánchez, J. J. R., y Miñarro, I. R. (2018). 2.2. Una conceptualización funcional de los trastornos de personalidad como problemas del yo y cómo intervenir en ellos. *Psicoterapia analítica funcional de grupo*, 3, 36.
- Soriano, M. C. L., y Salas, M. S. V. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Fundamentos, características y evidencia*. *Papeles del psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Törneke, N. (2020). La metáfora en la práctica: una guía profesional para usar la ciencia del lenguaje en psicoterapia. Editorial Didacbook, SL.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Holman, G., y Loudon, M. P. (2009). *A guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love, and behaviorism*. Springer.
- Villatte, M., Villatte, J. L., y Hayes, S. C. (2016). *Mastering the clinical conversation: Language as intervention*. Guilford Press.

Anexos

Anexo 1 - Valoración inicial

¡Hola! Rellenar este cuestionario te acercará a tu mejoría, y significa que has empezado tu proceso terapéutico; esto es realmente importante, porque es un acto de cuidado hacia ti. A continuación, encontrarás una serie de preguntas que nos ayudarán a comprender mejor el problema por el que consultas.

1. Iniciales de tu nombre y apellidos.
2. Fecha en que rellenas este documento. Por ejemplo, 17/2/2020
3. En tus propias palabras, ¿cuál es el problema? Quizás sea experimentar recuerdos, pensamientos, sensaciones o emociones. Cualquier cosa, estará bien escribirla.
4. Este problema, ¿en qué momentos aparece? ¿Cómo sabes que lo estás experimentando? Puedes escribir aquí aquello que estás haciendo, ya sea consciente o inconscientemente, justo antes o en el mismo momento en que aparece.
5. ¿Hay algún tipo de actividad en concreto que creas que pueda disparar esas sensaciones? Ya sea hacer algo o dejar de hacer algo, contigo misma o en relación con alguien, pararte a pensar o imaginar, etc.
6. A menudo, es posible que antes, durante o después de experimentar sensaciones desagradables, también tengamos pensamientos de todo tipo, y es posible que sean claros, algo del tipo “estoy cansado de esto”, “va a volver a pasar” y similar. Aquí puede entrar cualquier tipo de anticipación o pensamiento que “te enganche” y sea algo parecido a una rumia. Puedes hacer una lista a continuación de los pensamientos más frecuentes que experimentas asociados a esos momentos. Si no hay pensamientos demasiado claros y es algo más emocional o fisiológico, puedes saltarte este punto.
7. También, es frecuente experimentar diferentes emociones, como tristeza, apatía, desgana, desmotivación o similar. Si es el caso, puedes reflejarlo a continuación.
8. Teniendo esto en cuenta, ¿cómo te comportas cuando experimentas esas sensaciones desagradables, pensamientos asociados o emociones? Recuerda que no comportarse o dejar de hacer cosas, actividades o planes, también es “comportarse”.
9. A continuación, encontrarás una lista de estrategias que pueden llevarse a cabo, de manera intencionada o sin intención, para que puedas marcar aquellas que reconozcas.
 - Preocuparse
 - Pensar en el pasado
 - Fantasear acerca del futuro
 - Imaginar escenas en las que ya no está el problema (por ejemplo, dejar el trabajo o a tu pareja)
 - Imaginar venganzas
 - Imaginar el suicidio

- Pensar “no es justo”
- Pensar “Si hubiese pasado de otra forma...”
- Pensar en matarteº Echarte las culpasº Echarle las culpas a otrosº Echarle la culpa al mundo
- Intentar hablar lógicamente con uno mismo
- Decirse a uno mismo cosas positivas
- Decirse a uno mismo cosas negativas
- Analizarse a uno mismo (intentar saber por qué uno es así)
- Analizar la situación (intentar imaginar por qué sucedió)
- Analizar a los demás (intentar saber por qué los demás son así)

10. Pensando en aquellas cosas que harías o que ganarías si ya no tuvieras este problema, ¿qué podrías escribir a continuación?

11. Ahora, pensando en aquellas cosas que harías o que ganarías si este problema, aun teniéndolo, ya no te importase (es decir, si tuvieras esas sensaciones, pensamientos desagradables y simplemente no te importase tenerlas), ¿qué podrías escribir a continuación?

12. Por último, puedes escribir cómo te has sentido conforme has escrito en este documento, y la manera en que crees o esperas que esto pueda ayudarte.

¡Has finalizado! Te agradezco el esfuerzo dedicado a completar este formulario, nos vemos en consulta.

Anexo 2

Experiencia vital

Este formulario está diseñado para que puedas expresar aquellos acontecimientos de tu vida que hayan sido más relevantes o que recuerdes como más importantes, que más impacto han podido tener a la hora de determinar la persona que eres actualmente, con todo lo que ello implica. Por tanto, esto implica eventos vitales significativos, y también relaciones interpersonales con amigos/as, parejas y/o familiares. Rellenar este documento con la mayor cantidad de información posible permitirá a tu terapeuta conocerte mejor y, por tanto, estar en una mejor posición para ayudarte, por lo que dedicar tiempo a ello es ya empezar a trabajar en tu bienestar.

1. Iniciales de tu nombre y apellidos.
2. Fecha en que rellenas este documento (ejemplo 20/10/2020).
3. ¿Cómo ha sido tu infancia hasta los 10 años? ¿Qué recuerdos tienes de esa época? Ya sean buenos o malos, estará bien aquí reflejarlos.
4. ¿Cómo ha sido tu niñez entre los 11 y los 18 años? ¿Qué recuerdos tienes de esa época? Ya sean buenos o malos, estará bien aquí reflejarlos.
5. ¿Cómo ha sido el inicio de tu vida adulta, desde los 19 en adelante? ¿Qué hechos destacarías?

¿Qué fue lo que más te marcó?

6. En lo que has escrito anteriormente, ¿hay algo que pudiera estar directa o indirectamente relacionado con el problema por el que consultas?.

7. ¿Cómo recuerdas la relación con las personas más importantes de tu vida hasta la fecha? Puedes incluir aquí familiares cercanos como madre y padre o hermanos, y también amistades y relaciones relevantes.

8. ¿Qué acontecimientos de tu vida puedes decir que te han ayudado a transitar por momentos de dificultades, o han solucionado problemas que hayas tenido? Puedes reflejar aquí cualquier cosa, desde ayuda que hayas recibido de personas cercanas, eventos y/o cambios fortuitos en tu entorno o ayuda profesional como la facilitada por un médico u otro/a psicólogo/a.

9. ¿Qué actividades o momentos son aquellos que más satisfacción y/o felicidad te han reportado en el pasado?

10. ¿Hay alguna otra información que consideras que pueda ser relevante que tu terapeuta tenga en cuenta? Cualquier cosa estará bien escribirla a continuación.