

TREBALL FI DE MÀSTER

Màster Universitari en Psicologia General Sanitària

Curs acadèmic 2021-2022

El vincle terapèutic com a element reparador de l'aferrament i l'autoestima: estudi de cas

Realitzat per Joana Gispert i Valero

Dirigit per Dra. Clara Mateu i Teresa Pretel

Barcelona, gener 2022

Resum

Aquest estudi descriu un procés de psicoteràpia en una adolescent que presenta un baix nivell d'autoestima, inhibició en les relacions interpersonals i conflictes en la relació materna. El marc teòric que s'exposa relaciona aquestes tres dificultats amb un estil d'aferrament insegur i en com, a través de l'aliança terapèutica, es pot millorar el tipus de vinculació de la client. La intervenció realitzada s'emmarca dins un model teòric integrador i s'enfoca en la generació d'una bona aliança com a base per a l'assoliment dels objectius terapèutics. Els resultats indiquen un progrés favorable, mostrant una millora en l'aliança, en l'aferrament i en l'autoestima, el qual suggereix que l'establiment d'una bona aliança ha ajudat a millorar el seu tipus de vinculació i, en conseqüència, la seva autoestima i les relacions interpersonals.

Paraules clau: Adolescent, aliança terapèutica, autoestima, relacions interpersonals, aferrament.

Abstract

The present study describes a process of psychotherapy in an adolescent who shows a low level of self-esteem, inhibition in interpersonal relationships and conflicts in the maternal relationship. The theoretical framework presented relates these three difficulties to an insecure attachment style and how, through the therapeutic alliance, the bonding type of the client can be improved. The intervention is framed in an integrative theoretical model and focuses on generating a good alliance as a basis for achieving the therapeutic goals. The results indicate favourable progress, showing an improvement in the therapeutic alliance, attachment style and self-esteem, which suggests that the establishment of a good alliance has helped to improve her bonding type and, consequently, her self-esteem and the quality interpersonal relationships.

Keywords: Adolescent, therapeutic alliance, self-esteem, interpersonal relationships, attachment.

Introducció

El present treball té com a objectiu analitzar l'impacte de la relació terapèutica en l'estil d'aferrament insegur d'una adolescent de 14 anys amb dificultats interpersonals derivades d'una baixa autoestima.

El procés terapèutic que es descriu es va dur a terme presencialment en un centre privat de model integrador a la comarca de Girona. El cas que s'analitza va ser portat per mi mateixa com a psicoterapeuta, amb visites presencials al centre.

Per garantir el rigor metodològic, s'han pres apunts de les sessions mitjançant una metodologia d'observació directa des de la posició de terapeuta. Per complementar les observacions s'han gravat les sessions en àudio i s'han administrat tests psicòmètrics a l'inici i al final de la intervenció. Els instruments seleccionats han estat 1) l'Escala de Rosenberg (1965), que avalua l'autoestima; 2) el CaMir-R (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela i Pierrehumbert, 2011), que avalua l'aferrament i 3) l'autoinforme per a teràpia individual del System for Observing Family Therapy Alliances (SOATIF) (Friedlander, Escudero, i Heatherington, 2006), que avalua l'aliança terapèutica.

Aquest estudi es realitza sota el previ consentiment de la pacient i dels seus tutors legals. Per a garantir l'anonimat de la client i de les persones que apareixen al cas, s'han modificat els noms i qualsevol altra dada identificativa rellevant (veure Annex 1)

Marc conceptual de la intervenció

En l'actualitat, l'atenció a la salut mental es considera cada vegada més un objectiu de primera magnitud, donat l'augment significatiu en la prevalença dels trastorns psicopatològics descrita per diversos estudis epistemològics els darrers anys (Gili, 2014, Rocha, 2010). Concretament, en l'última dècada, el malestar derivat de dificultats relacionals i de pensaments disfuncionals vinculats a l'autoestima es troba entre els motius de demanda psicològica principals (Muñoz-Martínez, 2011). En l'estudi publicat per Botella i Corbella (2011), el qual explorava els motius de demanda psicològica més comuns, va determinar que les dificultats en les relacions interpersonals suposaven el 20,5% del total i el 10% es referia a problemes d'autoestima.

Aquestes dificultats descrites guanyen encara més presència en l'adolescència, ja que en aquesta etapa del cicle vital l'aparença física i l'acceptació social dels companys són els aspectes que prenen el paper més rellevant en l'autoestima (Pastor, Balaguer i Benavides, 2004). Agradar als altres esdevé una de les principals preocupacions i la formació de l'autoconcepte adopta un rol primordial (Berk, 1993, citat a Ikiz i Cakar, 2010). Aquesta etapa també implica un canvi en la relació de l'adolescent amb els seus cuidadors principals, les figures d'aferrament. Segons Santelices (2008), en aquest període els adolescents intenten esdevenir menys dependents de les cures de les figures d'aferrament primàries.

Bowlby (1969), principal creador del concepte d'aferrament, amb la seva teoria pretén explicar per què els humans busquem establir vincles forts, selectius i duradors, i com el trencament o l'amenaça d'aquests impacta tant intensament a nivell emocional. En funció de les experiències viscudes per un individu durant la seva infància en situacions de cerca de contenció i protecció en el seu vincle principal, desenvoluparà unes estratègies i unes capacitats més o menys saludables per a relacionar-se amb les persones en la vida més adulta, per buscar

calma i regulació (Mikulincer i Shaver, 2007). En l'estudi de Wilkinson i Parry (2004) que vincula aferrament i autoestima, es va concloure que, en l'adolescència, la qualitat de les relacions amb iguals és un predictor del nivell d'autoestima, mostrant una correlació positiva entre benestar interrelacional i grau d'autoestima. Els mateixos autors, en aquest estudi, van obtenir una correlació amb resultats significatius entre el benestar interpersonal i el tipus d'aferrament, mostrant millor qualitat en les relacions de persones amb un aferrament segur que les de persones amb altres tipus d'aferrament. Schore (2003) en el seu estudi sobre la regulació de l'afecte i la reparació del *self*, va relacionar les dificultats en els vincles socials amb una forta tendència al sentiment de vergonya, assenyalant la causa de alteracions en la relació materno-filial, donant lloc a cròniques dificultats en la regulació de l'autoestima.

En el context terapèutic, explorar l'estil d'aferrament predominant de la persona que sol·licita ajuda, no només pot ajudar al terapeuta a anticipar reaccions emocionals i conductuals del client, sinó que també pot servir per trobar una explicació a les seves dificultats, ja que, tal com hem mencionat en la teoria de Bowlby (1969, 1980), el tipus d'aferrament té implicacions en molts nivells del benestar de la persona. En cas que es detectin alteracions en l'aferrament del pacient, el terapeuta pot utilitzar el vincle terapèutic com agent de canvi per a les dificultats causades per un trastorn del vincle, ja que, habitualment, els terapeutes són concebuts pels seus clients com una base segura per a l'exploració i, per tant, el mateix terapeuta pot exercir funcions de referent de cures (Skourтели i Lennie, 2010).

Focalitzant, per tant, en el procés d'intervenció terapèutica, en adolescents que s'observa un estil d'aferrament insegur, resulta important posar especial èmfasi en la relació terapèutica com a eina d'intervenció, per tal de generar una relació de validació i de seguretat que faciliti el canvi terapèutic (Barceló, 2012).

El concepte de relació terapèutica pot ser molt ampli; Brodin (1994) en va definir un subterme, un component d'aquesta relació: l'aliança terapèutica. Segons aquest autor, els tres elements que inclou són: (1) acord en els objectius, (2) acord en les tasques i (3) vincle positiu. La majoria de les investigacions conclouen que aquests elements són significatius per a l'establiment de l'aliança (Luborsky, Barber i Crits-Christoph, 1990; Horvath i Symond, 1991; Macneil, Hasty, Evans, Redlich i Berk, 2009; Luborsky, 2000 citat a Botella i Corbella, 2011) i que, aquesta, té una relació significativa amb els resultats de la teràpia (Corbella i Botella, 2003). Concretament en l'adolescència, Godenne (2003), al seu manual sobre la formació de l'aliança terapèutica amb adolescents, especifica que la manera per crear una bona aliança es basa en que el terapeuta actuï com a suport i com a aliat, però no com a còmplice.

En conclusió, es considera pertinent consolidar la teoria descrita sobre la relació terapèutica com a element reparador, posant el focus en l'etapa de l'adolescència com a període d'especial complexitat, tant a nivell d'aferrament com a nivell d'autoestima i de relacions interpersonals. L'objectiu del present estudi és analitzar la millora en l'aferrament i l'autoestima a través de l'establiment d'una bona relació terapèutica en una adolescent.

Descripció del cas i avaluació

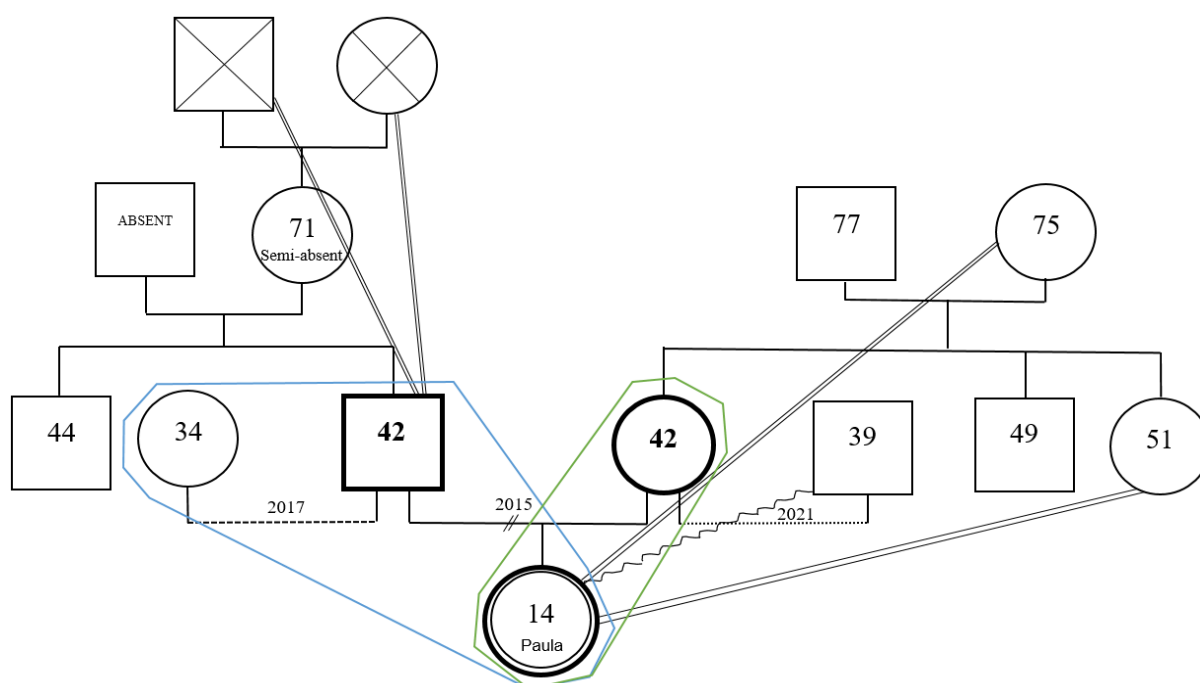
L'adolescent de 14 anys (13 a l'inici de la intervenció), a qui atribuirem el nom de Paula, cursa 3r de la ESO a l'institut públic d'un poble de la província de Girona. Accedeix a la consulta motivada pel seu pare, qui contacta telefònicament amb el centre a través de la cerca per internet. El pare demana hora per una primera entrevista arrel d'observar conductes d'aïllament interpersonal a les que atribueix com a causa una baixa autoestima.

El seu pare comenta que la Paula sempre ha estat una nena més aviat tímida i introvertida, *“no explica gaire les seves coses i veig que amb els amics també li passa, no acaba de*

participar”, amb dificultats en les relacions interpersonals, “*sempre diu que sí a tot, encara que no vulgui, acaba fent coses que no vol fer*”. Durant l'estiu de 2n a 3r d'ESO el pare nota un empitjorament; la Paula no es sent gens bé amb l'aparença del seu cos, fet que ha provocat que no participi als plans socials d'estiu habituals amb els seus companys d'institut. Aquest és el fet detonant que porta a la família a contactar amb el centre (veure Figura 1).

Figura 1

Genograma familiar



La Paula és filla única. Els seus pares estan separats des que ella té 9 anys, fa cinc anys en el moment de la intervenció. Ell (42 anys) fa quatre anys que té parella (34 anys) i conviuen al mateix domicili. Ella (42 anys) fa vuit mesos que està en una relació (39 anys), no viuen junts però van un a casa l'altre habitualment. La custòdia és compartida a setmanes alternes. El pare i la mare viuen al mateix poble.

El pare va ser criat pels seus avis, al pare no l'ha conegut mai i la mare ha estat sempre molt absent. Té un sol germà (44 anys), diagnosticat de trastorn bipolar i esquizofrènia. Actualment no té relació amb cap dels seus familiars, la Paula no els ha conegut.

La mare té dos germans més grans, amb la gran (51 anys) manté un contacte estret, viuen a prop. Els seus pares (77 i 75 anys) també viuen a la vora i es veuen sovint. La Paula té especial afinitat amb la tieta i l'àvia maternes, les cerca com a suport sobretot quan té conflictes amb la mare. La mare té antecedents d'ansietat i depressió, amb un possible Trastorn de la Conducta Alimentària no tractat.

Actualment la relació entre els progenitors és bona, mantenen contacte per aspectes relacionats amb la Paula.

Anamnesi

Les sessions d'anamnesi es divideixen entre la primera entrevista, en la que acudeixen la Paula i el seu pare, i la reunió amb el pare i la mare, la qual no es fa fins després de tres sessions individuals amb la Paula a causa de dificultats de compatibilitat horària.

Els pares, a la reunió sense la Paula, parlen dels primers anys de vida. Comparteixen que van viure l'embaràs amb molts alts i baixos per dificultats en la relació de parella, però també amb una il·lusió compartida per tota la família.

El part va ser vaginal i a terme. Hi va haver complicacions de salut en la mare per hemorràgia, que va causar sensació de fatiga durant els cinc mesos després del part. La lactància va ser materna durant les setmanes inicials, després van passar a biberó amb fórmula per dificultats en aconseguir que la Paula s'agafés bé al pit i el dolor intens que sentia la mare. L'aprenentatge i el desenvolupament psicomotriu van transcórrer dins la normalitat.

Als quatre anys van consultar a un Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç (CDIAP) per conductes possessives cap a la mare que generaven conflicte. Al centre no els van poder atendre degut a la saturació assistencial i a la poca gravetat que suscitava el cas.

Als nou anys, quan els pares es van divorciar, van tornar a consultar a un Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ) arrel de les dificultats que es van generar amb la separació. El pare narra: *“Al principi a mi no em volia ni veure i inclús algun cop m'havia cridat: Ojalà et moris!”*. Es van fer tres sessions al CSMIJ però els pares comenten que la Paula no hi volia anar, deia que no es sentia gens còmode, i no van voler insistir més.

La mare descriu la Paula com una noia introvertida i que passa massa temps dins de casa: *“Busca excuses per a no sortir, no li agrada fer gaire cosa, és molt sedentària”*. Quan s'explora el vincle entre elles, la dona explica que quasi no es veuen, a la Paula li agrada fer activitats a casa i a ella li agrada sortir al carrer. Abans els costava menys trobar espais en comú, *“ara va a la seva”*.

El pare la descriu com una noia tranquil·la, introvertida, amb dificultat per acceptar les crítiques i per expressar els sentiments, poc col·laborativa i que es frustra quan no aconsegueix el que vol. La veu molt reclosa en si mateixa, excepte quan es proposa fer una activitat familiar amb tiets i cosins, que li agrada molt. Es veu reflectit en ella i considera que això facilita que tinguin una relació empàtica: *“jo era com ella, tímid. El que a ella li passa a mi també em passava”*.

En general, tant el pare com la mare, coincideixen en que fa poques activitats i que quan està pitjor anímicament se li accentua. Els dos atribueixen la causa d'aquesta situació als complexos que té i comenten que, malgrat intenten motivar-la per agradar-se més i ser més activa, ella no fa cas. Els pares comparen amistosament: *“Amb ell sent més estabilitat i a mi m'explica les seves coses, xafarderies i això”*.

L'objectiu d'ells dos és que la Paula aconsegueixi sentir-se a gust amb si mateixa i que trobi eines per afrontar les dificultats que es pugui trobar, que no li afecti tant l'opinió dels altres.

La Paula, quan estem soles a la primera visita, es descriu a si mateixa: "*bona persona, molt tímida, familiar i empàtica*". Manifesta dificultats en l'acceptació de l'aparença del propi cos, voldria estar més prima. Sobre la relació amb els seus pares explica: "*amb el papa molt bé, amb la mama... difícil, la veig poc i quan ens veiem sovint discutim*". En les relacions interpersonals descriu una conducta especialment inhibida i sentiments d'inseguretats amb una marcada evitació de la confrontació. L'objectiu que expressa la Paula és veure's millor, acceptar-se.

En conclusió, els principals conflictes que es detecten en la pacient són un baix nivell d'autoestima, inhibició en les relacions interpersonals i dificultats en la relació materna. L'objectiu principal tant dels pares com de la Paula és millorar l'autoestima.

Pla de tractament

Amb la intenció d'assolir l'objectiu marcat per la pacient i els seus pares, el qual va ser millorar l'autoestima de la Paula, es va acordar una intervenció amb sessions de psicoteràpia, on es treballaria l'autoestima des dels conflictes amb les figures d'aferrament, emfatitzant en la relació materna. Per al correcte desenvolupament del procés terapèutic de la Paula, es va procurar crear una vinculació segura, establir una bona aliança terapèutica, com a element essencial per aconseguir el canvi. Així mateix, els pares de la Paula van participar en el procés terapèutic, a través de la seva implicació en el seguiment de la teràpia, de la realització de reunions conjuntes i de l'existència d'una comunicació telemàtica regular, factors clau per a treballar en equip en l'assoliment dels objectius.

Les sessions es van realitzar quinzenalment en format individual i presencial al centre. Les reunions amb els pares es van programar al llarg del procés, depenent del moment de treball en el que es trobava la Paula.

En el present estudi es descriuen un total de vuit visites, en les que s'inclou una avaluació pre i post mitjançant els instruments prèviament citats per a valorar l'efectivitat de la intervenció. També s'exposa la informació obtinguda de l'entrevista amb els pares i sessions d'intervenció amb exercicis terapèutics.

Curs de la intervenció psicoterapèutica

La intervenció és descrita respectant l'ordre cronològic del procés. Inicialment es realitza una avaluació de la pacient i posteriorment s'exposen les intervencions més rellevants que responen els objectius d'estudi anteriorment citats.

La supervisió es realitza amb l'altra psicoterapeuta vinculada al centre, Eva Gispert, amb onze anys d'experiència en el tractament d'aspectes relacionats amb vincle i identitat en l'adopció. Addicionalment s'han fet sessions clíniques en context de seminari amb el Dr. Carles Pérez, psiquiatre i psicoterapeuta d'orientació psicodinàmica i a nivell individual amb Raquel Ribas, psicòloga i neurorehabilitadora especialitzada en atenció infanto-juvenil. La supervisió ha estat d'ajuda en el disseny de la intervenció, en particular en la sessió realitzada amb la família, i en regular aspectes contra-transferencials.

Cal destacar que, per tal de monitoritzar el curs de les sessions, s'han pres notes durant les visites, s'han gravat en àudio i s'ha realitzat un diari de camp incloent les notes més elaborades, les meves reflexions com a terapeuta i els aportacions suggerides a les supervisions.

1. Sessions inicials: Avaluació, formació del vincle i supervisió

L'objectiu de les primeres sessions va ser conèixer a la Paula, als seus pares i al seu entorn, atendre al motiu de demanda i explorar en profunditat tant les manifestacions descrites com altres aspectes que poguessin sorgir i fossin rellevants al tractament. Durant aquestes visites inicials el focus estava molt posat en la construcció d'una bona l'aliança terapèutica, sabent que les primeres sessions són decisives per a l'establiment de la mateixa.

Primera entrevista

Per avaluar l'adolescent es va realitzar una entrevista inicial convocant la Paula i el seu pare, primer fent-los entrar a tots dos i després quedant-me amb ella sola.

En la primera sessió, amb el pare i la Paula, es posa l'accent en el genograma i l'anamnesi, comentats en l'apartat anterior, i en una exploració de la demanda. La Paula, en companyia del pare, comparteix que sent que el seu baix autoconcepte físic és un factor que li genera malestar: *“penso que a mi res em queda bé o que l'altre sempre té un cos millor que el meu”*. Sobre com aquestes creences afecten el seu dia a dia m'explica: *“intento vestir-me per que no se'm vegi gaire”*, tot i així, quan troba una peça de roba o accessori que creu que crida més l'atenció i que li agrada com li queda tampoc ho duu: *“no vull destacar, em fa vergonya que em mirin i pensin coses de mi”*.

Un cop soles ella i jo, la Paula relaciona l'origen i manteniment d'aquestes dificultats amb interaccions amb la seva mare, *“la meva mare em pregunta si la samarreta que s'ha posat la fa grassa, jo li dic que no, és que està prima. Si ella se suposa que està grassa, com em deu veure a mi?”*. Fa 165cm d'alçada i pesa 63kg, tot i que insisteix en que no ho recorda gaire, fa molt que no es pesa. Partint d'aquestes dades el seu IMC seria de 23,1, considerant-se dins la normalitat. Exploro amb ella la possibilitat d'un Trastorn de Conducta Alimentària (TCA); no

destaca simptomatologia que condueixi a tal diagnòstic, tot i així em quedo amb la sospita que la mare potser sí: *“la meva mare sempre diu que està gorda, fa dietes i molt d'esport”*.

Els conflictes amb la mare és el tema que més destaca, va apareixent repetidament durant les sessions. La Paula retrata una mare amb dificultats de gestió emocional pronunciades que dificulten una relació de cures cap a la seva filla: *“si li explico que m'agradaria veure-la més s'enfada o comença a plorar dient que és mala mare, però no arribem a solucionar-ho o a parlar de com em sento jo”*. Aquest patró es repeteix en diverses ocasions, en que la Paula intenta expressar els seus sentiments però acaba retraient-se perquè la mare desborda i ella sent la necessitat de calmar-la, *“si no sento que la destrosso”*.

L'altra tema que s'emfatitza és la inseguretat que sent en les relacions interpersonals, la dificultat que expressa per sentir-se còmode en situacions socials entre iguals: *“em fa por que em jutgin i em faig invisible”*. Tot i així aquest sentiment de judici no només passa amb les amigues: *“la mama fa comentaris sobre com vaig vestida quan no li agrada o creu que no em queda bé, m'incomoda”*.

Ressalten les dificultats en la relació mare - filla i la necessitat de treballar aquest vincle com a part rellevant del tractament. Es cita als pares per a una reunió conjunta amb l'objectiu d'explorar les relacions familiars en profunditat. Paral·lelament, es programa una altra visita individual amb la Paula per continuar amb l'exploració i aprofundir en els temes tractats en aquesta primera entrevista. La pacient es mostra motivada per seguir venint i, a través del seu pare, expressa haver-se sentit molt còmode en aquesta primera entrevista.

Administració de tests

A la següent visita amb la Paula se li administren les següents proves (veure Taula 1).

Taula 1*Proves psicomètriques administrades i resultats obtinguts pre-intervenció*

Resultats pre-intervenció	
Nom de la prova	Puntuació
Escala d'Autoestima	PD= 21 Baixa Autoestima
CaMir-R (dimensió seguretat)	T=30,8 Aferrament insegur
Auto-informe SOATIF	PD= 51

- a) L'Escales d'Autoestima de Rosenberg (1965), per poder obtenir una avaluació quantitativa del seu nivell d'autoestima (veure Annex 2).
- b) El qüestionari d'aferrament CaMir-R (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela i Pierrehumbert, 2011), per a avaluar el seu estil d'aferrament (veure Annex 3).
- c) L'autoinforme per a teràpia individual del SOATIF (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006), per a avaluar la força de l'aliança terapèutica: vinculació al procés terapèutic i la connexió emocional amb el terapeuta (veure Annex 4).

En aquesta segona visita a la Paula se la nota més còmode, malgrat se la veu tímida aconseguix expressar-se i seguir compartint les seves dificultats. Després de l'administració de proves s'aprofundeix en records d'infància, parlem de la seva relació amb els pares: *“Em recordo molt feliç de petita, moltes abraçades, tardes al parc... rebre molta atenció. Amb la separació tot va canviar”*. Se li proposa portar feta per la següent visita una línia de vida.

Ruptura i supervisió

La tercera visita programada la cancel·la, se la veu poc motivada per la tasca que es va proposar. El pare m'escrivi explicant que no l'ha fet i que no vol afrontar la situació de dir-m'ho. Es re-programa la visita i li dic que, de moment, no cal que porti la línia de vida, amb l'objectiu d'evitar un trencament definitiu.

Amb aquesta anul·lació de la visita sento una ruptura en l'aliança. Faig una sessió de supervisió en la que treballo la meva contratransferència. Sento frustració amb la dificultat de la Paula per comunicar-se de manera directa i honesta. Transformo la font de frustració en font d'informació molt valuosa per al procés d'avaluació i com a part de la construcció d'aquesta aliança.

La parella de mare

A la següent sessió, i última del procés d'avaluació, arriba enfadada per un conflicte amb la seva mare i la sessió es centra en la relació materna. M'explica de quina manera sent que afecta al vincle entre elles la nova relació de parella de la mare: *“tot el dia està pendent d'ell, inclús si en algun moment estem juntes està pendent del mòbil per parlar amb ell. Si ja estem poc juntes ara ja...”*. La Paula expressa dificultats per compartir l'espai de casa amb una persona que li resulta encara poc familiar. Parlem també d'una relació anterior de la mare: *“la mama ja em culpa del fracàs de la seva relació amb l'altre home, i potser té raó. Si ara li dic alguna cosa sobre aquesta i després no funcionen em dirà que també he estat jo”*.

Al final de la sessió comentem l'anul·lació de l'anterior, arribant a un acord amb la Paula de, en la mesura del possible, no proposar exercicis entre sessions. Tenint en compte la teoria de Brodin (1994) sobre l'aliança terapèutica, l'acord en les tasques és un dels tres pilars del vincle terapèutic, d'aquesta manera, després de l'anul·lació de la visita anterior, era molt

important per l'establiment d'una bona relació que arribéssim a un consens respecte els exercicis que es proposen a teràpia.

Inici del vincle terapèutic

En aquesta primera etapa del tractament vaig sentir que, malgrat la petita ruptura, la relació terapèutica augmentava en cada sessió: cada vegada s'obria més i m'explicava més detalls, generant una conversa més fàcil i fluïda, i la seva posició corporal era més relaxada. Vaig buscar establir un vincle positiu, a través de l'escolta activa i l'acceptació incondicional, i vam arribar a un acord en les tasques, el quan ja són dues de les tres bases de l'aliança terapèutica definides per Brodin (1994). La tercera base són els objectius, que en aquesta fase inicial encara no havia pres un paper prou rellevant, tot i així vaig tenir present mostrar que l'exploració psicològica que estava realitzant anava totalment lligada a la seva demanda i li anava donant sentit al que fèiem en sessió en base al seu motiu de consulta.

2. Sessions intermitges: Reunió amb els pares, vincle i autoconcepte

Aquesta secció agrupa sessions realitzades entre el període d'avaluació i la sessió de tancament, on s'inclou la reunió amb els pares i les sessions individuals amb la Paula més rellevants al present estudi i a l'assoliment de metes terapèutiques.

L'objectiu de les sessions intermitges va ser tancar el període d'avaluació i començar a intervenir sobre les dificultats observades amb l'objectiu d'assolir les metes terapèutiques acordades, comentades a l'apartat anterior corresponent.

Reunió

La intenció de la reunió amb els pares era establir un primer contacte amb la mare, obrir un canal de comunicació entre nosaltres tres, donar feedback de l'avaluació amb la Paula i fer una proposta de tractament. Una altra meta d'aquesta trobada era obtenir informació sobre com interactuen els pares entre ells i fer-los algunes preguntes que m'havien sorgit durant les primeres sessions amb la Paula.

El pare arriba puntual, ja ens havíem conegut a la primera entrevista. La mare arriba una mica tard, és el primer dia que ens coneixem. Té poca disponibilitat per reunir-nos, motiu pel qual la primera trobada conjunts es fa després de 4 sessions i no abans. Ella té un aspecte juvenil. Es saluden d'una manera que denota molta calidesa i proximitat. Començo la conversa exposant els motius i objectius de la reunió: establir contacte, acabar de recollir alguna informació que falta i fer-los un retorn dels que he vist fins ara.

Repassem els buits d'informació que han quedat sobre l'embaràs i els primers anys de vida, ara que la mare també està present. Amb això s'acaba de completar l'anamnesi, comentada en l'apartat anterior corresponent.

Durant la reunió destaquen les mostres emocionals de la dona. Expressa sentiments de culpabilitat, sensació d'incapacitat i plora: *"jo sóc una histèrica, sempre estic amb les meves coses i no trobo el temps per estar amb ella"*. Malgrat és capaç de veure les dificultats en la relació amb la seva filla, no mostra una actitud proactiva per a actuar sobre aquestes. Tot i així, es mostra molt oberta a adquirir eines per desbloquejar aquestes limitacions i millorar la relació amb la Paula.

Ell sent motivació per seguint millorant el seu vincle amb la Paula, mostra habilitats més desenvolupades per fer-ho, se'l veu més empàtic, amb una gestió més elevada de les pròpies

emocions i sap posar-li límits que la continguin. Així mateix, es mostra també implicat i col·laboratiu en la millora del vincle entre elles dues.

Incidim en la necessitat de trobar espais conjunts per treballar el vincle i, amb això, l'autoestima i sensació de seguretat de la Paula, així com també pautes per evitar comentaris respecte l'aspecte físic.

Tant el pare com la mare s'han mostrat oberts i implicats respecte el procés psicoterapèutic de la Paula i entenen que ells també en tenen un rol clau. Em donen feedback molt positiu de com se sent la Paula amb mi i en aquest procés que ha iniciat, així com també sobre com s'han sentit ells en aquesta reunió.

Dono les metes d'aquesta reunió per assolides: he conegut a la mare i ens hem posat en contacte per telèfon també, he pogut aprofundir en les relacions familiars, inclosa la d'ells amb els seus pares, els he pogut traspasar les meves observacions i conclusions i ens hem posat d'acord sobre com encarar el tractament i en la importància de cooperar entre tots per arribar als objectius que ens hem marcat.

La mare volcà

L'objectiu d'aquesta sessió era tancar amb ella el període d'avaluació i començar a treballar sobre els aspectes observats. En aquest exercici en concret es buscava fer-la conscient dels rols i vincles familiars i com aquests poden impactar sobre la seva autoestima. La intenció de l'activitat era donar sentit a les metes terapèutiques que li proposaria a posteriori.

L'activitat consistia en representar als membres del genograma tal com ella els veia a través d'escollir una carta per membre (puntualment més d'una) del joc de taula Dixit (Roubira, 2011). Un cop fet aquest primer pas, havia de col·locar les cartes en la posició que cregués que

més reflecteix la realitat i, després, comentar com cada carta (membre) es relaciona amb la resta (veure Annex 5).

El més destacant de l'exercici és la manera com va retratar la seva mare: un volcà. A més a més la va situar al centre, respecte l'àvia, la tieta, la parella i de la Paula mateixa. Explorant les seves representacions la Paula explicava com la mare tenia grans dificultats per autogestionar-se, buscant sempre la regulació d'una font externa: *“El dia aquest que va ploure tant i es va estressar per si la casa s'inundava. Es va posar a plorar i a cridar-me perquè no estava fent res, és que tampoc sabia què fer, i va trucar el seu novio perquè vingés i també al papa, per renyar-lo per no haver-la trucant preguntant si estàvem bé”*. Situacions d'aquest tipus en que la mare desborda passen recurrentment i a la Paula la fan sentir desprotegida, insegura i emocionalment estressada.

A la Paula li ressonava aquesta sensació que viu respecte la mare en altres situacions. En aquestes situacions també es sent vulnerable però, a diferència de les situacions amb la mare, en aquestes altres no entén perquè es sent així. No veu una amenaça real, tot i així s'activa el mateix mecanisme.

Es va posar en manifest com els vincles amb els pares, especialment amb la mare, és una part molt important d'ella i, en conseqüència, impacta significativament sobre la seva manera de ser. Va donar sentit als sentiments d'inseguretat i desprotecció que sent a vegades, i a les accions que fa en format de reclusió per buscar aquesta protecció que necessita.

En acabar vam establir juntes les metes terapèutiques, seguint la línia del que ja havia parlat jo amb els pares i havíem acordat amb ells. Amb això arribàvem a un acord en els objectius: augmentar l'autoestima a través de millorar el vincle amb la mare i d'exercicis en sessió.

Autoestima

L'objectiu de la sessió va ser donar espai als aspectes positius d'ella, ser conscient de les aptituds i recursos que té i dels èxits obtinguts que ho demostren per confrontar les creences negatives sobre si mateixa.

L'exercici consistia en dibuixar un arbre, que se li veiessin les arrels, el tronc i la copa. A través del diàleg es rescaten (1)adjectius positius sobre ella, que s'escriuen a les arrels, (2)habilitats i coses que se li donen bé fer, que es posaran al tronc, i (3)mèrits i acompliments personals, que s'escriuen a la copa. Amb això es va relacionant metafòricament amb un arbre que té unes bones arrels, que li permet créixer un tronc resistent i generar uns fruits.

El més destacable de l'exercici va ser el canvi d'actitud que va mostrar la pacient. A l'inici li costava trobar aspectes positius de si mateixa: *“No ho sé... sóc empàtica però... tampoc amb tothom, o sigui que no, perquè també sóc una borde a vegades o contesto malament”* (veure Annex 6).

Es va tancar la sessió repassant en veu alta tot el que s'havia escrit, ella ho anava llegint i explicant i jo repetia algunes paraules clau per donar-li pes. Vaig assenyalar-li el canvi que havia vist al llarg de l'exercici en forma de reforç positiu. La sensació final va ser molt bona: *“em sembla que ho penjaré al suro de l'habitació per recordar-me'n”*.

Malgrat cal continuar treballant, es van donar per assolits els objectius d'aquesta sessió. La Paula va poder rescatar aspectes positius d'ella, va ser conscient de l'espai tant gran que ocupen els negatius i va fer espai per aspectes més favorables sobre si mateixa.

3. Sessió final: comiat i administració de tests

Aquesta última sessió tenia com a objectiu tancar el període dedicat a l'estudi i fer un comiat per una transició en la modalitat de la teràpia, ja que es faria una pausa de 3 setmanes i després es reprendria la intervenció en format online.

La intenció de la visita és avançar el canvi que ja arriba, comentar com es farà aquest canvi per saber què pot esperar i, amb això, donar més sensació de seguretat en aquesta transició. Una altra part important de la sessió va ser assenyalar els avenços que ja s'han fet, fer una comparativa que faci evident els canvis i millores respecte l'inici de la teràpia. També es van administrar de nou els tres tests per obtenir mesures post-intervenció (veure annex corresponent a cada un). Es mostra una taula comparativa dels resultats entre les mesures pre i post intervenció. (veure Taula 2).

Taula 2

Comparativa de resultat pre i post intervenció

Resultats pre i post intervenció			
Nom de la prova	Puntuació		Balanç pre-post
	Pre	Post	
Escala d'Autoestima	PD= 21	PD=26	Millora
	Baixa	Mitja	
CaMir-R (dimensió seguretat)	T=30,8	T=46,2	Millora
	Insegur	Insegur	
Auto-informe SOATIF	PD=51	PD=57	Millora

Als resultats de les proves s'observa una millora en totes les puntuacions respecte la primera administració. La Paula fa un balanç positiu dels avenços que veu des de l'inici del procés terapèutic, és conscient de les seves dificultats i es sent amb eines per fer-hi front. Es mostra motivada per a seguir treballant.

M'explica que està il·lusionada perquè la mare aquest any s'ha organitzat les vacances de nadal de manera que puguin passar més temps juntes: “*mirarem pelis i jugarem a jocs de taula, fa molt que no ho fem i... m'agrada*”.

Tanquem aquest primer període del procés psicoterapèutic i acordem reprendre les sessions al iniciar el segon trimestre del curs escolar, després de les vacances.

Entrebancs terapèutics

Un dels principals entrebancs terapèutics considero que va ser la freqüència de les sessions. Al passar dues setmanes entre una visita i la següent, notava força desvinculació entre sessions, faltava continuïtat. En un moment d'inici i consolidació del vincle com en el que ens trobàvem, dues setmanes podria ser massa distància temporal com per poder fer créixer el vincle de la manera més adequada.

Un altre entrebanc terapèutic afegit va ser no poder proposar exercicis per fer entre sessions, ja que la pacient es mostrava desmotivada per fer-los i implicava que no acudís a la següent visita. Malgrat es va decidir posposar els exercicis entre-sessions per quan l'aliança terapèutica i la implicació de l'adolescent fossin majora, posar exercicis hagués pogut ser un recurs per guanyar continuïtat i per donar suport a la intervenció.

Avaluació final del procés i resultats de la teràpia

Amb tot això observem que la pacient ha aconseguit apropar-se als seus objectius, havent augmentat l'autoestima i mostrant una millora en el vincle d'aferrament. L'aliança terapèutica es podria considerar molt bona, de manera que s'ha aconseguit establir una bona relació per a propiciar el canvi terapèutic.

Partint el marc teòric referenciat a l'inici de l'estudi, s'ha fet una intervenció posant el focus en l'aliança terapèutica per a buscar una millora en l'aferrament de la pacient adolescent i, en conseqüència, en la seva autoestima. Els resultats mostren millores respecte l'inici de la teràpia en l'aliança terapèutica que es reflecteixen en el vincle d'aferrament i en l'autoestima. Davant d'això, l'aliança pot haver estat un element facilitador pel canvi terapèutic.

En l'avaluació del seu aferrament, la Paula mostra sentir més suport per resoldre els seus problemes, un augment en la percepció de la quantitat d'afecte que rep dels seus pares, més confiança amb les seves figures d'aferrament i una millora en la creença respecte si als seus pares els agrada passar temps amb ella.

Pel que fa l'autoestima, les respostes recollides amb l'Escala d'autoestima de Rosenberg (1965) posen en manifest que es sent més satisfeta amb si mateixa, s'ha reduït la creença de fracàs personal i ha augmentat el seu autoconcepte. Com a resultats generals, la Paula va iniciar amb uns resultats que indicaven una autoestima baixa amb problemes significatius i al tancar el primer període del tractament, el que fa referència al present estudi, es situava amb uns resultats d'autoestima mitja, de manera que s'ha produït una millora destacable.

En quant a l'aliança terapèutica, els resultats de l'autoinforme per a sessions de teràpia individuals de SOATIF (2006) mostren millores en les tres subescales del test: vinculació al procés terapèutic, connexió emocional i seguretat, implicant que la Paula ha aconseguit sentir

un equip de treball per assolir les metes terapèutiques, que ha millorat la connexió emocional amb la terapeuta i que percep l'espai terapèutic com a segur per a l'expressió pròpia.

Una proposta per aprofundir aquest estudi seria analitzar de manera més específica la relació de causalitat entre l'augment de l'aliança i la millora de l'aferrament i de l'autoestima. A més llarg termini, seguint amb aquest mateix estudi de cas, podria resultar interessant seguir amb la intervenció avaluant recurrentment les tres variables, amb l'objectiu d'obtenir més mesures i poder observar millor la relació entre els canvis en la relació terapèutica i els canvis en l'autoestima i l'aferrament.

Referències

Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., i Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 2011, vol. 23, num. 3, p. 486-494.

Barceló, T. "Las actitudes básicas rogerianas en la entrevista de relación de ayuda." *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales* 70.136 (2012): 123-160.

Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions.

Botella, L., i Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de psicología*, 101, 21-33.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

Bowlby, J. (1980). *La Pérdida Afectiva* Paidós Barcelona 1993.

Corbella, S., i Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 19(2), 205-221.

Friedlander, M. L., Escudero, V., i Heatherington, L. (2006). Engagement in the Therapeutic Process. A M. L. Friedlander, V. Escudero, i L. Heatherington, *Therapeutic alliances in couple and family therapy: An empirically informed guide to practice* (pp. 71–86). American Psychological Association.

Gili, M., Campayo, J. G., i Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 104-108.

Godenne, G. D. (2003). Forming a therapeutic alliance with teenagers. Textbook of Adolescent Psychiatry.

Ikiz, F. E., i Cakar, F. S. (2010). Perceived social support and self-esteem in adolescence. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 2338-2342.

Mikulincer, M., i Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change*. U.S.A.: The Guilford Press.

Muñoz-Martínez, A., i Novoa-Gómez, M. (2012). *Motivos de consulta e hipótesis clínicas explicativas*. *Terapia psicológica*, 30(1), 25–36. doi:10.4067/s0718-48082012000100003

Pastor, Y., Balaguer, I. i Benavides, G. (2004). Influencia de los dominios del autoconcepto en la autovalía global en los adolescentes. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 12(3), 97-112.

Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., i Obiols, J. E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 22(3), 389-395.

Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale. *Acceptance and commitment therapy. Measures package*, 61(52), 18.

Roubira, J. L. (2011). Dixit: Odyssey expansion [joc de taula]. Libellud.

Santelices, M. P., Ramírez, V., Armijo, I., Pérez Salas, C. P., i Olhaberry, M. (2008). Evaluación del apego en adolescentes y adultos: adaptación chilena del cuestionario de apego CAMIR.

Schore, A. N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. WW Norton & Company.

Skourteli, M. C., i Lennie, C. (2010). The therapeutic relationship from an attachment theory perspective. *Counseling Psychology Review*, 26, 20-33.

Wilkinson, R. B., i Parry, M. M. (2004). Attachment styles, quality of attachment relationships, and components of self-esteem in adolescence. In *The 39th Australian Psychological Society Annual Conference, Melbourne, Australia, September 2004*. pp. 301-305. The Australian Psychological Society.

Annex 1**CONSENTIMENT INFORMAT PER PARTICIPANTS**

L'estudi de cas forma part del Treball Final de Màster Universitari en Psicologia General Sanitària que està sent realitzat per Joana Gispert i Valero (col·legiada 29.353) a la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna (Universitat Ramon Llull, Barcelona).

La participació en l'estudi és voluntària, de manera que pot abandonar-se en qualsevol moment.

Les dades dels participants seran confidencials i utilitzats només a efectes d'aquesta investigació. Les dades seran tractades segons el Reial Decret 1720/2007, pel qual s'aprova el Reglament de desenvolupament de la Llei Orgànica de Protecció de Dades Personals (15/1999), i segons la Llei bàsica reguladora de l'autonomia del Pacient i de Drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica (41/2002).

CONSENTIMENT INFORMAT

Jo, (*nom complet del pare*), amb DNI (*número DNI pare*), pare de (*nom complet de la pacient*)

Jo, (*nom complet del mare*), amb DNI (*número DNI mare*), mare de (*nom complet de la pacient*)

participant menor d'edat (*nom complet de la pacient*), amb DNI (*número DNI pacient*)

declaro que he rebut informació sobre l'estudi per al qual se sol·licita la seva participació. He estat informat/da de tots els aspectes relacionats amb la confidencialitat i la protecció de dades, que la participació és totalment voluntària i que tinc dret a retirar-me en qualsevol moment.

Per tot això, dono el consentiment per a que la meua filla a participar en l'estudi de cas per al Treball de Final de Màster de Joana Gispert i al fet que puguin gestionar les dades preservant en tot moment la identitat i intimitat de la pacient.

A (*nom del municipi*), a data de 21/09/2021

Pare

Mare

Participant

Joana Gispert i Valero

Annex 2Escala d'Autoestima de Rosenberg

Data d'aplicació: 22 d'octubre de 2021 (Pre-intervenció)

Item		Resposta
1.	Sento que sóc una persona digne d'estima, almenys en igual mesura que els demás.	D'acord
2.	Estic convençuda que tinc qualitats bones.	D'acord
3.	Sóc capaç de fer les coses tant bé com la majoria de la gent.	D'acord
4.	Tinc una actitud positiva cap a mi mateixa.	En desacord
5.	En general estic satisfeta amb mi mateixa.	Molt en desacord
6.	Sento que no tinc molt del que estar orgullosa.	D'acord
7.	En general, m'inclino a pensar que sóc una fracassada.	D'acord
8.	M'agradaria poder sentir més respecte per mi mateixa.	Molt d'acord
9.	Hi ha vegades que realment penso que sóc una inútil.	D'acord
10.	A vegades crec que no sóc bona persona.	D'acord

PD= 21

Una puntuació directa inferior a 25 indica una autoestima baixa, manifestant problemes significatius d'autoestima.

Data d'aplicació: 23 de desembre de 2021 (Post-intervenció)

Item		Resposta
1.	Sento que sóc una persona digne d'estima, almenys en igual mesura que els demás.	D'acord
2.	Estic convençuda que tinc qualitats bones.	D'acord
3.	Sóc capaç de fer les coses tant bé com la majoria de la gent.	D'acord
4.	Tinc una actitud positiva cap a mi mateixa.	En desacord
5.	En general estic satisfeta amb mi mateixa.	En desacord
6.	Sento que no tinc molt del que estar orgullosa.	D'acord
7.	En general, m'inclino a pensar que sóc una fracassada.	En desacord
8.	M'agradaria poder sentir més respecte per mi mateixa.	D'acord
9.	Hi ha vegades que realment penso que sóc una inútil.	D'acord
10.	A vegades crec que no sóc bona persona.	En desacord

PD= 26

Una puntuació directa entre a 26 i 29 indica una autoestima sense problemes significatius però que és convenient millorar-la.

Annex 3Qüestionari d'aferrament CaMir-R

Llegenda de respostes:

1. En total desacord
2. En desacord
3. Neutre (ni d'acord ni desacord)
4. D'acord
5. Totalment d'acord

Data d'aplicació: 22 d'octubre de 2021 (Pre-intervenció)

Item		Punt.
1.	Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos infantiles	4
2.	Mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario	2
3.	En caso de necesidad, estoy seguro(a) de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo	4
4.	Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo lo he sido	3
5.	En la vida de familia, el respeto a los padres es muy importante	5
6.	Cuando yo era niño(a), sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos	5

7.	Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez, me parecen, en general, positivas	5
8.	Detesto el sentimiento de depender de los demás	3
9.	Sólo cuento conmigo mismo para resolver mis problemas	4
10.	Cuando yo era niño(a), a menudo, mis seres queridos se mostraban impacientes e irritables	4
11.	Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos	2
12.	No puedo concentrarme sobre otra cosa, sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas	3
13.	Cuando yo era niño(a), encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte	2
14.	Siempre estoy preocupado(a) por la pena que puedo causar a mis seres queridos al dejarlos	4
15.	Cuando era niño(a), tenían una actitud de dejarme hacer	3
16.	De adolescente, nadie de mi entorno entendía del todo mis preocupaciones	3
17.	Cuando yo era niño(a), teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia	4
18.	Tengo la sensación de que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos	5
19.	Los niños deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia	5

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

	Media	Estudio	Puntuaciones	
Escalas	del	n=401	T	
	sujeto	Media	S.D.	del sujeto
1. Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego	4.14	4.36	0.56	30.8
2. Preocupación familiar	3.67	3.18	0.69	57.0
3. Interferencia de los padres	2.00	2.45	0.72	43.8
4. Valor de la autoridad de los padres	4.00	4.21	0.66	51.9
5. Permisividad parental	2.67	1.88	0.68	56.7
6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres	3.50	2.66	0.79	60.7
7. Traumatismo infantil	3.20	1.68	0.65	67.2

Data d'aplicació: 23 de desembre de 2021 (Post-intervenció)

Ítem		Punt.
1.	Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos infantiles	4
2.	Mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario	3
3.	En caso de necesidad, estoy seguro(a) de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo	4
4.	Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo lo he sido	3
5.	En la vida de familia, el respeto a los padres es muy importante	5

6.	Cuando yo era niño(a), sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos	5
7.	Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez, me parecen, en general, positivas	5
8.	Detesto el sentimiento de depender de los demás	3
9.	Sólo cuento conmigo mismo para resolver mis problemas	3
10.	Cuando yo era niño(a), a menudo, mis seres queridos se mostraban impacientes e irritables	3
11.	Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos	2
12.	No puedo concentrarme sobre otra cosa, sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas	3
13.	Cuando yo era niño(a), encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte	4
14.	Siempre estoy preocupado(a) por la pena que puedo causar a mis seres queridos al dejarlos	5
15.	Cuando era niño(a), tenían una actitud de dejarme hacer	2
16.	De adolescente, nadie de mi entorno entendía del todo mis preocupaciones	4
17.	Cuando yo era niño(a), teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia	4
18.	Tengo la sensación de que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos	5

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

32.	A menudo, me siento preocupado(a), sin razón, por la salud de mis seres queridos	3
-----	--	---

	Media	Estudio		Puntuaciones
Escalas	del	n=401		T
	sujeto	Media	S.D.	del sujeto
1. Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego	4.14	4.36	0.56	46.2
2. Preocupación familiar	3.67	3.18	0.69	57.0
3. Interferencia de los padres	2.00	2.45	0.72	43.8
4. Valor de la autoridad de los padres	4.00	4.21	0.66	46.9
5. Permisividad parental	2.67	1.88	0.68	61.6
6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres	3.50	2.66	0.79	60.7
7. Traumatismo infantil	3.20	1.68	0.65	73.4

Annex 4SOATIF Auto-informe per a teràpia individual

Data d'aplicació: 22 d'octubre de 2021 (Pre-intervenció)

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1. Lo que hacemos en terapia puede solucionar nuestros problemas.	1	2	3	4	5
2. El terapeuta me comprende.	1	2	3	4	5
3. Las sesiones me sirven para abrirme (por ejemplo: expresar sentimientos o probar cosas nuevas).	1	2	3	4	5
4. Resulta difícil comentar con mi terapeuta lo que hay que hacer en terapia.	1	2	3	4	5
5. El terapeuta está haciendo todo lo posible por ayudarme.	1	2	3	4	5
6. Me siento cómodo/a y relajado/a en las sesiones.	1	2	3	4	5
7. Siento que estoy trabajando en equipo con el terapeuta.	1	2	3	4	5
8. Considero que el terapeuta se ha convertido en una persona importante para mí.	1	2	3	4	5
9. Hay algún tema del que no me atrevo a hablar en terapia.	1	2	3	4	5
10. Entiendo el sentido de lo que se hace en terapia.	1	2	3	4	5

11. Al terapeuta le faltan conocimientos y capacidad para ayudarme.	1	2	3	4	5
12. A veces estoy a la defensiva en las sesiones.	1	2	3	4	5

Subescala	Puntuació
Vinculació al procés	17
Connexió emocional	18
Seguretat	16
Puntuació total	51

Data d'aplicació: 23 de desembre de 2021 (Post-intervenció)

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1. Lo que hacemos en terapia puede solucionar nuestros problemas.	1	2	3	4	5
2. El terapeuta me comprende.	1	2	3	4	5
3. Las sesiones me sirven para abrirme (por ejemplo: expresar sentimientos o probar cosas nuevas).	1	2	3	4	5
4. Resulta difícil comentar con mi terapeuta lo que hay que hacer en terapia.	1	2	3	4	5
5. El terapeuta está haciendo todo lo posible por ayudarme.	1	2	3	4	5

6. Me siento cómodo/a y relajado/a en las sesiones.	1	2	3	4	5
7. Siento que estoy trabajando en equipo con el terapeuta.	1	2	3	4	5
8. Considero que el terapeuta se ha convertido en una persona importante para mí.	1	2	3	4	5
9. Hay algún tema del que no me atrevo a hablar en terapia.	1	2	3	4	5
10. Entiendo el sentido de lo que se hace en terapia.	1	2	3	4	5
11. Al terapeuta le faltan conocimientos y capacidad para ayudarme.	1	2	3	4	5
12. A veces estoy a la defensiva en las sesiones.	1	2	3	4	5

Subescala	Puntuació
Vinculació al procés	19
Connexió emocional	19
Seguretat	19
Puntuació total	57

Annex 5

Activitat sobre relacions familiars



Annex 6

Exercici sobre l'autoestima

