



**Universidad
Europea** MADRID

**“Intervención en un caso de Trastorno de Estrés
Postraumático”**

Máster de Psicología General Sanitaria

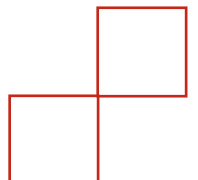
Autora: Nora Moreno Alonso

Tutores: Carlos López Cavada y Alicia Valverde Miró

28 de Febrero 2022

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



ÍNDICE

Resumen	4
Abstract	4
1. Introducción.....	5
1.1 Conceptualización de Estrés.....	5
1.2 Conceptualización de Trauma.....	5
1.2.1 Trauma y Evitación Experiencial	6
1.3 Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).....	6
1.3.1 Definición y Síntomas	6
1.3.2 Criterios Diagnósticos de TEPT	7
1.4 Modelos Teóricos.....	10
1.5 Comorbilidad.....	11
1.6 Evaluación	12
1.7 Tratamientos.....	13
2. Identificación del Paciente y Motivo de Consulta	15
3. Estrategias de Evaluación	16
4. Formulación Clínica del Caso.....	20
4.1 Resultados de la Prueba de Evaluación.....	20
4.2 Análisis Funcional del Problema	21
4.3 Análisis Psicológico del Problema (Origen y Mantenimiento).....	25
4.4 Objetivos del Tratamiento	26
4.4.1 Conductas a Eliminar Modificar.....	27
4.4.2 Conductas a Implantar.....	27
5. Tratamiento.....	29
6. Valoración del Tratamiento.....	36
7. Discusión y Conclusiones.....	39
8. Referencias Bibliográficas	43
9. Anexos.....	48
9.1 Anexo 1	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	7
Tabla 2.....	8
Tabla 3.....	22
Tabla 4.....	28
Tabla 5.....	29

Resumen

En este trabajo vamos a presentar el caso de una paciente con Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). La paciente de 18 años acudió a consulta en Agosto del 2021 refiriendo presentar ideación suicida, síntomas depresivos (con un llanto diario), sintomatología ansiosa (con ataques de ansiedad) y dificultad para estudiar. La paciente narra que este cuadro de síntomas comenzó tras la participación en el juicio (a la edad de los 11 años) por el abuso sexual de su hermana (a la edad de 2 años) y su resultado, llegando a un intento de suicidio a los 12 años. La paciente manifiesta haber desarrollado estos síntomas a lo largo de este tiempo, siendo en estos dos últimos meses más intensos e interfiriéndola en su vida. El tratamiento que se utilizó fue un modelo cognitivo-conductual junto a terapias de tercera generación, como la terapia de aceptación y compromiso. La paciente ha acudido a un total de 11 sesiones de una hora de duración. Los resultados que se obtuvieron fueron de una mejora significativa en sus síntomas, a pesar de presentar un cambio en su evolución en la última sesión.

Palabras clave: estudio de caso, evitación, suicidio, trastorno por estrés postraumático (TEPT).

Abstract

In this work we are going to present the case of a patient with Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). The 18-year-old patient came to the clinic in August 2021, reporting suicidal ideation, depressive symptoms (with daily cry), anxious symptoms (with anxiety attacks) and difficulty to study. The patient narrates that this picture of symptoms began after participating in the trial (at the age of 11 years) for the sexual abuse of her sister (at the age of 2 years) and its result, reaching a suicide attempt at the age of 12. The patient states that she has developed these symptoms throughout this time, being more intense in the last two months and they are interfering with her life. The treatment that was used was a cognitive-behavioral model together with third-generation therapies, such as acceptance and commitment therapy. The patient has attended a total of 11 one-hour sessions. The results obtained were a significant improvement in their symptoms, despite presenting a change in their evolution in the last session.

Keywords: avoidance, case study, suicide, post traumatic stress disorder (PTSD).

1. Introducción

A nivel mundial se estima que 8% de habitantes desarrollarán trastorno de estrés postraumático a lo largo de su vida (Martín y Ochotorera, 2004; Demyttenaere et al., 2004). En los países desarrollados los índices de prevalencia se encuentran entre 5% y 15%, en función de la exposición a eventos traumáticos (Palacios y Heinze, 2002).

Los eventos traumáticos cobran mayor importancia cuando se desarrollan en las primeras etapas de vida. En estudios como los de Gunaratnam & Alisic (2017) y Takada et al. (2018) destacan la infancia y adolescencia como momentos vitales donde el riesgo de exposición a traumas es alto. McLaughlin et al. (2013) recogen en su estudio que el 60% de esta población habrá experimentado algún evento traumático al final de la adolescencia.

Autores como Carvajal (2002) asocia el trastorno de estrés postraumático con estrés y trauma. Se contextualizarán ambos fenómenos para entender el desarrollo de este trabajo.

1.1 Conceptualización de Estrés

El estrés se define debido a la relación que hay del mismo con el estudio de caso que a continuación se desarrolla. Así, es definido como la respuesta inespecífica del organismo ante una demanda que puede ser adaptativa o patológica. Asimismo, el estímulo que lo causa puede ser físico o psicológico, y la respuesta adaptativa o patológica. En relación con los pacientes con TEPT, la respuesta de estrés no se aleja de lo normal, sino que existen indicadores biológicos que individualizan la respuesta específica de este cuadro clínico (Carvajal, 2002).

1.2 Conceptualización de Trauma

El trauma, teniendo en cuenta la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM 5, publicada en 2014 en su quinta edición por la American Psychiatric Association (APA, 2014), se puede entender como cualquier situación en que una persona se expone a escenas de muerte (real o inminente), lesiones físicas graves o agresiones sexuales, experimentándolo como víctima directa o como persona cercana a la víctima y/o testigo del suceso (Figuroa et al., 2016).

1.2.1 Trauma y Evitación Experiencial

Una de las manifestaciones características de las personas con trauma es experimentar fobia ante recuerdos del evento traumático y sus efectos derivados (Van Der Hart, 2012). Autores como Hayes et al. (1996) definen este fenómeno como evitación experiencial, y lo sitúan en pacientes que evitan tomar contacto con experiencias privadas particulares relacionadas con el trauma (por ejemplo, sensaciones corporales, emociones, pensamientos y recuerdos entre otros), intentando alternar la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona (Ferro, 2000). Con el objetivo de conocer en mayor profundidad otras manifestaciones características del trauma, elegiremos el trastorno del estrés postraumático para desarrollar en el presente trabajo.

1.3 Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

El conocimiento sobre el TEPT ha experimentado una evolución en su recorrido histórico. Se puede situar el comienzo del estudio de este concepto a raíz de situaciones bélicas, situando los primeros traumas psíquicos en contextos de guerra y accidentes ferroviarios. Freud (1893, 1894, 1919, 1920, 1925, citado en Uribe et al., 2017) explica que las emociones y el terror son agentes etiológicos que producen una sintomatología en la que a través de sueños se revive el suceso traumático, produciéndose intentos de evitación o repeticiones involuntarias de la situación. De este fenómeno, se acuñaron los conceptos de neurosis traumática y neurosis de guerra, términos que han evolucionado hasta concebirse actualmente como estrés postraumático (García, 2005; Ramírez, 2004; Uribe et al., 2017).

Estos estudios anteriores han servido como punto de partida para investigar otras formas de expresión del TEPT como el ocurrido en la infancia y situaciones traumáticas más recientes como el maltrato psicológico, agresiones sexuales, desastres naturales, atentados terroristas, entre otros (Martín y Ochotorena, 2004).

1.3.1 Definición y Síntomas

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) recogido en el DSM-V se define por una sintomatología específica que sufren las personas expuestas a uno o varios sucesos traumáticos. Las diferentes presentaciones de estos síntomas varían en función del individuo. En algunos, existe una reexperimentación del miedo, con síntomas emocionales y de comportamientos, de carácter angustioso, con anhedonia o estado de ánimo disfórico, y cogniciones negativas. Otros individuos, pueden presentar sintomatología caracterizada por

la excitación y la externalización de los síntomas reactivos, mientras que en otros predominan los síntomas disociativos (APA, 2014).

Un aspecto clave en la aparición del TEPT es el que coinciden varios estudios es que este trastorno no se desarrolla únicamente ante la exposición al trauma, sino también por respuesta individual traumática, así la reacción del individuo determinará que el hecho sea traumático o no (Enrique, 2004; Orozco et al., 2008 y Palacios y Heinza, 2002).

En consecuencia, existen estudios que afirman la existencia de factores de riesgo y de resiliencia que influyen en la aparición del TEPT. A continuación, se presenta una tabla (Tabla 1) creada en base a los factores de riesgo más importantes recogidos en el estudio de Pieschacón (2006) y de resiliencia recogidos en Kaplan et al. (2005):

Tabla 1

Factores de riesgo y de resiliencia

Factores de riesgo	Edad de la víctima (más joven), ser mujer, tener psicopatología preexistente, estrategias individuales de afrontamiento, apoyo social. Trauma severo, prolongado e inesperado.
Factores de resiliencia	Poseer altas habilidades verbales para integrar narrativas, existencia de figura de apoyo, capacidad de pautas conductuales para metas con planes, apoyo de instituciones de salud en detección temprana de situaciones traumáticas y establecimiento de intervenciones terapéuticas tempranas.

1.3.2 Criterios Diagnósticos de TEPT

Actualmente hay dos manuales referentes para llevar a cabo el proceso diagnóstico del trastorno de estrés postraumático (TEPT). El primero es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales del DSM 5 (APA, 2014). Y, la otra la CIE-11, publicada en 2019 por parte de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2019) como recopilatorio electrónico cuyo objetivo es servir como herramienta internacional estándar de información, relacionada con la evaluación, seguimiento de enfermedades y el establecimiento de otros parámetros sanitarios (Reed et al., 2012).

A continuación, se detalla en la tabla (Tabla 2) un cuadro comparativo de las diferencias existentes entre categorías donde se encuentra recogido el TEPT, criterios diagnósticos, duración de los síntomas, deterioro significativo y criterios de exclusión e inclusión de ambos manuales:

Tabla 2

Comparación de los manuales DSM-V y CIE-11

	DSM-V	CIE-11
Categorías	Trastornos relacionados con trauma y factores de estrés	Trastornos específicamente asociados con estrés
Criterios diagnósticos	<ol style="list-style-type: none"> Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, tanto por experiencia directa como indirecta del suceso o sucesos. Aparición de síntomas intrusivos como sueños y recuerdos angustiosos, malestar físico y psicológico, así como reacciones disociativas en las que el sujeto revive de nuevo el suceso. Evitación de estímulos, externos e internos, que puedan avivar recuerdos, sentimientos y sensaciones relacionadas al suceso. Alteraciones cognitivas negativas asociadas al suceso 	<ol style="list-style-type: none"> Volver a experimentar el evento en el presente en forma de recuerdos intrusivos vívidos, flashback y pesadillas, con emociones fuertes o abrumadoras, miedo u horror y sensaciones físicas. Evitar pensamientos y recuerdos del evento o actividades que recuerden al evento. Percepciones persistentes de una amenaza actual acentuada como la hipervigilancia.

traumático que pueden derivar en negatividad continua, falta de interés y participación en actividades, percepción distorsionada del suceso, amnesia disociativa respecto al mismo, así como otros traumas relacionados con estrés etc...

5. Comportamiento irritable, hipervigilancia, comportamiento imprudente, problemas de conciliación de sueño, etc.

6. La duración es superior a un mes.

7. Los anteriores síntomas provocan graves repercusiones en aspectos clínicos, sociales, laborales entre otros.

8. Las alteraciones anteriormente mencionadas no pueden ser achacadas a efectos fisiológicos derivados de una fuente externa como el alcohol, drogas u otras afecciones de carácter médico.

Duración de los síntomas Al menos un mes, Al menos varias semanas
pudiendo manifestarse de

	tardíamente hasta 6 meses después del suceso	
Deterioro significativo	Áreas personales como familia, social y educativo	Áreas personales como familia, social y educativo
Criterios de exclusión	de Síntomas no derivados de efectos psicológicos por el consumo de sustancias o otras afecciones médicas	
Criterio de inclusión	X	Neurosis traumática

1

1.4 Modelos Teóricos

Entre los modelos explicativos de la etiología del TEPT, Caballo et al. (2011) destaca los siguientes:

A) Modelos de condicionamiento

Este modelo explica este trastorno bajo diversas teorías de aprendizaje: condicionamiento clásico, generalización de estímulos, condicionamiento de orden superior y aprendizaje por evitación.

El procedimiento del condicionamiento clásico se explica mediante la relación entre un acontecimiento amenazante (definido como estímulo incondicionado) y las vivencias negativas de la persona (definida como respuesta incondicionada), que pueden ser de ansiedad y/o terror. Por otro lado, el condicionamiento de orden superior junto al proceso de generalización de estímulos son dos procedimientos que permiten explicar las respuestas de ansiedad y alarma a otros estímulos nuevos. Bajo este supuesto, el paciente puede experimentar una ansiedad anticipatoria, que se afrontaría mediante conductas evitativas ante situaciones temidas, disminuyendo su ansiedad y el temor a corto plazo por la retirada del estímulo (funcionando como refuerzo negativo), pero provocando que esta retirada/evitación se vea reforzada y continúe.

B) Teoría de la indefensión aprendida y de la evaluación cognitiva.

Para la explicación de la indefensión aprendida se considera que las personas con trauma, que en ocasiones presentan síntomas depresivos, perciben como incontrolables las situaciones aversivas a las que se exponen, asumiendo la inexistencia de consecuencias

¹ Criterios extraídos de la APA (2014, p.265) y CIE (2019).

efectivas y responsabilizándose de los sucesos (Foa et al., 1992). De esta afirmación se establece que las personas que realizan atribuciones internas, estables y globales sobre las circunstancias de los eventos, se sienten peor que los que experimentan atribuciones externas, inestables y específicas (Abramson et al., 1978).

En la misma línea, se explica la influencia de la evaluación cognitiva de estas personas a la hora de interpretar y proporcionar un significado a los sucesos. Los esquemas cognitivos que tenga la persona juegan un papel importante, ya que a raíz de estos pueden establecer pensamientos irracionales de lo ocurrido, atribuyéndose culpa ante lo sucedido y percibirse a ellos mismos, al entorno y al futuro negativamente.

C) Teoría del procesamiento de la información

Esta teoría trata de explicar las estructuras cognitivas del miedo y dar una explicación a la reexperimentación como síntoma nuclear y específico del TEPT (Foa et al. 1991; Resick y Schnicke, 1992). Este trastorno aparece ante la incapacidad de procesar emocionalmente sucesos aversivos para la persona y que afecta a la integración cognitiva y emocional de otras experiencias. Bajo esta teoría, no hay diferencia entre si la amenaza es percibida o es real, ya que el estímulo que se ha interpretado como amenaza se transformará en una estructura de miedo. Existe, por tanto una distinción entre dos estructuras cognitivas: la del miedo patológico y miedo normal. Esto explica que determinados estímulos activen la estructura de miedo patológico y se produzca una activación muy alta con una reexperimentación del acontecimiento traumático. Estas personas responden por medio de la evitación de ese miedo y se refuerza de forma negativa el TEPT, no enfrentándose a las situaciones que le evocan el trauma. Además, las exposiciones cortas a estos sucesos impiden la modificación de la estructura del miedo y no pueden desactivarse, al contrario que ocurre en las exposiciones largas (Caballo et al., 2011).

1.5 Comorbilidad

El TEPT se puede definir como un trastorno complejo y grave, y con límites difusos con respecto a otros cuadros clínicos. Martínez-Raga et al. (2005) explican que el TEPT comúnmente se encuentra asociado con otros trastornos, como el trastorno por uso de sustancias, afectivos, otros trastornos de ansiedad, o de la personalidad. La misma idea queda recogida en el manual de psicopatología de Caballo et al. (2011) donde se expone que el TEPT presenta comorbilidad con la depresión, el trastorno de ansiedad generalizada, de ansiedad social (fobia social) y obsesivo compulsivo.

1.6 Evaluación

La evaluación del TEPT, es un aspecto importante debido a la naturaleza de la sintomatología de este diagnóstico. Específicamente los síntomas relacionados con la evitación del paciente ante estímulos asociados al trauma y a los síntomas disociativos que dificulten al clínico establecer la conexión entre los síntomas (ansiedad, depresión, irritabilidad, etc) y la experiencia del trauma (Echeburúa et al., 2004). Es por esta razón, por la que se establece una evaluación multimodal del TEPT, en el que se combinan las entrevistas, los autoinformes y la observación del paciente en el proceso terapéutico. A continuación se detallan las formas más comunes de evaluar el TEPT y aspectos relacionados:

- **Entrevista estructurada del Trastorno de Estrés Postraumático (CAPS) (Blake et al., 2000).** Está formada por 30 ítems con el objetivo de ayudar a la realización del diagnóstico (CAPS-1) y evaluar la gravedad de los síntomas (CAPS-2).
- **Escala de Trauma de Davidson (The Davidson Trauma Scale, DTS; Connor y Davidson, 1999).** Es un cuestionario formado por 8 ítems, que se puntúan en una escala tipo Likert. Y que tiene como objetivo cuantificar la gravedad, intensidad y frecuencia de los síntomas del TEPT en personas con trauma. También se utiliza para evaluar el tratamiento, con una obtención para considerar el diagnóstico de más de 12 puntos.
- **Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático-revisada, EGS-R; Echeburúa et al., 2016).** La escala es una entrevista estructurada de 21 ítems que tiene como objetivo evaluar la gravedad de los síntomas de este cuadro clínico. Está basada en los criterios diagnósticos del DSM-5.

Como aspecto concreto, se ha hablado de la evitación experiencial. Para valorar esto, se señala el siguiente cuestionario:

- **Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II) (Bond et al., 2011), adaptación al castellano de (Ruiz et al., 2013).** El cuestionario original constaba de 10 ítems,

pero tras una revisión se redujo a 7 ítems, suprimiendo los que tenían puntuación inversa. Persigue evaluar la evitación experiencial e inflexibilidad psicológica.

1.7 Tratamientos

Los tratamientos farmacológicos que se aplican en el TEPT conllevan una evidencia empírica, en la que se ha constatado la reducción del sufrimiento y los síntomas de dicho trastorno (Mingote et al., 2019). Los fármacos de primera elección que se han utilizado son los inhibidores de recaptación de serotonina y, por otro lado los inhibidores de serotonina y noradrenalina, con una alta efectividad. Estos estudios demuestran el uso de estos fármacos como útiles para reducir síntomas de evitación, embotamiento, hiperactivación e impulsividad (Mingote et al., 2019).

Los tratamiento psicológicos con mayor evidencia que recogen García (2015) y Mingote et al. (2019) en sus estudios son: las terapias cognitivo conductuales centradas en el trauma (combinando técnicas de reestructuración cognitiva y técnicas de exposición), el entrenamiento en control de ansiedad o inoculación del estrés y el EMDR. A continuación se detallan de manera más extensa estas terapias:

A. En la exposición, podemos encontrar la inundación o exposición prolongada (también nombrada como exposición terapéutica directa) y variantes de la desensibilización sistemática (Caballo, 2008). La exposición prolongada como técnica en la que el paciente se expone a los estímulos asociados al evento traumático de una manera controlada y progresiva, con el fin de que se produzca una habituación a la situación y así, reducir el miedo y el nivel de respuesta de estrés.

B. La terapia de procesamiento cognitivo, utilizada con el objetivo de facilitar la expresión del afecto y adaptar el acontecimiento a los esquemas sobre la persona y el resto del mundo (Resick y Schnicke, 1993). Primeramente, se le hace una psicoeducación a la persona de los síntomas del TEPT y se explora con ellos el significado que ha tenido lo ocurrido, teniendo en cuenta la teoría del procesamiento de la información. Tras esto, se trata de identificar conexión entre acontecimientos, pensamientos y sentimientos (Caballo, 2008).

C. Entrenamiento en inoculación del estrés, formado por técnicas cognitivas y conductuales con el objetivo de reducir síntomas de ansiedad en el TEPT. Algunas técnicas

recogidas en este apartado son: técnicas de relajación muscular, role-playing, parada del pensamiento y auto-diálogo dirigido (Mingote et al., 2019).

D. EMDR, técnica que implica una desensibilización del recuerdo y un reprocesamiento de él de una forma más adecuada e integrada en la memoria. En los pacientes que sufren TEPT, la información del evento traumático no se procesa y permanecen bloqueados las cogniciones y sentimientos acerca del suceso. El EMDR favorece el reprocesamiento del recuerdo traumático (Mingote et al., 2019).

E. Terapia de aceptación y compromiso, técnica basa en la búsqueda de los valores fundamentales sin evitar el sufrimiento. A través de la autoaceptación, la observación de los pensamientos y las creencias sobre dichos pensamientos se busca el compromiso del propio paciente a seguir sus propios valores. Así, se asume el dolor como parte de la vida, convertido culturalmente en patología, por lo que se tiende a evitar (Mingote et al., 2019).

Por último, es destacable que otros estudios afirman que más allá de modelos teóricos y tratamientos eficaces, la relación entre terapeuta y paciente es un instrumento clave en la curación (Coderch, 2014).

En el siguiente apartado se presentará a la paciente como estudio de caso clínico con quien se trabajó durante su proceso terapéutico. El motivo por el que se escoge a este paciente radica en la motivación personal del estudio del trauma y las particularidades de este caso, como son la dificultad para hablar de los conflictos con su madre, el uso de una evitación con comentarios como “no sé” en la exploración, así como la presencia de pensamientos suicidas. Por esto último, se evaluó el riesgo de suicidio y, a través de cuestionarios específicos, la sintomatología ansiosa y depresiva que verbalizaba, así como la evitación. Para la interpretación de los resultados, y teniendo en cuenta los estudios mencionados sobre el TEPT, se observa que la paciente encajaba con un cuadro compatible de TEPT. Para ello, se tuvieron en cuenta los factores de riesgo que Sonia presentaba, como eran las reducidas estrategias de afrontamiento y baja percepción de apoyo social. Así como, factores de protección como la creatividad y humor. El tratamiento que se eligió fue una combinación de técnicas cognitivo-conductuales y de terapia de aceptación y compromiso, teniendo en cuenta el ritmo de la paciente y las resistencias derivadas de la evitación experiencial, funcionando como un mecanismo de defensa para Sonia.

2. Identificación del Paciente y Motivo de Consulta

En el presente estudio de caso se tratará el caso de Sonia, nombre ficticio elegido para la paciente con el fin de proteger su identidad y respetar el código deontológico profesional.

Sonia es una mujer de 18 años de edad, soltera y que convive con su madre y su hermana de 11 años. La paciente reside en una zona residencial de Madrid, y tanto ella como su familia presenta un nivel socioeconómico y cultural medio. Actualmente, se encuentra estudiando primer curso de Formación Profesional de grado medio de peluquería y maquillaje en dos centros, uno de financiación privada y otro público, que realiza simultáneamente.

El motivo de consulta de esta paciente se estableció en un primer momento por el contacto de su madre, quien llamó al centro mostrando una preocupación elevada por su hija. La madre explicó que hace un mes Sonia se encontraba con sus amigas fuera de la ciudad y sufrió un gran ataque de ansiedad y experimentó un episodio con ideación suicida, con verbalizaciones del tipo: “no puedo sentir esto tan desagradable”, “no pasaría nada si no estuviera”, “si me mato ahora no me dolería”.

Al acudir a consulta, Sonia dice manifestar sintomatología ansiosa y depresiva y sitúa el comienzo de esto en el suceso que vivió a los 11 años. Explica que en esta época, su hermanastro de 16 años abusó sexualmente de su hermana de 2 años, hecho que derivó en un juicio en el cual Sonia se contradijo en su declaración, provocando la retirada de los cargos por abuso sexual en detrimento de su hermana. Menciona que a partir de ese momento desarrolla sentimientos de culpa al no ayudar a su hermana y de injusticia al no sentir apoyo institucional ni de su madre en todo el proceso. Resalta: “las dos éramos menores”, “deberían habernos ayudado a las dos”.

En relación con los antecedentes en tratamiento psicológicos y psiquiátricos, Sonia menciona haber ido a una psicóloga que era amiga de su madre hace cuatro de años. La paciente explica que estuvo acudiendo a terapia durante un par de meses pero que notaba la influencia de su madre en la terapia, por lo que se negó a seguir. Descarta haber tomado medicación en ese tiempo.

Actualmente la paciente experimenta ataques de ansiedad, y estado de nerviosismo en muchas ocasiones, con conductas recurrentes como la de rascarse la piel hasta llegar a provocarse heridas y en ocasiones toma tranquilizante para aliviar su ansiedad.

Paralelamente, la paciente manifiesta sufrir sintomatología depresiva con llanto diario, así como, una falta de regulación emocional.

A lo largo de la exploración, la paciente muestra una actitud colaborativa con predisposición a recibir atención psicológica y apoyo en el proceso, con una gran resistencia a la exploración en profundidad en la relación con su madre y a sus emociones desagradables.

3. Estrategias de Evaluación

Para comenzar, *en la primera sesión* se le explica a Sonia las características propias que conforman la terapia (horarios, precio de las sesiones...etc.), así como se le hace entrega del consentimiento informado (ver anexo 1), indicando la importancia de la confidencialidad y resolviendo las posibles dudas que le surgiera.

Durante esta sesión, de forma prioritaria, se comienza aplicando un protocolo de suicidio (De la Torre, 2013) en las primeras sesiones debido a las verbalizaciones que presentaba la paciente del tipo “no puedo sentir esto tan desagradable”, “no pasaría nada si no estuviera” y lo narrado por su madre al contactar con nosotros en la primera llamada. Por tanto, se realiza un contrato terapéutico junto a la paciente, donde se compromete a continuar acudiendo a terapia semanalmente y a contactar con su madre si vuelven a aparecer esos pensamientos autolíticos.

En la *primera, segunda y tercera sesión*, se lleva a cabo una entrevista semiestructurada (Muñoz et al., 2019) en la que se recoge información relacionada con las diferentes áreas de su vida con el fin de obtener información relevante para la valoración tanto del proceso diagnóstico de Sonia como la del riesgo de suicidio. De esto se extrajo la siguiente información:

Área familiar: Con relación a sus progenitores, actualmente su padre no trabaja, ya que se encuentra de baja por depresión y su madre trabaja en un hospital. Sus padres se divorciaron debido a problemas de entendimiento entre ellos cuando la paciente tenía 6 años. Puntualiza que este hecho no tuvo un impacto emocional importante en su vida. Al poco tiempo, su madre comenzó una nueva relación con otra persona, quien contaba con un hijo de otra relación anterior y, al cabo de unos años de esta nueva relación nació su hermana. Sonia explica que su madre sufría maltrato psicológico de esta pareja y que cuando tenía 11 años se separaron, después de que su hermana de 2 años sufriera un abuso sexual por parte del hijo de la pareja de su madre. Sonia relata esa época como muy

dura debido a lo ocurrido en el juicio de su hermana. Ella manifiesta mucha culpabilidad y falta de apoyo tanto por parte de su madre como del sistema judicial “las dos éramos menores”. Sonia explica que a los 12 años, en casa de su padre un día se cortó las venas y que este fue quien lo presenció, provocando en él una depresión, por la cual actualmente toma antidepresivos. También, explica que la madre sufre epilepsia y acude al psiquiatra, quien la diagnosticó de TEPT por el tema del abuso sexual de su hija. Sonia manifiesta tener dificultades con la familia materna, especialmente con su madre y su tío que siente que no la escuchan ni comprenden. En la misma línea, a pesar de que considera que el foco de atención ha sido siempre dirigido a su hermana, manifiesta tener buena relación con ella. En cuanto a la relación con la familia paterna, explica que mantiene buena relación tanto con su padre como con el resto.

Área sentimental: la paciente explica haber tenido una relación sentimental con un chico en su etapa adolescente, que acabó hace aproximadamente un año. Nos menciona que actualmente son amigos a pesar de que ella sigue manteniendo sentimientos hacia él. Explica que no se lo dice porque le da miedo el rechazo y perderlo como amigo, ya que es una persona importante en su vida. Relata situaciones en las que se encuentra con la familia de este chico y los comentarios que recibe son del tipo, “la mejor novia que ha tenido mi hijo eres tú”.

Área laboral: la paciente explica que tiene muchas dificultades para ponerse a estudiar. El motivo por el que no lo hace explica que es por falta de concentración y motivación. Relata discusiones con su madre por este motivo. Explica que una meta laboral es ser maquilladora profesional y trabajar de esto en Londres. Presenta muy poca motivación frente al curso que está realizando y comenta que lo hace “porque mi madre y mi padre me obligan a tener un título”.

Relaciones sociales: Sonia mantiene relaciones íntimas con varias amigas, aunque se encuentran actualmente viviendo fuera de España, desde hace unos meses.

Aficiones: la paciente presenta una gran creatividad y entusiasmo para cantar, bailar y maquillarse en su tiempo libre. También le gusta leer y ver películas.

Salud: La paciente no menciona problemas de salud, fuera de los síntomas por los que acude a consulta.

Otros instrumentos específicos que cumplimentó Sonia en la *segunda sesión* con el fin de conocer más sobre los síntomas de depresión y ansiedad fueron los siguientes:

Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI; Sanz et al., 2012). El inventario es una escala de 21 ítems que tiene el propósito de describir los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, así como discriminar la ansiedad de la depresión. Presenta unas adecuadas propiedades psicométricas, con una consistencia interna de $\alpha = .92$. Los elementos que forman el BAI están relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV, discriminando los grupos de diagnóstico ansiosos (trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, etc.) de los grupos de diagnóstico no ansiosos (depresión mayor, trastorno distímico, etc.). En la interpretación de resultados las puntuaciones se dividen en cuatro categorías: nivel mínimo de ansiedad (0-7), nivel leve (8-15), nivel moderado (16-25) y nivel grave (26-63).

Este cuestionario se administró debido a que la paciente relataba tener un estado de nerviosismo constante en su día a día y numerosos ataques de ansiedad.

Inventario de Depresión de Beck- II (Beck Depression Inventory-Second Edition, BDI-II; Sanz et al., 2003). El inventario es una escala de 21 ítems que tiene como objetivo evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. Presenta buenos índices psicométricos, similares a los de la versión original o de adaptaciones de otros países. Una consistencia interna de $\alpha = .87$. En la interpretación de los resultados, se establecen cuatro categorías con respecto a las puntuaciones: mínima depresión (0-13), depresión leve (14-19), depresión moderada (20 - 28) y depresión grave (29-63).

Este cuestionario se administró debido a que la paciente mostraba llanto diario, estado de ánimo bajo y expresiones de desesperanza como “todo me da igual” desde hacía varios meses sin un motivo que pudiera detectar la paciente.

En la *cuarta sesión*, tras analizar la información recogida de los instrumentos y técnicas anteriores y ante la hipótesis de que la paciente pudiera estar sufriendo un trastorno relacionado con trauma, se le administró la siguiente escala:

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático-revisada, EGS-R; Echeburúa et al., 2016). La escala es una entrevista estructurada de 21 ítems que tiene como objetivo evaluar la gravedad de los síntomas de este cuadro clínico. Hace referencia a los síntomas de reexperimentación (de 0 a 15 puntos), evitación conductual/cognitiva (de 0 a 9 puntos), alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo (de 0 a 21 puntos) y los síntomas de aumento de activación y reactivación psicofisiológica (de 0 a 18 puntos). El rango de escala global oscila entre 0 y 63 puntos. Y para su interpretación se evalúa como nivel de gravedad bajo (0-21), medio (22-41) y alto (42-63).

Está basada en los criterios diagnósticos del DSM-5. Presenta unas adecuadas propiedades psicométricas con una consistencia interna de $\alpha = .91$.

Esta escala se administró debido a la sintomatología identificada a la paciente, compatible con un cuadro de TEPT, como son el malestar intenso que experimentaba en la exposición a factores externos como, por ejemplo, cuando la paciente tenía que acudir a reuniones familiares o cuando revivía experiencias subjetivamente injustas que simbolizaban o se parecían a un aspecto del suceso traumático.

Por otro lado, y debido a los síntomas de evitación elevados que presentaba la paciente tanto en consulta como fuera, con respuestas del tipo “no sé”, “no quiero entrar ahí” al hablar de temas relacionados con sucesos injustos para la paciente o/y relacionados con la relación con su madre, se le pasó el siguiente cuestionario:

Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II) (Bond et al., 2011), adaptación al castellano de (Ruiz et al., 2013). El cuestionario original constaba de 10 ítems, pero tras una revisión se redujo a 7 ítems, con el objetivo de evaluar la evitación experiencial e inflexibilidad psicológica. Estos ítems engloban aspectos como la falta de voluntad al vivir o experimentar pensamientos, emociones y situaciones no deseados, así como también la imposibilidad de alcanzar metas y valores personales relacionados con dichas situaciones desagradables para la persona. Para la interpretación se tiene en cuenta que a mayor puntuación, mayor grado de evitación experiencial. Y se establecen la puntuación de 44,71 como promedio en los participantes clínicos. Este cuestionario presenta una adecuada propiedad psicométrica con una consistencia interna de entre $\alpha = .82$.

4. Formulación Clínica del Caso

4.1 Resultados de la Prueba de Evaluación

En la primera sesión se atendió prioritariamente la ideación suicida planteada por la madre de la paciente como demanda inicial. Se exploró ideación y conducta suicida mediante un análisis de la frecuencia e intensidad de los pensamientos, indicando que en la última semana había pensado varios días que los demás estarían mejor sin ella.

Al explorar los factores de riesgo, se detectaron: intentos previos de suicidio, historia familiar de trastornos del estado de ánimo (depresión de su padre) y desestabilización familiar relacionado con un abuso sexual (referido a la hermana de la paciente), sin una planificación actual en la ejecución de la idea suicida. Así mismo, se detectó la existencia de desesperanza y culpa en la paciente, además de una percepción baja de apoyo social.

Se identificaron que los factores de protección que presentaba Sonia eran, actitudes positiva e identificación de valores relacionados con el respeto, solidaridad, justicia y amistad. A partir de ello, se valoró un nivel medio-bajo de riesgo de conducta suicida en la paciente.

De los cuestionarios que se utilizaron para evaluar tanto síntomas depresivos como de ansiedad se obtuvo la siguiente información:

Del Inventario de Depresión de Beck- II (Beck Depression Inventory-Second Edition, BDI-II; Sanz et al., 2003): se obtuvo una puntuación de 10. Así, la paciente presentaba un nivel de depresión mínima (rango de puntuación 0-63). Los ítems de mayor puntuación (2) eran: ítem 10 "Lloro por cualquier cosa" y 14 "Me siento inútil en comparación con los demás". Este resultado fue compatible con las verbalizaciones de la paciente del llanto diario y con un posible autoconcepto bajo.

Del Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI; Sanz et al., 2012): se obtuvo una puntuación total de 5. Así, la paciente presentaba un nivel de ansiedad mínima (rango de puntuación 0-63). El ítem que la paciente experimentó de forma moderada fue el 5 "miedo a que suceda lo peor". Y levemente, los ítem 6 "mareos o vértigos", 10 "nerviosismo" y 16 "miedo a morir". Concluimos que a pesar de mostrar nerviosismo durante las sesiones y verbalizar sufrir ataques de ansiedad, los resultados no

fueron del todo significativos. Posteriormente, en las conclusiones se interpretará la posible razón de dicho resultado.

De la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático-revisada, EGS-R; (Echeburúa et al., 2016): los resultados más relevantes se encontraron en las categorías de: reexperimentación, con puntuación 3 (rango de entre 0-15); evitación, con puntuación 6 (rango de entre 0-9); alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo, con puntuación 5 (rango de entre 0-21), activación/reactividad psicofisiológica, con puntuación 11 (rango de entre 0-18). De este último sobresale el ítem 18, relacionado con estado de alerta permanente y el 20, con dificultades para concentrarse en una conversación. Así como, la puntuación máxima del ítem 8 en la categoría evitación conductual/cognitiva, relacionado con evitar hablar de determinados temas que la provocaban recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso que le creaban malestar. Se descartaron síntomas disociativos.

En el cuestionario, las áreas más afectadas por el suceso traumático eran: el deterioro de la relación familiar y la interferencia negativa en la vida académica con puntuación de 8 (de rango entre 0-18), que concordaba con la información obtenida en la entrevista. En conclusión, la puntuación total obtenida fue 25, pudiendo ser interpretada con un nivel de gravedad medio de los síntomas compatibles con TEPT.

Debido al resultado alto de la categoría de evitación y las manifestaciones evitativas de la paciente en sesión y fuera de ella, se decide evaluar esta manifestación de manera específica por medio del siguiente cuestionario:

Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II) (Bond et al., 2011), adaptación al castellano de (Ruiz et al., 2013): se obtuvo una puntuación de 42 (de un total de 70 puntos). Se pudo deducir que la paciente aunque no llegaba a ser considerada población clínica (44,71) por 3 puntos, se valoró que la evitación dificultaba la exploración de información relevante en la entrevista. Algunas verbalizaciones que daba la paciente al explorar áreas como la relación con su madre eran del tipo “ese tema no quiero hablar porque entonces me sentiré mal”, “no quiero imaginar cómo sería la relación con mi madre, me hace daño”.

4.2 Análisis Funcional del Problema

Las variables disposicionales que presenta Sonia y que interfiere ante determinadas situaciones o eventos son:

- Estilos parentales exigentes
- Divorcio de sus padres
- Haber vivido el juicio del abuso sexual de la hermana
- Intento de suicidio a los 12 años
- Apego ansioso-ambivalente
- Bajas estrategias de regulación emocional
- Reglas sociales: “la familia hay que protegerla”

A continuación se detalla la tabla (Tabla 3) del análisis funcional trabajado con Sonia:

Tabla 3

Análisis funcional de las conductas

Estímulo Discriminativo	Respuesta Operante	Consecuente
<div style="text-align: center;"> <p>EC-----RC (Reunión familiar) Sensaciones desagradables (ansiedad, tristeza...)</p> <p>↓</p> <p>ED: “Tener planificada una reunión familiar”</p> </div>	<p><u>Cognitivo:</u></p> <p>“No voy a estar bien”</p> <p>“Mi madre no me va a defender”</p> <p><u>Fisiológico:</u></p> <p>Taquicardias</p> <p>Presión en el pecho</p> <p>Falta de aire</p> <p>Sensación de ahogo</p>	<p><u>Reforzamiento negativo</u></p> <p>Disminuye la ansiedad al no exponerse a la situación</p> <p><u>Reforzamiento positivo</u></p> <p>Sensación de control</p> <p>Tranquilidad</p>

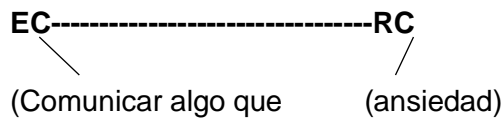
Emocional:

Tristeza

Desesperanza

Conductual:

Me quedo en casa y no voy



no la parece justo)



ED: Discutir con su madre por algo que no la parece justo. Ej. Que no la pague el carnet del coche.

Cognitivo:

“Mi madre debería ser justa conmigo”

Fisiológico:

Llorar

Taquicardias

Temblores

Emocional:

Tristeza

Rabia

Conductual:

Gritar a mi madre

Llorar

Reforzamiento

negativo

Reducir ansiedad, parando la discusión

Reforzamiento

positivo

Desahogo emocional

EC-----**RC**
 (Haber vivido situación (Sensaciones de
 injusticia/fracaso académico) (ansiedad)



ED: Ver el temario que tiene que estudiar unido a que aparezca el pensamiento de: "los profesores son injustos conmigo".

Cognitivo: Reforzamiento negativo
 "no voy a ser capaz de aprobar" "no puedo soportar esta situación"
 Dejar de estudiar- reducir la ansiedad
 Evitar responsabilidad

Fisiológica Reforzamiento positivo
 Falta de aire
 Palpitaciones Satisfacción al hacer actividades agradables
Emocional
 Apatía
 Desesperanza

Conductual:
 Ir a cantar o bailar

EC-----**RC**
 Soledad (ansiedad)



ED: Estar sola en casa

Cognitivo Refuerzo positivo
 "Tengo la culpa de que mi padre tenga depresión"
 Atención de su madre
Refuerzo negativo
 "Y si al decirle que me gusta,
 Disminuye la

me rechaza, le perderé como amigo”	ansiedad <u>Castigo negativo</u>
<u>Fisiológico:</u> Presión en el pecho	Disminución de actividades desagradables
Dificultad para respirar	
<u>Emocional:</u> Tristeza	
<u>Conductual:</u> Tomar tranquilizantes Rascarse	

4.3 Análisis Psicológico del Problema (Origen y Mantenimiento)

Según la información extraída durante el proceso de evaluación se puede considerar como hipótesis de origen el suceso ocurrido cuando la paciente tenía 11 años. Este hecho fue la participación en el juicio que se celebró tras el abuso sexual de su hermana de 2 años, así como las circunstancias que acompañaron al mismo. La paciente de 11 años al declarar en el juicio, se contradijo en su discurso, influyendo en el resultado del mismo, con la salida en libertad del agresor. Este desenlace, ha podido llevar a la paciente a generar sentimientos de culpa por lo sucedido en el juicio, pudiendo crear una visión de sí misma autocrítica e interiorizando pensamientos como “el mundo no es justo”, como parte de la construcción de su esquema cognitivo. Así como, crear una visión negativa con respecto a los demás debido a la percepción de falta de apoyo jurídico hacia la protección de las menores y una sensación de abandono por parte de su madre tras el juicio. Además todo ello, acentuado debido a la percepción de diferencias de apoyo en relación con su hermana en su familia materna, considerando que ésta si fue protegida pero ella no.

A partir de esta información, se ha podido establecer unas variables disposicionales que pueden haber influido en la aparición de la sintomatología que presenta Sonia, como son el divorcio de los padres, la educación exigente, el suceso del juicio, el intento de suicidio, el estilo de apego ansioso ambivalente, bajas estrategias de regulación emocional y reglas sociales adquiridas “a la familia hay que protegerla”.

Por tanto, la hipótesis de origen se podría explicar bajo un condicionamiento establecido por la situación del juicio (estímulo incondicionado), percibida como injusta, con una respuesta de ansiedad (respuesta incondicionada). A partir de esto, se ha podido generalizar reacciones emocionales que experimentó la paciente junto al trauma (ansiedad, tristeza, soledad y culpa), a otras situaciones percibidas como injustas de su día a día. Todo ello, conllevando a adquirir dificultades para el manejo de esas emociones desagradables.

Según la hipótesis de mantenimiento, Sonia realiza conductas como rascarse, tomar tranquilizantes o cantar y bailar, así como la presencia de ideación suicida, ya que tienen la función de que Sonia evite exponerse a situaciones en las que experimenta sensaciones desagradables de ansiedad, tristeza, soledad o culpa. Por tanto, estos comportamientos, están siendo mantenidos debido al consecuente que aparece tras dicha conducta a través de varios tipos de reforzamiento: positivo, por la obtención de tranquilidad y atención de la madre. Y negativo, al evitar enfrentarse a las situaciones que le producen sensaciones desagradables.

Tras el proceso de evaluación, se puede observar que la paciente tiene afectados muchos ámbitos de su vida, cómo son el rendimiento académico, las relaciones sociales y una dificultad para experimentar sensaciones con alta carga emocional, que refuerza la experiencia de malestar. Además de las circunstancias que han favorecido los síntomas compatibles con el TEPT, la paciente presentaba como factores de vulnerabilidad: la edad en la que sucedió el evento traumático, un patrón familiar con dificultades en la regulación emocional, una baja percepción de apoyo social y un esquema cognitivo rígido. Factores que no han paliado los efectos del hecho traumático.

4.4 Objetivos del Tratamiento

En la primera sesión Sonia explica los objetivos personales que se plantea acudiendo a terapia, fueron:

- Reducir los ataques de ansiedad
- Aumentar los resultados académicos
- Sentirse mejor

En la segunda sesión, en función de los objetivos personales de la paciente se establecieron objetivos terapéuticos de manera conjunta con el fin de especificar qué conductas se quieren eliminar o incorporar en su vida.

4.4.1 **Conductas a Eliminar Modificar**

Reducir el número de veces que se rasca la piel: La paciente relataba que ante situaciones desagradables que le generan ansiedad, se rasca la piel en la zona del pecho provocándose heridas. Ejemplo: “Estoy sola en casa, empiezo a pensar y me rasco”. Se utiliza un autorregistro para analizar la conducta de rascarse (duración, frecuencia, intensidad y latencia de respuesta) y establecer estrategias de regulación menos perjudiciales.

Reducir el tiempo diario dedicado a los pensamientos disfuncionales: La paciente explicaba que cuando estaba sola, tenía pensamientos disfuncionales, y que eso impedía realizar otras actividades desagradables. Ejemplos: “Y si al decirle que me gusta, me rechaza, le perderé como amigo”. Se identifica el contenido del pensamiento, se ensayan planteamientos alternativos a los pensamientos disfuncionales y se dedica un tiempo al día a esos pensamientos a través de la técnica: “tiempo basura”.

Reducir el tiempo de demora dedicado al estudio: La paciente manifestaba que, aunque supiera que tenía que ponerse a estudiar, se ponía a realizar cualquier otra actividad y no lo hacía. Ejemplo: “Me pongo a estudiar pero acabo bailando una canción del Tiktok”. Se trabaja la reducción de las actividades distractoras y la organización del tiempo.

4.4.2 **Conductas a Implantar**

Exponerse a situaciones injustas o que le provoquen tristeza: La paciente relataba que ante situaciones de ansiedad como reuniones familiares, su mecanismo de afrontamiento era evitativo, no acudiendo al encuentro. Ejemplo: “Mi madre me dice que mañana hay comida con los tíos y yo le digo que no voy”. Se realiza una jerarquía de situaciones que son injustas para la paciente y se expone a ellas de manera gradual. Todo ello con el fin de tomar contacto con sensaciones desagradables y favorecer la conexión emocional.

Mejorar la regulación emocional: La paciente verbalizaba sufrir ansiedad ante situaciones con alta carga emocional o que percibía como injustas. Ejemplo: “Que critiquen a mi amigo por ser homosexual”. Se realiza psicoeducación y a través de técnicas de

defusión se toma conciencia de su ansiedad. También se incorporan técnicas de respiración diafragmática.

Trabajar la asertividad: evitar dar voces cuando algo me molesta, especialmente a mi madre: La paciente explicaba que cuando tenía una opinión diferente a la de su madre se enfadaba mucho y gritando le decía lo que pensaba mediante reproches. Ejemplo: “¡Estoy harta!. A mi hermana si vas a pagarle el carnet del coche cuando sea mayor, pero a mí no”. Se realiza psicoeducación de las formas de comunicación y se entrena en habilidades asertivas mediante la práctica de rol-playing.

En la tabla (Tabla 4) siguiente se presenta un resumen de los objetivos, ligándolos con las técnicas empleadas para trabajarlos:

Tabla 4

Objetivos y técnicas de intervención

Objetivos	Técnicas de intervención
Reducir el número de veces que se rasca la piel	Autorregistro Entrenamiento en respiración diafragmática
Reducir el tiempo diario dedicado a los pensamientos disfuncionales	Psicoeducación Tiempo basura
Reducir el tiempo de demora dedicado al estudio	Organización del tiempo (ejemplo: uso de agenda) Técnicas de estudio Técnicas de control de atención Compromiso con valores
Exponerse a situaciones injustas o que le provoquen tristeza	Crear jerarquía entre estímulos de menor a mayor ansiedad Exposición ante situaciones injustas o de alta carga emocional
Mejorar la regulación emocional	Psicoeducación (curva de la ansiedad) Técnica de respiración diafragmática Técnicas de defusión
Mejorar habilidades de comunicación. “Evitar dar voces cuando algo me molesta, especialmente a mi madre”	Psicoeducación Entrenamiento en comunicación asertiva (a través del rol playing)

5. Tratamiento

El tratamiento que se desarrolla a continuación se plantea en un período de 11 sesiones. El enfoque de referencia es el modelo cognitivo-conductual combinado con estrategias propias de la aceptación y compromiso. Las sesiones se llevaron a cabo de manera semanal, y con una duración de una hora.

En la primera sesión, Sonia narró un motivo de consulta y unos objetivos iniciales, que se estructuraron junto al terapeuta conforme avanzó la evaluación. Sonia se mostró cooperativa y motivada al cambio, aunque con dificultades a la hora de hablar en determinadas áreas como la familiar y resistencia a la toma de contacto de situaciones desagradables para ella. Es importante destacar que a lo largo de todo el tratamiento se dedicaron unos 10-15 minutos cada sesión a la exploración e intervención sobre los pensamientos negativos relacionados con la ideación suicida que planteaba en el motivo de consulta.

A continuación se presenta el cronograma detallado con los objetivos y técnicas aplicadas en cada sesión:

Tabla 5

Cronograma de sesiones

Sesión	Objetivos	Técnicas
1	Evaluación inicial de riesgo de suicidio Explorar áreas de vida Establecer objetivos personales	Protocolo de suicidio y contrato terapéutico Entrevista semiestructurada
2	Reducir el número de veces que tiene comportamientos repetitivos en los momentos de ansiedad (rascarse la piel). Toma de conciencia de conductas evitativas. Establecimiento de nuevas conductas más adaptativas. Evaluación de sintomatología depresiva y	Entrevista semiestructurada Autorregistro Entrenamiento en respiración diafragmática Cuestionarios BAI y BDII

	ansiosa	
3	Seguir explorando diferentes áreas de vida Mejorar la regulación emocional Gestionar los pensamientos disfuncionales “Reducir el tiempo dedicado a dichos pensamientos”	Revisión de tareas Defusión mediante dibujo del “agobio” (ansiedad) Psicoeducación (explicación de la curva de la ansiedad) y continuar respiración diafragmática Continuar entrevista semiestructurada Psicoeducación en el contenido de los pensamientos y “tiempo basura”
4	Evaluación de secuencias conducta problema	Entrevista semiestructurada Cuestionarios EGS y AAQ-II
5	Empezar a generar un hábito de estudio y mejorar la concentración. Aumentar la capacidad de eficacia en tareas que requieren refuerzos a largo plazo.	Organización del tiempo (ejemplo. Uso de agenda) Técnicas de estudio y control del tiempo Compromiso con valores
6	Comprender y tomar conciencia del origen del problema y los síntomas. Devolución de resultados de los cuestionarios y explicación del análisis funcional. Diferenciar culpa de responsabilidad.	Validación emocional y explicación del análisis funcional Psicoeducación del funcionamiento del trauma Reestructuración cognitiva
7	Mejorar habilidades de comunicación social y familiar “Aprender a decir lo que me molesta sin gritar, especialmente a mi madre”	Psicoeducación Entrenamiento en habilidades sociales (Técnicas de comunicación

		asertiva).
8	Tomar de contacto con situaciones desagradables.	<p>Explicación de lo que es la exposición.</p> <p>Creación de una lista individualizada de situaciones desagradables que le provocan ansiedad, ordenadas de manera jerárquica.</p>
9	Toma de contacto de situaciones desagradables y reducir la evitación experiencial	Exposición en imaginación progresiva a la lista de situaciones desagradables jerarquizadas de menor a mayor ansiedad.
10	Toma de contacto de situaciones desagradables y reducir la evitación experiencial	Exposición en imaginación progresiva a la lista de situaciones desagradables jerarquizadas de menor a mayor ansiedad
11	<p>Mejorar regulación emocional</p> <p>Reducir la ideación suicida</p> <p>Entrenamiento en habilidades de comunicación asertiva</p>	<p>Ventilación emocional</p> <p>Validación de emociones y pensamientos</p> <p>Entrenamiento en respiración diafragmática</p> <p>Aplicar protocolo suicidio (reevaluar suicidio e intervención mediante el contrato terapéutico)</p> <p>Psicoeducación del pensamiento</p>

A continuación se explica de una manera detallada el contenido de las sesiones y la explicación de las técnicas aplicadas:

Sesión 1

Se realizó la valoración del riesgo de suicidio que presentaba Sonia, estableciendo un riesgo medio-bajo. Para esta conclusión, se detectó la presencia en Sonia de tres factores de riesgo (intentos previos de suicidio, desestabilización familiar e historia familiar de trastornos de estado de ánimo), además de no tener una planificación suicida y mencionar que experimentaba síntomas depresivos, como llanto diario (en la segunda sesión se le administró el cuestionario BDI-II para evaluar dichos síntomas).

Debido a estos resultados y a criterio profesional se estableció con ella un contrato terapéutico en el que se comprometió a acudir a terapia semanalmente. Tras este primer paso, la sesión continuó mediante la utilización de la entrevista semiestructurada con el objetivo de conocer las áreas de su vida más importantes y finalizamos anotando los objetivos personales que la paciente esperaba de la terapia.

Sesión 2

La paciente verbalizó la sintomatología ansiosa y depresiva que estaba experimentando, en forma de ataques de ansiedad o llanto diario desde hace más de 3 meses. Sonia narró que cuando sentía ansiedad se rascaba la piel, provocándose heridas. Por ello, un objetivo que se incluyó en esta sesión fue reducir el número de veces que se rasca la piel. Para ello, se mandó un autorregistro en el que especificara la frecuencia en la que se rascaba y los estímulos ante los cuales ocurría esta conducta. Asimismo se llevó a cabo un entrenamiento en respiración diafragmática con el fin de instaurar conductas alternativas a rascarse que fueran menos perjudiciales para su salud. Tras esto, se continuó la recogida de información a través de la entrevista y se le administraron los cuestionarios del BAI y BDII, ante la sintomatología depresiva y ansiosa que verbalizaba.

Sesión 3

Se llevó a cabo la revisión de los autorregistros mandados en la anterior sesión, se realizó una explicación de la curva de la ansiedad y se continuó practicando la técnica de respiración diafragmática de la sesión anterior. En relación con estas técnicas, se realizó un ejercicio de defusión a través de la representación de "su agobio" por medio la realización de un dibujo. Después se trabajó con ella cómo se sentía, qué pensaba y qué hacía frente a su agobio a través de simbolizaciones con el dibujo. Nos comentaba que a veces lloraba. Finalmente, le pedimos que nos contara una historia para poder generar un final alternativo

a evitar del agobio como planteaba, y así generar otras respuestas adaptativas por ella misma. De la misma manera, se trabajó con ella el establecimiento de 15 minutos al día para pensar en esos pensamientos disfuncionales, a este tiempo se le llamó “tiempo basura”. A lo largo del tiempo de sesión, dedicamos 15 minutos para explorar la ideación suicida de esa semana y trabajamos mediante pensamientos alternativos los pensamientos de “si desapareciera dejaría de sufrir”. Reforzamos que siguiera acudiendo a consulta.

Sesión 4

Se continuó la recogida de información de la paciente y se evaluaron las secuencias relacionadas con las conductas problema de la paciente. Se observó un alto nivel de resistencia a la hora de hablar de áreas como el familiar (especialmente su madre) y ante situaciones que ha experimentado tristeza o culpabilidad. Un ejemplo de esto fue la utilización de respuestas evitativas como “no sé” o “no quiero hablar de eso”. Debido a la información recabada y ante la sospecha de un cuadro clínico compatible con estrés postraumático se le administró el cuestionario EGS-R. Del mismo modo, tras observar la evitación que experimentaba la paciente, se le administró el cuestionario AAQ-II.

Sesión 5

En esta sesión, la paciente nos mostró su preocupación ante los exámenes próximos y la dificultad que tenía para ponerse a estudiar. Por ello, se trabajó con la mejora en la organización del tiempo por medio del uso de agenda y un calendario planificador donde anotar todos los trabajos y exámenes próximos. También, se le enseñó técnicas de estudio, como aprender a dividir la materia e instaurar cortos periodos de tiempo de estudio y añadir descansos entre ellos. Otra técnica complementaria que se puso como tarea fue la de anotar en un post-it los pensamientos que aparecían cuando estaba estudiando, con el fin de mejorar la concentración en el estudio. Para finalizar, se trabajó en el compromiso con los valores de la paciente con el fin de tomar contacto con sus valores a través de simbolizaciones con cartas.

Sesión 6

Se realizó una sesión de devolución de los resultados de los cuestionarios y una explicación del análisis funcional realizado, explicando las conductas problema y los mantenedores de la situación. Se cuidó especialmente el lenguaje a utilizar y se validó lo sucedido, especialmente lo relacionado con el evento traumático y los efectos derivados del mismo. Además, se llevó a cabo una reestructuración cognitiva acerca de los pensamientos relacionados con la culpa, diferenciándola de la responsabilidad. Y explorando de manera paralela otros posibles pensamientos relacionados con el suicidio como parte del protocolo.

Sonia en esta sesión comentó que ya no tenía ideación suicida. Por lo que al no valorar un riesgo inminente suicida, se prestó atención a los pensamientos en las próximas sesiones, sin una intervención de manera directa en todas las sesiones.

Sesión 7

Se atendió al objetivo de mejorar la comunicación social y familiar, especialmente la comunicación asertiva con su madre. Para ello, se explicó las diferentes formas de comunicación empleando como ejemplo el enfrentamiento entre su madre y ella al no limpiar lo que le dijo". Para ello, se recreó en sesión el enfrentamiento y a través de rol playing se practicó la forma de comunicación asertiva. Se le puso un posible ejemplo: "perdona, pero no he podido limpiar porque tuve que recoger a mi hermana del colegio". Se favoreció un lenguaje corporal relajado y se validaron los avances de la paciente en sesión. Como tarea se mandó practicarlo durante la semana.

Sesión 8

Al comenzar se realizó una explicación de lo que es la exposición. Se comenzó realizando una lista de las situaciones que consideraba injustas y le generaban ansiedad, especificando del 1 al 10 la intensidad de esa ansiedad. Tras esto, se realizó una jerarquía con dichas situaciones situándolas de mayor a menor ansiedad. Durante esta sesión se observó a Sonia nerviosa y que le costaba recordar situaciones vividas con ansiedad, reflejando cierta resistencia al ejercicio. A continuación se detallan las situaciones de mayor a menos intensidad que Sonia anotó:

- Hablar con su madre de lo sucedido en el juicio del abuso sexual de su hermana
- Ir a una reunión con su familia materna y su madre.
- Gestionar una situación que ocurre con su madre y que ella percibe como injusta. Por ejemplo: "Que mi madre me diga que haga la comida después de venir cansada del instituto"
- Imaginar una situación que le provoque tristeza o soledad. Por ejemplo: "llamé a mis amigas y ninguna podía ir al cine conmigo, al final fui sola".
- Imaginar una situación vivía como injusta, en el ámbito académico. Por ejemplo: "No te apruebo con un 4,7".
- Imaginar una situación que ha vivido como injusta una amiga suya. Por ejemplo: "No la dejó ir al baño para cambiarse la compresa".

Sesión 9:

Se repasó la lista realizada en la anterior sesión de las situaciones que le generaban ansiedad y se le instó a anotar alguna nueva o cambiar la que ya tenía si así lo deseaba. Tras esto, se le explicó la técnica de exposición en imaginación, y se evaluó la capacidad de Sonia para generar representaciones mentales con una visualización de un paisaje. Tras esto, se comenzó a exponer la situación que menor ansiedad tenía anotada “Imaginar una situación vivida como injusta por parte de una amiga suya”. Se le ayudó a recordar el entorno físico, las respuestas somáticas que tuvo Sonia, las emociones y los pensamientos que tuvo al ocurrir esa situación. A pesar de presentar dificultades para ello, consigue describir y acabar la sesión tranquila.

Sesión 10:

Se exploró junto a ella la posibilidad de avanzar con la siguiente situación anotada “imaginar una situación vivida como injusta en el ámbito académico”, pero en esta ocasión Sonia dijo que no se encontraba preparada para ello, por lo que se realizó la exposición con otro ejemplo del primer ítem “imaginar una situación vivida como injusta por parte de una amiga”. Se le ayudó a generar en su imaginación una representación de la escena en la que su amiga y ella estuvieran presentes en la misma escena y pudiera experimentar la sensación de injusticia frente a lo ocurrido a la amiga. Tras el éxito del ejercicio le indicamos que el próximo día se volvería a hacer con otra situación.

Sesión 11

Sonia acudió a sesión muy ansiosa explicando que había tenido varios ataques de ansiedad con una ideación suicida recurrente a lo largo de toda la semana “quiero desaparecer y dejar de sufrir”. Por esta razón, se volvió a evaluar la intensidad y la frecuencia de dichos pensamientos, pudiendo detectar que más que una amenaza real de suicidio, se podría interpretar una forma de expresión de malestar muy intensa “en realidad no quiero hacerlo”. Por ello, se llevó a cabo una psicoeducación de los pensamientos trabajando el contenido de los mismos: “no es lo mismo querer dejar de vivir que querer dejar de sufrir”, y se trabajó empáticamente con el sufrimiento que presentaba la paciente. A pesar de ello, se valoró la realización de nuevo de un contrato terapéutico en la que la paciente se comprometió a escribirnos si vuelve a tener algún pensamiento de este tipo.

Durante la sesión, al explorar lo ocurrido, Sonia narró que hacía un par de días le dijeron sus profesores que había suspendido todo. También, detalló la forma en la que se lo contó a su madre, acabando en una discusión fuerte con ella y un ataque de ansiedad. En esta sesión se realizó un repaso de las técnicas que favorecerían la regulación emocional a

través de la práctica de respiración diafragmática y se practicaron las técnicas de comunicación asertivas, con el fin de hablar de lo sucedido con su madre.

Se establece que para continuar con el caso, se continúe evaluando la situación que ha disparado este cuadro clínico y continuar interviniendo en la ideación suicida. Así como reforzar e incluir técnicas de regulación emocional como herramientas para las posibles próximas situaciones vividas con un alto nivel emocional.

6. Valoración del Tratamiento

Un aspecto clave que favoreció la adherencia del tratamiento, fue la fuerte alianza terapéutica que se logró con la paciente. Algunos aspectos que se tomaron en cuenta para afirmar esto, fue el observar un cambio en cuanto a su lenguaje corporal, incorporando más gesticulación a la hora de comunicarse y adoptando una postura más relajada al acudir a consulta. Este cambio de actitud y comportamiento de Sonia se desarrolló junto a un clima de confianza, que favoreció que hablara de temas que le resultaban difíciles como el de madre. Y que preparaba el espacio de seguridad necesario para conectar emocionalmente sobre el suceso traumático vivido.

En relación a lo anterior, Wallin (2012) recoge la importancia de crear un vínculo en donde el paciente se sienta seguro, como parte aspecto esencial y objetivo del que forma parte de la terapia. Por esta razón, existe un proceso interrelacionado en el que el vínculo seguro es requisito para empezar a resolver el trauma del paciente. Además, según este autor, el hecho de adquirir una mayor seguridad en la relación con el terapeuta y percibir este vínculo seguro entabla un modelo funcional que concursa con los modelos que surgen tras la respuesta al trauma infantil del paciente. Y, establece las bases para poder confrontar de forma más directa el trauma.

En relación con la eficacia del tratamiento aplicado, teniendo en cuenta las sesiones que se llevaron a cabo, se pudo observar que Sonia mostró un lento pero progresivo pronóstico. Para el análisis de esta evolución, se tuvo en cuenta la visión clínica de los cambios observados en la paciente, las verbalizaciones que manifestaba la paciente, así como la comparación entre los autorregistros pedidos en sesión.

Para la valoración de la paciente se tuvo en cuenta el modelo transteórico de Prochaska y Diclemente (1982) de valoración del cambio en la paciente. Esta valoración se sustenta en la motivación y el cambio terapéutico, tomando en consideración los estadios o momentos temporales de dicho cambio. La clasificación que se hace de ellos son: precontemplación, contemplación, preparación para la acción, acción, mantenimiento y

finalización. Podemos afirmar que Sonia al comienzo de la terapia se encontraba en una fase precontemplativa, debido a que fue su madre quien contactó con el centro y solicitó la cita para su hija. Y, al acudir a consulta a pesar de narrar la sintomatología ansiosa y depresiva que estaba sufriendo, se apreciaba una falta de consciencia de la existencia de un problema. Esto, interpretado como una forma de evitación ante lo que le ocurría.

A lo largo de las sesiones se pudieron observar cambios en Sonia, interpretados como pasos hacia una fase de contemplación, al hacerse más consciente de sus síntomas y aceptar las dificultades que ello conllevaba. Llegando incluso a poder situar a Sonia en el comienzo de una etapa de preparación para la acción, al comenzar a llevar a su vida diaria algunos ejercicios practicados en sesión (Redondo y Martínez, 2011).

En cuanto a la valoración del tratamiento de exposición elegido para este caso, se pudo apreciar una evolución progresiva en la capacidad de Sonia para imaginar situaciones que le generaban sensaciones desagradables y que implicaban una conexión con emociones desagradables para ella. Este hecho se considera un avance en la paciente, ya que ésta nos relataba en las primeras sesiones que en su día a día no podía tomar contacto con situaciones injustas para ella y de alta carga emocional, sin evitarlas.

A pesar de este progreso, durante el tratamiento se observó en la paciente una visible dificultad a la hora de imaginar situaciones injustas que la afectaban directamente o que implicaban la presencia de su madre, en las que aparecía un rechazo y evitación de la misma. Esto, se ha interpretado como una dificultad añadida en el progreso de la terapia y una necesidad de adaptar el ritmo de exposición en la jerarquía, a las necesidades de la paciente.

En relación con los objetivos planteados, se observó una mejora en la regulación emocional, especialmente en los ámbitos de relaciones sociales y profesores, en los que conseguía comunicar su opinión con una menor ansiedad y a través de una comunicación asertiva. Este hecho, se pudo ver a través de los autorregistros que Sonia traía a sesión, en los que tomaba conciencia de su ansiedad ante determinadas situaciones y reemplazaba la respuesta del ataque de ansiedad por respiraciones diafragmáticas en esas situaciones. Además de presentar un lenguaje menos agresivo al representar a través de rol playing escenas en las que mostraba disconformidad con algo.

Ante el objetivo de ponerse a estudiar, la paciente verbalizó mucha dificultad para implantar las técnicas de estudio enseñadas en sesión. Esta dificultad, se sumó al reducido tiempo para ponerlas en práctica en su día a día, y la exposición no controlada de la situación “suspender todas” que desencadenó en Sonia un cuadro clínico de alto nivel de

ansiedad e ideación suicida en la última sesión. Motivo por el que se precisa seguir incidiendo en las próximas sesiones, así como continuar trabajando sobre la comunicación asertiva.

En relación con la evaluación del abordaje de la ideación suicida a lo largo de todo el tratamiento, se tuvieron en cuenta las verbalizaciones de la propia paciente. Por ello, se observó una disminución de pensamientos relacionados con el suicidio según avanzó la terapia, hasta extinguirse en la sesión 6, exceptuando la última sesión en la que vuelven a aparecer. En ella, se valoró la intensidad y gravedad de síntomas que presentaba Sonia, por lo que se suspendió el objetivo inicial de continuar con la exposición y abordar ese cuadro clínico. Esta nueva circunstancia estresante abre camino a poder seguir trabajando con la paciente hasta conseguir una mayor autonomía.

En conclusión, es importante resaltar algunas técnicas y aspectos que habría que seguir trabajando con Sonia, como el abordaje de los pensamientos relacionados con el suicidio, las técnicas de regulación emocional ante situaciones estresantes y la puesta en práctica en su día a día de la comunicación asertiva, que su consecución conllevaría una mejora en el bienestar de la paciente.

7. Discusión y Conclusiones

En este trabajo se aborda un caso que comparte sintomatología con el trastorno de estrés postraumático. Estudios como los de Palacios y Heinze (2002) recogen que cierta parte de la población se encuentra afectada por este trastorno, y menciona diferentes tipos de situaciones traumáticas que pueden desencadenar el desarrollo de un TEPT. En este caso, Sonia, tras la vivencia del juicio por el abuso sexual de su hermana comienza a desarrollar síntomas que encajan con dicho trastorno. Los sentimientos de culpa, por influir en la absolución del acusado y la percepción de abandono emocional especialmente maternal, desencadenó la aparición de síntomas relacionados con ansiedad y depresión, así como ideación e intentos de suicidio.

Según la revisión de investigaciones relacionadas con el TEPT, los procesos cognitivos que se ven afectados en estas víctimas son la capacidad de concentración, la memoria y la toma de decisión (Fernández-López y Iruarrizaga, 2005). Alteraciones relacionadas con reacciones emocionales, tales como respuestas de ansiedad debido a una elevada preocupación (Prados-Atienza, 2005), miedo intenso, falta de control y evitación de situaciones relacionadas con el trauma (Dongil, 2005), aparecen también con dicho trastorno. A lo largo de la terapia, Sonia manifiesta un cuadro clínico que se ajusta a lo mencionado por los autores, y que guiaron al terapeuta a la hora de establecer los objetivos terapéuticos a trabajar con ella.

Para la elección de la terapia de exposición para el presente trabajo, se tuvieron en cuenta estudios como los de Báguena-Puigverver (2011), que recogen una clara eficacia de la terapia de exposición en el TEPT. A pesar de ello, este estudio también afirma la existencia de un alto porcentaje de pacientes que abandonan el tratamiento debido a una falta de preparación de la persona en terapia para afrontar e integrar los efectos emocionales que genera la exposición (Dongil, 2005). Por tanto, esta evidencia se habrá de tener en cuenta en todo momento de cara al futuro desarrollo y continuación del tratamiento con Sonia, ya que es de vital importancia la práctica continuada de ejercicios de regulación emocional para evitar las oscilaciones emocionales que pudieran ocasionar un riesgo de abandono de la terapia.

Además de lo anteriormente descrito, tras haber incorporado las técnicas pertinentes en terapia, y una vez que Sonia las haya integrado en sus rutinas, sería de gran utilidad que en el futuro se incorporasen sesiones de prevención de recaídas con el fin de preparar a la

paciente ante situaciones que conlleven una alta demanda emocional y disminuir de ese modo el riesgo de abandono.

En relación con la alianza terapéutica, un aspecto que bajo mi punto de vista influyó positivamente fue la actitud de la terapeuta, ya que en todo momento tuvo en cuenta los estados emocionales de la paciente, así como su dificultad para abordar situaciones con una alta carga emocional, mostrándose cercana y empática. Además de priorizar el respeto por las necesidades que mostraba en cada momento la paciente y adaptar las intervenciones al ritmo que Sonia marcaba en el tratamiento, favoreciendo su bienestar y ofreciendo una capacidad de autonomía y responsabilidad en sus propios avances.

Según he podido observar en este caso, la actitud del terapeuta ante las dificultades que planteaba Sonia y el respeto de sus necesidades, han sido claves para la mejoría en cuanto a su sintomatología y su progresiva capacidad para hacer frente ante situaciones desagradables. En mi opinión y tomando como referencia esta paciente, se podría afirmar que características personales del terapeuta podrían influir en el desarrollo de la terapia de los pacientes que presenten alta evitación experiencial, con TEPT.

En cuanto a las limitaciones surgidas en este trabajo, es significativo señalar la ausencia de pruebas validadas y, en su defecto, tomar como únicas referencias las observaciones por parte del terapeuta y las verbalizaciones de la paciente, así como el análisis de los autorregistros a lo largo de la terapia como herramientas para la valoración del éxito del tratamiento. Esto se produce a consecuencia de la imposibilidad de aplicar pruebas validadas, debido a que la profesional encargada de la terapia no consideró dicho momento oportuno para ello, debido a la inestabilidad emocional que presentaba la paciente. Siendo esta situación tomada como un factor de riesgo que podría haber influido negativamente en los resultados de dichas pruebas. Con ello, se estima que en la continuación de la terapia se habrán de emplear pruebas validadas, que permitan la comparación entre sí de los resultados.

Otro aspecto que merece ser mencionado en este trabajo son los resultados de los cuestionarios. Concretamente, las puntuaciones bajas en el BDI-II de Sonia. A pesar de este resultado, Sanz et al. (2003) señalan en su estudio que una persona se encuentra recuperada de la depresión cuando su puntuación en el inventario da un valor de 9 o inferior. Por lo que, para futuras sesiones sería destacable incorporar técnicas que mejoraran estos resultados.

De la misma manera, otro aspecto a destacar fue la disparidad encontrada en cuanto a las verbalizaciones de conductas evitativas de la paciente y las puntuaciones bajas que se obtuvieron del cuestionario AAQ-II. Para interpretar estos resultados, se tuvo en cuenta; por un lado, la observación clínica del terapeuta y por otro, las puntuaciones altas que se obtuvieron en el ítem relacionado con la evitación del cuestionario EGS-R. De esto, se concluyó que existía la posibilidad de que Sonia hubiera respondido a las respuestas del cuestionario AAQ-II de una manera evitativa, pudiendo ser una explicación del resultado bajo.

En relación a lo anterior, otro cuestionario en el que se encontraron diferencias entre puntuaciones bajas de ansiedad y la presencia de altas verbalizaciones ansiosas de la paciente, fue el BAI. Se concluyó, que de igual forma que el AAQ-II, la evitación mencionada anteriormente podría haber influido en las respuestas de Sonia al cuestionario.

Una posible hipótesis que explicaría la utilización de respuestas evitativas, se encontraría en el modelo transteórico de Prochaska y Diclemente (1982). Bajo este supuesto, al pertenecer Sonia a una etapa precontemplativa al inicio de la terapia, estaría experimentando una baja consciencia de la existencia de un problema y respondería de forma evitativa ante cualquier situación que le provoque sensaciones desagradables, con el fin de no conectar emocionalmente con lo sucedido ni con los síntomas experimentados.

Tras el análisis anteriormente mencionado sobre cómo está interfiriendo las respuestas evitativas en Sonia y en la terapia hasta el momento, un aspecto que podría tenerse en cuenta (si ésta continua) para futuras sesiones sería la posibilidad de incorporar un tratamiento farmacológico, en paralelo al psicológico, que pudiera reducir este fenómeno y ofrecer una mejora en la eficacia de la terapia en sí misma.

En cuanto al análisis funcional, se pudo concluir que las conductas evitativas y síntomas que experimentaba Sonia estaban manteniéndose porque cumplían una función de reducción del malestar. Algo semejante ocurría con los pensamientos de suicidio que plantea la paciente, en los que tras su evaluación se valoraron como una manifestación de un malestar muy intenso, no considerándose un deseo real de muerte. A pesar de esta valoración, debido a los factores de riesgo presentados y al motivo de consulta por el que vino Sonia se valoró pasar un contrato terapéutico al principio y en la última sesión. Así como también, valorar la evaluación continuada de estos pensamientos en próximas sesiones.

En relación con los objetivos que se propusieron, una mejora que podría haberse incluido a lo largo del tratamiento sería la de incorporar más técnicas relacionadas con el objetivo de mejorar el estado de ánimo de la paciente, debido a la desregulación emocional que presentaba. Por tanto, algunas técnicas que se pueden incluir en las próximas sesiones, y en mi opinión podrían resultar útil en la paciente son: la realización de actividades físicas y aumentar el tiempo dedicado a las relaciones sociales. Este último perseguiría la posibilidad de crear o mejorar una red social a su alrededor que conllevara a mejorar el apoyo social percibido, que hasta el momento siente como bajo.

En la misma línea, un aspecto que podría utilizarse para perseguir los objetivos establecidos en próximas sesiones, sería incorporar en las técnicas el humor y la creatividad, estrategias de afrontamiento que cuenta la paciente. El uso de las mismas, podría favorecer el aprendizaje de dichas técnicas y la efectividad del tratamiento, teniendo en cuenta que el humor y la creatividad son factores de protección para la paciente, con los que se siente cómoda la paciente.

En conclusión, a pesar de las dificultades encontradas en el caso, Sonia ha presentado una mejora significativa en cuanto a la reducción de los síntomas ansiosos, con por medio del uso de técnicas de relajación y el tratamiento de exposición ante eventos de menor ansiedad. Además de lograr reducir mejorar la regulación emocional e incorporar estrategias de comunicación más asertivas en el ámbito académico y social. Todo ello, pudiendo considerarse un avance y un éxito a la hora de ganar confianza para la continuación de la exposición de eventos injustos en otros contextos (por ejemplo el familiar) y favorecer el proceso de elaboración del trauma. Además, sumado a la buena alianza terapéutica establecida con la paciente incita a creer que Sonia continuará la terapia, por lo que existirá una progresiva mejora en su bienestar personal.

8. Referencias Bibliográficas

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49.
- Báguena-Puigcerver, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés posttraumático. *Psicothema*, 13(3), 479-492.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D., Klauminzer, G., Charney, D. S., Keane, T. M. & Buckley T. C. (2000). *Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) Instruction Manual*. Boston: National Center of PTSD.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., & 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.
- Caballo, V., Salazar, I. y Carrobles, J.A. (2011). Trastornos relacionados con trauma y factores de estrés. En Echeburúa, E., Corral de Paz y Amor, P (Eds), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. (pp. 290-307). Pirámide.
- Caballo, V. E. (Ed.). (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 2). Siglo Veintiuno de España.
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés posttraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(2), 20-34.
- Coderch, J. (Ed.). (2014). *Avances en psicoanálisis relacional: nuevos campos de exploración para el psicoanálisis*. Ágora Relacional.
- Connor, K. & Davidson, J. (1999). Further psychometric assessment of the TOP-8: a brief interview-based measure of PTSD. *Depress Anxiety*, 9(3), 135-137.
- De la Torre, M. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA). Universidad Autónoma de Madrid (UAM).
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada, V., Gasquet, I., Kovess, V., Pierre, J., Angermeyer, M., Bernert, S., Girolamano de G., Morosini, P., Polidori, G., Kikkawa, T., Kawakami, N., Ono, Y., Takeshima, T., Uda, H., Karam, E., Fayyad, J., Karam, A.,...Chatterji, S. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Jama*, 291(21), 2581-2590.
- Dongil, E. (2008). *Reestructuración cognitiva: un caso de estrés posttraumático*, 14(2-3), 265-288.

- Echeburúa, E., Amor, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F., y Muñoz, J. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica*, 34(2), 111-128.
- Echeburúa, E., Corral de P y Amor, P. (2004). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 4, 227-244.
- Enrique, A. (2004). Neuroticismo, extraversión y estilo atribucional en veteranos de guerra: una aproximación desde el estrés postraumático. *Interdisciplinaria*, 21(2), 213-246.
- Fernández-López, V., y Iruarrizaga, I. (2005). Intervención psicológica en la toma de decisiones: un caso clínico. *Ansiedad y Estrés*, 11(2/3), 291-301.
- Ferro, R. (2000). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. *Psicothema*, 12(3), 445-450.
- Figueroa, R., Cortés, P., Accatino, L., & Sorensen, R. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Revista médica de Chile*, 144(5), 643-655.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S. y Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 59, 715- 723.
- Foa, E. B., Zinbarg, R., & Rothbaum, B. O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: An animal model. *Psychological Bulletin*, 112(2), 218–238.
- Freud, S. (1893). *Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos*. En: *Obras completas*. Tomo II. Amorrortu.
- Freud, S. (1894). *Proyecto de una psicología para neurólogos*. En: *Obras completas*. Tomo III. Amorrortu.
- Freud, S. (1919a). *Introducción al simposio sobre las neurosis de guerra*. En: *Obras completas*. Tomo XVII. Amorrortu.
- Freud, S. (1920). *Apéndice. Informe sobre la electroterapia de los neuróticos de guerra*. En: *Obras completas*. Tomo XVII. Amorrortu.
- Freud, S. (1925). *Inhibición, síntoma y angustia*, En: *Obras completas*. Tomo XX. Amorrortu.

- García, G. (2005). *Actualidad del trauma*. Grama.
- García, V, M., Moreno, N., Sanz, J., Gutiérrez, S., Gasteira, C., Zapardiel, A. y Marotta, S. (2015). Eficacia y utilidad clínica de los tratamientos para las víctimas adultas de atentados terroristas: una revisión sistemática. *Behavioral Psychology*, 23, 215-244.
- Gunaratnam, S., & Alisic, E. (2017). Epidemiology of trauma and trauma-related disorders in children and adolescents. In M. Landolt, M. Cloitre, & U. Schnyder (Eds.), *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents* (pp. 29 - 47). Springer.
- Hayes, C., Wilson, G., Gifford, V., Follette, M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Kaplan, Z., Matar, M. A., Kamin, R., Sadan, T., & Cohen, H. (2005). Stress-related responses after 3 years of exposure to terror in Israel: are ideological-religious factors associated with resilience?. *The Journal of clinical psychiatry*, 66(9), 1146-1154.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. Editorial médica panamericana, 2014.
- Martín, J.L. y Ochotorena, J. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*, 16(1), 45-49.
- Martínez-Raga, J., Ruiz, J. D. A. M., Cepeda, C. K. C. S., San Molina, L., y Pérez-Gálvez, B. (2005). Trastorno por estrés post-traumático y Trastorno por uso de sustancias: epidemiología, naturaleza y neurobiología. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 16(63), 325-331.
- McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Hill, E. D., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 815-830.
- Mingote, A., Menjón, B., y Mingote, B. (2019). Tratamiento de personas adultas con trastorno de estrés postraumático II. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, (62), 2.
- Muñoz, M., Ausín, B., y Panadero, S. (2019). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Síntesis.

- Orozco, R., Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M. E., & López-Carrillo, L. (2008). Traumatic life events and posttraumatic stress disorder among Mexican adolescents: results from a survey. *Salud pública de México*, 50, 29-37.
- Palacios, L y Heinza, G. (2002). Trastorno de Estrés Postraumático: una revisión del tema (segunda parte). *Salud Mental*, 25 (5), 61-71.
- Pieschacón, M. (2006). Estado del arte del trastorno por estrés postraumático. *Suma Psicológica*, 13(1), 67-84.
- Prados-Atienza, J. M. (2005). Pensamiento y emoción: el uso científico del término preocupación. *Ansiedad y Estrés*, 11(1), 37-48.
- Prochaska, J., & Diclemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research & practice*, 19(3), 276-288.
- Ramírez, M. (2004). Neurosis de guerra en niños combatientes. *Argentina Psicoanálisis y el Hospital* 25, 15–19.
- Reed, G., Anaya, C y Evans, S. (2012). ¿Qué es la CIE y por qué es importante en la psicología?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(3), 461-473.
- Redondo, S y Martínez, A. (2011). Tratamiento y cambio terapéutico en agresores sexuales. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 8(9), 1-25.
- Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive Processing Therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-760.
- Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, Ca: Sage.
- Ruiz, F. J., Herrera, A. I. L., Luciano, C., Cangas, A. J., y Beltrán, I. (2013). Midiendo la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica: Versión española del cuestionario de aceptación y acción-II. *Psicothema*, 25(1), 123-130.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3), 249-280.
- Sanz, J., García-Vera, M.P y Fortún, M. (2012). El “Inventario de ansiedad de Beck” (BAI): Propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Psicología Conductual*, 20(3), 563-583.
- Takada, S., Kameoka, S., Okuyama, M., Fujiwara, T., Yagi, J., Iwadare., Honma, H., Mashiko, H., Nagao, K., Fujibayashi, T., Asano, Y., Yamamoto, S., Osawa, T & Kato, H. (2018). Feasibility and psychometric properties of the UCLA PTSD reaction index

for DSM-5 in Japanese youth: A multi-site study. *Asian Journal of Psychiatry*, 33, 93-98.

Uribe, N., Ruiz, Jiménez, C. P., Moreno, S. D., y Castaño., A. C. (2017). El concepto de trauma en Freud y la ley de víctimas de la guerra en Colombia. *Revista Poiésis*, 1(32), 193-209.

Van der Hart, O. (2012). El Tratamiento de los Recuerdos Traumáticos en Pacientes con Trastornos Disociativos Complejos. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 3(2), 1-22.

Wallin, J. (2012). *El apego en psicoterapia*. Desclée de Brouwer.

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). Geneva, 2019.

9. Anexos

9.1 Anexo 1

Consentimiento informado



RECEPCIÓN DE USUARIOS

En cumplimiento de lo establecido en la normativa de protección de datos le informamos de los siguientes aspectos:

Identificación del Responsable de Tratamiento:

- Identidad: ENTER Servicio Integral de Psicología
- Dirección: Calle Mártires Concepcionistas, N 10, 1ª Derecha, 28006 Madrid
- Teléfono: 673 20 41 03
- Correo electrónico: enter@enterpsicologia.es

Finalidad del Tratamiento de sus datos personales:

En ENTER Servicio Integral de Psicología, tratamos sus datos personales con la finalidad de llevar a cabo, correctamente, la gestión y el seguimiento de los servicios solicitados por usted. Solo serán solicitados aquellos datos estrictamente necesarios para prestar adecuadamente los servicios pudiendo ser necesario recoger datos de contacto de terceros, tales como representantes legales, tutores, o personas a cargo designadas por los mismos.

Los datos personales proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial y profesional y cinco años más de acuerdo con las exigencias legales.

Legitimación para el tratamiento de sus datos:

La base legal para el tratamiento de sus datos es su consentimiento expreso.

Para el resto de tratamientos se solicitará el consentimiento del interesado.

Los datos sólo podrán ser utilizados para los fines expuestos en el anterior epígrafe, de acuerdo con los principios de transparencia y de limitación de la finalidad.

Comunicación o Cesión de datos y Transferencias Internacionales de Datos:

Los datos serán cedidos en aquellos casos en que así se exija legalmente a las entidades públicas con competencia en la materia.

Autorizo el tratamiento de mis datos para las finalidades anteriormente mencionadas.

Desde ENTER Servicio Integral de Psicología, se solicita el consentimiento expreso para la grabación de las sesiones con fines formativos y de desarrollo profesional para los/las terapeutas que realizan su labor en el centro. Si, en el caso de decidir participar y consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la intervención usted desea dejar de participar en la grabación de las sesiones, le rogamos que nos lo comunique y a partir de ese momento se dejarán de utilizar las grabaciones con fines de formación y desarrollo profesional.

Acepto la grabación de mis sesiones

Las grabaciones de las sesiones podrían ser cedidas a alumnos en prácticas o con el resto de terapeutas con fines formativos y de desarrollo profesional.

Acepto este tratamiento

**Derechos:**

Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre si en ENTER Servicio Integral de Psicología estamos tratando datos personales que les conciernan, y en tal caso, **derecho de acceso** a sus datos personales, a los fines del tratamiento, y a las categorías de datos personales de que se trate. Asimismo, tendrá derecho a solicitar la **rectificación** de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su **supresión** cuando, los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos; se haya retirado el consentimiento en el que se basa el tratamiento o se oponga al tratamiento; los datos personales se hayan tratado de manera ilícita; o deban suprimirse para el cumplimiento de una obligación legal establecida en el derecho de la Unión o de los Estados miembros.

Podrá solicitar la **limitación** del tratamiento de sus datos cuando, impugne la exactitud de los datos personales durante el plazo que permita al responsable verificar la exactitud de los mismos; el tratamiento sea ilícito y el interesado se oponga a la supresión de los datos personales y solicite en su lugar la limitación de su uso; el responsable ya no necesite los datos personales para los fines del tratamiento, pero el interesado los necesite para la formulación, el ejercicio o la defensa de reclamaciones; o el interesado se haya opuesto al tratamiento, mientras se verifica si los motivos legítimos del responsable prevalecen sobre los del interesado. En tales casos, únicamente conservaremos los datos para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.

En determinadas circunstancias y por motivos relacionados con su situación particular, usted podrá oponerse al tratamiento de sus datos. ENTER Servicio Integral de Psicología dejará de tratar los datos, salvo por motivos legítimos imperiosos, o el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.

Tendrá derecho a recibir los datos personales que le incumban, y que haya facilitado, en un formato estructurado, y a transmitirlos a otro responsable del tratamiento sin que lo impida el responsable al que se los hubiera facilitado, cuando, el tratamiento este basado en el consentimiento; o le tratamiento se efectúe por medios automatizados.

Cuando las personas afectadas ejerzan los derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición, limitación del tratamiento, portabilidad de datos y a no ser objeto de decisiones individualizadas automatizadas, deberán comunicarlo por correo electrónico a la dirección enterpsicologia@gmail.com

Asimismo podrá presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, especialmente cuando no haya obtenido la satisfacción en el ejercicio de sus derechos, a través de la sede electrónica en www.aepd.es.

Procedencia:

Los datos personales que tratamos en ENTER Servicio Integral de Psicología proceden del propio interesado.

Y en prueba de conformidad, quedo informado y presto mi consentimiento para los tratamientos informados.

En Madrid a _____ de _____ de 20__

Nombre y apellidos:

Teléfono:

DNI:

Dirección:

Código Postal:

Correo electrónico:

Firma: