



# **La carga de la posición femenina. Trabajo sobre miedo y la tristeza en una paciente con riesgo suicida**

---

Máster de Psicología General Sanitaria

---

**Autora: Ana de la Torre Iglesias**

**Tutor: Marcelo Mendes-Facundes**

Fecha de realización del trabajo: 28/02/2023

Nº palabras: 10923

**Resumen**

El presente trabajo describe la intervención psicoterapéutica desde la perspectiva de la Psicoterapia Breve Psicodinámica con una paciente de 21 años dentro del Servicio de Atención Psicológica (SAP) de la Universidad Politécnica de Madrid. Se describen 11 sesiones, aunque el tratamiento completo constará de 25, las cuales han sido trabajadas mediante la Entrevista Estructural de Otto Kernberg, herramienta principal en la que se fundamenta el trabajo; gracias a ella se ha podido realizar un diagnóstico diferencial y establecer una organización neurótica de la personalidad (según la perspectiva psicoanalítica) del sujeto con el que trabajamos.

Se observa como problemática principal una sintomatología ansioso-depresiva con indicios de riesgo suicida, provocada por una situación de abuso sexual sufrida en 2019 y agravada recientemente por otro episodio de violencia sexual sufrido a finales de 2022. La sintomatología de la paciente se mantiene por una relación ambivalente con la madre, la cual se considera otra situación de conflicto a trabajar. Los objetivos que se establecen son, por un lado disminuir la ideación suicida y la sintomatología depresiva y por otro la reducción de los síntomas ansiosos ante la relación maternal y la identificación del origen de la ansiedad ante la intimidad y el contacto con los hombres. La paciente consigue relacionar el malestar que siente ante los encuentros íntimos con los abusos sufridos previamente y a pesar de que no hay una reducción de los síntomas depresivos, se establece un riesgo de suicidio mínimo.

**Palabras clave**

Abuso sexual, apego ansioso-ambivalente, ideación suicida, psicoterapia breve psicodinámica, trauma.

***Abstract***

The present paper describes the psychotherapeutic intervention from the Brief Psychodynamic Psychotherapy's perspective with a 21-year-old female patient at the Psychological Care Service (SAP) from the Polytechnic University of Madrid. Twelve sessions are described, although the complete treatment will consist of 25 sessions, which are worked by Otto Kernberg's Structural Interview, the main tool on which this work is based; thanks to it, it has been possible to make a differential diagnosis and establish a neurotic organization of the personality (according to the psychoanalytic perspective) of the person with whom we work.

The main problem is an anxious-depressive symptomatology with suicidal risk signs, caused by a sexual abuse suffered in 2019 and recently aggravated by another episode in late 2022. The patient's symptomatology is maintained by an ambivalent relationship with the mother, which is considered another situation of conflict to be worked on. The objectives established are, on the one hand, to reduce suicidal ideation and depressive symptoms and on the other hand, to reduce anxious symptoms based on the maternal relationship and to identify the source of anxiety in relation to the intimacy and contact with men. The patient is able to relate the discomfort she feels before intimate encounters, with the abuses suffered previously and, despite there is no reduction of depressive symptoms, a minimal suicide risk is set up.

***Keywords***

Anxious attachment, brief psychodynamic psychotherapy, sexual abuse, suicidal ideation.

## Índice de Contenido

<b>1.</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>6</b>
1.1.	Psicoanálisis.....	6
1.2.	Psicoterapia Breve Psicodinámica.....	7
1.3.	Conceptos Clave para el caso .....	8
<b>2.</b>	<b>Identificación del paciente y motivo de consulta .....</b>	<b>13</b>
<b>3.</b>	<b>Estrategias de evaluación.....</b>	<b>14</b>
<b>4.</b>	<b>Formulación clínica del caso. ....</b>	<b>19</b>
4.1.	Descripción detallada del problema .....	19
4.2.	Objetivos del tratamiento.....	26
<b>5.</b>	<b>Tratamiento.....</b>	<b>27</b>
<b>6.</b>	<b>Valoración del tratamiento.....</b>	<b>35</b>
<b>7.</b>	<b>Discusión y conclusiones.....</b>	<b>39</b>
<b>8.</b>	<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>43</b>
<b>9.</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>49</b>

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1.</b> Escala Paykel del suicidio.....	16
<b>Tabla 2.</b> Leyenda del genograma.....	23

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> Genograma.....	22
<b>Figura 2.</b> Tabla de tratamiento.....	34

## Índice de ANEXOS

<b>ANEXO I.</b> Pulsiones, definición y tipos.....	49
<b>ANEXO II.</b> Segunda tópica según Freud. Ello, Yo y Superyó.....	50
<b>ANEXO III.</b> Entrevista Estructural.....	51
<b>ANEXO IV.</b> Organización de la personalidad.....	70
<b>ANEXO V.</b> Inventario de Depresión de Beck. BDI-II.....	71
<b>ANEXO VI.</b> STAI.....	77
<b>ANEXO VII.</b> Consentimiento informado.....	81

## 1. Introducción

### 1.1 Psicoanálisis

Para el estudio y la comprensión de aquellos fenómenos inconscientes de la personalidad y la mente, Freud como pionero, junto a sus discípulos, crearon el psicoanálisis. Charcot inicia los estudios en hipnosis en 1885, los cuales posteriormente sigue Freud, pero más tarde abandona ya que establece que no todos los sujetos enfermos son capaces de ser hipnotizados y que en muchas de las ocasiones se curaba el síntoma, pero no la causa de la dolencia; de esta forma deduce también que la mayoría de las veces, las manifestaciones de los síntomas no necesitan de la hipnosis para hacerse ver, sino que se ve que se expresan con la escucha al paciente (Murguía y Reyes, 2003).

A todo lo construido y propuesto por Freud en cuanto a los conocimientos sobre la psique, se puede denominar metapsicología freudiana; esto supone un punto de inicio para los seguidores de esta corriente, cuyos estudios se conocen como teorías psicodinámicas o psicoanalíticas. Estos estudios posteriores presentan tanto similitudes como diferencias, y dependiendo del autor que se lea, será más o menos a fin a las ideas originales de Freud. Todas ellas entran en el marco de la orientación psicoanalítica en la psicología (Lopera, 2017).

Con esto se puede considerar el psicoanálisis como aquella rama de la psicología que considera la multicausalidad y relación bio-psico-social de los problemas de salud mental; dos de los axiomas más destacados son la importancia de las relaciones del niño con el entorno, en concreto con los padres, y la huella del inconsciente en los procesos mentales y como eso condiciona la vida de la persona. Esta técnica además considera que, por un lado, se debe ir más allá del síntoma visible ya que si no solo estaríamos poniendo soluciones temporales a la problemática y no llegaríamos a la raíz del sufrimiento y por otro

lado, que es el la relación entre terapeuta y paciente el marco esencial en el que se da el cambio y mejora (Barnes et al., 2019).

### **1.2 Psicoterapia Breve Psicodinámica**

El psicoanálisis, conlleva una práctica que no es adecuada en ciertas problemáticas debido al número de sesiones y a su duración; a pesar de ello, sus ideas y metodología sometidas a algunas modificaciones de temporalidad, pueden servir de gran ayuda a sujetos con diferentes problemáticas. Esto ha dado lugar a las llamadas psicoterapias psicoanalíticas breves. (Sanchez-Barranco y Sanchez-Barranco, 2001)

Bellak (2014), considera el surgimiento de este tipo de terapias alrededor de la Segunda Guerra Mundial, debido a la necesidad que tenían los veteranos de recibir psicoterapia en el poco tiempo que tenían; en un primer momento los pacientes solo recibían tres sesiones, luego fueron seis, y de ahí a múltiples de seis. Se vio que en la mayoría de los casos los resultados que se obtenían eran favorables.

Nemiah (como se citó en Malán, 1976) define la este tipo de terapias como la adaptación de las ideas y la metodología del psicoanálisis a un técnica que consigue cambios significativos en el paciente en menor tiempo requerido.

Torres (2012) recopila diversos estudios y meta-análisis, en los cuales se acredita la efectividad de las psicoterapias psicodinámicas breves; desde las investigaciones realizadas en 1994 por Winston y colaboradores hasta 2009 con Falk Leichserning, todos los autores concluyen que pacientes con diversas patologías tras recibir este tipo de tratamiento presentan mejorías clínicamente significativas y se mantienen tras meses posteriores a finalizar las sesiones.

De Celis y Méndez (2020), tras la revisión de diferentes estudios desde 2010 concluyen que, en base a los criterios de eficacia derivados de la Medicina Basada en Evidencia (MBE), la psicoterapia

psicodinámica no presenta una diferencia significativa en cuanto a los resultados de otros enfoques los cuales se creen de referencia.

### **1.3 Conceptos claves para el caso**

En el caso que se define durante el trabajo, se pueden enmarcar los siguientes conceptos: trauma, abuso sexual, ideación suicida y relaciones ambivalentes materno-filiales.

Freud junto con Breuer (influenciados por Charcot), definen el trauma como una situación o impresión que no ha sido tramitada desde un nivel afectivo; esta incapacidad de tramitación da lugar a una perturbación del principio de constancia, el cual se entiende como principal regulador de la psique (Alejo, 2014).

Laplanche y Pontalis (cómo se citó en Marucco, 2006) hablan del trauma como esa experiencia vital, cuyo carácter principal es la intensidad, hacia la cual la persona no es capaz de responder de una forma adecuada; puede dar lugar a una patologización de los efectos a largo plazo en la organización de la psique.

Marucco (2006) recoge la teoría de los dos tiempos del psiquismo, durante primer tiempo se da el acontecimiento traumático, el cual queda relegado al inconsciente al no ser capaz de ser reconocido por el yo (ANEXO II, pág., 50); el segundo tiempo se crea cuando surge otro acontecimiento aparentemente intranscendente pero similar al primero, al cual otorga de significado y vuelve como síntoma en la vida de la persona. El trauma actual activa el anterior.

De Melo y Carvalho (2015) analizan los modelos de Freud a lo largo de los años acerca del trauma y recogen las ideas de autores post-freudianos como Jean Laplanche, el cual afirma que para el niño, cualquier mensaje de carácter sexual (tanto consciente como inconsciente) transmitido por un adulto siempre va a ser un trauma, ya que los niños no presentan forma alguna de integrar esto en su psique. El



trauma se genera posteriormente a la experiencia, es decir, cuando el niño es capaz de simbolizar lo vivido.

Franco et al. (2018) consideran que el abuso sexual infantil es uno de los traumas que genera más desarticulación en cuanto a la identidad que construye la psique; el yo se desmorona arriesgando la relación de la persona consigo misma y con la realidad. Mediante el uso de diferentes mecanismos de defensa como la represión o disociación el sujeto separa las vivencias y emociones traumáticas de su día a día.

Freud habla acerca de cómo ante la imposibilidad de una reacción normal a una vivencia traumática (un abuso sexual en una edad temprana), las personas reaccionan mediante el mecanismo psíquico de la represión (ANEXO III, pág., 51); esto deriva en la creación de la sintomatología neurótica (Uribe, 2010).

El abuso sexual infantil (ASI) es definido por Franco et al. (2020) como toda aquella actividad sexual ejercida por un adulto (familiar de la víctima o no) hacia un niño o niña con la finalidad de obtener una estimulación y placer de carácter sexual; se considera ASI todo tipo de prácticas, desde caricias en los genitales, exhibición ante el menor, hasta penetración y violación. También se puede dar entre dos menores cuando hay una posición de control y poder del menor con mayor edad hacia el de menor (Quiceno et al., 2014).

Actualmente el abuso sexual infantil es un problemática que afecta entre el 3 al 17% de la población infantil masculina y del 8 al 31% de la población infantil femenina (Franco et al., 2020).

Son numerosas las consecuencias derivadas de un abuso tanto sexual como físico o psicológico en la infancia o adolescencia, se ven afectadas las diferentes áreas del desarrollo, así como el desarrollo de las relaciones sociales y la vinculación con las personas. Se habla de altos niveles de ansiedad,

depresión, ideación suicida, trastornos disociativos, bajo rendimiento escolar, etc., como principales consecuencias en la persona que ha sufrido abuso sexual (Uribe, 2010).

Estas consecuencias del abuso sexual infantil pueden ser tanto a corto como a largo plazo; se denominan “efectos durmientes”, a aquellos efectos que aparecen tiempo después del abuso (desde un año del acontecimiento hasta la aparición de sintomatología en la edad adulta) y que generalmente se dan al darse un suceso similar o que recuerde al sufrido. Se identifican problemas emocionales o de conducta que no presentan un origen claro (Cantón-Cortés y Cortés, 2015).

Como describe Hoyos (2008), para el psicoanálisis, el no elaborar los conflictos y los traumas (como puede ser un abuso sexual en la infancia o adolescencia), es lo que lleva a la persona a presentar el comportamiento suicida.

Para Freud, el hecho de fracasar en la vida libidinal es lo que empuja al sujeto al suicidio, la pulsión de vivir (véase ANEXO I, pág., 49) se ve vencida (Hoyos, 2008).

Fernández (2019) explica como para Freud, las personas que vislumbran tendencias a la mutilación y auto-destrucción presentan trastornos en la pulsión de auto-conservación. En base a la teoría del Ello, Yo y Superyó, define que este último mediante el castigo y reproche propios, persigue al sujeto haciendo que el Yo quede en un plano secundario produciéndose así la aniquilación.

Al mismo tiempo, Freud expone que cuando la idea de infringirse daño no es la de la destrucción total de individuo, esto se expresa mediante accidentes ajenos casuales, lo que revela la intención inconsciente del sujeto (Fernández, 2019).

Hoyos (2008) recoge a tres autores del psicoanálisis y sus ideas sobre el porqué de la conducta y pensamiento suicida; para Freud es la pelea entre la pulsión de vida y de muerte (con predominio de la última), para Jung el suicidio son los impulsos agresivos reprimidos que rompen esa calma y paz entre el

consciente y e inconsciente y finalmente para Menninger es un homicidio invertido, considera el suicidio como consecuencia de una ira homicida hacia uno mismo.

La ideación suicida se encuadra en la repetición de pensamientos intrusivos en referencia a la muerte provocada por la propia persona, sobre el método para llevarlo a cabo, el momento y lugar (Hoyos, 2008).

Actualmente, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) el suicidio es la cuarta casusa de muerte entre las personas de 15 a 29 años; es un fenómeno que afecta a todas las regiones aunque con especial incidencia en los países de bajos y medianos ingresos.

Hernández et al. (2020) realizaron una revisión sistemática en la que se comparan diversos estudios y llegaron a la conclusión de que las ideas y conductas suicidas son más comunes en las mujeres que en los hombres pero estos últimos tienen mayor probabilidad de consumir el acto una vez presentada la idea debido a la impulsividad que presentan. La disfuncionalidad y desorganización en la familia así como las relaciones conflictivas, la hostilidad y el abandono físico o emocional por parte de los padres es un factor de riesgo clave para desarrollar ideación suicida.

La depresión junto con otros problemas de salud mental así como situaciones traumáticas como un abuso sexual son otro de los factores por los cuales una persona pueda desarrollar un patrón de conductas desadaptativas entre las cuales se encuentre la idea del suicidio (Hernández et al., 2020).

En referencia a la relación ambivalente del caso que se presenta, se puede conceptualizar desde lo denominado “apego ansioso-ambivalente”.

El apego, es tanto una necesidad biológica como relacional, ya que al nacer no somos autosuficientes y necesitamos de un adulto para sobrevivir tanto físicamente (necesidad de alguien que

nos alimente y proteja ante los riesgos) como psicológicamente (sustento a nivel emocional, límites, apoyo) (Kimelman, 2019).

Bowlby (citado en Burutxaga et al., 2018) habla del apego como esa relación del infante con el adulto en la cual hay una disponibilidad, tanto física como emocional, permanente. Si esto se da, se establecerá en el niño un apego seguro.

Según la teoría de Bowlby y Ainsworth, se pueden diferenciar cuatro estilos de apego (Kimelman, 2019). El apego seguro es aquel en el que el niño tiene confianza en la figura adulta por lo que puede explorar y experimentar el entorno y a sí mismo. El estilo de apego inseguro, puede ser ambivalente cuando el niño duda de la respuesta emocional a esperar de la figura (se dan conductas tanto de sobreprotección como de subprotección), o puede ser evitativo cuando este adulto no está disponible por lo que el niño aprende a ser autosuficiente y a desprenderse de este apoyo que no tiene.

Se da un cuarto tipo de apego, denominado desorganizado. Apenas existe ese adulto en el que apoyarse, y si está, no hay una certeza de la forma en la que va a responder; esto le genera al niño gran inseguridad y temor lo que hace que dude a la hora de recurrir a su figura (Kimelman, 2019).

El apego ansioso-ambivalente (el que atañe a el caso expuesto), presenta características en la vida adulta tales como un deseo y ansia por una intimidad y soporte emocional, pero al mismo tiempo, se relacionan con personas que les rechazan. El recuerdo que tiene el adulto sobre la figura de apego en la infancia es de no haberle comprendido (Ortiz et al., 2019).

## 2. Identificación del paciente y motivo de consulta

La paciente, a la cual llamaremos Carmen para preservar su identidad, es una mujer de 21 años, con pareja (varón) estable desde hace 1 año, sin hijos, empleada a tiempo parcial en una tienda de ropa y al mismo tiempo estudiante en la facultad de Energía; presenta un nivel socioeconómico y cultural medio. Sus padres son de origen rumano ya que fueron 1ª generación de inmigrantes, pero tanto Carmen como su hermana son nacidas en España.

Como **motivo de consulta manifiesto** señala “dejar de sentirse así”; expresa llevar tres años con depresión y con ideación suicida junto con sintomatología ansiosa, destacando su primer ataque de pánico al inicio de la adolescencia. Comenta que esto le está afectando a su desempeño académico ya que según dice se encuentra en cuarto de carrera pero aun con asignaturas de primero. Durante este tiempo, sus padres no la han tomado en serio, ya que no ven que sea un problema, simplemente una llamada de atención, hacia la cual no tienen apenas interés.

A pesar de ser este un tema relativamente recurrente durante las sesiones, se ven aflorados otros como la problemática que tiene acerca de la intimidad con el género masculino debido a diferentes situaciones de abuso sufridas y el sentimiento constante de carga tanto económica como emocional con su familia y pareja; no siente tener un espacio seguro para poder abrirse y comunicarse, que la escuchen y que la tomen en serio.

Como **motivo de consulta latente**, integrar los diversos sucesos traumáticos sufridos a lo largo de los años y entender los sentimientos de ambivalencia hacia la hermana así como la relación definida de la misma forma con la madre. Durante un breve periodo de su adolescencia recibió tratamiento psicológico por un motivo ajeno a los mencionados; no ha recibido nunca tratamiento farmacológico.

### **3. Estrategias de Evaluación**

Para el caso a tratar, el método principal de evaluación ha sido la Entrevista Estructural de Otto Kernbrg llamada así por la intencionalidad que tiene de determinar la organización estructural interna de la persona. Explora la sintomatología pasada y presente así como las dificultades a la hora de desenvolverse en las distintas áreas de su vida (Nos, 2011).

Otro de los propósitos de esta entrevista, es establecer en el paciente un tipo de personalidad, neurótica, límite o psicótica para así realizar un diagnóstico diferencial y poder llevar a cabo un tratamiento acorde a las necesidades específicas de la persona. A parte de centrarse en los síntomas del paciente, también busca indagar en su conducta, su experiencia subjetiva y en la relación y vínculo que desarrolla con el terapeuta (Nos, 2011).

Labbé et al. (2020), establecen la importancia del contenido que proporciona la entrevista, pero además dotan de valor la forma en la que el paciente dice y transmite la información así como lo que le sucede en el momento en el que lo cuenta.

Nos (2011), define las tres fases de la entrevista estructural, que se llevan a cabo en un periodo de tiempo de 1 a 3 sesiones.

Durante la fase inicial, hay una descripción de los síntomas actuales así como de las razones por las cuales el paciente busca ayuda en ese momento; además, se pide una explicación por parte de la persona de esta sintomatología y al mismo tiempo se le pregunta que es lo que espera del tratamiento (Nos, 2011).

Kernberg (1987), explica con más detalle esta fase y resalta la importancia del formato de respuesta de la persona y como en sí mismas estas dan información sobre la organización de la personalidad; en función de las divagaciones que haga el paciente, de las evasiones, la concreción o

complejidad de respuesta, el terapeuta abrirá o concretará más las preguntas y explorará o confrontará las contradicciones como prueba de realidad para determinar el nivel de patología y el tipo de personalidad, neurótica, límite o psicótica.

Nos (2011) describe esta segunda fase o fase media, como momento de la entrevista en la cual la persona se describe a sí misma (autoconcepto) y describe a las personas más relevantes de su vida para establecer si hay o no difusión de la identidad<sup>1</sup>. El terapeuta vuelve a confrontar si considera que hay discrepancias en la narración sobre sí mismo o los demás ya que la respuesta a ello será clave para delimitar el tipo de personalidad.

Durante la última fase, fase de terminación, hay una exploración de los hechos pasados para ver una posible conexión con las problemáticas actuales y se da también una devolución de la información así como indicaciones sobre el tratamiento a seguir. Se valora también la respuesta del paciente para ver el nivel de motivación y las expectativas que tiene (Nos, 2011).

Volviendo a la a la organización de la personalidad y para poder establecer que tipo presentaba la paciente, se iniciaron las entrevistas el jueves 20 de Octubre de 2022, para ello se usaron los criterios establecidos por Kernberg (1987), los cuales se pueden ver en la Tabla 3 presentada en el ANEXO IV (pág., 70). En base a ellos, se establece que la paciente presenta una personalidad neurótica.

El suicidio es un suceso multidimensional y de origen variado, se trata de un problema que afecta a todas las regiones del mundo. Prevenirlo es esencial; para ello, se debe detectar e identificar con antelación el riesgo, para establecer un tratamiento acorde a la necesidad de cada persona. Se debe

---

<sup>1</sup> Difusión de la identidad: definida por Erickson desde la perspectiva psicodinámica como la incapacidad para la autodefinición dando lugar a la desconexión emocional en diferentes ámbitos de la vida del sujeto. Esto provoca aislamiento, sentimientos de vacío y posibles regresiones a identidades anteriores (Foelsch et al., 2015).

evaluar todo el rango que presenta la conducta suicida, desde esa primera idea que surge en la persona, hasta el suicidio consumado (Fonseca y Pérez, 2020).

El riesgo suicida se evaluó mediante la Escala Paykel del Suicidio y mediante una entrevista. Esta escala fue usada a modo de entrevista también; se presentaron las preguntas a la paciente en sesión, intercaladas con otras más específicas para determinar de forma más precisa el riesgo de suicidio o de conducta autolítica.

La Escala Paykel presenta cinco ítems de respuesta dicotómica (sí/no, con puntuación 1/0 respectivamente), a mayor puntuación, mayor gravedad. Se trata de un instrumento validado en España de estructura unidimensional, con una fiabilidad calculada mediante el coeficiente de Cronbach del 0.814 (Baños y Ramos, 2020). Se presenta la Tabla 1 con las preguntas de la Escala.

**Tabla 1**

*Escala Paykel del Suicidio*

---

1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarte	<b>Sí</b>	<b>No</b>
3. ¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fueras a hacer?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
4. ¿Has llegado al punto en el que consideras realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	<b>Sí</b>	<b>No</b>

---

Nota: Fonseca y Pérez (2020).

Teniendo como base las preguntas presentadas en la Tabla 1, se desarrolla una entrevista de en la cual se deben identificar los factores de riesgo y de protección, la evaluación del riesgo actual junto con su posterior valoración. Se establecen las siguientes fases (Mayorga, 2018).



Durante la **fase 1** lo más importante es poder detectar una situación específica problemática para la persona y preguntarle cómo ha pensado resolverlas. Además, se debe preguntar de forma concreta si ha tenido intenciones de hacerse daño o de quitarse la vida; para evaluar el nivel de intensidad se le puede proponer que establezca del 1 al 10 cuanto afectan estos pensamientos en su día a día. Hay que evaluar también el nivel de afectación en el sueño y en la alimentación.

Si se confirma que hay ideación suicida se pasa a la **fase 2**, se debe concretar cómo de alto es el riesgo y qué nivel de planificación tiene la persona, el método y la severidad mediante preguntas específicas acerca del momento o lugar, la forma en la que lo va a llevar a cabo, y el motivo principal por el que quiere hacerlo para poder orientar las siguientes intervenciones y poder realizar un plan de tratamiento.

Las **fase 3 y 4** van dirigidas a la evaluación de la desesperanza, los planes de futuro y la posibilidad de una red de apoyo social.

Junto con las entrevistas de recogida de información se consideró oportuno el uso de materiales de evaluación psicométricos para medir el nivel de depresión y ansiedad de la paciente ya que llega con una sintomatología muy concreta como ideación suicida, baja valía y baja autoestima, un nivel de desesperanza alto y sintomatología física asociada a la ansiedad. Se aplica el Inventario de Depresión de Beck – Segunda Edición (BDI-II) y el STAI.

El BDI-II es un cuestionario para medir la gravedad de la depresión en personas mayores de 13 años durante las últimas dos semanas (incluido el propio día que realiza el test); se trata de un autoinforme de 21 ítems cada uno con cuatro frases en los cuales el paciente deberá elegir cuál de ellas se asemeja más a su estado actual (Pachas, 2019).

El cuestionario dispone de una alta fiabilidad ya que presenta una consistencia interna superior al 0.85 (Sanz y Vázquez, 2011).

Pachas (2019), también concreta que la primera versión se creó en 1961 y fue actualizada posteriormente con el cambio al DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). Actualmente se encuentra en la quinta edición, pero debido a que la APA (Asociación Americana de Psiquiatría) no ha realizado cambios a tener en cuenta en los criterios para los trastornos depresivos, no ha habido una nueva modificación del cuestionario de Beck.

Para la interpretación de los resultados, se deben tener en cuenta las puntuaciones de corte (Pachas, 2019): de 0 a 13 mínima depresión, 14-19 leve, de 20 a 28 depresión moderada y finalmente de 29 a 63, depresión grave.

Para medir los niveles de ansiedad se aplica la adaptación española del State-Trait Anxiety Inventory como prueba psicométrica principal. Se trata de un cuestionario que mide de forma independiente la ansiedad como estado y como rasgo, entendida la primera como condición temporal de la ansiedad que puede variar en tiempo e intensidad (y que mide la sintomatología física) y entendida la segunda como rasgo se entiende la ansiedad a la tendencia relativamente estable de las personas a percibir las situaciones como amenazantes (Spielberg et al., 2015).

Presenta 40 ítems (20 para cada escala) con respuesta tipo Likert de cuatro alternativas. Tiene una fiabilidad bastante alta ya que en consistencia interna puntúa entre 0.83 y 0.92 (Spielberg et al., 2015).

#### **4. Formulación clínica del caso.**

##### **4.1 Descripción del problema**

La paciente acude a la primera sesión nerviosa pero colaborativa; empieza a narrar angustiada como lleva aproximadamente tres años con tendencias suicidas y ataques de ansiedad. A lo largo de este primer encuentro, establece pensamientos rumiativos acerca del suicidio, pero finalmente asegura que a pesar de haberlos tenido, nunca lo ha intentado. Relata estar agobiada con la universidad ya que no consigue finalizar sus estudios, se encuentra en cuarto de carrera pero con asignaturas de primero. Siente que es una carga para su familia.

El sentimiento de carga es algo que lleva teniendo muchos años, según recuerda, desde los 14; se siente una carga económica y emocional, ya que a pesar de llevar ese tiempo mal psicológicamente, su familia no cree que sea algo importante por lo que ella siente que no tiene apoyos emocionales.

Al narrar su historia, se da cuenta de que apenas tiene recuerdos de la infancia, y aquellos de la adolescencia son vagos, “no recuerdo mi adolescencia, no recuerdo cosas positivas de mi vida”, afirma llorando. Su familia es rumana, sus padres emigraron a España cuando tenían 20 años, y formaron aquí su vida. Posteriormente también emigraron sus abuelos paternos junto con sus tíos (la familia paterna).

Tanto ella como su hermana pequeña han nacido en España y en contadas ocasiones han viajado a Rumanía a visitar a familiares maternos.

Uno de los pocos recuerdos que tiene, es de antes de que su hermana naciese; según relata, sus padres la dejaron en casa de sus abuelos paternos ya que ellos iban a salir a cenar. Sus padres tuvieron que volver al poco rato ya que la paciente no paraba de llorar, se sentía incomoda, enfadada y angustiada, “estuve llorando todo el rato, llamando a mi madre para que por favor viniese porque no quería estar ahí”.

Durante las sesiones con la paciente, ha destacado la mala relación que presenta con sus abuelos paternos. Esa parte de la familia viene de una relación de violencia continua, la abuela sufrió violencia por parte de su padre y más tarde por parte de su marido, al cual define la paciente como un alcohólico. Esta violencia más tarde fue trasladada, al menos de forma emocional y psicológica al padre de la paciente. En una de las sesiones comienza a relatar un suceso a modo explicativo de la mala relación que hay entre su madre y sus abuelos, pero hay un bloqueo por el cual no puede continuar con el relato, “a mi madre nunca le ha querido mi abuela, intentaban llevarse bien pero... desde que pasó... bueno, no recuerdo lo que pasó...”.

Actualmente la paciente no puede ni soporta ver a sus abuelos, afirma no quererlos e incluso sentir un alivio cuando algo malo les pasa.

Presenta una relación familiar complicada, a pesar de eso ella lo describe como “complicada pero no creo que seamos del todo una familia disfuncional”; la dinámica es tradicional, su padre carga con la economía familiar por lo que trabaja durante todo el día, su figura es bastante ausente en el relato de la paciente. En cuanto a la madre, existe una relación ambivalente con ella, por un lado la requiere a nivel emocional, exigiendo que le cuente cómo se siente y lo que sucede en su vida, pero por otro la rechaza cuando es la paciente la que necesita ese cariño y apoyo; relata varios episodios de violencia, “para mi madre el matamoscas era su mejor amigo, era llegar a casa y verlo encima de la mesa de mi habitación”. Narra estos hechos con una relativa normalidad, y comenta necesitar una constante aprobación por su parte.

La relación con su hermana menor la define como buena. En base a diferentes sucesos que comenta durante las sesiones, se puede ver un patrón de comportamiento materno que ejerce la paciente con su hermana, “tengo que estar pendiente todo el rato de llevarla y recogerla del instituto, ni que fuese yo su madre...” Destaca un episodio autolítico de la hermana, “me la encontré en el baño rajada de arriba abajo”; fue ella la que se hizo cargo y la cuidó ya que sus padres no se encontraban en Madrid.

A raíz de ese suceso, se tomaron más en serio la salud mental de su hermana, pero no la de la paciente, esto genera sentimientos de envidia hacia ella (los cuales en un primer momento no reconoce), ya que no recibe esa ayuda ni atención sobre cómo se siente. Tras la revelación del suceso, emergen esos sentimientos y describe distintos comportamientos de sus padres con ella y con su hermana, “parece que tenemos diferentes padres, conmigo son estrictos y con ella más flexibles”.

Actualmente tiene pareja (varón) desde hace algo más de un año; comenta desde la primera sesión que en ocasiones cuando hay demasiado contacto físico, empieza a tener sintomatología ansiosa; la paciente lo asocia a un evento en 2019 donde sufrió un abuso sexual por parte de un conocido en una fiesta; a día de hoy considera no haberlo superado. Tras el suceso, describe “mi cuerpo se cerró, comencé a rechazar el contacto físico y a los hombres”. En la sesión también describe como anteriormente a este abuso, no le gustaba el contacto físico con los hombres.

Durante los últimos meses, su vida sexual en pareja ha ido disminuyendo y se ha empezado a sentir forzada a mantener relaciones sexuales hasta un punto en el que según relata, comenzaron a mantener una relación, pero ella quiso parar y su pareja no la escuchó y continuó hasta que vio como ella estaba completamente inmóvil y sin expresión y decidió parar. Se sigue trabajando con este hecho en las sesiones actuales.

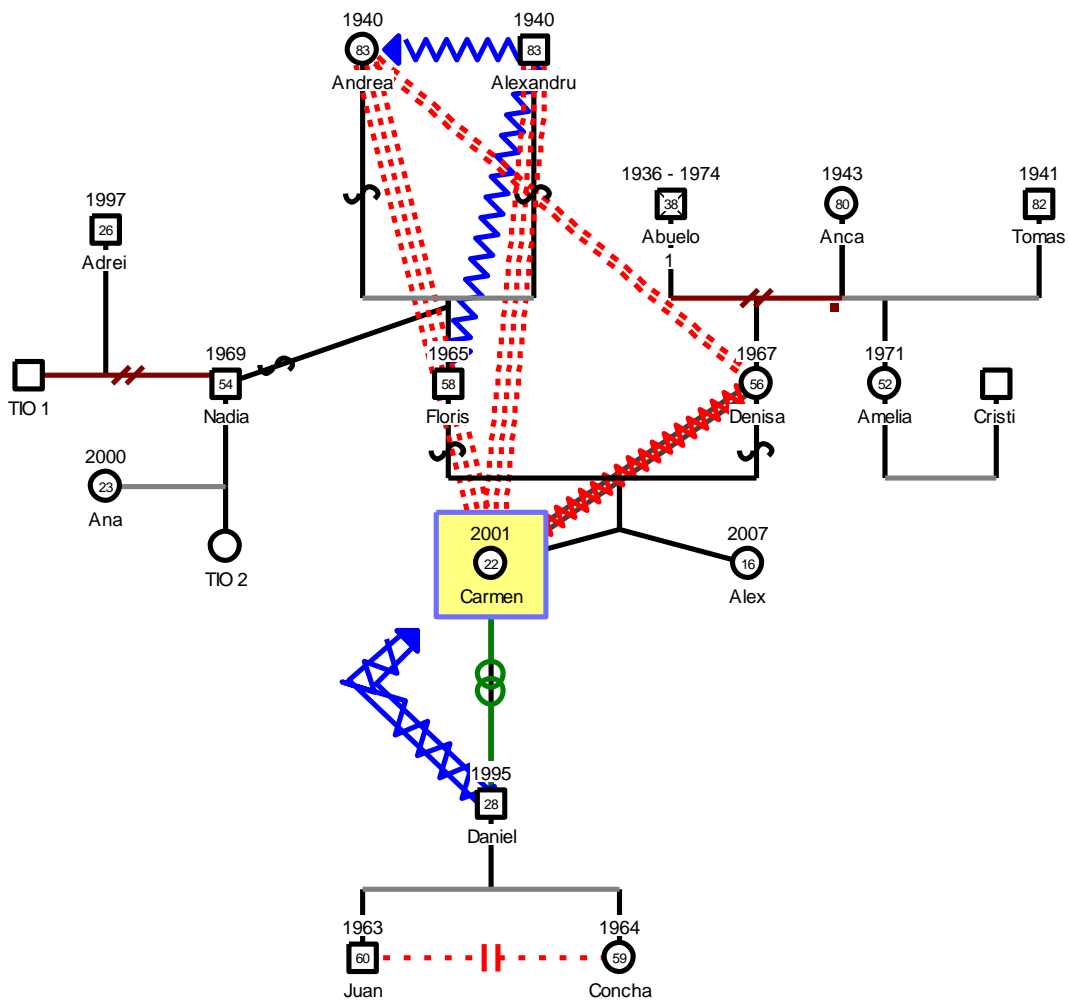
Al mismo tiempo describe no sentir nada vaginalmente cuando mantiene relaciones sexuales, “no siento nada, me pasa desde siempre, incluso desde que empecé a tocarme”.

En lo que a la sintomatología ansiosa refiere, tuvo su primer ataque de pánico durante un viaje en la adolescencia (12 o 13 años) mientras realizaba un viaje a Rumanía con su familia, solo recuerda quedarse completamente paralizada y tener que ser trasladada por sus tíos al hospital; desde ese momento, en los siguientes ataques de ansiedad se le quedan dormidas partes del cuerpo y debido a ello se le realizaron pruebas neurológicas para descartar cualquier problemática de origen físico. Actualmente

la ansiedad que presenta está relacionada con las discusiones que tiene con su madre, y en momentos de intimidad con su pareja.












A continuación se presenta el genograma (Figura 1) de la familia de la paciente junto con una leyenda explicativa (Tabla 2). Todos los nombres han sido modificados con tal de preservar la privacidad de la misma.

**Figura 1**  
*Genograma*



**Tabla 2**  
*Leyenda del Genograma*

---

	Paciente identificado/a
	Divorcio
	Inmigración
	Rompimiento/Alejamiento
	Cercano/Violencia
	Abuso Físico
	Abuso emocional
	Discordia/Conflicto
	Odio
	Enamorado(a)
	Abuso sexual

---

Nota: elaboración propia.

Tanto la Figura 1 como la Tabla 2 muestran las diferentes relaciones familiares y emocionales que se enmarcan en la vida de la paciente. Destaca la relación ambivalente materno-filial, en la cual se demanda una comunicación de los sentimientos por parte de la paciente a la madre, pero al mismo tiempo

no hay respuesta de la madre, o la respuesta es hostil, “...cállate no queremos escucharte, pero cuando no cuento las cosas se queja de que no le cuento nada...”. En cuanto a la familia más extensa, se pueden ver las distintas formas de violencia ejercida en las generaciones.

Se señala también la relación de odio de la paciente con sus abuelos, pero en especial con la abuela materna; durante una sesión narra como en una discusión en unas navidades, su padre casi atropella a su abuela sin querer, “lo recuerdo con tanto cariño...” relata la paciente. Manifiesta durante las sesiones ese odio, pero no da ninguna justificación de por qué es así, se limita a afirmar que nunca se han comportado como abuelos.

Teniendo todo esto en cuenta junto con lo narrado por la paciente, se puede establecer como hipótesis principal en cuanto a las circunstancias de adquisición de la problemática, que el acontecimiento de 2019 dio lugar a una inestabilidad psicológica y al inicio de estos pensamientos suicidas, al mismo tiempo que un aumento en la sintomatología ansiosa.

Se genera una hipótesis secundaria estableciendo como base de los problemas un posible abuso sexual infantil. La paciente señala sintomatología ansiosa desde pequeña, pero a pesar de eso no tiene apenas recuerdos de la infancia y de la adolescencia y los recuerdos que tiene los define como flashbacks, como momentos de una película que estuviese viendo; estos los describe siempre como angustiosos y en la mayoría de ellos se queda a mitad de relato alegando que no se acuerda de más. Del mismo modo habla sobre un rechazo hacia el género masculino desde la infancia, el cual se agrava tras el abuso sexual que sufre en 2019.

Todo lo anterior sumado al casi inexistente apoyo emocional por parte de su familia y a las responsabilidades que tiene hacia su hermana, genera que la paciente sienta que es una carga para su entorno.



Como variables de mantenimiento de lo descrito en el párrafo previo se destaca por un lado el reciente abuso sufrido por parte de su pareja, y la continua exposición de la madre hacia una relación de ambivalencia.

La sintomatología ansioso-depresiva de la paciente se puede ver en los resultados de las pruebas realizadas, el BDI-II y el STAI:

La puntuación obtenida en el BDI-II es significativamente alta, 42 puntos en una escala en el que el máximo son 63, por lo que entraría en la categoría de depresión grave. La paciente describe desde la primera sesión sintomatología depresiva así como una tristeza y un vacío profundos, por lo que no es de extrañar que tras realizar la prueba, los resultados sean los mencionados. A pesar de entrar dentro de la categoría más preocupante, es necesario puntualizar que la paciente en los ítems de ideación y conducta suicida obtuvo de las puntuaciones más bajas. El ítem número 9 “Pensamientos o deseos suicidas”, es puntuado con un 1 en la escala, ya que como ella comenta desde un primer momento y tras realizar una evaluación de riesgo suicida, en momentos de su vida ha presentado estas ideas, pero en la actualidad no las llevaría a cabo. Se da una evolución durante el tratamiento ya que en la primera sesión había indicios de un posible riesgo, pero tras las posteriores evaluaciones se ve como estas ideas que mencionaba quedan en el pasado.

En cuanto a los resultados obtenidos en el STAI son de nuevo altos; la paciente obtiene una puntuación directa de 45 en Ansiedad-Estado y de 46 en Ansiedad-Rango, las cuales una vez transformadas se encuentran dentro del percentil 99, el más alto. Del mismo modo que lo comentado en el apartado anterior, la paciente ha descrito síntomas ansiosos desde que tiene recuerdos, actualmente los momentos en los que presenta mayor ansiedad son tras las discusiones con su madre, o en situaciones sexo-afectivas. El cuestionario fue rellenado en una semana en la que hubo varios episodios de discrepancia con la madre, lo que puede ser desencadenante de las puntuaciones tan altas que se ven en la escala de Ansiedad-Rasgo.

#### **4.2 Objetivos del tratamiento**

Para el proceso psicoterapéutico, se señalan los siguientes objetivos principales:

1. Brindar un espacio seguro de elaboración de los conflictos no resueltos y la resignificación de traumas y vivencias.
2. Disminuir la sintomatología ansiosa frente a las discusiones materno-filiales.
3. Identificar el origen de la sintomatología ansiosa ante situaciones de intimidad con los hombres.
4. Disminuir la sintomatología depresiva e ideación suicida.

## 5. Tratamiento

Las sesiones de psicoterapia breve se iniciaron con la paciente un jueves 20 de octubre de 2022 en la Universidad Politécnica de Madrid, dentro del SAP (Servicio de Asistencia Psicológica) para alumnos, profesores y trabajadores de la facultad de Minas y Energías; ya que es un servicio gratuito, se pide a todo aquel que vaya a asistir a terapia como compromiso y forma de “pago”, su asistencia puntual a cada una de las sesiones que se llevaran a cabo una vez por semana (establecido el día concreto con la paciente durante la primera sesión y así hasta finalizar el acompañamiento), dejando claro que el no asistir sin ningún tipo de justificación de manera reiterada sería motivo para no continuar con el acompañamiento acordado. Se trata de sesiones individuales de entre 40 a 45 minutos cada semana hasta finalizar el curso académico.

Este tratamiento es llevado a cabo por alumnos del Máster Universitario de Psicología General Sanitaria, con supervisión semanal por parte del equipo de UNIPSI, como se especifica en el documento de consentimiento informado en el ANEXO VII (pág., 81).

Tras esto, se ofrece una descripción de cada una de las sesiones que se han llevado a cabo, como guía se ha utilizado el manual de Bellak (2014).

Durante las primeras sesiones, se lleva a cabo una evaluación riesgo suicida exhaustivo en base a la entrevista mencionada en el apartado de Instrumentos de Evaluación, para valorar las posibles formas de intervenir y si es necesaria una derivación o un contacto o teléfono de emergencia de algún familiar o persona de confianza. Se descarta que haya riesgo y se reevalúa cada dos sesiones en un principio hasta pasar a las reevaluaciones mensuales.

**Sesión 1:** Carmen llega a sesión con la duda de si en consulta se puede hablar de cosas ajenas al ámbito escolar; tras explicar en qué consiste el proceso de psicoterapia y las condiciones, firma el

documento de consentimiento informado. Finalizado esto y retomada la conversación inicial, comenta llevar tres años con ideación suicida y depresión, pero que durante este último año se encuentra mejor gracias a su pareja (con el cual lleva 1 año aproximadamente), y que de hecho es él quien le anima a venir a terapia. Se inicia una evaluación del riesgo de suicidio actual, y a pesar de haber tenido pensamientos intrusivos acerca de ello se descarta un riesgo inminente o a corto y largo plazo, no tiene una fecha fijada, ni un plan ni forma de llevarlo a cabo, ella misma comenta que son ideas que en algún momento se le pasaron por la cabeza pero no ha querido llevarlas a cabo. Tampoco presenta riesgo ni ideación de autolesiones.

Se establece la estructura familiar y a pesar de no tener una buena comunicación la paciente no considera que su familia sea del todo disfuncional. Surgen sentimientos de soledad e incompreensión ya que sus padres no comprenden ni creen que sea serio por lo que está pasando, pero al mismo tiempo están brindando su ayuda y apoyo a su hermana la cual tuvo un episodio autolítico grave hace un año.

Se da a conocer un acontecimiento traumático, relata un abuso sexual sufrido por un conocido suyo en 2019.

Se pregunta por tratamientos psicológicos anteriores y afirma haber acudido a un psicólogo privado en su adolescencia (15-16 años) pero por motivos ajenos a las causas actuales. En ningún momento ha recibido tratamiento farmacológico.

**Sesión 2:** Se inicia la sesión indagando acerca de la migración de sus padres, relata que su padre se vino con su abuelo cuando era joven y que poco después, tras dejar la carrera, vino su madre. Este hecho ha resonado en la vida de la paciente ya que de forma reiterada su madre la presiona para que termine la carrera y que de esta forma no tenga que depender de ningún hombre.

Esta presión a la que se ve sometida hace que surja en ella el sentimiento de carga tanto económica como emocional, algo que es recurrente en prácticamente todas las sesiones. En cuanto a la carga emocional, cuenta que es ella la que tiene que lidiar con los problemas de la familia, ya que todo el mundo acude a ella, pero de forma contraria, ella no siente que puede recurrir a nadie. Dice sentir esta carga desde los 14 años, pocos años después empiezan los pensamientos recurrentes depresivos, según dice “fue cuando empezó todo, cuando empecé a darle vueltas a la cabeza”. Se frustra, llora, y relata no recordar cosas positivas de su vida. Cree que no aporta nada positivo en la vida de nadie, ni en la suya propia.

Se le propone a la paciente realizar los test BDI-II y STAI.

**Sesión 3:** Reevaluación del riesgo de suicidio, el cual se considera mínimo y explicación de los resultados obtenidos en los test propuestos durante la sesión anterior. Tras esto se centra Se evalúa su estado ansioso y posibles ataques de ansiedad tanto actuales como en el pasado.

Ubica el primer ataque de ansiedad con 12 o 13 años, estando en un viaje a Rumanía con sus tíos, los cuales la llevaron al hospital al no saber lo que estaba pasando; narra quedarse totalmente paralizada, “no me podía mover, me tuvieron que sacar entre ellos del coche”. Tras esto, en los posteriores ataques, se le han quedado dormidas diferentes partes del cuerpo, debido a esto llevaron a cabo pruebas neurológicas, las cuales descartaron cualquier tipo de problemas físicos. Se trabaja la idea de integrar la posibilidad de que sus síntomas físicos sean a causa del estado de salud psicológica que presenta.

Se relacionan diferentes situaciones familiares y la ansiedad que ello le causa; sale a flor el episodio autolítico de su hermana, y en base a eso relata episodios de autolesiones propios (acontecidos en su adolescencia), los cuales describe como puntuales y no graves, “me lesionaba los nudillos pegando a la pared del baño, no me gustaba cortarme, apenas lo hice, no me gustaba la sensación”. Comenta que

era durante los ataques de ansiedad o frente a discusiones generalmente con su madre. Se evalúa el riesgo de autolesiones actualmente y este es nulo.

En base a la conversación relacionada con su hermana, afirma tener una ambivalencia de sentimientos, por un lado dice llevarse muy bien con ella, se preocupa por su estado y quiere que esté bien, pero por otro lado siente envidia (emoción que le cuesta reconocer), “veo que a mi hermana ya se le están quitando las cargas mentales, y yo sigo aquí, estancada”, además dice sentir como si ambas tuviesen padres diferentes, “yo tengo que tragar todo lo malo y con ella son flexibles y comprensivos”.

**Sesión 4:** A pesar de que llega a consulta diciendo que ha tenido una buena semana, su lenguaje corporal dice todo lo contrario, se ve retraída, apática.

Le pregunto si quiere hablar acerca del acontecimiento de 2019 y accede. Relata estar en la fiesta de un amigo suyo y al acabar varias personas se fueron a dormir, ella también; estando en la cama dormida noto como alguien la tocaba por el cuerpo, hasta llegar a la zona íntima, “literal me estaba tocando ahí abajo, las tetas y todo, yo recuerdo como me estaba haciendo daño”. La situación no llegó a más ya que otra de las personas que estaba en esa fiesta entro a la habitación y ella consiguió salir. Se trabaja lo que significó para ella aquel suceso.

Relaciona esta situación con la aversión al contacto con el género masculino que presenta pero destaca sentir rechazo por ellos desde pequeña.

Indago en posibles situaciones pasadas o actuales similares, y con nerviosismo relata cómo lleva unos 3 meses sintiéndose forzada a mantener relaciones sexuales con su pareja, ya que según dice, “ha habido veces que lo he hecho por hacer, no estoy física ni mentalmente con ganas de hacerlo”. El relato se repite hasta que en un momento dado de la sesión rompe a llorar diciendo que la semana anterior la situación fue más allá, y que a pesar de que ella le dijese que parara, que no quería seguir manteniendo

relaciones, él no la escuchó, “te estoy diciendo que no, ¿por qué no me estás haciendo caso?”. Dice sentirse traicionada por él ya que era, junto con su mejor amiga, la única persona que sabía de lo sucedido el 2019.

**Sesión 5:** Se vuelve a evaluar el riesgo de suicidio y se acuerda con la paciente realizar esto solo una vez al mes con la condición de que si vuelve a tener pensamientos de este tipo en cualquier momento de las semanas los identifique y comunique.

Se retoma la conversación de la semana anterior y la paciente identifica que el cambio de comportamiento de su novio es debido a situaciones estresantes que él está viviendo en el entorno familiar.

Se vuelve a trabajar con el acontecimiento de 2019, la paciente llora mientras lo recuerda y lo vuelve a narrar, integrando el suceso como traumático y permitiendo sentir que aquello que vivió fue un abuso sexual.

\*Cancela la sesión sin previo aviso

**Sesión 6:** Inicia la sesión diciendo que no está comiendo bien, y casi al mismo momento cuenta que se ha enterado de que su abuela paterna tiene cáncer de mama, pero que no siente ninguna pena por ella, ya que su relación es pésima, “con mi abuela cero relación, mis padres han intentado que la tuviese, pero si no se saben comportar como abuelos...” No tiene ningún recuerdo agradable de sus abuelos, y rememora un suceso (antes del nacimiento de la hermana) en el cual sus padres la dejaron en casa de ellos y Carmen no paro de llorar en ningún momento, suplicando que su madre la fuese a buscar.

Durante esta sesión se habla de las relaciones familiares y los conflictos que hay entre las diferentes partes; habla con claridad sobre la mala relación que hay entre su madre y su abuela paterna. Se da una pequeña revelación, “...a mi madre nunca la ha querido mi abuela, intentaban llevarse bien,

pero desde que paso... bueno, no recuerdo lo que pasó”; tras ese comentario Carmen se retrae durante unos minutos en los cuales tiene la mirada perdida y no presenta expresión emocional, cuando se retoma la conversación, comenta no recordar nada más, no saber qué fue lo que pasó entre ellas.

Comenta tener problemas para comer y para dormir y lo achaca al poco tiempo que tiene entre los estudios y el trabajo.

**Sesión 7:** Se intenta trabajar con relatos de la infancia o adolescencia; narra episodios de bullying, los cuales no parecen haber sido un aspecto relevante de su vida ni haber ejercido una influencia importante en cómo es ella a día de hoy. Durante esta etapa las relaciones sociales con sus compañeros eran mínimas, “nunca he terminado de encajar, pero tampoco me hacía falta”.

**Sesión 8:** Tras las Navidades está teniendo un periodo algo más depresivo, pero dice ser algo normal, “durante el año me dan bajones de dos semanas, tanto física como mentalmente”. Hace 3 años que perdió la ilusión por estas festividades ya que comenzaron a asistir a las cenas y comidas sus abuelos paternos. Rememora una situación en la que tras una discusión en una cena de navidad, su padre casi atropella a su abuela, Carmen relata con una sonrisa en la cara “...lo recuerdo con tanto cariño...” en referencia al incidente con el coche.

Comenta estar viviendo una situación económica complicada debido a la pérdida de ingresos del negocio de sus padres, siente que no puede dejar de trabajar (a pesar de no estar teniendo tiempo para estudiar) debido a las complicaciones que han surgido.

Se considera adecuado volver a evaluar la ideación suicida al comentar que se encuentra en un momento más crítico; a pesar de presentar una agravación de los síntomas depresivos como la apatía y el vacío que siente, no hay riesgo de suicidio, dice no tener ninguna intención de llevar a cabo las ideas que tuvo en épocas pasadas.



Justo antes de finalizar la sesión la paciente comenta que lleva unas semanas agobiada ya que no termina de curarse una candidiasis, refiere ser un problema basten frecuente en su día a día desde hace años, a pesar de no mantener relaciones sexuales.

**Sesión 9:** La paciente durante esa semana, toma la decisión de volver a tener relaciones sexuales con su novio, las describe como “más o menos satisfactorias”, pero reitera que vaginalmente no siente nada, “me pasa desde siempre, desde que empecé a tocarme”. Al intentar entrar más en ese tema, se cierra en banda y dirige el tema a una discusión que tuvo con su madre esa semana.

Carmen comenta que durante la discusión su madre no paro de repetir que estaba harta de su teatro; al preguntarle que quería decir con eso, refiere que no lo sabe. Vuelve a comentar que tiene problemas de sueño, “me despierto sin motivo, llevo años teniendo problemas de sueño”.

\*La paciente cancela la sesión con un día de antelación.

**Sesión 10:** “La depresión ha ido a peor”, comenta haber tenido una conversación con sus padres y que estos le dijeran que la veían mal. Durante esa semana tuvo varias discusiones con la pareja ya que dice que él “sigue con el tema”, en referencia al abuso de hace un mes. La paciente no se siente cómoda con su novio ya que él parece hacer bromas acerca del abuso; Carmen verbaliza en la consulta que no es capaz de sacar de su cabeza ese acontecimiento, es la primera vez tras el suceso que menciona que sea un problema para ella, lo narra llorando. Se trabaja lo que significa esa relación con su novio y cómo ve y siente ella actualmente ese suceso.

**Sesión 11:** Expresa no saber si está con su pareja porque le quiere o porque le necesita, “por tener a alguien”, relata. No recuerda haber tenido relaciones de amistad duraderas o profundas, “en el colegio no tenía amigos, al principio me daba igual, pero luego creces y ves que todo el mundo hace grupos y tú te preguntas por qué estás sola”. Del mismo modo comenta haber recuperado “un poco” la amistad con

una compañera suya, con la cual se siente cómoda ya que según narra, ella también lo pasó mal por lo que se entienden mutuamente y se dan el espacio que necesitan.

La Figura 2 sintetiza el tratamiento que se ha llevado a cabo hasta el momento junto con metas y objetivos que podrían trabajarse en las posteriores sesiones de la terapia.

**Figura 2**

*Tabla de tratamiento.*

Sesiones	Objetivos	Áreas de Evaluación	Metodología
Fase inicial	Evaluación diagnóstica y Diagnóstico psicodinámico	Tipo de personalidad de la paciente Regulación emocional Mecanismos de defensa Relación con la sexualidad y el control de impulsos Relaciones objetales	Entrevista Estructural Test psicométricos (BDI-II, STAI, Escala Paykel del suicidio)
	Explicación de la metodología de trabajo	Acuerdos con el paciente	Entrevista estructural
	Creación de la historia clínica	Narración de las vivencias, recuerdos y conflictos presentes y pasados	
	Establecimiento de objetivos y metas	Expectativas de la terapia	
Reflexión sobre los conflictos actuales	Capacidad de insight		
Fase media	Creación de un espacio seguro	Alianza terapéutica y relación de transferencia. Adherencia al tratamiento	Estructuración de las sesiones
	Disminución de la sintomatología ansiosa frente a la relación materno-filial	Identificación de los factores internos y externos que desencadenan la sintomatología	Exposición en sesión de las situaciones conflictivas Clarificación, confrontación e interpretación. Evaluación del riesgo suicida mediante la escala Paykel
	Identificación del origen de los síntomas ansiosos ante la intimidad y el contacto con los hombres		
Disminución de la ideación suicida y síntomas depresivos	Identificación de los episodios depresivos y de las ideas suicidas. Tomar conciencia y pedir ayuda.		
Fase final	Resignificación de los sucesos de abuso sexual e integración de los traumas	Establecer a que nivel de resignificación ha llegado y cómo es capaz de narrar su historia de vida	Entrevista a la paciente con preguntas específicas en relación a las áreas que se evalúan
	Narración su historia poniendo a la paciente como foco principal	Reevaluación de las problemáticas de la paciente	Exposición de lo trabajado e indagación de conflictos actuales
	Exposición a otros focos de conflicto		
Despedida y cierre del trabajo terapéutico	Evaluación de la relación de transferencia y de los sentimientos de la paciente.	Recapitulación del proceso de terapia, señalando los aspectos tratados y aquellos con los que continuar	

Nota: elaboración propia.

## 6. Valoración del tratamiento

Se puede ver y determinar la efectividad y eficiencia del tratamiento con la paciente tras 11 sesiones con ella, trabajando desde la psicoterapia breve psicodinámica mediante los siguientes aspectos.

Por un lado, la adherencia al tratamiento que presenta. Desde la primera sesión con la paciente sus ganas de trabajar y de mejorar fueron absolutas, depositó toda su confianza en la terapia y en la terapeuta, haciendo que se desarrollara una alianza excelente, dando lugar a una creación de un espacio seguro donde ella se sintiese recogida y sostenida emocionalmente.

Es sabido que la transferencia es una parte esencial dentro de la psicoterapia psicoanalítica y psicodinámica. Freud lo define como aquello que se instala y permite el análisis así como la asociación libre y la interpretación (Bustos, 2016).

Nuevamente Freud (como se citó en Daurella, 2018) habla de la transferencia como aquello en cuanto a sentimientos, situaciones pasadas o deseos, que le paciente proyecta y dirige hacia el terapeuta.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, se afirma que la relación de transferencia desarrollada por la paciente en consulta, es positiva; expone en todo momento los conflictos que presenta, la disonancia en cuanto a la relación con la madre y la falta de comprensión con la que llega en las primeras sesiones acerca de las situaciones de abuso sufridas.

Se estableció como motivo de consulta manifiesto, la necesidad de abandonar los pensamientos suicidas y lo que ella define como “cargas mentales”. Tras las sesiones la paciente comienza a narrar las dificultades de interacción con el género masculino y diferentes sucesos traumáticos; a partir de ahí se empieza a ver el motivo de consulta latente. Junto con esto, narra con gran emotividad y detalles sucesos y discusiones con la madre dejando ver la dificultad y la conflictividad en la relación y lo que a la paciente esto le supone y la ansiedad que le genera al no saber que esperar de ella ni cómo actuar. Gracias a la

información obtenida mediante las narraciones de los diferentes sucesos y su forma de expresarlos emocionalmente, se establecieron los objetivos, los cuales a continuación se exponen de nuevo.

Los objetivos que se presentan fueron creados entre paciente y terapeuta; teniendo en cuenta que se trabaja desde una perspectiva de psicoterapia breve no se pueden abarcar todas las problemáticas que conciernen al sujeto, por lo que se ha tratado de identificar las áreas problema más relevantes y con mayor incidencia en cuanto al malestar psicológico. Se describen a continuación la consecución de los objetivos junto con lo que se ha conseguido.

1. Se ha conseguido crear un espacio seguro en el cual la paciente elabora los conflictos no resueltos y los diferentes traumas de abuso. Por un lado ha sabido determinar los sentimientos de ambivalencia que presenta tanto con la madre como con la hermana y por otro lado este espacio le ha servido para poder asimilar y reelaborar los dos traumas de abuso sexuales sufridos y de los cuales es consciente, en 2019 y el más actual con su novio. A pesar de haber podido crear una narración consciente de ambas situaciones, no ha logrado resolver el trauma y superar los acontecimientos.

2. La paciente no ha logrado disminuir del todo la sintomatología ansiosa ante los conflictos materno-filiales, pero ha conseguido identificar los síntomas físicos de la ansiedad y poder ejercer un control sobre ellos para que no llegase al punto máximo generando así un ataque de ansiedad.

3. La paciente ha conseguido identificar el motivo de los síntomas de ansiedad descritos ante la interacción íntima con los hombres. Durante las sesiones narra sintomatología que consistía en sudoración, taquicardias e incluso parálisis corporal, describía no poder reaccionar; tras la resignificación y narración de las vivencias de abuso sufridas, consiguió hacer

una primera elaboración del trauma, asumiendo lo vivido. Gracias a esto identifico que esa ansiedad que sufría durante la intimidad con los hombres era debido a los abusos previos sufridos.

4. La sintomatología depresiva no se ha visto disminuida, pero tampoco se han dado indicios de un aumento de la misma. Con las evaluaciones del riesgo de suicidio se identificó que este era mínimo, y en ningún momento de la terapia ha habido señales de una ideación con un peligro real. Los sentimientos de carga y tristeza con los que llego a la primera sesión han seguido hasta la última. En ciertas sesiones durante el tratamiento parecía vislumbrarse una mejoría, pero más tarde se desvanecía, la misma paciente reconocía que esta “falsa mejora” era debido a las actividades que realizaba durante la semana, ya que trabajaba a tiempo parcial nada más salir de la universidad y apenas dejaba ratos para estar sin hacer nada.

Las sesiones con la paciente se enmarcan dentro de la psicoterapia breve psicodinámica, por lo que se establecieron los objetivos principales según las áreas de mayor afectación para trabajar. Debido a las características del SAP, que prolongan las sesiones varios meses más, se pueden desarrollar una serie de objetivos secundarios que se trabajaran poco a poco y que podrían llegar a ser objetivos principales para una psicoterapia más espaciada en el tiempo.

1. Tomar conciencia de la identificación materna que ejerce con su hermana.
2. Dotar de información sobre los mecanismos de defensa; identificar con ella los que predominan en su estilo para afrontar los conflictos.
3. Intentar establecer nuevas formas de afrontar tanto las situaciones de conflicto como los recuerdos traumáticos.
4. Crear una narración de su historia de infancia y adolescencia reorientando su papel e implicación y su vivencia de esa época poniéndola a ella como foco principal de la historia.

Como se comentaba en uno de los párrafos anteriores, las sesiones de psicoterapia del Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Politécnica de Madrid, continuarán hasta mediados o finales del mes de mayo, debido a esto no se han podido realizar medidas post tratamiento para comparar con los resultados de las obtenidas al inicio del mismo. A pesar de esto, todos los materiales psicométricos usados (BDI-II, STAI y la escala de evaluación del riesgo de suicidio), se volverán a aplicar sesiones previas a la finalización del tratamiento para poder comparar los resultados y establecer si existe una evolución favorable de la paciente.

## 7. **Discusión y conclusiones**

Se puede afirmar que el caso presentado en este trabajo, tras finalizar y evaluar el proceso psicoterapéutico, resulta clínicamente relevante para la literatura que existe a día de hoy. Esto se puede establecer en base a los siguientes aspectos:

Por una parte, la falta de información y de estudios en relación a la Psicoterapia Breve Psicodinámica como forma de trabajar las consecuencias psicológicas del abuso sexual, es bastante limitada, por lo que se ha tratado con el trabajo, evaluar la validez de la misma mediante la práctica real.

Actualmente nos encontramos en un punto clave en cuanto a la situación de abuso sexual que sufren las mujeres; es uno de los momentos álgidos en cuanto a la lucha por acabar con este tipo de violencia pero al mismo tiempo las cifras de abusos y violaciones cada vez son más altos. Es por ello que se considera necesario establecer una terapia efectiva y eficaz acorde a estas necesidades.

Palazzesi (2014) menciona la importancia del trabajo temprano ante una situación de abuso sexual desde la psicoterapia; habla de la psicoterapia breve psicodinámica para tratar aspectos clave que surgen tras la situación de abuso, como la angustia, la culpa y la rabia para que esto no se quede instalado en la persona, generando un trauma mayor.

Es completamente necesario el trabajo con las víctimas de violencia sexual, pero a día de hoy los recursos en la sanidad pública son limitados y escasos, y por desgracia la mayoría de las personas no se pueden permitir realizar terapia mediante un tratamiento privado. Es por esto por lo que la Psicoterapia Breve sería esencial para llevar a cabo este trabajo, ya que se realiza con un número corto de sesiones, estableciendo unos objetivos muy concretos que podrían ayudar a estas víctimas a resignificar esta vivencia.

Se ha visto en este caso concreto que mediante esta terapia la paciente ha sido capaz de crear una narración más adecuada de sus vivencias de abuso, ha sido capaz de integrarlo, a diferencia de la primera narración de las historias las cuales contaba sin apenas emoción y completamente desconectada de ellas.

De esta forma queda establecida una de las causas por las que el presente trabajo se considera relevante.

Se ha estudiado la importancia del vínculo terapéutico para la reparación de un apego inseguro, se debe establecer una base segura en todo momento de la terapia. Este punto es común a todas las ramas de la psicología y a todas las terapias que se realicen (Marcos, 2021). En el caso de la paciente, verbalizó desde un primer momento necesitar un espacio seguro para poder hablar de aquello que le afligía, necesitaba sentirse recogida emocionalmente (ya que este apoyo era inexistente dentro de su familia) y esto es lo que se ha hecho durante toda la terapia. Se pueden ver los resultados de ello en la apertura a la hora de narrar eventos en cada una de las sesiones, en la naturalidad y en el lenguaje no verbal el cual hacía ver que la paciente se sentía cómoda y escuchada en consulta. La paciente apenas puso resistencias y se encontraba dispuesta a trabajar.

Para poder realizar una medida cuantitativa en base al estado de la paciente en comparación con el inicio del tratamiento, se repetirán los test al finalizar el mismo para poder establecer si ha habido o no una evolución en cuanto a la sintomatología ansioso-depresiva y su estado psicológico.

Durante todo el proceso terapéutico ha resultado clave la supervisión clínica cada semana por parte del tutor de prácticas, el cual presenta un nivel de experiencia suficiente como para poder tratar y supervisar todos los casos dentro del Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Politécnica. En relación con esta supervisión, han emergido diferentes temáticas psicoanalíticas que han sido claves para estructurar las sesiones en terapia y para trabajar con los pacientes; para el entendimiento de estos



aspectos, se han estudiado textos psicoanalíticos en las sesiones de supervisión uniéndolos con ejemplos de los casos para hacerlo más práctico y entendible. Todo esto ha ayudado a la comprensión y al trabajo con esta paciente en concreto.

Una de las limitaciones principales que se han encontrado a nivel teórico es que apenas hay estudios recientes en base a la fundamentación teórica por lo que se ha trabajado con la literatura y autores clásicos del psicoanálisis. En cuanto a las limitaciones prácticas, apenas se han encontrado resistencias por parte de la paciente, pero en varias ocasiones canceló sesiones sin previo aviso, lo que dificultó en cierto momento el trabajo con ella. Ha sido complicado crear una historia de vida de la paciente, ya que apenas tiene recuerdos de su infancia y adolescencia, y los que tiene son bastante negativos y con muchas lagunas en el propio recuerdo, por lo que ha resultado difícil trabajar con esa parte.

Otra limitación que se puede encontrar, es la duración acotada de la terapia ya que solo se trabaja con aproximadamente unas 20 o 25 sesiones. Es por esto por lo que se deben crear y establecer objetivos muy concretos, trabajando con lo que al paciente le genere más malestar psicológico.

A modo de conclusiones se puede establecer, por un lado la importancia de crear espacios terapéuticos seguros para que la víctima de violencia sexual pueda narrar su historia sin miedo a ser juzgada y que pueda contar con ese apoyo emocional; de igual forma, se debe entender cómo estos sucesos afectan a la hora de posteriores interacciones con las personas y en concreto con el género masculino, teniendo en cuenta que se establecen mecanismos de defensa como la negación ante el evento en un primer momento o la evitación ante situaciones similares. Por otro lado, se encuentra relación entre las personas que han sufrido abuso (tanto sexual, como físico o psicológico) y un apego inseguro en la infancia; en base al caso expuesto y a la literatura mencionada, se entienden las

consecuencias de un apego ansioso-ambivalente y se da una concordancia entre este y las conductas del sujeto volviendo a la persona que ha ejercido esa violencia.

## 8. Referencias bibliográficas

- Alcívar, M. y Alcívar, J. (2019). Los Mecanismos de defensa: una comparación teleológica entre Sigmund y Anna Freud. *Revista Perspectivas*, 4(14), 1-12.
- Ariel, A. (2014). El trauma en los fundamentos del psicoanálisis. In *VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Baños, J., y Ramos, C. (2020). Validez e invarianza según sexo y edad de la Escala Paykel de Ideación Suicida en adolescentes peruanos. *Interacciones*, 6(1), 225.  
<http://dx.doi.org/10.24016/2020.v6n1.225>
- Barnes, V., Solsona, R., Báez, B., y Pérez, A. (2019). Sobre el psicoanálisis y las psicoterapias de orientación psicoanalítica. *Apuntes de Psicología*, 37(1), 69-77. <https://doi.org/10.14482/psdc.33.1.8060>.
- Bellak, L. (2014). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. El Manual Moderno.
- Beck, A., Steer, R., y Brown, G. (2011). Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II (Adaptación española: Sanz, J., y Vázquez, C.).
- Burutxaga, I., Pérez, C., Ibáñez, M., de Diego, S., Golanó, M., Ballús, E., y Castillo, J. (2018). Apego y vínculo: una propuesta de delimitación y diferenciación conceptual. *Temas de psicoanálisis*, 15(2), 1-17.
- Bustos, V. (2016). Deseo del analista, la transferencia y la interpretación: una perspectiva analítica. *Psicología desde el Caribe*, 33(1), 97-112. <https://doi.org/10.14482/psdc.33.1.8060>

- Cantón, D. y Rosario, M. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de psicología*, 31(2), 607-614.
- Daurella, N. (2018). Transferencia y contratransferencia desde la perspectiva del psicoanálisis relacional: a la búsqueda de la responsividad óptima. *Aperturas Psicoanalíticas*, 59(218), 27.
- De Celis, M., y Méndez, J. (2019). La eficacia de la psicoterapia psicoanalítica: rumores, certezas y controversias una década después de Shedler. *Aperturas Psicoanalíticas*, 63. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/imagenes/archivos/ap2020%7Dn063a5.pdf>
- De Melo, M., y de Carvalho, C. (2015). Los modelos del trauma en Freud y sus repercusiones en el psicoanálisis post-freudiano. *Alter revista de psicoanálisis*, 9.
- Díaz, L. (2014). Diagnóstico Psicoanalítico. Comprender la estructura de personalidad en el proceso clínico (McWilliams, N.). *Apertura psicoanalítica, Revista Internacional de Psicoanálisis*, 47
- Fernández, L. (2018). Sigmund Freud. *Praxis Filosófica*, (46), 11-41.  
<https://doi.org/10.25100/pfilosofica.v0i46.6201>
- Fernández, L. (2019). Conceptualizaciones sobre el suicidio y su abordaje en la adolescencia. In *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires.
- Foelsch, P., Schlüter-Müller, S., Odom, A., Arena, H., Borzutzky, A. y Schmeck, K. (2015). Modelos teóricos y justificación, *Tratamiento para la Identidad del adolescente (AIT): una aproximación integral de la personalidad* (pp. 20- 30). El Manual Moderno, S. A.

- Fonseca, E., y Pérez de Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: sobre la Escala de Suicidio de Paykel. *Documentos del psicólogo*, 41(2), 106-115. <https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>
- Franco, A., Poverene, L., Toporosi, S., Eiberman, F., Woloski, E., Tomei, F., y Esquivel, J. (2018). Condiciones subjetivas y familiares en la utilización de diferentes mecanismos defensivos ante lo traumático del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes. In *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Franco, S., Rodríguez, G., José, M., y del Río, F. (2020). Child sexual abuse and the relationship with the development of addictive behaviors. A systematic review. *Terapia psicológica*, 38(3), 317-338. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000300317>
- Gutnisky, D. Modelo Estructural del Aparato Psíquico en Gutnisky (Ed.), *El mundo de la salud mental en la práctica clínica* (Vol. 10, pp 32- 36).
- Hernández, L., Hueso, C., Gómez, J. L., Milanés, C., y Cogollo, Z. (2020). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes: Revisión sistemática. *Revista española de Salud Pública*, 94.
- Hoyos, A. (2008). Panorama actual del suicidio: análisis psicológico y psicoanalítico. *International Journal of Psychological Research*, 1(2), 53-63.
- Kernberg, O., Ramírez, H., y Suárez, J. (1987). *Trastornos graves de la personalidad: estrategias psicoterapéuticas*. El manual moderno.

- Kimelman J., M. (2019). Apego normal y patológico y psicosis. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 57(1), 43-51. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000100043>
- Labbé, N., Castillo, R., Steiner, V., y Careaga, C. (2020). Diagnóstico De La Organización De La Personalidad: Una actualización teórico-empírica de la propuesta de Otto F. Kernberg. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 58(4), 372-383. <https://dx.doi.org/10.4067/S071792272020000400372>
- Laplanche, J., Pontalis, J., y Lagache, D. (1998). Diccionario de psicoanálisis. In *Diccionario de psicoanálisis* (pp. 535-540).
- Lopera, J. (2017). Psicoterapia psicoanalítica. *Revista CES Psicología*, 10(1), 83-98.
- Lopera, J. (2019). La pulsión en Freud ¿un concepto superado? *Revista CES Psicología*, 12(3), 133-149
- Malan, D. (1976). *The frontier of brief psychotherapy: An example of the convergence of research and clinical practice*. Plenum Medical Book Co.
- Marcos, M. J. R. (2021). El vínculo de apego y la Psicoterapia Breve. *Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Volumen*, 11(1), 1.
- Marucco, N. (2006). Actualización del concepto de trauma en la clínica analítica. *Revista de psicoanálisis*, 63, 9-19.
- Mayorga, E. (2018). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 16(1), 203-219. Recuperado en 20 de febrero de 2023, de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612018000100009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612018000100009&lng=es&tlng=es)

- Murguía, D., y Reyes, J. (2003). El psicoanálisis: Freud y sus continuadores. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 67(2), 127.
- Nos, J. (2011). Entrevista al Dr. Otto Kernberg. *Temas de Psicoanálisis*, 2, 1-24.
- Organización Mundial de la Salud (17 de junio de 2021). *Suicidio, datos y cifras*.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Ortiz, D., Acosta, P., Rubio, D., Lepe, N., Del Valle, M., Caden, D., y Galarza, C. (2019). Consideraciones teóricas acerca del apego en adultos. *Avances en Psicología*, 27(2), 135-152.
- Pachas, D. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de investigación en psicología*, 22(1), 39-52.
- Palazzesi, A., (2014). Tratamientos psicoterapéuticos brindados a víctimas de violencia sexual en Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 11(1), 69-77.
- Quiceno, J., Mateus, J., Cardenas, M., Villareal, D., y Vinaccia, S. (2014). Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 18(2), 107–117. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.2.2013.12767>
- Sánchez-Barranco, A., y Sánchez-Barranco, P. (2001). Psicoterapia dinámica breve: Aproximación conceptual y clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (78), 7-25.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (2011). Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Pearson Educación, S.A.
- Spielberg, R., Gorsuch, R., y Lushene, R. (2015). *STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. TEA Ediciones.

Torres, M. (2012). ¿Son eficaces las psicoterapias dinámicas breves? Evidentemente. *Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid*, (24), 5.

Uribe, N. (2010). Consideraciones psicoanalíticas sobre el abuso sexual y el maltrato infantil. *Poiésis*, (19)

Valls, J. L. (1995). Diccionario de Psicoanálisis.



## 9. ANEXOS

### ANEXO I. Pulsiones, definición y tipos.

Lopera (2019), recoge las ideas y los estudios de Freud acerca de las pulsiones, las cuales define en un primer momento como estímulos internos no relacionados con las necesidades fisiológicas, como la sed o el hambre, pero sí con la sexualidad, ya que esta se puede controlar mediante la satisfacción propia o con otro sujeto, o mediante la represión. El autor, habla entonces de como Freud para no dejar fuera a esas necesidades que no se encuentran bajo nuestro control, hace una primera distinción de las pulsiones:

- Pulsiones de autoconservación: son aquellas que protegen al sujeto (como el hambre o la sed) y lo mantienen vivo.
- Pulsiones parciales: aquellas que se pueden controlar, son todas las relacionadas con lo erógeno.

Tras esta primera categorización, realiza una segunda:

- Pulsiones de vida, Eros: en relación con la cohesión, atracción, unión, etc.
- Pulsiones de muerte, Thánatos: relacionado con la separación, repulsión.

Freud tras esto se da cuenta de que esta clasificación dualista presenta contradicciones y es que en ocasiones estas pulsiones de vida o Eros, en cuanto a la cohesión, no son compatibles con la vida y dan lugar a todo lo contrario; al mismo tiempo, ciertas cualidades del Thánatos pueden dar lugar a la vida misma (Lopera, 2019). Debido a esto, recoge la última distinción en referencia a las tendencias y pulsiones básicas del ser humano, el Eros y Thánatos (descritas anteriormente) y añade el Logos refiriéndose a la articulación, y el Anaké en referencia a la repetición y conservación.

**ANEXO II.** Segunda tónica según Freud. Ello, Yo y Superyó.

Fernández (2018) se aproxima a las obras de Freud y define la Segunda Tónica como instancias del aparato psíquico las cuales se relacionan e interactúan en el sujeto; permiten recuperar e instalar diferentes fenómenos como lo traumático, la angustia, la idea de suicidio, etc.

Gunisky (s.f.), definió según las ideas de Freud las tres instancias de la psique:

- El **Ello**, definido como el gran desconocido, el inconsciente y guiado por el principio de placer, es donde se encuentra la energía pulsional. Se encuentra separado del Yo por la represión y es incapaz de alcanzar aquello a lo que aspira si no es mediante esta segunda instancia.
- El **Yo**, es lo consciente, deriva de las sensaciones del cuerpo, pero no es solo eso; es la instancia que negocia entre el Ello y el Superyó, es decir, por un lado se encuentra sometido a la exigencias pulsionales de ello y por otro a la realidad exterior y al mismo tiempo debe hacer caso a los imperativos y a lo impuesto por el Superyó, por lo tanto controla la relación entre el mundo externo y el interno.
- El **Superyó**, es lo crítico, la conciencia moral. Es la identificación en el sujeto de esos límites y prohibiciones de la infancia impuestos por la figura de referencia.

**ANEXO III. Entrevista Estructural (Kernberg, 1987).****I. ESTADO ACTUAL**

**A. Adaptación a las situaciones de la vida. ¿Cuáles son las principales ocupaciones en la vida del paciente (familia, escuela, trabajo y cuán de bien se desenvuelve en ellas? ¿Está en el nivel óptimo o por debajo de él?**

Actualmente la paciente se encuentra trabajando y estudiando. En el ámbito familiar comenta tener dificultades para mantener una adecuada relación con la madre debido a la cantidad de conflictos que tienen y a la relación de ambivalencia en la cual la madre la reclama emocionalmente pero al mismo tiempo la rechaza; el padre es una figura ausente debido al trabajo y con su hermana, por un lado tiende a ejercer un rol maternal con ella y por otro presenta sentimientos de envidia. En cuanto a lo laboral, no refiere ninguna dificultad, pero en el ámbito de estudio, dice tener problemas para llevar las asignaturas al día ya que se encuentra en cuarto de carrera con asignaturas de primero. De estas tres situaciones de su vida, solo se ve un nivel óptimo en lo laboral.

**B. Conductas sintomáticas**

**1. Desde un punto de vista del paciente, ¿Qué le está preocupando?, ¿Cuáles son sus síntomas actuales?**

La paciente acude a la primera sesión refiriéndose por un lado a la problemática con los estudios, y por otro refiriendo sintomatología ansioso-depresiva con ideación suicida (la cual se evalúa dando lugar a un riesgo mínimo). Narra dos eventos de abuso sexual los cuales le general un gran malestar y al mismo tiempo una relación materno-filial complicada, la cual le genera más angustia todavía.

**2. Tal como es visto por los otros relaciones con él (familia o compañeros), ¿Qué conductas desviadas o alteradas muestra el paciente? ¿Qué le molesta?**

Según relata, la única persona de su entorno que se da cuenta de cómo está ella es su pareja, la cual le anima a venir a terapia. Su familia no se toma sus problemáticas en serio a pesar de mostrar la sintomatología en casa.

**3. Desde la perspectiva del clínico que lo evalúa, ¿Qué evidencia hay de trastorno psicológico? ¿Hay trastornos del pensamiento o fracaso en el juicio de realidad? ¿Hay sentimientos negativos exageradamente fuertes, incontrollables o dolorosos? ¿Hay ansiedad? ¿Depresión? ¿Otros malestares observables? ¿Pensamientos obsesivos? ¿Disfunciones específicas, por ejemplo, fallos de memoria, incapacidad para la resolución de problemas, pensamiento concreto?**

Desde mi perspectiva concreta, no hay un trastorno del pensamiento o incapacidad de un juicio en la realidad, pero sí hay sintomatología compatible con ansiedad y depresión, a pesar de ello es capaz de controlar los pensamientos negativos y dolorosos que tiene, aunque esto le causa un malestar psicológico. Hay fallos de memoria durante su infancia y adolescencia, refiere tener pocos recuerdos y los únicos que tiene los define siempre como negativos. En cuanto a la resolución de conflictos, evita la confrontación debido a la ansiedad que le genera.

**C. Motivación hacia la atención clínica y concepciones previas acerca de la salud mental ¿Qué supone el paciente que le ocurrirá en la consulta? ¿Por qué ha venido? ¿Qué resultados espera? ¿Alivio de los síntomas? ¿Un funcionamiento más efectivo?, ¿cambio en la personalidad?, ¿cambio en las condiciones externas estresantes?. ¿Qué significa para él ser un paciente?, ¿cómo ve su salud y enfermedad mental? ¿Esta psicológicamente dispuesto para el tratamiento?**

La paciente llega a consulta absolutamente dispuesta a trabajar ya que espera con ansia dejar de sentirse de la forma en la que lo hace actualmente, es consciente de que no se van a poder resolver todos sus problemas, pero espera sentirse mejor, exponer lo que le pasa y sobre

todo, sentirse escuchada y apoyada ya que es algo de lo que carece en su casa. Sabe que se encuentra en un punto delicado de su salud mental y por esto está tan dispuesta a colaborar y participar en la terapia.

**D. Conducta y apariencia en la consulta. ¿Está ansioso, inhibido, coopera?**

En las sesiones, la paciente coopera en todo momento. Se muestra ansiosa pero sobretodo emocional al relatar diferentes sucesos como los abusos sexuales, y en los momentos en los que habla de la relación con su madre, y cuando narra la poca preocupación que tiene su familia hacia su estado, siente que no tienen en cuenta como pueda estar, no se toman en serio su salud mental y su madre la tacha de “teatral”. No muestra resistencia a excepción de dos ocasiones en las que intento trabajar con ella la narración y resignificación de los abusos sexuales, en esos momentos cancela las sesiones siguientes, pero posteriormente consigo trabajar con ella esos aspectos.

**II. PERSONALIDAD MANIFIESTA**

**A. Características biológicas. ¿Está el paciente saludable? ¿Cuál es su historia médica?, ¿Somatotipo? ¿Apariencia física?**

La paciente presenta migrañas e infecciones de orina y candidiasis de forma recurrente; ella misma considera que estas afecciones son provocadas por su estado anímico y de ansiedad. Durante su adolescencia, debido a diferentes episodios de ansiedad en los que se le quedaban dormidas partes del cuerpo, se le realizaron pruebas neurológicas para descartar daños físicos que provocasen esto. Hablamos de una mujer con apariencia física cuidada, de aproximadamente 1,75 metros de altura y unos 60kg de peso.

**B. Temperamento.**

**1. ¿Está activo el paciente, con energías o aletargado?, ¿Controla sus emociones intensas o es impulsivo?, ¿Es entusiasta en la vida?, ¿Domina sus emociones positivas o negativas? ¿Son apropiadas sus emociones con respecto de la edad y circunstancias que vive?**

La paciente se muestra con energías para trabajar en sesión, pero comenta que en su día a día le cuesta realizar las tareas básicas debido al cansancio que tiene; a pesar de eso es capaz de estudiar y trabajar al mismo tiempo. No se trata de una persona impulsiva, controla sus emociones incluso en consulta ya que muchas veces al narrar ciertos eventos o como se siente ella se contiene las ganas de llorar.

Las emociones que presenta son acordes a la situación en la que se encuentra.

**2. ¿Es agraciado o desgarbado?, ¿Humor?, ¿Sus gestos son abiertos, tensos o compulsivos**

Es una persona agraciada, de gestos abiertos los cuales manifiesta en todo momento mediante su comunicación no verbal.

**C. Rasgos de personalidad manifiesta. ¿Cómo puede describirse el paciente a sí mismo?, ¿Cómo pueden describirle los otros que le conocen bien?**

La paciente se describe a sí misma como una carga, es un término que usa en prácticamente todas las sesiones, se ve como una carga económica para sus padres, y una carga emocional para todo el mundo. A pesar de ello, se ve a sí misma como alguien luchadora; actualmente quiere luchar por estar bien, por dejar de sentirse de la forma en la que lo hace. A parte de lo mencionado, la única descripción que da de ella misma, es que se define como apasionada de la lectura.

No tiene apenas amistades, por lo que en ningún momento de las sesiones habla sobre como la ven a ella los demás; solo menciona a su novio el cual según dice ella, la ve como alguien calmada y tranquila. Es únicamente en la última sesión, cuando habla sobre cómo la ve su madre, la describe como alguien teatral, lo cual hace que ella se enfade y se frustre y al mismo tiempo le genere tristeza, ya que siente que no la toman en serio y no ven como verdaderamente esta.

**D. Conducta interpersonal. ¿Cómo aparece el paciente ante los otros? ¿Cuál es su “valor estimular”? ¿Es simpático, respetado, reconocido por los demás? ¿Cuáles son sus relaciones básicas? ¿Qué clase de amigos tiene y cuántos? ¿Está aislado o es gregario? ¿Es punto de unión entre otros?**

A penas tiene un grupo social, pero es cordial con todo el mundo, define llevarse bien con sus compañeras de clase y con los compañeros del trabajo, la respetan pero ella apenas interacciona con los demás. Las relaciones básicas que presenta son con su novio y con su madre y hermana, pero tampoco siente que tenga una unión con ellas, se siente alejada en el ámbito familiar.

### **III. ESTRUCTURA DINÁMICA DE LA PERSONALIDAD**

**A. Afectos y motivaciones. Cuáles son sus principales motivos conscientes e inconscientes? ¿Cómo están relacionados? ¿Dónde están en conflicto? ¿Cuáles son los orígenes de los afectos característicos? ¿Hasta dónde están relacionados la ansiedad, los sentimientos de hostilidad, la culpa o la vergüenza? ¿Qué le da placer? ¿cuáles son sus deseos y fantasías, tanto los revelados como los ocultos?**

El motivo principal consciente es el entendimiento de la relación de ambivalencia con la madre así como la integración de los dos sucesos traumáticos los cuales le generan un malestar y un

cierto aislamiento. Como motivaciones inconscientes, desligarse de esa relación y dejar de ejercer el rol de madre con otras personas (hermana y novio).

Lo mencionado anteriormente es uno de los focos principales de su angustia y su malestar. Al mismo tiempo define no tener nada que le de placer, solo habla de la lectura como pasión y al mismo tiempo como mecanismo para evadirse de las situaciones conflictivas en las que se ve inmersa.

Su principal deseo es estar tranquila, deshacerse de las cargas que define que tiene actualmente y poder vivir sin preocupaciones.

**B. Actitudes, valores sociales y principios morales. ¿Cuáles son los principales preceptos en los que el paciente cree? ¿Tiene una conciencia (moral) severa, rígida, corrupta, inexistente? ¿Posee ideales maduros, se adapta, o se rige por imperativos infantiles?**

La paciente presenta unos grandes valores sociales y morales, se encuentra en diferentes luchas con respecto a la sociedad, lo cual es algo que le genera una gran satisfacción y bienestar consigo misma. Tiene unos ideales maduros y acordes con las situaciones que ha vivido.

**C. Identidad y funciones del Yo**

**1. Fuerza del Yo. La conducta: ¿Es autoiniciada y está controlada internamente?, ¿Son modulados los impulsos?, ¿Se dirige hacia los objetivos?, ¿Conserva perspectiva y objetividad?**

A pesar de que en ocasiones le cuesta tener una visión y perspectiva objetiva, es capaz de controlar sus impulsos, a excepción de las discusiones con su madre en la que muchas veces se encuentra en una posición en cuanto a lo que piensa y hace que no es cómoda para ella.

**2. Mecanismos de defensa y afrontamiento del estrés.**



Para Freud, los mecanismos de defensa son las operaciones llevadas a cabo por la parte inconsciente del yo de forma automática para defenderse de las posibles consecuencias negativas de satisfacer las pulsiones (Valls, 1995). Álava y Álava (2019) interpretan según las obras de Freud, que estos mecanismos se pueden ver asiduamente en el proceso de terapia pudiendo ayudar o entorpecer al mismo.

Laplanche y Pontalis (2004) los definen como aquellas operaciones que tienen como propósito minimizar o suprimir todo aquello que pone en riesgo la totalidad del sujeto.

Para Ana Freud según Álava y Álava (2019) los mecanismos tienen el mismo propósito de defensa ya sea contra recuerdos y vivencias dolorosas como contra las pulsiones mediante el rechazo de las mismas para la protección del yo.

Se pueden ver los diferentes mecanismos de defensa que presenta la paciente a raíz de las sesiones que se llevan a cabo. Díaz (2014) realiza una descripción de los diferentes mecanismos, primarios y secundarios, que se pueden dar:

- **Negación:** Se trata de la no aceptación de lo sucedido; es un mecanismo de defensa bastante cotidiano y usado por la mayoría de las personas en algún momento de su vida, ya que ante situaciones estresantes y angustiosas, es la primera respuesta que se tiene. Se identifica principalmente en la paciente en las dos situaciones de abuso sexual que describe; en ambas no es capaz de asumir lo que ha pasado hasta pasadas varias sesiones.
- **Escisión del yo:** Tiene su origen en la etapa preverbal, cuando el niño no se da cuenta de que sus figuras de referencia presentan cualidades positivas y negativas. El niño es incapaz de desarrollar sentimientos de ambivalencia ya que no es capaz de gestionar sentimientos opuestos hacia la misma persona u objeto. En personas adultas este mecanismo siempre implica la distorsión. La paciente no puede asumir que tiene sentimientos encontrados con su hermana, trata de expresar cómo lo que quiere es cuidarla y protegerla, intenciones acentuadas desde el

episodio autolítico. A medida que avanzaron las sesiones se fueron dando a conocer otros sentimientos hacia ella como la envidia por tener más libertad y menos cargas mentales. Actualmente asume estos sentimientos y entiende que son debidos a la diferencia de comportamiento que han tenido sus padres con ambas.

- Somatización: En los momentos en los que durante la infancia los adultos de referencia no han ayudado al niño a expresar los diferentes sentimientos, estos tienden a exteriorizarlos de forma física mediante enfermedades o comportamientos. La somatización está altamente ligada a una infancia traumática. La historia de la paciente esta sucedida por el trauma y por situaciones ansiógenas, ya sea desde el abuso sexual como por discusiones desde la infancia con la madre y sentimientos de ambivalencia con la misma. La comunicación dentro de la familia de la paciente no es un punto fuerte, ni entre los miembros ni ella con su madre o hermana; es incapaz de hablar con nadie de cómo se siente, ya que según dice, no la toman en serio. Debido a esto presenta constantes pensamientos rumiativos que provocan que se encuentre aún peor a nivel psicológico. Describe en varias ocasiones durante las sesiones ataques de ansiedad en los que físicamente se queda completamente paralizada, ya sea de todo el cuerpo o solo de algunas partes, describe contracturas, dolores de cabeza recurrentes e incluso candidiasis.

Díaz (2014) también habla de mecanismos de defensa secundarios; en relación con el caso y la historia de la paciente se pueden definir los siguientes:

- Represión: Este mecanismo se basa en la idea de alejar algo de la consciencia, generalmente una situación traumática o conflictiva. Se identifica este mecanismo en la historia de la paciente de forma clara ya a excepción de varios recuerdos puntuales, no presenta memorias de su infancia y define tener la adolescencia borrosa, como si los recuerdos que tuviese fueran en base a flashbacks de una película.

- **Aislamiento del afecto:** Para tener un relativo alivio de la ansiedad, la persona se aísla de la dimensión emocional. A pesar de que la paciente no presente este aislamiento con las emociones propias, describe que, en las ocasiones en las que está con gente la cual le está contando sus problemáticas, ella se vuelve ausente y disociada a las emociones de los demás, describe que no le afectan, que no siente empatía por lo que le están contando a pesar de que sabe que debería.
- **Racionalización:** Mecanismo por el cual la persona concluye que lo que ha pasado ha sido por algo, o que aquello que deseaba realmente no lo quería. Ante el abuso sufrido por parte del novio, racionaliza que el suceso ha pasado debido al estrés al que él estaba sometido, ya que llevaba varios meses con situaciones complicadas

**3. Estilos y controles cognitivos y organización del pensamiento. ¿Cuáles son los modos característicos con los que el sujeto enfoca los problemas cognitivos (reduciendo o aumentando su complejidad)?, ¿Puede tolerar la ambigüedad? ¿Focaliza su búsqueda o es amplia, difusa? ¿Delibera adecuadamente antes de decidirse?**

A la paciente le cuesta tolerar la ambigüedad así como los cambios repentinos pero a pesar de eso no se queda paralizada y es capaz de tomar decisiones, piensa en las opciones que tiene e intentar tomar la mejor decisión desde una perspectiva objetiva.

**4. Competencias, aptitudes, inteligencia. ¿Cuáles son los recursos intelectuales del paciente, sus competencias vocacionales, habilidades, talento, aficiones?**

Tiene buenos recursos intelectuales, aunque ella no lo ve ya que dice encontrarse estancada en la carrera de ingeniería, a pesar de que si era su opción estudiar eso. Como vocación

y afición, comenta en una de las sesiones querer estudiar en algún momento de su vida la carrera de Psicología.

**5. Autoconcepto e identidad. ¿Cómo se ve el paciente a sí mismo? ¿A qué tipo de persona le gustaría parecerse? ¿Cuáles son sus aspiraciones? ¿Cuánta autoestima tiene? ¿En qué reposa?**

La paciente tiene un autoconcepto bastante bajo de sí misma, al igual que la autoestima, pero quiere trabajar en ello para poder tener una relación sana consigo misma. En ningún momento de las sesiones habla sobre querer parecerse a ninguna persona, más bien establece querer definirse a ella misma sin un patrón impuesto. Aspira a ser una persona independiente y a vivir una vida tranquila y sin preocupaciones.

#### **IV. SITUACIÓN DE VIDA ACTUAL Y DETERMINANTES SOCIALES**

**A. Roles y pertenencia a grupos. ¿A qué grupos sociales pertenece el paciente?; ¿Cuáles de estos son más importantes para definir su identidad social?; ¿Cuáles le sirven como grupos de referencia?; ¿Qué roles son centrales para el paciente, asimilables al de doctor, líder, etc.? ¿Son congruentes su identidad personal y social?; ¿Siente que tiene características comunes con los otros?**

La paciente a día de hoy no pertenece a ningún grupo, apenas tiene red social a excepción de un par de amigas, su familia (con la cual la relación no es la que desearía) y su pareja. Cuando se ha hablado en sesión de los roles que ella podría ejercer, no se define como líder, pero esto tampoco le genera malestar, dice que lo prefiere.

Ejerce el rol de madre con su hermana y en ocasiones con su novio.

**B. Familia. ¿Cuáles son las relaciones del paciente con sus padres y hermanos?**

**¿Cuáles son las características de su sistema familiar actual?**

Con su padre apenas presenta relación ya que este se encuentra la mayor parte del tiempo trabajando, y con su madre es una relación complicada, existen bastantes conflictos los cuales la paciente acaba evitando para no empeorar su estado anímico. Con su hermana, define que tiene una buena relación pero al mismo tiempo ejerce un rol maternal con ella y durante las sesiones acaba verbalizando sentir cierta envidia de ella.

Se trata de una familia de estructura y dinámica aparentemente normal.

**C. Trabajo y educación. Historia laboral y escolar: ¿Está satisfecho con sus logros, ingresos y condiciones de trabajo? ¿Dispone de tiempo libre? ¿Cómo lo usa? ¿Tiene aficiones?**

Actualmente apenas tiene tiempo libre al compaginar estudios y trabajo, y las únicas aficiones que presenta son la lectura y la música. Se siente satisfecha con sus logros hasta la etapa de bachillerato (incluida), ya que consiguió sacarse un bachillerato internacional y una plaza en la Universidad Politécnica que es donde se encuentra estudiando a día de hoy. Se siente frustrada en cuanto a su etapa de estudios en la universidad ya que estando en cuarto curso continúa con asignaturas de primero.

En cuanto al trabajo, se siente satisfecha de haber conseguido uno aunque no está del todo conforme con los ingresos que recibe por las horas que trabaja.

**D. Contexto social. ¿En qué clase de comunidad vive el paciente? ¿Se siente en su tierra o se siente extranjero? ¿Identifica su bienestar con los objetivos comunitarios? ¿Participa en los asuntos y en la mejora de la comunidad? El entorno, ¿es seguro, ruidoso, multitudinario,**

**irritante? ¿Vive cerca del trabajo o tiene que viajar diariamente? ¿Dispone de los servicios necesarios?**

La paciente vive en un barrio de clase media-alta en Madrid, un entorno seguro y tranquilo ya que se trata de un barrio de residencias familiares. Se encuentra bastante lejos de la universidad ya que tarda aproximadamente dos horas en transporte público, en relación con su trabajo está cerca. Dispone de los servicios necesarios aunque a veces se queja de la falta de conexión mediante buses que hay para poder moverse a otros sitios.

Se siente en su tierra, siente que es de España aunque sus padres y toda su familia sea rumana, apenas ha viajado a ese país y aunque se sabe las tradiciones y comidas típicas, refiere encontrar su lugar aquí en España.

#### **V. PRINCIPALES FACTORES DE ESTRÉS Y POTENCIAL DE AFRONTAMIENTO.**

**¿Cuáles son los principales factores de estrés en la vida actual del paciente? ¿Se trata de problemas sociales, que escapan realmente a su control?; ¿Hay excesivas demandas en su trabajo o en su situación escolar, competitividad intensa, horarios muy prolongados y/o exceso de trabajo? ¿Son tendencias (del estrés) resultantes de las relaciones amorosas o personales?; ¿Hasta qué medida puede la persona reducir o evitar el estrés mediante sus propios esfuerzos?; ¿De qué recursos personales o sociales dispone?**

Existen dos principales factores de estrés en la vida de la paciente, por un lado las situaciones de abuso, sobre todo la última, ya que ella misma dice que no es capaz de sacárselo de la cabeza y que no entiende como alguien en quien ha confiado ha podido hacer eso. Por otro lado, la relación de ambivalencia que tiene con su madre, la cual le genera malestar ya que no se siente acogida ni apoyada por ella y los momentos en los que puede llegar a sentirse así porque su madre se preocupa,

duran apenas unos instantes ya que cuando empieza a narrar y a abrirse emocionalmente con ella, la rechaza.

Su situación académica es relativamente excesiva, ya que lleva consigo asignaturas de años diferentes lo que supone una carga extra, además, recientemente se ha puesto a trabajar, y le está costando compatibilizar ambas cosas debido al poco tiempo que tiene.

Una de las formas que tiene para reducir el estrés y la ansiedad es mediante la lectura y la música, pero como comenta, no tiene tiempo ni para eso ya que en los momentos en los que está en su casa leyendo o simplemente escuchando música y su madre la ve, la reclama constantemente para que le ayude en las tareas de casa.

## **VI. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD**

**A. ¿Cómo llegó a ser esta personalidad? Análisis de las experiencias vitales tempranas y de las relaciones con otros. Las identificaciones críticas y las principales experiencias de aprendizaje. La historia y secuencia de las influencias interpersonales y sociales sobre la persona. La manera en la que el paciente ha afrontado las sucesivas tareas evolutivas.**

Debido a la falta de recuerdos de la paciente en la etapa de la infancia y adolescencia, apenas se pueden establecer experiencias vitales tempranas

1. Experiencia de bullying sufrida en la etapa escolar, la cual como comenta la paciente en ese momento fue complicado ya que no entendía que era lo que estaba pasando, pero al mismo tiempo tampoco le dio demasiada importancia ya que no le gustaba relacionarse con otras personas. A día de hoy no considera que haya sido un factor determinante para su desarrollo.

2. Vivencia de su primer ataque de ansiedad en uno de los viajes a Rumanía con su familia. Narra no entender lo que la estaba pasando y experimentar una parálisis completa en su cuerpo; debido a esto se le realizaron diferentes pruebas neurológicas. Esta experiencia derivó en que cada vez que la paciente experimentaba ataques de ansiedad, se le dormían partes del cuerpo; ante estas situaciones, empezó a desarrollar un patrón de conductas de evitación, aprendió a identificar las señales físicas de su cuerpo para alejarse de esas situaciones que le generaban malestar.

3. La relación que tiene con su hermana es, por un parte maternal ya que ella es la que se hace cargo de llevarla y recogerla desde que va al colegio la mayor parte del tiempo aunque actualmente menos debido a que está trabajando y no coinciden los horarios, y por otra parte presenta envidia hacia ella, ya que según narra, parece que han tenido dos padres distintos, con ella son mucho más flexibles y comprensivos que con la paciente.

4. Relación de ambivalencia con la madre que ha desarrollado es una de las principales causas del malestar y la ansiedad que presenta, ya que no entiende esa demanda de afecto por parte de la madre y el posterior rechazo que experimenta.

5. Finalmente la situación de abuso de 2019 hizo que desarrollase aún más el rechazo por los hombres, llegando a experimentar sintomatología ansiosa ante la intimidad con ellos, en especial con su novio en momentos en los que se iba a iniciar una relación sexual. Esto se vio agravado tras el posterior abuso sufrido por la misma pareja.

La paciente apenas tiene contacto con el otro, ella misma dice que si no fuese necesario preferiría no relacionarse con nadie. No se ven influencias críticas de los patrones parentales en ella. En cuanto a las experiencias de aprendizaje, en base a las situaciones vividas ha desarrollado unas conductas que para ella han sido válidas, como por ejemplo, el rechazo a los hombres.



La forma de afrontamiento es funcional, para la historia de vida que ha tenido la paciente, pero al mismo tiempo es lo que le genera el malestar psicológico.

**B. ¿Qué alternativas estuvieron disponibles para el sujeto?; ¿Cómo aprovechó sus nuevas experiencias y oportunidades?; ¿Alcanzó modos de conducta seguros y bien establecidos?; ¿Pudo desempeñar nuevos roles?**

La paciente no ha tenido alternativas disponibles ya que siempre se ha visto aquello acorde con las ideas de sus padres. Recientemente debido a las dificultades económicas por las que están pasando y a querer ser algo más independiente, se encuentra trabajando a tiempo parcial. Esto por un lado la ha ayudado a distraerse y a salir del ambiente de su casa, pero al mismo tiempo, la está agotando ya que por las mañanas va a la universidad y estudia y por las tardes trabaja, dejándola sin tiempo para poder desarrollarse en otros ambientes de su vida.

No ha desarrollado roles nuevos ya que en todo momento ejerce el papel maternal con su hermana y en ocasiones se ve cómo lo ejerce también con el novio.

## **VII. FORMULACIÓN DEL CASO.**

### **A. Interpretación sintética de la personalidad.**

#### **1. ¿Cómo puede ser concebida y entendida la persona?**

Se tiene constancia de la estructura psíquica neurótica que presenta la paciente.

**2. ¿Qué funciones tienen los síntomas en la economía de la personalidad y en qué medida previenen una mayor desintegración del malestar psicológico (beneficio primario)?  
¿Hay evidencia de que el paciente obtiene ulteriores beneficios derivados de su patología (beneficio secundario).**

La principal función de la sintomatología de la paciente es la protección ante la vivencia de situaciones similares de abuso. No hay evidencia de que se obtengan beneficios secundarios de la sintomatología y la patología.

**B. Interpretación diagnóstica total. DSM-V. ¿Cómo deberá denominarse la condición del paciente? ¿Qué otros diagnósticos clínicos tienen que ser considerados (diagnóstico diferencial)?**

El abordaje terapéutico que se usa en el presente trabajo no considera el uso de diagnósticos y etiquetas para el paciente. Teniendo esto en cuenta, hay una sintomatología compatible con el Trastorno Depresivo Persistente (Distimia) con ansiedad y con episodios intermitentes de depresión mayor, ya que por un lado hay un estado de ánimo deprimido en la mayor parte del día y se lleva dando sintomatología acorde al estado anímico como falta de apetito, insomnio, falta de energía, baja autoestima y sentimientos de desesperanza por más de dos años.

Otros diagnósticos que se han considerado han sido el Trastorno Depresivo Mayor, pero debido al tiempo que lleva la paciente sufriendo los síntomas (más de dos años), se descarta y se considera el actual, aunque se establece que en ocasiones aparece de forma intermitente este.

**C. Disfunciones específicas. ¿En cuáles aspectos funciona el paciente adecuadamente y en cuáles hay evidencia de disfunción?**

La paciente, a pesar de presentar complicaciones en el área familiar y académico, es funcional en todo momento, trabaja y poco a poco se saca las asignaturas pendientes de años anteriores. A pesar de que la comunicación y las relaciones dentro de su casa son complicadas, ella en todo momento intenta no generar conflictos.

## **VIII. RECOMENDACIONES Y PREDICCIONES**

**A. Resultados esperados. ¿Qué cualidades de la persona y/o de su situación han de cambiar para que el paciente funcione de una manera más efectiva y confortable? ¿Cuáles son sus principales necesidades de crecimiento que pueden proveer objetivos para la intervención terapéutica?**

La situación y el estado de la paciente mejorarían al conseguirse los objetivos terapéuticos propuestos en el trabajo, los cuales se recogen en el apartado 4; se especifica a que nivel ha sido posible su consecución en el apartado 6. Las principales necesidades, no han sido cubiertas del todo, pero se ha conseguido trabajar con ellas aspectos claves para su mejoría. Finalmente a lo largo de las sesiones se irán trabajando aspectos secundarios para que la paciente pueda funcionar de la forma más efectiva posible.

### **B. Intervenciones posibles**

**1. Sociales y ambientales. ¿Pueden ser cambiadas las condiciones de vida del paciente de manera que se reduzca el estrés y se facilite el desarrollo?, ¿Puede asesorarse a los otros relevantes de manera que puedan cambiar su influencia en el paciente? ¿Pueden ser beneficiosas las actividades sociales, quizás realizadas conjuntamente con otras personas que tengas problemas similares?**

Una de las principales causas de la sintomatología ansiosa, es la relación que presenta con su madre, por lo que si esto se trabajase y modificase, la paciente se encontraría en mejor estado. No es necesario una participación en actividades con personas con problemas similares.

**2. Psicoterapia. ¿Puede ser útil la psicoterapia? ¿De qué manera, con qué clase de terapeuta, por cuánto tiempo, para qué objetivos?; ¿Deberá ser individual, grupal o familiar?**

**¿Pueden ser útiles otras formas de intervención psicológica, en lugar de además de la psicoterapia?**

La psicoterapia individual resulta adecuada al caso de la paciente, ya que desde el primer momento en sesión una de sus demandas es ser escuchada, atendida y apoyada, por lo que resulta preciso que continúe en el proceso psicoterapéutico. Por otro lado, se podría considerar psicoterapia familiar, con su madre para trabajar la relación que ambas presentan.

**3. Otras intervenciones terapéuticas. ¿Es necesaria la hospitalización? ¿Se requieren psicofármacos? ¿Cuáles? ¿Para qué propósito? ¿qué efectos psicológicos idiosincráticos ante los fármacos pueden ser predichos para este paciente? ¿otras terapias somáticas? ¿Se necesita tratamiento para aspectos secundarios?**

No sería una hospitalización a no ser que haya un riesgo de suicidio inminente (en cual actualmente queda descartado); sería necesario ver en qué punto se encuentra la paciente en cuanto a la sintomatología depresiva, por si se debe hacer un trabajo en conjunto con psicofármacos prescritos por un psiquiatra, pero por el momento no se considera necesario.

**C. Desarrollo de la vida futura.**

**¿Qué predicciones pueden ser hechas acerca de la historia de vida futura del paciente? ¿Qué intensificaciones y/o reducciones pueden esperarse en sus problemas? ¿Hay acontecimientos esperables (terminar los estudios) que pueden tener consecuencias predecibles? ¿Qué clase de intervención social o psicológica puede ser necesaria en el futuro?**

Se espera que mediante la psicoterapia, la paciente consiga reducir su sintomatología ansioso-depresiva, para poder terminar los estudios y conseguir un trabajo de lo mismo, para así poder independizarse.

Por una parte, se espera que tras resignificar e integrar los traumas en relación con los abusos sexuales sufridos, haya un empeoramiento de la síntomas depresivos, pero mediante el trabajo en terapia pueda reorientar estos sentimientos hacia una versión más fuerte y resiliente de sí misma, aceptando lo que ha sufrido reconciliándose con ella misma.

Por otro lado, podría ser necesaria una intervención psicológica a la par con la madre, para trabajar esa relación ambivalente que han desarrollado.

**ANEXO IV.** Organización de la personalidad

**Tabla 3**

*Organización de la personalidad*

<b>Criterios estructurales</b>	<b>Neurótico</b>	<b>Límite</b>	<b>Psicótico</b>
<b>Integración de la identidad</b>	Representación diferenciada del sí mismo y de los objetos	Representación diferenciada del sí mismo y de los objetos	Pobre y mala representación del sí mismo y de los objetos. Identidad delirante
	Integración de la identidad: las imágenes contradictorias de los objetos y del sí mismo se encuentran integradas de forma unitaria	Difusión de la identidad: las imágenes contradictorias de los objetos y del sí mismo no se integran y se separan	Difusión de la identidad: las imágenes contradictorias de los objetos y del sí mismo no se integran y se separan
<b>Operaciones defensivas</b>	Alto nivel de defensas y represión: formación reactiva, aislamiento, anulación, racionalizaciones e intelectuación	Defensas de bajo nivel y de escisión: ideación primitiva, identificación proyectiva, negación, omnipotencia, devaluación.	Defensas de bajo nivel y de escisión: ideación primitiva, identificación proyectiva, negación, omnipotencia, devaluación.
	Las defensas protegen al sujeto del conflicto intrapsíquico. Mejora del funcionamiento	Las defensas protegen al sujeto del conflicto intrapsíquico. Mejora del funcionamiento	Las defensas protegen de la desintegración y de la unificación sí-mismo con el objeto. Regresión tras la interpretación.
<b>Prueba de realidad</b>	Hay capacidad de comprobar la realidad, diferenciar el Sí mismo del No mismo y lo intrapsíquico de lo exterior	Hay capacidad de comprobar la realidad, diferenciar el Sí mismo del No mismo y lo intrapsíquico de lo exterior	No hay capacidad para comprobar la realidad.
	Hay capacidad de autoevaluación y de evaluar a los otros de forma realista.	Alteraciones en la capacidad de verificar la realidad y las sensaciones de la misma	Alteraciones en la capacidad de verificar la realidad y las sensaciones de la misma.

Nota: (Kernberg, 1987).

**ANEXO V.** Inventario de Depresión de Beck BDI-II

(Sanz y Vázquez, 2011)

Nombre..... Estado Civil..... Edad..... Sexo.....

Ocupación..... Educación..... Fecha.....

Los resultados del cuestionario son confidenciales.

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambio en el Apetito)

**1. Tristeza**

- 0 No me siento nada triste
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Estoy triste todo el tiempo
- 3 Estoy triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo

**2. Pesimismo**

- 0 No me siento desalentado respecto de mi futuro
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro de lo que solía estarlo
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar

**3. Fracaso**

- 0 No me siento como un fracasado
  - 1 He fracasado más de lo que hubiera querido
  - 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos
  - 3 Siento que como persona soy un fracaso total
- 4. Pérdida de Placer**
- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto
  - 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo
  - 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar
  - 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar
- 5. Sentimientos de Culpa**
- 0 No me siento particularmente culpable
  - 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
  - 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
  - 3 Me siento culpable todo el tiempo
- 6. Sentimientos de Castigo**
- 0 No siento que estoy siendo castigado
  - 1 Siento que tal vez pueda ser castigado
  - 2 Espero ser castigado
  - 3 Siento que estoy siendo castigado
- 7. Disconformidad con Uno Mismo**
- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre
  - 1 He perdido la confianza en mí mismo
  - 2 Estoy decepcionado conmigo mismo
  - 3 No me siento a gusto conmigo mismo



**8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede

**9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo

**10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo

**11. Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo

**12. Pérdida de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas

3 Me es difícil interesarme por algo

### 13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión

### 14. Desvalorización

0 No siento que ya no sea valioso

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros

3 Siento que no valgo nada

### 15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre

1 Tengo menos energía que la que solía tener

2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3 No tengo energía suficiente para hacer nada

### 16. Cambios en los Hábitos del Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño

1a Duermo un poco más de lo habitual

1b Duermo un poco menos de lo habitual

2a Duermo mucho más de lo habitual

2b Duermo mucho menos de lo habitual

3a Duermo la mayor parte del día

3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

**17. Irritabilidad**

- 0 No estoy más irritable que lo habitual
- 1 Estoy más irritable que lo habitual
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual
- 3 Estoy irritable todo el tiempo

**18. Cambios en el Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a No tengo apetito en absoluto
- 3b Quiero comer todo el tiempo

**19. Dificultad de concentración**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada

**20. Cansancio o Fatiga**

- 0 No estoy más cansado o fatigado de lo habitual
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**



0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo

2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo

3 He perdido completamente el interés en el sexo

**ANEXO VI.** STAI (Spielberger et al., 2015).

Los resultados de este cuestionario son confidenciales.

Puntuaciones: 0 = Nada, 1= Algo, 2= Bastante, 3= Mucho

A-E	A continuación, encontraras unas frases que se utilizan para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y rodee la puntuación (0 a 3) que indique mejor cómo SE SIENTE VD. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.				
1	Me siento calmado	0	1	2	3
2	Me siento seguro	0	1	2	3
3	Estoy tenso	0	1	2	3
4	Estoy contrariado	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6	Me siento alterado	0	1	2	3
7	Estoy preocupado por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8	Me siento descansado	0	1	2	3
9	Me siento angustiado	0	1	2	3
10	Me siento confortable	0	1	2	3
11	Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12	Me siento nervioso	0	1	2	3
13	Estoy desasosegado	0	1	2	3
14	Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15	Estoy relajado	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho	0	1	2	3
17	Estoy preocupado	0	1	2	3

18	Me siento aturdido y sobrecargado	0	1	2	3
19	Me siento alegre	0	1	2	3
20	En este momento me siento bien	0	1	2	3
<b>A-R</b>	A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y rodee la puntuación (0 a 3) que indique mejor cómo se SIENTE UD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa como se siente Vd. Generalmente				
21	Me siento bien	0	1	2	3
22	Me canso rápidamente	0	1	2	3
23	Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24	Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26	Me siento descansado	0	1	2	3
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28	Veó que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30	Soy feliz	0	1	2	3
31	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32	Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33	Me siento seguro	0	1	2	3
34	Evito enfrentarme a las crisis o dificultades	0	1	2	3

35	Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36	Estoy satisfecho	0	1	2	3
37	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39	Soy una persona estable	0	1	2	3
40	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3



## ANEXO VII. Consentimiento informado



### Consentimiento explícito (PACIENTES)

MADRID, en fecha .....

El tratamiento estará a cargo del Psicólogo(a) ..... bajo la directa supervisión del Dr. Marcelo Mendes (f:911010384) y Dr. Rodrigo Bilbao (f:618005433). Cualquier duda respecto a su tratamiento puede contactar a los supervisores telefónicamente o enviar mail a [info@unipsi.es](mailto:info@unipsi.es) y se pondrán en contacto con usted a la brevedad.

El tratamiento se realizará en el Servicio de Psicología (SAP) de la Escuela de Minas y Energía de la Universidad Politécnica de Madrid, siendo de carácter gratuito y confidencial.

UNIPSI Psicología es el **Responsable del tratamiento** de los datos personales del **Interesado** y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril (GDPR) y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre (LOPDGDD), por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento:

**Fines del tratamiento:** prestación de servicios profesionales de salud y mantenimiento del historial clínico con el consentimiento del interesado.

**Criterios de conservación de los datos:** se conservarán durante no más tiempo del necesario para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos.

**Comunicación de los datos:** no se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal.

**Derechos que asisten al Interesado:**

- Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento.
- Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento.
- Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

**Datos de contacto para ejercer sus derechos:**

UNIPSI PSICOLOGÍA. INFANTA MARÍA TERESA, 4. – 28016 MADRID. Email: [secretaria@unipsi.es](mailto:secretaria@unipsi.es)  
Teléfonos 911010384 / 652540061

Para realizar el tratamiento de datos descrito, el responsable del tratamiento necesita su consentimiento explícito.

El **Interesado** consiente el tratamiento de sus datos en los términos expuestos:

Nombre ....., con NIF .....

Firma:

