



Intervención con EMDR en un caso de trauma preverbal

Máster de Psicología General Sanitaria

Autor/a: Paloma Esteban Montoro

Tutor/a: Judit Tirado Muñoz

Tutora de prácticas: María Pastor Pascual

Fecha de realización del trabajo: Febrero 2022

Resumen

En este trabajo se presenta un estudio de caso único en el que se expone el caso de un paciente con sintomatología compatible con un trauma de origen preverbal. Los progenitores del paciente acuden a consulta en octubre de 2021 refiriendo que su hijo, de 8 años, presenta sintomatología ansiosa y numerosos miedos que aumentan con el paso del tiempo. Estos síntomas se encuentran presentes desde su nacimiento, como consecuencia de un período de ingreso hospitalario en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatos (UCIN) debido a un nacimiento prematuro.

Tras la realización de una evaluación exhaustiva, llevada a cabo en tres sesiones y en la que se han utilizado distintos métodos de medida, se presupone un origen y mantenimiento del problema. Partiendo de la formulación clínica del mismo, se elabora un tratamiento personalizado y ajustado a las características del caso de Miguel. El tratamiento se lleva a cabo siguiendo un modelo integrativo, teniendo un papel significativamente relevante el tratamiento mediante la técnica de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR). Consta de 12 sesiones de tratamiento de una duración aproximada de una hora.

Como resultados se presentan mejoras significativas en la sintomatología ansiosa y una reducción del número de miedos, así como un cambio en las conductas problema al sustituirse por conductas más adaptativas. Del mismo modo, se realiza un pronóstico favorable y se prevé la consecución de objetivos tras la completa aplicación del tratamiento.

Palabras clave: apego, EMDR, estudio de caso único, trauma

Abstract

The present project is a single case study in which the case of a patient with symptoms compatible with a trauma of preverbal origin is presented. The patient's parents go to the clinic in October 2021, reporting that their 8-year-old son, Miguel, has anxious symptoms and numerous fears that increase over time. These symptoms are present from birth, as a result of a period of hospital admission in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) due to premature birth with immature development.

After carrying out an exhaustive evaluation, in which different measurement methods have been used, an origin and maintenance of the problem is assumed. Starting from the clinical formulation, a personalized treatment is elaborated and adjusted to the characteristics of patient's case. The treatment is carried out following an integrative model approach, using the Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) technique, the treatment consisted in 12 treatment sessions lasting approximately one hour each.

The results show significant improvements in anxious symptomatology and a reduction in the number of fears, as well as a change in problem behaviors when they are replaced by more adaptive behaviors. In the same way, a favorable prognosis is made and the achievement of objectives is expected after the full application of the treatment.

Key words: *attachment, case study, EMDR, trauma*

Índice

1.	Introducción	6
1.1.	Trauma infantil	6
1.2.	Apego y trauma en niños prematuros	7
1.3.	Modelos explicativos del trauma	9
1.4.	Tratamientos del trauma	14
1.4.1.	Tratamiento del trauma mediante la técnica	15
1.5.	Justificación teórica.....	17
2.	Identificación del paciente y motivo de consulta	17
3.	Estrategias de evaluación	18
3.1.	Entrevista clínica	19
3.2.	Historia biográfica	19
3.3.	Cuestionarios estandarizados	19
3.4.	Observación	20
3.5.	Técnicas proyectivas	20
4.	Resultados de las pruebas de evaluación	21
5.	Formulación clínica del caso	25
5.1.	Hipótesis de origen	25
5.2.	Hipótesis de mantenimiento	26
5.3.	Análisis funcional del problema	26
6.	Plan terapéutico	28
6.1.	Objetivos	28
6.2.	Descripción del tratamiento	29
6.3.	Descripción de las sesiones	30
7.	Valoración del tratamiento	38
7.1.	Adherencia al tratamiento	38
7.2.	Consecución de los objetivos	39
7.3.	Seguimiento	43
8.	Discusión	43
9.	Referencias bibliográficas.....	46
10.	Anexos	50

Índice de tablas

Tabla 1. Análisis funcional	28
Tabla 2. <i>Objetivos terapéuticos de la intervención</i>	29

1. Introducción

Para la realización de este trabajo se ha seguido el método de caso único, en el que se muestra el motivo de consulta, la historia del paciente y del problema, los objetivos terapéuticos y la intervención llevada a cabo.

Siendo la presencia de fobias y miedos en niños muy recurrente, el presente trabajo es relevante en cuanto a que estudia el origen de los mismos siendo, en este caso, de desarrollo en la etapa preverbal. Además refleja cómo, a pesar de un desarrollo óptimo de las capacidades cognitivas, no se reducen sus miedos sino que, por el contrario, se intensifican.

1.1. Trauma infantil

Según Lovett (2000), al hablar de trauma nos referimos a un acontecimiento que afecta a nuestro sentido de la seguridad y bienestar personal, y que nos aporta creencias falsas sobre nosotros mismos o sobre el mundo.

Los daños causados por los efectos del estrés emocional o físico afectan notoriamente a las estructuras cerebrales responsables de regular las emociones, la memoria y el comportamiento. Estas estructuras se desarrollan rápidamente en los primeros años de vida, siendo así muy sensibles a los estímulos internos y externos del sujeto. Es por ello, que las heridas y los traumas psicológicos tempranos (también conocidas como relacionales o de apego) que se producen antes del desarrollo de estas estructuras cerebrales que integran y almacenan esa información, como el hipocampo, se mantendrán en un nivel inconsciente ya que no cuentan con los recursos necesarios para procesar la información (Colegio Profesional de Psicología de Aragón [COPPA], 2021).

Actualmente, sabemos que pueden pasar meses o incluso años tras un evento relevante antes de que surjan nuevos síntomas relacionados con el mismo. Los síntomas pueden agruparse en distintos bloques: nos encontramos así síntomas cognitivos, síntomas conductuales, síntomas fisiológicos y psicosomáticos y síntomas emocionales (COPPA, 2021).

En cuanto a la prevalencia del trauma, la literatura refiere que varía en función de la edad, tipo de acontecimiento y período de seguimiento de la población analizada (Reyes-Alvarado et al., 2008).

Si nos referimos a los miedos, su prevalencia se ha estudiado habitualmente calculando el número de miedos que experimenta una población determinada de niños y/o adolescentes. Estudios recientes sugieren que la prevalencia de miedos normativos es elevada en esta población. Los resultados muestran prevalencias desde los 14 miedos en el estudio de Ollendick et al. (1989) hasta los 22 miedos obtenida por Shore y Rapport (1998) (Chorot et al., 2003).

Conforme el niño crece se produce una reducción o cambio en sus temores previos debido al desarrollo de sus habilidades cognitivas, lo que le permite entender las situaciones que le rodean (Méndez et al., 2003).

Casi todos los niños refieren tener al menos un miedo importante, siendo estos muy frecuentes durante la infancia. Sin embargo, el miedo puede derivar en un trastorno fóbico que genera malestar clínicamente significativo. Este trastorno repercute en todas las áreas de la persona que lo sufre: personal, familiar, escolar y/o social (Sandín, 1997; citado en Méndez et al., 2003).

1.2. Apego y trauma en niños prematuros

Bowlby (1988) relaciona la búsqueda de proximidad con la huida cuando el individuo percibe o teme el peligro, que, en circunstancias normales, sería una huida a la base segura. El problema surge cuando la persona que debe enfrentarse a

ese peligro no tiene la sensación de un lugar seguro al que volver. Para este autor, la base de la seguridad psicológica se encuentra en el vínculo de apego (Morales, 2018).

Se han identificado distintos patrones de apego (Morales, 2018):

- Apego seguro: aparece ansiedad por separación y reaseguración al volver con el cuidador. Se trata de un patrón óptimo de apego caracterizado por la confianza, disponibilidad y receptividad.
- Apego inseguro evitativo: los niños no lloran al separarse de la figura de apego pero se dan cambios evidentes en su sistema nervioso. Se caracteriza por rigidez, rechazo y hostilidad.
- Apego inseguro ambivalente: el niño muestra ansiedad por la separación pero no se calma cuando se reúne con el cuidador. Pueden mostrar conductas de irritación o resistencia y conductas de acercamiento y mantenimiento del contacto. Se caracteriza por insensibilidad e inconsistencia.
- Apego desorganizado: los niños muestran mayor inseguridad al acercarse al cuidador que al alejarse. Muestran una serie de conductas confusas y contradictorias.

La organización de las relaciones de apego durante la infancia se asocia con los procesos propios de la regulación de las emociones, las relaciones sociales, el acceso a la memoria autobiográfica y el desarrollo de la autorreflexión y de la narración (Main, 1995; citado en Lupo, 2015).

La vivencia de situaciones traumáticas tempranas, especialmente aquellas que tienen relación con la ruptura o la dificultad de establecer relaciones interpersonales, tienen una fuerte relación con el estilo de apego del niño (Morales, 2018).

Miguel nace prematuro un mes y medio antes de la fecha estimada. Debido a la inmadurez de su desarrollo debe permanecer 5 semanas en la incubadora de la

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Un estudio realizado por Reyes-Alvarado et al. (2008) pretende evaluar la prevalencia de las alteraciones emocionales en el recién nacido y la influencia del contacto físico con la madre durante el internamiento, y determinar si la exposición al contexto de los cuidados intensivos (considerados un entorno hostil) puede conllevar al desarrollo de comportamientos potencialmente patológicos.

Este estudio demostró que los niños expuestos al ambiente de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) durante un largo período de tiempo, presentaron tres veces más comportamientos patológicos frente a acontecimientos de la vida cotidiana que los no expuestos. Además, pone el foco en el impacto de los traumas en sujetos en crecimiento y desarrollo a nivel de funcionamiento neurofisiológico, cognitivo, socioemocional y en la visión de sí mismo y del mundo (Montt y Hermosilla; citado en Reyes-Alvarado et al., 2008).

1.3. Modelos explicativos del trauma

A continuación, se describen los principales modelos explicativos del trauma identificados a través de la búsqueda de literatura científica relacionada:

- **Modelos basados en fundamentos biológicos:**

Shock inescapable

Surge a partir de los trabajos experimentales de Seligman con perros que, tras recibir descargas inescapables, se sumían en un estado de depresión y apatía profundos. La respuesta ante este estímulo es un aumento en la producción y utilización de catecolaminas. Esta reacción se condiciona produciendo una respuesta de hiperactividad exagerada ante pequeños estímulos estresantes (Ursano et al., 1994).

Modelo del aislamiento forzado

Cuando a los animales se les mantiene en un aislamiento prolongado, pueden aparecer conductas agresivas y déficits conductuales que en muchos aspectos son parecidos a los del shock inescapable. Estas reacciones agresivas generan una disminución en los niveles de serotonina que se relacionan con respuestas exageradas de alarma y con la disregulación emocional (Ursano et al., 1994).

Modelo de separación en primates no humanos

Cuando se separa en edades muy tempranas a los monos de sus madres se observa una respuesta bifásica: primero protesta agresiva, y después depresión, similar a la observada por Bowlby y otros autores en niños separados de sus madres. Además, los monos que fueron separados precozmente de sus madres presentan cuando adultos, una gran vulnerabilidad y una respuesta exagerada ante la separación, manifestando además dificultades para modular las respuestas ante los estímulos sociales y manifestando rápidamente conductas desorganizadas ante estímulos nuevos. Todo ello provoca unos niveles más bajos de noradrenalina y serotonina y respuestas exageradamente altas de noradrenalina ante pequeñas situaciones de estrés (Ursano et al., 1994).

- **Modelos cognitivos**

Teoría del procesamiento emocional de Foa y Kosack (1986)

Explica la aparición del trauma a través de una vulnerabilidad adquirida en los primeros años de vida, momento en que se crean las estructuras del miedo (Lang, 1977). Estos autores distinguen el miedo normal o adaptativo del miedo patológico o desadaptativo. El miedo patológico surge en aquellos casos en los que se realizan asociaciones de estímulos que provocan la emisión de respuestas que no son adaptativas, como una respuesta de alarma desproporcionada (Guzmán et al., 2014).

Según este modelo, el trauma se mantiene debido a dos fenómenos: a) La evitación conductual y cognitiva que la persona hace ante los estímulos asociados al peligro y ante los que realiza una conducta de evitación; y b) Los sesgos de cognición en los procesos de codificación, interpretación y recuperación derivados de la estructura del miedo (Guzmán et al., 2014).

El trastorno se produciría en cuatro fases (McFarlane, 1988):

1. Hecho traumático.
2. Aparición de imágenes intrusivas intensas.
3. Desarrollo de conductas de evitación.
4. Estado de alarma constante.

Teoría de representación dual de Brewin (1996)

Este modelo propone la existencia de distintos patrones de codificación, almacenamiento y recuperación de la información de un hecho. Ante un evento que sea potencialmente traumático se generan dos tipos de representaciones (Hernández, 2020):

- Conocimiento accesible verbalmente: se trata de un proceso consciente que tiene que ver con los recuerdos autobiográficos del hecho traumático y que contiene la información sensorial, las reacciones conductuales y la valoración y significado otorgado al mismo.
- Conocimiento accesible de forma situacional: se trata de un proceso inconsciente que contiene información motora, sensorial, fisiológica y emocional.

Según este modelo, el procesamiento emocional se trata de un proceso consciente en el que se pueden manipular las representaciones de los eventos pasados así como las reacciones corporales que se hacen presentes. Hay dos elementos fundamentales en el proceso: la memoria situacional accesible, cuyo

objetivo es ayudar al reajuste cognitivo, y el intento consciente de colocar la información desagradable del trauma, para buscar un significado y reducir el efecto negativo y así restaurar el sentido de seguridad y control. Este procesamiento emocional evoca distintas reacciones emocionales, diferenciando entre emociones primarias (ira o miedo) y secundarias (culpa o vergüenza) (Guzmán et al., 2014).

Teoría cognitiva de Elhers y Clarck (2000)

Siguiendo este modelo podemos señalar que hay dos tipos de evaluación que una persona puede realizar del trauma y que serán las que determinen el tipo de respuesta emocional del sujeto (Hernández, 2020):

1. Evaluación propia del evento traumático: suele estar presente una generalización del evento que provoca reconocer como peligrosas situaciones que no lo son.
2. Evaluación sobre las consecuencias o secuelas de la experiencia: se trata de la forma en la que la persona se sintió y actuó durante el evento traumático. Estas consecuencias pueden agruparse en síntomas iniciales, las reacciones que los demás tienen del evento y los resultados en las áreas física, profesional o financiera.

En la mayoría de los casos, las personas presentan dificultades o bien para evocar un recuerdo total del evento traumático, siendo estos fragmentados y desorganizados, o bien pueden aparecer recuerdos del evento de manera involuntaria que provoquen la reexperimentación del mismo. Esta reexperimentación se realiza mediante los elementos extraídos de la evaluación que se realizó y la recuperación selectiva de la información, que le lleva a percibir sólo aquellos aspectos que le sirvan para reafirmar aquellas creencias que ya tiene (Guzmán et al., 2014).

El procesamiento cognitivo que se realiza en el momento del trauma será el que condicione qué creencias o evaluaciones negativas sobre sí mismo se desarrollen, la constancia del trauma y la incapacidad para superarlo (Guzmán et al., 2014).

Teoría cognitiva social de Monson y Chard (2008)

Entiende la aparición del trauma como un fallo en el proceso normal de recuperación de la información tras un evento potencialmente traumático debido a una serie de elementos que lo obstaculizan. Pone de manifiesto la importancia de las creencias distorsionadas asociadas con el evento traumático a nivel emocional y conductual (Guzmán et al., 2014).

Según este modelo nos encontramos ante dos tipos de emociones (Hernández, 2020):

- Emociones naturales o primarias (miedo, ira, tristeza).
- Emociones secundarias o elaboradas (vergüenza y culpa) que se generan por pensamientos distorsionados sobre el hecho traumático.

Sitúan a la evitación como el factor principal de mantenimiento del problema y proponen a la persona distintas opciones para su recuperación (Hernández, 2020):

- Asimilación: interpretar la información nueva de modo que sea compatible con el esquema previo.
- Acomodación: cambiar las creencias previas para adaptarlas a la información nueva.
- Sobre-acomodación: generalización extrema de las creencias de uno mismo para obtener una sensación de control.

- **Modelos conductuales**

Teoría de los dos factores de Mowrer (1960)

Surge de una adaptación de teorías de condicionamiento propuestas para el desarrollo y el mantenimiento de trastornos de ansiedad. Explica cómo se genera el estrés, el miedo o la ansiedad y que se mantiene a través de un proceso de condicionamiento en dos fases (Hernández, 2020):

- *Condicionamiento clásico*: un estímulo inicialmente neutro se asocia con un estímulo aversivo y adquiere características propias del mismo, generando la misma respuesta que la que se realiza para el estímulo aversivo. El hecho traumático, que es asociado con otros estímulos neutros, genera miedo y explica la sintomatología al provocar las mismas respuestas en todos los estímulos asociados.
- *Condicionamiento operante*: explica cómo se mantiene el problema ya que los estímulos neutros se convierten en condicionados que generan respuestas condicionadas de miedo y evitación. Esta evitación provoca un reforzamiento al generar sensación de control y alivio.

1.4. Tratamientos del trauma

El tratamiento del trauma puede abordarse desde un enfoque psicológico o farmacológico. Sin embargo, un metaanálisis ha comparado la eficacia de ambos tratamientos y se ha concluido que las técnicas psicológicas generan más cambios positivos en la sintomatología que el uso de psicofármacos (Lee et al., 2016; citado en Hernández 2020).

Según la evidencia científica, los tratamientos psicológicos que se prueban como más eficaces son aquellos de corte cognitivo-conductual entre los que encontramos tres metodologías principales en el tratamiento del trauma (Báguena, 2001):

- Las técnicas de exposición: su objetivo es romper la asociación entre el estímulo y la respuesta condicionada para conseguir una disminución de la respuesta.

- La reestructuración cognitiva: pretende identificar los pensamientos desadaptativos y cambiarlos por otros más ajustados a la realidad.
- Las técnicas de manejo de la ansiedad: tiene como objetivo adquirir y aplicar habilidades de afrontamiento utilizando técnicas de relajación, detención de pensamiento o psicoeducación, entre otras.

Por otro lado, aparecen otros modelos de tratamiento que cada vez adquieren más peso a nivel clínico. Es por ejemplo el caso del tratamiento con la técnica de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) que aparece como tratamiento validado para el Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT) por el Instituto Nacional de Excelencia para la Salud y los Cuidados (NICE, 2018).

Una revisión sistemática realizada con 33 ensayos aleatorizados de los tratamientos psicológicos para síntomas de estrés post-traumático concluye que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, la desensibilización por movimientos oculares y el manejo del estrés son intervenciones eficaces en la reducción de la sintomatología del TEPT (Lucena, 2008).

1.4.1. Tratamiento del trauma mediante la técnica EMDR

La técnica de Desensibilización y Reprocesamiento por el Movimiento Ocular (DRMO), comúnmente conocido por sus siglas en inglés EMDR, tiene el objetivo de tratar problemas con origen en experiencias tempranas, aprendiendo lo que es útil de ellas, almacenando las emociones que generan y descartando aquello que no le es útil (Lovett, 2000). Une la exposición en imaginación, el reprocesamiento cognitivo y la estimulación bilateral originalmente propuesta a partir del movimiento ocular (Ventura, 2006).

Este aprendizaje permite que los recuerdos negativos se vuelven menos notables y válidos, reduciendo la tensión física que los acompaña, y se potencien las

experiencias positivas, favoreciendo las sensaciones físicas de relajación y bienestar (Lovett, 2000).

Este método incluye elementos de la terapia cognitivo-conductual, terapia corporal, de la teoría psicoanalítica, la orientación de los sistemas familiares y la estimulación alternativa de los hemisferios derecho e izquierdo del cerebro mediante movimientos oculares, golpecitos suaves y rítmicos o tonalidades auditivas (Lovett, 2000).

Presenta objetivos claramente definidos que permiten al paciente continuar con su desarrollo evolutivo normal y es ampliamente utilizado ya que suele funcionar más rápidamente que otros tratamientos. Además, favorece que no sea necesario un tratamiento farmacológico (Lovett, 2000).

Hasta diciembre de 2018 existen 34 ensayos clínicos randomizados controlados (ERC) que demuestran la eficacia de la terapia EMDR en el tratamiento del TEPT, siendo 9 de ellos en población infantojuvenil. Del mismo modo, se han publicado una serie de revisiones sistemáticas que apoyan la eficacia del tratamiento con EMDR tanto en población infantil como adulta, siendo igual de efectiva que otros abordajes psicológicos (Benedikt et al., 2018).

El tratamiento con EMDR se basa en ocho fases que se enumeran a continuación (Lupo, 2015):

1. Fase de evaluación: en ella se obtiene la información de la historia del paciente, el estado de apego, la existencia de experiencias traumáticas y sus recursos y se planifica el tratamiento.
2. Fase de preparación: se trata de establecer una relación terapéutica sólida, explicar cómo funciona el EMDR e instalar el lugar seguro.
3. Fase de evaluación: se comienza a activar el sistema de procesamiento de la información a través del acceso a los componentes primarios del recuerdo elegido.

4. Desensibilización: mediante tandas de movimientos oculares o táctiles se procesa la información hasta llevarla a un nivel de perturbación neutra o mínima.
5. Instalación: mediante el uso de estimulaciones bilaterales breves se sigue reprocesando el recuerdo incluyendo una creencia positiva vinculada a este.
6. Examen corporal: se comprueba la existencia de emociones negativas vinculadas al recuerdo.
7. Cierre: se asegura la estabilidad del paciente y se le da información acerca de qué puede ocurrir entre sesiones.
8. Seguimiento o Reevaluación: se evalúan los efectos del reprocesamiento realizado para valorar si se ha completado o es necesario seguir trabajándolo.

1.5. Justificación teórica

El caso de Miguel se trata de un trauma de apego ya que se caracteriza por una ruptura de relaciones interpersonales tempranas. Esto es, tuvo que pasar varias semanas en la incubadora tras nacer, dificultando el establecimiento de un vínculo seguro con los progenitores.

Cuando el niño está en la incubadora se encuentra en un medio estresante, con un exceso nivel lumínico, de contaminación acústica y una serie de procedimientos dolorosos y agotadores. Todo ello favorece que el recién nacido no se adapte correctamente a un mundo que percibe como hostil y provoca afecciones en todos los ámbitos: funcionamiento neurofisiológico, cognitivo, socioemocional, la visión de sí mismo, del mundo y sus expectativas de futuro. Todo ello propicia que estos niños identifiquen una serie de sonidos o de movimientos como peligrosos y ante los que deben protegerse (Reyes-Alvarado, 2008).

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

Los datos de identificación que se aportan a continuación relativos al paciente son ficticios ya que, con el objetivo de respetar el código deontológico profesional y en cumplimiento de la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (GDPR), no puede ofrecerse información que permita identificar a la persona que acude a terapia (ver anexo A).

Miguel es un niño de ocho años residente en la provincia de Madrid. Convive en el domicilio familiar con ambos progenitores y un hermano un año mayor que él. Actualmente cursa tercero de primaria en un colegio de la zona de residencia en el que se encuentra correctamente adaptado y obtiene buenas calificaciones.

En la primera entrevista con los padres nos informan de los miedos de Miguel ante estímulos auditivos fuertes. Desde muy pequeño ha mostrado rechazo y miedo a determinados sonidos, lo cual expresaba mediante el llanto y la búsqueda de atención. Con el paso de los años ha ido superando algunos de esos miedos pero, sin embargo, otros se han mantenido e incluso intensificado con los años. En particular, manifiesta miedo a las motos y vehículos muy ruidosos y a los globos. Estos miedos impiden a Miguel llevar una actividad cotidiana normal, reduciendo así sus actividades reforzantes y limitando algunos ámbitos y/o áreas de su vida, impidiéndole asistir a ciertos lugares como parques, cumpleaños y otros eventos sociales.

Ante esta situación, los padres se muestran preocupados y tratan activamente de buscar una solución. La sintomatología presente es compatible con un TEPT, sin embargo, no ha recibido ningún diagnóstico ni ha realizado tratamiento psicológico previo.

Tanto los padres como el menor presentan una actitud favorable y proactiva para la terapia, con intención de cambio y mejora en las rutinas actuales.

3. Estrategias de evaluación

3.1. Entrevista clínica

En primer lugar, se realiza una entrevista no estructurada o abierta con los progenitores. Utilizamos este tipo de entrevista ya que permite evaluar aquellos aspectos que son relevantes para el caso y ofrece flexibilidad, tanto a los padres para expresar sus inquietudes, como al terapeuta para guiar la entrevista con el objetivo de conseguir una mejor identificación de la conducta problema (Morga Rodríguez, 2012).

3.2. Historia biográfica

Tras la primera entrevista con los progenitores, se les proporciona un cuestionario que deben completar de manera conjunta en casa y entregarlo en la próxima sesión. En él se refleja la historia biográfica y aspectos más relevantes de la vida del menor.

3.3. Cuestionarios estandarizados

En este estudio de caso se ha administrado el **Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA)** (Fernández-Pinto et al., 2015) que se describe a continuación:

Se trata de un instrumento de evaluación dirigido a la detección de una serie de problemas emocionales y de conducta en niños y adolescentes. La edad de aplicación de esta prueba se sitúa entre los 3 y los 18 años. En este caso, ha sido aplicada su modalidad de educación primaria (6-12 años) y de informe familiar, respondido por ambos progenitores. El tiempo de administración es de aproximadamente 20-30 minutos. Se trata de un instrumento validado, cuyas puntuaciones obtenidas presentan coeficientes de consistencia interna satisfactorios o muy satisfactorios en la inmensa mayoría de las escalas ($> .70$) e índices ($> .80$). Además, los coeficientes de fiabilidad test-retest son igualmente satisfactorios,

presentando valores superiores a .80 y .90 en la mayoría de los casos (Sánchez-Sánchez et al., 2016).

3.4. Observación

Se empleó la observación con el objetivo de conocer la conducta del menor e integrar el lenguaje verbal con la comunicación no verbal. Esta metodología de recogida de información nos permite ser testigo de cómo es su interacción con los demás y de cómo reacciona ante ciertos aspectos que no expresa abiertamente. A través del lenguaje no verbal podemos apreciar emociones y sensaciones del menor tales como enfado, tristeza, alegría o nerviosismo, entre otros.

3.5. Técnicas proyectivas

Este tipo de técnicas consisten en representar el contenido del mundo interno en el exterior permitiendo respuestas amplias y que varían con el desarrollo de la persona que las realiza. Nos permiten conocer la estructura psíquica y los mecanismos de defensa del paciente así como hacernos una idea de las relaciones vinculares y el apego presente (Gómez, 2017).

- Caja de arena: Se trata de una técnica terapéutica que permite llegar a lo más profundo del interior de la persona y a la consciencia del self (Robertson, 2002; citado en Gonzalo Marrodán, 2021). Esta técnica ayuda a niños y adultos a expresar y elaborar sentimientos y conflictos internos. Los elementos necesarios son una caja de plástico transparente o de color azul llena de arena hasta la mitad y una serie de figuras agrupadas en distintas categorías (personas, medios de transporte, animales, etc). Como única indicación se le pide al paciente que represente una historia dentro de la caja.
- Test del dibujo de la familia (Louis Corman, 1961): Esta técnica permite evaluar fundamentalmente el estado emocional del paciente. Podemos observar variables sobre su bienestar emocional, características cognitivas y relaciones

familiares (Ruiz et al., 2017). La metodología consiste en darle al paciente un folio en blanco y un lápiz y se le da la siguiente indicación “dibuja una familia”.

4. Resultados de las pruebas de evaluación

El desarrollo de la evaluación se realiza a lo largo de tres sesiones de una hora de duración. A continuación, se presentan los datos más relevantes obtenidos a través de los distintos instrumentos:

Entrevista con los progenitores

De ella se obtiene el motivo de consulta y se realiza una recogida de información acerca de las conductas problema, la frecuencia, el tiempo y el contexto de aparición de las mismas. Además, se recoge información en cuanto a la edad, estudios alcanzados, cambios significativos y desarrollo evolutivo del menor.

Historia biográfica

Describen las dificultades de su hijo como un miedo a determinados ruidos, entre ellos, los petardos, los globos, las motos o coches deportivos. Deciden acudir a consulta ya que últimamente le afectan en su día a día, haciendo que le cueste mucho salir de casa por la posible exposición a los mismos. En esos momentos, se pone nervioso y se bloquea.

No saben darle una explicación a esta situación. Es algo que le ocurre desde su nacimiento. Anteriormente presentaba más miedos que han ido desapareciendo a lo largo de su desarrollo evolutivo. Sin embargo, los miedos antes mencionados no solo no han desaparecido, sino que se han acrecentado en los últimos años (8 años) tanto en intensidad como en variabilidad.

En cuanto a la frecuencia de estas conductas, refieren que ocurren cada vez que tienen que salir a la calle. Cuando esto ocurre, intentan tranquilizarlo y, una vez

conseguido, que retome la actividad que estuviera realizando. Los demás intentan hacerle ver que no está ocurriendo nada malo.

Por parte del menor es consciente de su situación y refiere que no lo puede evitar.

Como factores desencadenantes del problema señalan los lugares exteriores o interiores donde puedan producirse los sonidos antes mencionados. Y, como factor de protección, el encontrarse dentro de casa o en el coche. No refieren como determinante las personas cercanas o el momento del día.

Miguel no presenta ningún problema de carácter médico ni se presentan en la familia antecedentes de carácter psicológico o psiquiátrico. No ha tenido ninguna dificultad a nivel de desarrollo o evolutivo y es la primera vez que inicia un tratamiento psicológico para dicha problemática.

Ambos progenitores describen la relación con su hijo como cercana y buena, al igual que su relación de pareja. En cuanto a la relación con su hermano se define como positiva, con ciertas disputas puntuales pero dentro de la normalidad. Se preocupan mucho el uno por el otro.

Sobre la familia extensa explican que tienen una buena relación pero no comparten demasiado tiempo con el niño.

No se aprecian anormalidades en los hábitos alimentarios, de aseo o de sueño.

Entre sus aficiones se encuentran las manualidades, jugar al fútbol o bajar a la calle con su hermano y sus amigos. En cuanto a las tecnologías solo ve la televisión los fines de semana y con un horario restringido. En ocasiones puede ser intercambiado por ver videos en el Ipad.

Actualmente no le ven triste ni presenta dificultades para relacionarse socialmente. Los progenitores lo describen como un niño muy perfeccionista.

En cuanto a otros aspectos a destacar mencionan que se concentra mucho cuando está realizando alguna tarea, se abstrae en su propio mundo y a veces no atiende a lo que sucede en el exterior. Refieren que tiene una gran imaginación.

En cuanto al comportamiento de su hijo lo describen como un niño muy curioso, muy cariñoso, con mucha energía, muy sociable, inquieto, inseguro, cobarde, evitador de conflicto, inocente y muy noble. En general manifiesta buen comportamiento tanto en el colegio como en casa.

Cuando realiza comportamientos que están mal suelen gritarle o castigarle pero cuando se trata de pequeñas tonterías procuran ignorar la conducta.

A nivel académico obtiene muy buenos resultados. Tuvo una buena adaptación al colegio, va contento por las mañanas y cumple con las tareas encomendadas por el sistema educativo, aunque en ocasiones requiere de cierta supervisión. Tiene buena relación con compañeros y profesores.

Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA)

La interpretación se realiza siguiendo seis grandes apartados (ver anexo B). En primer lugar, las **escalas de control** se sitúan en todas en el rango normal, por lo que podemos proceder a interpretar el resto de las escalas.

En los **índices globales** se obtienen puntuaciones dentro del rango de normalidad por lo que no reflejan problemas significativos.

Dentro de las **escalas de problemas** observamos un resultado extremo en la escala de ansiedad. En cambio, tanto ansiedad social como quejas somáticas se sitúan en niveles medios/moderados. Con respecto a problemas exteriorizantes se obtienen puntuaciones dentro de la media.

En las **escalas de vulnerabilidad** no encontramos resultados significativos ya que todas las puntuaciones se encuentran dentro del rango de normalidad.

En cuanto a las **escalas de recursos personales**, los niveles de inteligencia emocional y de disposición al estudio son normales pero, es interesante destacar, que se aprecia una puntuación ligeramente elevada en integración y competencia social.

Finalmente, se presentan los **ítems críticos**: riesgo de acoso escolar e indicadores inespecíficos de problemas (ponerse muy nervioso sin motivo aparente).

Observación

Durante las sesiones de evaluación, Miguel se muestra seguro y con iniciativa. Cuando se trata de abordar el problema que le trae a sesión muestra una conducta evitativa, fingiendo que no nos escucha o empezando un nuevo tema de conversación. A nivel conductual se mantiene sentado en el sitio que se le indica y realiza las actividades que se le piden. Sin embargo, trata constantemente de coger todo lo que hay sobre la mesa o en la consulta.

Técnicas proyectivas

Realizamos el ejercicio de la **caja de arena** en la segunda y la tercera sesión (ver anexo C). Cuando empieza a elegir las figuras no es capaz de parar sino que debemos pedirle que inicie la historia con lo que tenga hasta el momento. Lo mismo le ocurre a la hora de finalizar la actividad, no es capaz de cerrar la historia.

En un momento determinado habla de un animal al que lo que más le preocupa es perder y se le pregunta qué es lo que a él más le preocupa:

- “*Que no pasen motos, que no existan las motos ni los coches*”.
- “¿Y que poderes puedes utilizar para los miedos que te preocupan? ¿Cuál necesitarías tú?”

- *“El poder de apartar los coches así... ¡pum! El poder de poner una anilla (como la palicula de sony) y que el coche desapareciera y se fuera para otro mundo, pero al conductor lo salvaría.”*

Además, Miguel juega enterrando y desenterrando continuamente las distintas figuras, lo cual se relaciona con la separación de la madre (Lapastora y Mata, 2018) y nos indica la necesidad de profundizar en el vínculo de apego.

En cuanto al **dibujo de la familia**, representa a todos los miembros de la unidad familiar aproximadamente del mismo tamaño, situándolos en el centro de la hoja. Todos ellos presentan una expresión de alegría y se encuentran cercanos los unos a los otros (ver anexo D). A la pregunta de dónde se encuentran refiere que en casa y que le gusta mucho estar con todos ellos, siendo su hermano con el que más le gusta jugar.

La información obtenida por estas técnicas es limitada y debe apoyarse en otras medidas psicométricas para considerar unos datos válidos y fiables.

5. Formulación clínica del caso

5.1. Hipótesis de origen

La hipótesis de origen nos permite conocer la génesis del problema, considerando las distintas variables internas y externas que se encontraban presentes al inicio del problema.

Miguel desarrolla síntomas ansiosos, preocupación constante y miedo desde que era muy pequeño. Estos síntomas surgen como consecuencia al tiempo que permaneció en la incubadora. Sabemos que una separación prematura de los padres dificulta el desarrollo de una relación de apego y que afectará a los distintos ámbitos de su vida. Además, la experiencia de pasar cinco semanas ingresado en el

hospital, rodeado de un ambiente desfavorable, de alta contaminación auditiva y lumínica favorece la aparición de estos miedos.

La sintomatología postraumática apareció en el mismo momento que surge el evento traumático, sin embargo, con el paso del tiempo en lugar de remitir se encuentra cada vez más acusada, aumentando el número de miedos y la sintomatología ansiosa, manifestándose como sensación de terror, angustia y disminución de actividades placenteras.

5.2. Hipótesis de mantenimiento.

La hipótesis de mantenimiento nos aporta información sobre por qué la conducta desadaptativa se sigue produciendo en la actualidad, qué elementos la refuerzan y evitan su extinción.

Por un lado, encontramos un refuerzo positivo por parte de su entorno, especialmente de su madre, ya que cuando Miguel siente miedo ante un estímulo y aparece la sintomatología ansiosa, su madre acude a atenderlo y prestarle más atención y cariño (R+). En esos casos, realiza conductas de escape como salir corriendo o taparse los oídos, con el objetivo de huir de aquello que le da miedo y que le genera angustia y ansiedad aliviando así su malestar, produciéndose un refuerzo negativo (R-) y manteniéndose el problema a largo plazo.

Por otro lado, la falta de recursos de afrontamiento por parte del menor y de la familia dificultan el manejo y superación de estos miedos.

A todo ello, se le suman pensamientos intrusivos desadaptativos con respecto a su incapacidad de superar los miedos.

5.3. Análisis funcional del problema

Con el objetivo de analizar funcionalmente el comportamiento desadaptativo de Miguel y entender por qué se está manteniendo, realizamos un análisis funcional de las conductas objeto de tratamiento.

Tabla 1

Análisis funcional

Antecedentes		Conductas	Consecuencias
VARIABLES DISPOSICIONALES	<p>Variables organísmicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo inmaduro del sistema inmune <p>Historia de aprendizaje</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modelo de afrontamiento permisivo por parte de los padres - En ocasiones obligación de estar en las fuentes de ruido 	<p>FISIOLÓGICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para respirar con normalidad - Aumento del ritmo cardíaco - Sudoración - Hipervigilancia - Tensión muscular <p>EMOCIONALES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intranquilidad - Angustia - Miedo - Terror - Tristeza <p>COGNITIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Quiero que desaparezca ese ruido” - “No puedo hacerlo solo” - “Necesito ayuda” - “Me da miedo” 	<p>CORTO PLAZO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recibe atención de los progenitores (R+) - Alivio del malestar (R-) - Escapar de la situación (R-) <p>MEDIO PLAZO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento de los miedos en frecuencia, duración e intensidad y variedad <p>LARGO PLAZO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento social - Incapacidad de realizar actividades gratificantes fuera de casa - Malestar emocional - Trastorno del estado de animo
VARIABLES DISCRIMINATIVAS	<ul style="list-style-type: none"> - Estar en un lugar donde haya riesgo de que haya ruidos fuertes - Estar en la calle y que pase una moto o un coche deportivo - Ir a un cumpleaños o celebración donde pueda haber globos - Ir a la piscina del colegio 		

		MOTORAS - Llorar - Conductas de escape - Taparse los oídos - Evitar salir a la calle - Evitar eventos/fiestas	- Baja autoestima y confianza en si mismo
--	--	---	---

6. Plan terapéutico

A continuación se presenta el plan terapéutico seguido en el caso de Miguel.

6.1. Objetivos

Los objetivos terapéuticos propuestos para Miguel son los siguientes:

Tabla 2

Objetivos terapéuticos de la intervención

Objetivos	Técnicas
Establecimiento de una buena relación terapéutica	Observación Juego terapéutico Caja de arena
Aumentar la percepción de seguridad Estabilizar	Lugar seguro
Entender el origen y mantenimiento del problema	Psicoeducación Historia narrativa

Reducción de la sintomatología ansiosa	Técnicas de relajación Entrenamiento en autoinstrucciones Consciencia emocional
Reducir miedo a determinados sonidos fuertes: coches deportivos, motos, globos y bombetas	Técnicas de afrontamiento: exposición gradual Técnica EMDR: reprocesar el trauma Gestión emocional: identificación de emociones
Reducir/suprimir el miedo a nadar en la piscina del colegio	Externalización Técnicas de afrontamiento: exposición gradual
Conseguir salir a jugar en el parque con su hermano	Entrenamiento en autoinstrucciones
Acudir a fiestas/eventos	Técnicas de afrontamiento: exposición gradual
Reforzar relaciones de apego	Historia narrativa Establecimientos de vínculos afectivos de apego seguro Técnica EMDR: procesar el trauma
Fortalecer autoconcepto y mejorar autoestima	Listado de fortalezas Mano de la autoestima
Instauración y mantenimiento de los objetivos conseguidos	Repasar las habilidades aprendidas Reforzar logros conseguidos

6.2. Descripción del tratamiento

El enfoque utilizado para la intervención es integrativo, entendiendo al paciente como un conjunto mente-cuerpo que se relaciona con el entorno social. Mediante este enfoque se integran los principales aportes en cuanto a tratamiento, conceptos, hipótesis, procedimientos y técnicas de distintos enfoques terapéuticos en una única intervención (Textor, 1992). Con ello pretendemos conseguir el objetivo de llevar a cabo una intervención totalmente personalizada y adaptada a la problemática concreta de Miguel.

Hasta el momento de redacción de este informe se han llevado a cabo un total de 15 sesiones, en las que se incluyen la evaluación y recogida de información y la posterior intervención. La duración de las sesiones es de una hora con una periodicidad semanal.

Las sesiones se realizan de manera individual con el menor a excepción de una sesión familiar con ambos progenitores.

6.3. Descripción de las sesiones

Tras realizar tres sesiones de evaluación, que han sido explicadas previamente, a continuación, se describen los aspectos más relevantes de cada una de las posteriores sesiones de tratamiento:

Sesión 4

Leemos juntos el libro **¿Cómo puedo salir de aquí?** De Cristina Cortés (2018) que trata de explicar cómo funciona la terapia EMDR de una manera visual y sencilla y cuyo objetivo es hacer llegar tanto a niños como familiares o educadores cómo se puede salir del sufrimiento.

Se le pregunta qué cosas hacen que él se sienta mal y refiere que a veces cuando suenan ruidos. En ocasiones quiere ir al parque pero cuando está allí sólo

quiere irse a casa. Utilizando las ilustraciones del cuento se le pide que describa cómo se siente en esas situaciones: *“triste y asustado”*.

A continuación, procedemos a utilizar la técnica de **Instauración del lugar seguro**:

En primer lugar, se le pide que dibuje un sitio que para él sea tranquilo y seguro (ver anexo E) y, por otro lado, que dibuje algo que le de un poco de miedo (ver anexo F). A continuación iniciamos el movimiento ocular ayudándonos de una varita que facilite la actividad. Tras ello, se le pide que cierre los ojos y respire profundamente.

Nos verbaliza que ese dibujo lo ha hecho porque cuando tenía 6 años estaba en un cumpleaños y todos los niños empezaron a explotar los globos y le daba mucho miedo, situando el miedo en los oídos. Se vuelve a repetir el mismo procesamiento y se le dice que piense en ese recuerdo mientras observa el movimiento de la varita. Cuando se le pregunta qué le gustaría que hubiese pasado en ese momento dice *“me gustaría pasármelo bien y que no hubiese ruido”*.

Se le colocan ambos dibujos delante sobre la mesa y se le pide que, sin mover la cabeza, mire a uno y a otro. Cada vez refiere que le va dando menos miedo esa situación.

Sesión 5

Al inicio de la sesión se le pide que recuerde la fiesta que nos había comentado en la sesión anterior mientras se realizan golpes rítmicos alternando en ambas rodillas (tapping). Después se le indica que dibuje lo que le venga a la cabeza.

Dice que cuando cumplía 8 años estuvo jugando con unos globos pero de los que no se explotan. Se dibuja a sí mismo con los ojos muy abiertos y un nudo en el

pecho. Se le pide que lo coloree y mientras que lo hace dice que va teniendo menos miedo (ver anexo G).

Refiere que en la fiesta en un momento determinado un niño explotó un globo y que al pensarlo se pone en tensión y su cuerpo se pone mal. Se le pide que dibuje ese momento y, a continuación, que piense en él mientras sigue con los ojos el movimiento de la varita.

Buscamos qué recursos puede emplear para enfrentarse a esos miedos: *“tener un escudo, estar en una cápsula donde no entren los ruidos”*. Se le pide que dibuje esa cápsula mientras se realiza tapping. Como ejercicio para casa, debe dibujarse en sitios donde haya globos con su cápsula (ver anexo H).

- *“¿Cómo puedes utilizar tu cápsula cuando te da miedo ir a algún sitio?”*
- *“Ponerme la cápsula en modo invisible y así puedo ir con ella al colegio”*.

Sesión 6

En esta sesión trabajamos la autoestima utilizando el ejercicio de la mano de la autoestima. Miguel dibuja su mano en una hoja y escribe en cada dedo una cualidad que cree que posee y en qué parte del cuerpo siente cada una de ellas. Le explicamos que esta mano sirve para que podamos tocar algo que nos da miedo y que este desaparezca.

Hablamos de la semana anterior y nos relata que salió a pedir caramelos con su familia en Halloween y que se puso nervioso en una en la que había globos pero empezó a hacer respiraciones y consiguió relajarse y seguir jugando.

En esta sesión se le explica qué es y para qué se practica la coherencia cardíaca y cuándo puede ponerlo en práctica. Utilizando el sistema HeartMath + entrenamos en coherencia cardíaca. Durante la sesión se realizan algunas verbalizaciones como:

-*Ya he recorrido la mitad del camino para que se me quiten los miedos*".

- *"Yo creo que sí voy a ser capaz"*.

- *"Estoy seguro de que no va a haber ruidos"*.

Una vez finalizado el entrenamiento se le pide que visualice la mano que ha dibujado y piense en todas sus cualidades mientras se realiza tapping.

Sesión 7

Utilizando las cartas terapéuticas Dixit le pedimos que cuente la historia de su vida eligiendo 6 u 8 de las cartas de la baraja con el objetivo de identificación y gestión de emociones así como para reconocer qué recursos posee (ver anexo I). Observamos un comportamiento evitativo al igual que ocurría con la caja de arena, le cuesta mucho acabar con la preparación y se distrae con facilidad. Cuando se le hace notar ese comportamiento refiere: *"En muchas cosas estoy atrapado"*, *"antes yo estaba encerrado"*. Cuando piensa en ello siente tristeza, disgusto y furia: *"me da rabia quedarme atrapado"*.

Utilizando un muñeco de un pulpo reversible en el que se le da al color verde la cualidad de felicidad y al morado de tristeza se le enseñan distintos recursos para pasar de un estado al otro.

Cuando Miguel habla de cómo se siente cuando ocurre algo que le da miedo, cuando siente tristeza o enfado, baja considerablemente el tono de voz. Sin embargo, cuando se siente seguro y tranquilo alza el tono de voz. Le hacemos ver el cambio en su todo de voz cuando pasa de un estado a otro y se refuerza realizando tapping.

Para realizar en casa se le pide que busque junto a sus padres una caja y que la decoren: **La caja de ser fuerte**. En ella puede guardar aquellas cosas que le hacen sentirse seguro.

Una vez finalizada la sesión se realiza una evaluación de seguimiento con la madre en la que se le dan instrucciones para trabajar en casa.

Sesión 8

En esta sesión trabajamos técnicas de relajación con Miguel. En primer lugar, realizamos un ejercicio de respiración con la ayuda de una pelota y lo practicamos varias veces para que pueda realizarlo cuando se ponga nervioso fuera de terapia.

Posteriormente, se le da un libro **Relajaciones** de Mamen Duch (2017) para que elija dos de ellas y aprenderlas (*Nubes de colores* y *Las estrellas*).

Una vez realizada la relajación, Miguel dibuja las nubes que se ha imaginado y dice qué ha pensado en cada momento. Para la emoción de miedo dibuja una nube negra y nos cuenta que esta semana no ha habido nada que le de miedo. Había un niño con un globo y lo estaba intentando explotar con un palo pero pasó a su lado sin darse cuenta y no le dio miedo. Si piensa en días atrás, le da miedo ir a la piscina del colegio porque hay un símbolo en el fondo de la piscina (el escudo del colegio). Cuando piensa en él, afirma “*que me da miedo, es muy grande para mi*”, “*nunca lo he tocado*”. Se establece una jerarquía de aproximación al símbolo de la piscina y realizamos entrenamiento en exposición. De manera complementaria, buscamos recursos que pueda utilizar para superar ese miedo.

Para finalizar la sesión reforzamos aquellas cosas que ya ha superado y que está en el camino para superar las que aun le faltan.

Sesión 9

Se le ponen sobre la mesa una serie de materiales (una lupa, dos pizarras, tizas, folios y un bolígrafo) y se le pide que dibuje una historia en tres partes. En el centro debe dibujarse en un sitio al que le cueste ir, en este caso se dibuja en un parque con un bocadillo que dice “no quiero ir al parque”.

En ese momento debe escribir en una de las pizarras qué sentimientos tiene ese niño: *miedo*. Se indaga con más preguntas sobre a qué tiene miedo, qué otros sentimientos tiene, por qué cree que le ocurre y qué tendría que pasar para superarlo

A continuación leemos uno de los cuentos que se incluyen en el libro **De mayor quiero ser... feliz 2** de Anna Morató que trata de potenciar la positividad y autoestima en los niños.

Continuando con el ejercicio, en la otra pizarra escribe con qué puede vencer ese miedo: su escudo y el diamante (la esencia de uno mismo que ha leído en el cuento).

Se le dan cartulinas y colores para que dibuje su escudo y su diamante y fabricamos un collar. Cuando llegue a casa puede guardarlo en su **caja de ser fuerte** y usarlo siempre que lo necesite.

Sesión 10

Historia narrativa con los progenitores

Los padres han escrito una carta para Miguel en la que le cuentan cómo fue el embarazo, su nacimiento e infancia. Se colocan los tres juntos y entre los dos van contando la historia, permitiendo que Miguel pregunte todo aquello que quiera. Mientras van contando la historia se realiza ejercicios de tapping y, en un momento determinado, se le pide que se cojan de las manos.

En la historia le cuentan cómo fue su nacimiento, que fue prematuro y el tiempo que tuvo que estar en la incubadora antes de poder irse a casa con sus padres y su hermano. Traen su primer chupete y le enseñan fotos de aquellos momentos para que lo integre. Además, le cuentan los miedos que tenía previamente y que ahora ha superado.

Por otro lado, explicamos cómo funciona el entrenamiento en exposición y realizamos una jerarquía de situaciones para trabajar el miedo a los globos en casa.

Sesión 11

Previo a esta sesión, la madre de Miguel nos informa de los avances que han conseguido en la exposición al símbolo de la piscina y a los globos.

En esta sesión repetimos el ejercicio de la caja de arena. En esta ocasión, cuando le decimos que tiene que acabar la historia elabora un final y empieza a recoger más rápido que en las ocasiones anteriores. Presenta más facilidad al dejar de realizar una actividad.

Por otro lado, nos cuenta que ha podido ir al parque y aunque había motos y ruidos, se puso un poco nervioso pero se le pasó y después estuvo mejor.

- “¿Dónde notas la seguridad de que vas a superar tus miedos?”
- “*En los oídos*”.
- “¿Crees que este año podemos dejar algunos miedos atrás?”
- “*Sí, estoy seguro, ya no me da miedo ir a la piscina.*”

Sesión 12

En esta sesión utilizamos unos bolígrafos de colores con dibujos de caras que representan distintas emociones. Se le pide que vaya cogiendo cada uno de ellos y explique qué emoción representa para él y en qué situaciones se siente de ese modo.

En un momento dado, Miguel empieza a distraerse y a querer coger otros juegos que hay en la consulta. Se le hace notar que se está distrayendo y se le pregunta qué necesita para prestar atención: “*estarme quieto y mirarte*”. Vuelve a prestar atención a la actividad y continuamos.

Durante toda la sesión se muestra contento. Nos cuenta que ha podido ir de viaje con sus padres y que no ha sentido miedo, además, le han regalado un juego de magia durante la navidad y nos hace varios trucos.

Se le pide que piense en sus miedos y elija un bolígrafo para representarlo. Dice que no está seguro y que no quiere dibujar, prefiere contárnoslo:

- *“Ya no me da miedo el símbolo de la piscina, me puedo bañar donde me de la gana”.*
- *“Las motos me han un poco de miedo, pero ya solo las fuertes”.*
- *“Los globos regular, es lo que más miedo me da”.*

Sesión 13

Para esta sesión utilizamos unas marionetas con el objetivo de representar distintas situaciones en las que los personajes puedan sentir miedo y busquemos soluciones o recursos que puedan emplear para sentirse mejor. Reforzamos la utilización de la expresión *“confía en ti mismo”* que él mismo refiere en sesión, para que pueda utilizarlo consigo mismo en momentos de miedo o estrés.

Realizamos ejercicios de psicoeducación sobre el miedo y la ansiedad.

Empezamos con el entrenamiento en exposición para los coches y motos alternándolo con ejercicios de respiración y coherencia cardíaca.

Sesión 14

Antes de la sesión la madre nos refiere que Miguel ha estado algo más nervioso y preocupado estos días, con miedos respecto a la salud de los miembros de la familia.

Utilizamos un gorro para que se lo ponga y represente esas creencias distorsionadas y negativas y cómo le hacen sentir (ver anexo J). Buscamos recursos para reducir el malestar que le provocan y trabajamos en otro gorro positivo para

que pueda ponérselo cuando le vengan los malos pensamientos (ver anexo K). Se realiza un ejercicio de entrenamiento con los gorros para afianzar el concepto.

Por otro lado, continuamos con el entrenamiento en exposición, utilizando fotos y vídeos de coches/motos a la vez que trabajamos respiración, coherencia cardíaca y entrenamiento en autoafirmaciones.

Sesión 15

Observamos que Miguel ha avanzado mucho en cuanto a la exposición a determinados ruidos. Continuamos el entrenamiento en sesión para afianzar esos avances (ver anexo L).

Posteriormente, antes de acabar la sesión, preparamos una píldoras de superación para que pueda meter en su **caja de ser fuerte**. Hacemos un repaso de aquellas cosas que ha superado y las que aun le quedan por alcanzar (ver anexo M) y las va escribiendo en papeles pequeños de colores: un poco las motos, el símbolo de la piscina, estar en un sitio que haya globos, los coches un poco, los cohetes. Después vamos metiendo esos papeles en pequeñas píldoras de colores y se las lleva a casa. Se le pide que cierre los ojos y piense dónde siente esa seguridad y en qué grado cree que es cierto.

Después de esta sesión le explicamos que como ya ha superado muchas cosas va a empezar a venir cada 15 días.

7. Valoración del tratamiento

7.1. Adherencia al tratamiento

El tratamiento terapéutico sigue en curso pero, hasta el momento de redacción de este informe, tuvo una duración de 4 meses en los que se han podido observar mejoras significativas que se detallan a continuación.

Podemos afirmar que se ha establecido una buena alianza terapéutica desde el comienzo del tratamiento basada en la confianza y la comprensión. Miguel se encuentra cómodo en sesión y con las actividades realizadas, mostrándose dispuesto y colaborador. Este acompañamiento, caracterizado especialmente por el respeto a sus tiempos, ha facilitado una buena adherencia al tratamiento.

El paciente ha asistido puntualmente a todas las sesiones y ha cumplido con las tareas intersesiones que se han propuesto a lo largo del tratamiento. Además, refiere estar aprendiendo mucho durante la terapia y que le está sirviendo para sentirse mejor en distintos ámbitos de su vida.

Por otro lado, la comunicación constante con los progenitores y la realización de las tareas propuestas para casa están permitiendo la correcta consecución de los objetivos propuestos.

7.2. Consecución de los objetivos

Como medida para valorar la eficacia y la consecución de los objetivos propuestos, se administró el Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA) con el objetivo de obtener una medida pre y postratamiento.

En la medida pretratamiento se observa una puntuación bastante elevada en la **escala de ansiedad**. Sin embargo, en la evaluación que se ha realizado post tratamiento (hasta el momento de redacción de este trabajo), se observa cómo se ha reducido la puntuación de la escala de ansiedad significativamente (ver anexo N). Además, refleja un aumento en el **índice de recursos personales** así como en **inteligencia emocional**.

Aun así, a pesar de los resultados satisfactorios obtenidos, se ha considerado más relevante clínicamente realizar una valoración pre y postratamiento con la información referida por los progenitores sobre la sintomatología presentada actualmente por Miguel y qué cambios se habían producido tras las sesiones

realizadas. Por ello, se ha llevado a cabo una segunda entrevista familiar de la que obtenemos la siguiente información:

Actualmente, Miguel sigue presentando miedo a determinados ruidos, aunque la variabilidad de estos se ha reducido siendo solamente los globos y los vehículos muy ruidosos. Cada vez se muestra más decidido a salir de casa a pesar de la posibilidad de encontrarse con los estímulos que le generan malestar.

Refiere que cada vez se pone menos nervioso cuando se encuentran ante una situación como las descritas anteriormente. Cuando Miguel siente que empieza a ponerse nervioso se lo comunica a sus padres y juntos hacen respiraciones con el objetivo de reducir la sintomatología ansiosa: sigue sintiendo miedo pero es capaz de mantenerse en el lugar en el que se encuentra con su familia sin tener que huir de la situación.

Consideran muy favorecedor tanto para ellos como para su hijo el haber entendido el origen y mantenimiento del problema. Esta consciencia de problema les permite utilizar las herramientas adecuadas para favorecer la extinción de determinadas conductas desadaptativas.

En cuanto a la frecuencia de estas conductas, afirman que se han visto reducidas significativamente. En ocasiones, consiguen que Miguel esté contento jugando con su hermano o con sus amigos sin que interrumpa la actividad al pasar un vehículo ruidoso por la calle. Además, desde que ha iniciado la terapia ha podido acudir a varios cumpleaños de sus compañeros y se ha sentido seguro en ellos.

Por parte del menor está aprendiendo a ser consciente de cómo se encuentra su cuerpo y a saber anticipar la conducta problema. Se siente seguro y con los recursos necesarios para hacer frente a sus miedos.

En cuanto a otros aspectos a destacar, mencionan que aun le cuesta retirar la atención cuando está realizando una tarea ya que se abstrae en su propio mundo y a veces no atiende a lo que sucede en el exterior.

Es por todo lo anteriormente expuesto, que podemos afirmar que Miguel ha obtenido una evolución positiva de cara al cumplimiento de los objetivos terapéuticos propuestos. Entre ellos, se han logrado conseguir total o parcialmente los siguientes:

- *Aumentar la sensación de seguridad:* En primer lugar, era imprescindible mostrarle a Miguel que podía sentirse seguro ante ciertas situaciones que le generaban malestar. Mediante la técnica de implantación del lugar seguro se trabajó la focalización en una imagen positiva a la que pudiera acceder cuando se sienta angustiado. Según refiere, ha empleado esta técnica en distintas ocasiones ya que le ha ayudado a sentirse más tranquilo y contento.
- *Estabilizar/Reducción de la sintomatología ansiosa:* Sin duda, uno de los objetivos principales de tratamiento era aportar a Miguel los recursos necesarios para estabilizarse en momentos de estrés. Este objetivo se ha conseguido parcialmente ya que en muchos momentos es capaz de estabilizarse y no realizar las conductas problema, empleando ejercicios de respiración o centrándose en sensaciones agradables como, por ejemplo, recordar su *lugar seguro*. Sin embargo, en otros momentos la situación le supera y no sabe cómo actuar.
- *Acudir y nadar en la piscina del colegio:* Según nos ha referido el propio paciente, y siendo la información contrastada con su profesora del colegio, sabemos que Miguel acude a las sesiones de natación en el colegio tranquilo y que puede nadar en cualquier pista de la piscina sin presentar ninguna sintomatología ansiosa.
- *Salir a jugar con su hermano al parque y acudir a fiestas/eventos:* Conforme hemos ido avanzando en el tratamiento, Miguel ha podido bajar a jugar al parque

con su hermano y acudir a distintas fiestas de cumpleaños. En ocasiones se ha sentido nervioso pero en lugar de evitarlas o realizar conductas de escape ha utilizado los recursos aprendidos durante el tratamiento para regularse y poder continuar jugando con su hermano y sus amigos.

- *Reforzar relaciones de apego seguro:* El vínculo de apego de Miguel con sus progenitores se había visto comprometido desde su nacimiento debido a su estancia en cuidados intensivos. Gracias a las actividades conjuntas realizadas en terapia, se presentan comportamientos más adaptativos y que apuntan a un correcto desarrollo de un vínculo de apego seguro con ambos progenitores.
- *Fortalecer autoconcepto y autoestima:* Al inicio del tratamiento Miguel presentaba algunas ideas distorsionadas con respecto a sí mismo y sus capacidades, las cuales se veían reforzadas por los miedos que presentaba y la idea de no poderlos superar nunca. Actualmente, es consciente de todas sus cualidades positivas y trabaja para mejorar aquellas con las que no se siente del todo satisfecho, sintiéndose así más seguro de sí mismo y con una mayor confianza a la hora de relacionarse con el mundo.

Sin embargo, algunos objetivos aun no se han alcanzado completamente y es necesario seguir trabajando en ellos:

- *Reducir el miedo a determinados ruidos fuertes:* Este objetivo se ha visto cumplido parcialmente. Miguel ha conseguido eliminar el miedo ante determinados estímulos como, por ejemplo, el símbolo de la piscina del colegio, los coches deportivos que hacen un ruido de intensidad media o encontrarse en una habitación en la que haya globos. Sin embargo, aun no ha superado todos los miedos que presentaba al inicio del tratamiento, por ejemplo, sigue sintiendo miedo ante los vehículos muy ruidosos, los petardos si se encuentran muy cerca y los globos si es él quien tiene que explotarlos.

- *Reducción de la sintomatología ansiosa: Como se ha comentado en el apartado anterior, este objetivo se ha conseguido parcialmente por lo que seguiremos trabajando en él aportando nuevos recursos y afianzando los ya establecidos.*

7.3. Seguimiento

Actualmente, el caso sigue activo y el tratamiento continúa, cambiando las sesiones de una periodicidad semanal a quincenal. Los objetivos de continuidad del caso son afianzar y mantener las metas conseguidas y continuar con el entrenamiento para obtener los objetivos que aun no se han cumplido.

El pronóstico de Miguel es favorable ya que se han mostrado numerosos avances y una disminución de la sintomatología presentada al inicio del tratamiento. Él mismo refiere que se siente más capaz de afrontar algunas situaciones y que ahora tiene herramientas para superar situaciones difíciles.

8. Discusión

En el presente trabajo se ha abordado la problemática del trauma infantil en un caso con sintomatología compatible con TEPT. Miguel es un chico de ocho años que inicialmente presenta miedos irracionales ante determinados estímulos de origen auditivo, que son acompañados de pensamientos intrusivos y ante los cuales realiza conductas de evitación/escape. Estos miedos le impiden llevar una actividad cotidiana normal, reduciendo así sus actividades reforzantes y limitando su vida, impidiéndole asistir a ciertos lugares como el parque o cumpleaños de sus compañeros de clase.

Como puede verse reflejado en la literatura revisada, la vivencia de un evento traumático afecta a las estructuras cerebrales responsables de regular las emociones o el comportamiento (COPPA, 2021). En el caso de Miguel se produce un nacimiento prematuro, debido al cual se requirió ingreso hospitalario en la UCIN durante varias semanas en las que se vio sometido a una elevada contaminación lumínica y acústica.

Es en los primeros años de vida cuando se produce el desarrollo de determinadas estructuras cerebrales que integran y almacenan la información de los eventos vividos. Al verse éstas comprometidas debido al desarrollo incompleto de las mismas el niño no cuenta con los recursos necesarios para procesar de forma adecuada la información traumática.

Además, como consecuencia de esta condición se produce un déficit en el establecimiento de la relación de apego con los padres, especialmente con la madre. El establecimiento de un estilo de apego no seguro genera malestar en el niño, dificultando los procesos propios de regulación emocional y favoreciendo la aparición de miedos y conductas desadaptativas (Main, 1995; citado en Lupo, 2015).

Por todo ello, se realiza un tratamiento basado en un modelo integrativo en el que se unen la desensibilización y reprocesamiento del trauma y el entrenamiento en exposición y en técnicas de manejo del estrés, siendo todas ellas consideradas intervenciones efectivas que reducen significativamente la sintomatología del TEPT (Lucena, 2008). Tras la aplicación de este programa de intervención personalizado se han obtenido mejoras a nivel cognitivo, emocional y conductual.

Los resultados obtenidos son consistentes con los resultados de otros trabajos que evidencian la eficacia de la intervención mediante el modelo EMDR y el entrenamiento en exposición para abordar la problemática del trauma.

Por un lado, la terapia EMDR ha demostrado su eficacia científicamente y es reconocido por distintas asociaciones, como la Asociación Americana de Psicología (APA) o la Organización Mundial de la Salud (OMS), como método de elección para el tratamiento del TEPT. Esta terapia puede ser empleada tanto con adultos como con niños ya que tiene en cuenta su desarrollo evolutivo y madurativo para adaptarse a las características específicas de cada población (Lucena, 2008). El seguimiento de esta técnica así como el uso de la terapia narrativa ha permitido que Miguel conozca el

origen de sus miedos y sea capaz de reprocesar y reelaborar el trauma vivido favoreciendo además la creación de un vínculo de apego seguro con los progenitores.

Por otro lado, y debido a que en casos de trauma las conductas de evitación/escape toman un papel fundamental en el mantenimiento del problema, la técnica de entrenamiento en exposición utilizada desde la Terapia Cognitivo Conductual Focalizada en el Trauma, es reconocida como uno de los tratamientos de elección para la reducción de los síntomas traumáticos o compatibles con el TEPT, ya que permite a los pacientes modular los sentimientos a través de la modificación en la conducta y los pensamientos (Jackson et al., 2009; citado en Cáceres-Ortiz et al., 2011). Para Miguel, estas conductas habían comprometido distintas áreas de su vida en el ámbito familiar, escolar y social. Podemos decir que el entrenamiento en técnicas de exposición y en manejo del estrés han aportado resultados favorables ya que Miguel ha conseguido avances significativos como, por ejemplo, no huir cuando se encuentra en la calle y pasa un vehículo ruidoso cerca, acercarse a un lugar en el que hay globos y poder nadar en la piscina de su colegio.

Por todo lo mencionado anteriormente, concluimos que la intervención resulta ajustada y eficaz en el caso de Miguel, pudiendo ser contrastado a través de los resultados obtenidos de los distintas medidas pre y postratamiento. Además, es importante destacar la importancia que ha tenido el establecimiento de una buena alianza terapéutica, que ha facilitado la adherencia al tratamiento y la consecución de los objetivos propuestos.

En cuanto a las limitaciones que presenta el estudio, nos encontramos la escasez de medidas psicométricas objetivables que permitan valorar la consecución de los objetivos propuestos y evaluar de forma más objetiva la variación en la sintomatología entre las evaluaciones pre y postratamiento.

Como investigación futura en relación a este trabajo, se propone la administración de otras escalas psicométricas que nos permitan obtener medidas objetivables, como la versión española de la **Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS)** (Spence, 1997) que evalúa síntomas de ansiedad frecuentes en niños, o el **Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)** (Lozano et al., 2011) para realizar una evaluación global de ansiedad y depresión.

Otra limitación a la que podemos hacer referencia ha sido la imposibilidad de realizar una sesión en la que participara el hermano de Miguel debido a incompatibilidad horaria. El objetivo de la misma sería reforzar el vínculo de apego y el establecimiento de recursos de apoyo. Esta idea se ha propuesto a los progenitores y se realizará en sesiones posteriores.

Aunque el tratamiento no haya concluido, se evidencia un buen pronóstico ya que se ha producido una reducción del malestar clínico y se ha establecido una buena adherencia al tratamiento caracterizada por una sólida alianza terapéutica. Como futuros objetivos, es imprescindible seguir trabajando en prevención de posibles recaídas y en el mantenimiento de los nuevos aprendizajes.

Una vez finalizado el tratamiento, y para dar continuidad al estudio del mismo, sería de interés realizar un seguimiento a largo plazo del caso para comprobar la durabilidad de las mejoras obtenidas y la integración de los conceptos trabajados. Así, podría realizarse una evaluación post tratamiento a los tres meses, a los seis meses y al año de finalizar la intervención para evaluar la eficacia del tratamiento a largo plazo.

9. Referencias bibliográficas

Báguena, M.J. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático.

Psicothema, 13(3), 479-492.

Benedikt A. et al. (2018). *Documento sobre evidencia científica de la terapia EMDR.*

Asociación EMDR España. <https://www.emdr-es.org/Content/PDF/Dossier%20Evidencia%20Cient%20C3%ADfica%20EMDR%20Web.pdf>

Cáceres-Ortiz, E. et al. (2011). Tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psychol. Av. Discip.*, 5(2), 13-31.

Chorot, P. et al. (2003). Diferencias según la edad en la prevalencia e intensidad de los miedos durante la infancia y la adolescencia: datos basados en el FSSC-R. *Psicothema* 15(3), 414-419.

Colegio Profesional de Psicología de Aragón. (2021). *Guía de intervención multidisciplinar para niños, niñas y adolescentes con trauma psicológico.*

Corman, L. (1967). *Test del dibujo de la familia en la práctica médico- pedagógica.* Kapelusz.

De Arellano, M. A. et al. (2009). Trastorno por estrés postraumático en niños: una revisión. *Behavioral Psychology*, 17(1), 11-39.

Fernández-Pinto, I. et al. (2015). *SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual de aplicación, corrección e interpretación.* TEA Ediciones.

Gómez Ramirez, R. del P. (2017). La evaluación psicológica infantil: metodología y aplicación de las técnicas proyectivas y psicométricas. *Poiésis*, 33, 104-118.

Gonzalo Marrodán, J.L. (2013). *Construyendo puentes: la técnica de la caja de arena.* Desclée De Brouwer.

Gonzalo Marrodán, J.L. (2021). *Traumaterapeutas en la caja de arena.* Sentir.

Hernández Pacheco, M. (2020). *Apego, disociación y trauma: trabajo práctico con el modelo PARCUVE.* Desclée De Bouwer.

- Lapastora, M. y Mata, N. (2018). *Adopción, trauma y juego: manual para tratar a los niños adoptados y maltratados a través del juego*. Desclée De Bouver.
- Lovett, J. (2000). *La curación del trauma infantil mediante DRMO (EMDR)* (Vol. 25). Grupo Planeta (GBS).
- Lucena, J.J. (2008). Tratamientos basados en la evidencia para el trastorno de estrés post-traumático. *Psicoevidencias*.
- Lupo, W. (2015). EMDR en el tratamiento de los traumas y trastornos de apego. *Intercambios, papeles de psicoanálisis/Intercanvis, papers de psicoanàlisi*, (35), 23-31.
- Méndez, F. X. et al. (2003). Los miedos en la infancia y la adolescencia: un estudio descriptivo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 6(13), 150-163.
- Morales Aguilar, D. P. (2018). Desafíos en psicoterapia: trauma complejo, apego y disociación. *Avances En Psicología*, 26(2), 135-144.
- Morga Rodríguez, L.E. (2012). *Teoría y técnica de la entrevista*. Red Tercer Milenio.
- Pacheco, M. (2011). *Terapia Narrativa*. Fundación la Frontera.
- Reyes-Alvarado, S. et al. (2008). Trastorno por estrés postraumático en nacidos prematuros. *Anales de Pediatría*, 69(2), pp.134-140.
- Ruiz, E. P. et al. (2017). Efectos de una intervención para la mejora de las fortalezas psicológicas en Educación Infantil, valorados a través del test del dibujo de la familia. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 7(2), 123-134.
- Sánchez-Sánchez, F. et al. (2016). SENA, Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes: proceso de desarrollo y evidencias de fiabilidad y validez. *RPCNA: Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(2), 23-34.

- Serrano, F. G. (2009). Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros: la relación temprana y el apego. *Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 48, 61-80.
- Shapiro, F. (2010). *EMDR: Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*. Editorial Pax México.
- Textor, M. R. (1992). Psicoterapia ecléctica e integrativa: cinco movimientos para superar la multiplicidad de enfoques psicoterapéuticos. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 55(3), 167-182.
- Ursano, R.J. et al. (1994). Individual and Community Responses to trauma and Disaster: the structure of human chaos. *Cambridge University Press*.
- Ventura, M. (2006). La desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares [EMDR] en el tratamiento del trauma emocional. *Psicología Conductual*, Vol. 14, No 3, 2006, pp. 387-400.

10. Anexos

Anexo A. Plantilla consentimiento informado.



Se informa que los datos personales del menor de 14 años bajo su tutela, facilitados por Usted, serán incorporados a ficheros para el tratamiento denominado PACIENTES cuya responsable es MARÍA PASTOR PASCUAL.

La finalidad del tratamiento es la gestión de las actuaciones médicas y administrativas de los pacientes, cuya base legal es la ejecución de un contrato y el otorgamiento del consentimiento.

Los datos que se le solicitan son los necesarios para la realización del servicio contratado, y entre ellos puede que se le soliciten datos del menor relativos a Salud física o mental. Usted, no está obligado a facilitar estos datos, pero la negativa a facilitarlos o a proporcionarlos erróneos puede limitar la realización del servicio.

Que para el cumplimiento de la finalidad, o por exigencias legales, los datos personales podrán ser cedidos o comunicados a Profesionales Médicos, Colegios u Institutos.

El plazo para la supresión de los datos personales será el previsto por la legislación sanitaria para la prescripción de responsabilidades.

También se le informa del derecho a solicitar al responsable del tratamiento el acceso a los datos personales relativos al menor bajo su tutela, y su rectificación o supresión, o la limitación de su tratamiento, o a oponerse al tratamiento, y a presentar una reclamación ante una autoridad de control.

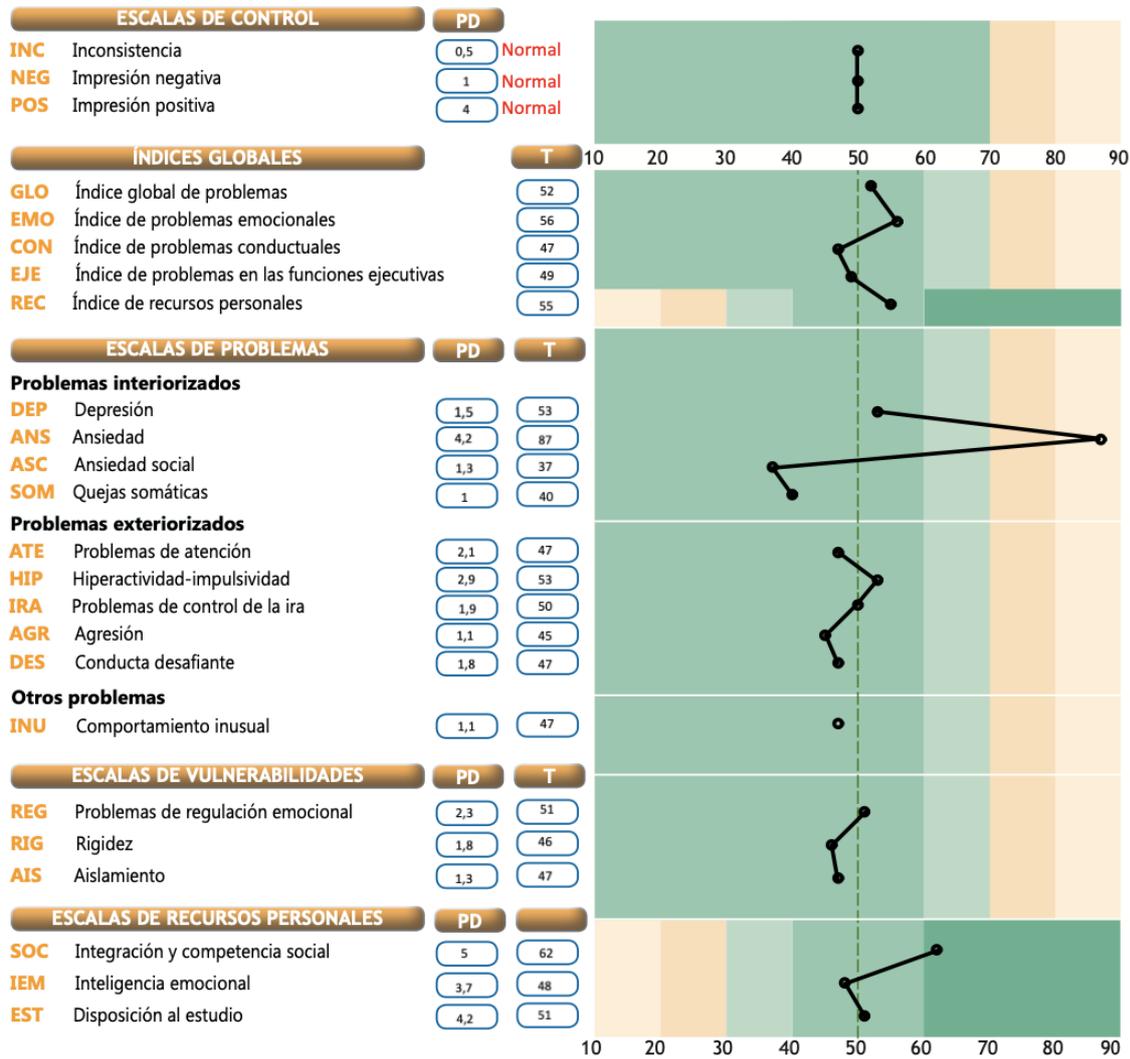
Con mi firma en este documento otorgo el consentimiento para el tratamiento de los datos personales del menor bajo mi tutela.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL MENOR xxxx.....

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

CONFORME, FIRMA Y DNI

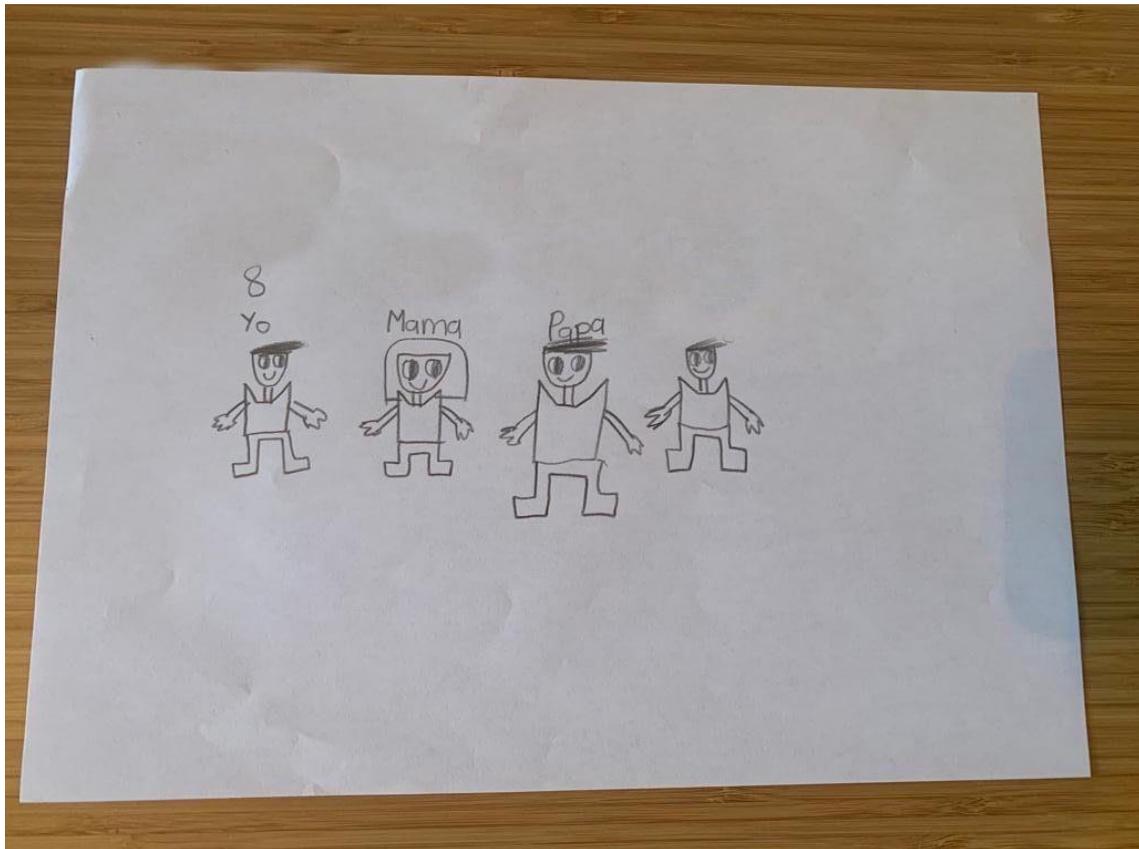
Anexo B. Perfil del cuestionario SENA obtenido tras la evaluación pretratamiento.



Anexo C. Imágenes de las caja de arena realizada por Miguel en la segunda sesión de la evaluación.



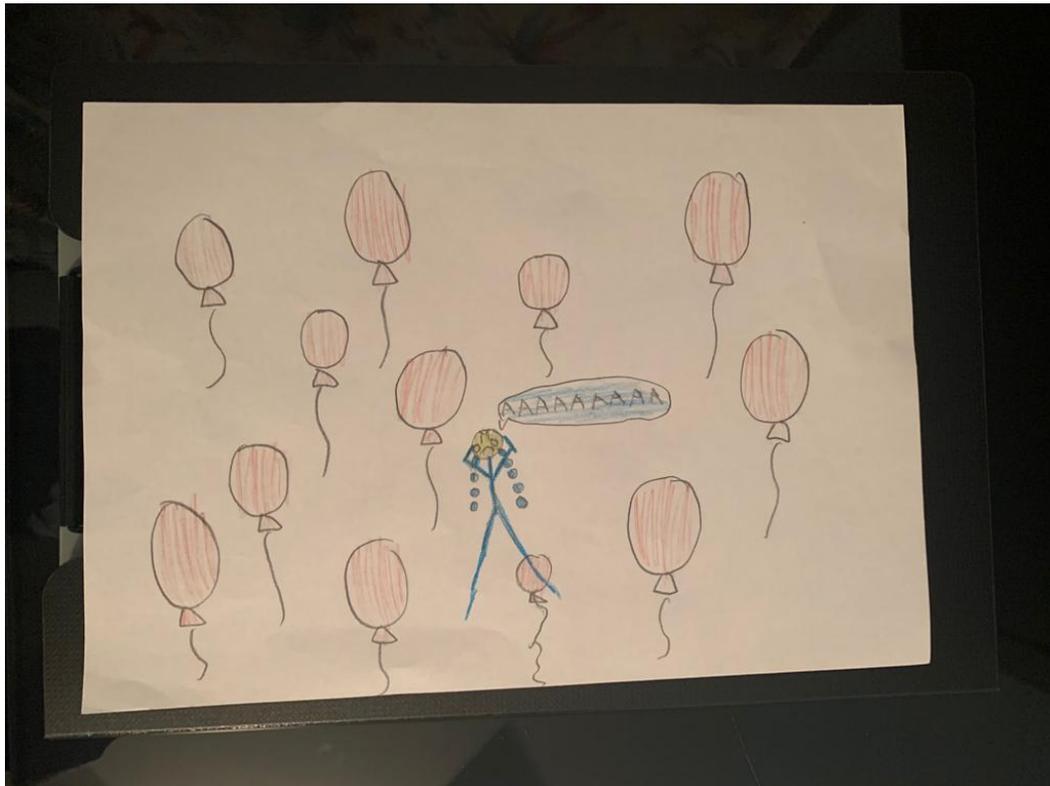
Anexo D. Dibujo de la familia realizado por Miguel durante las sesiones de evaluación.



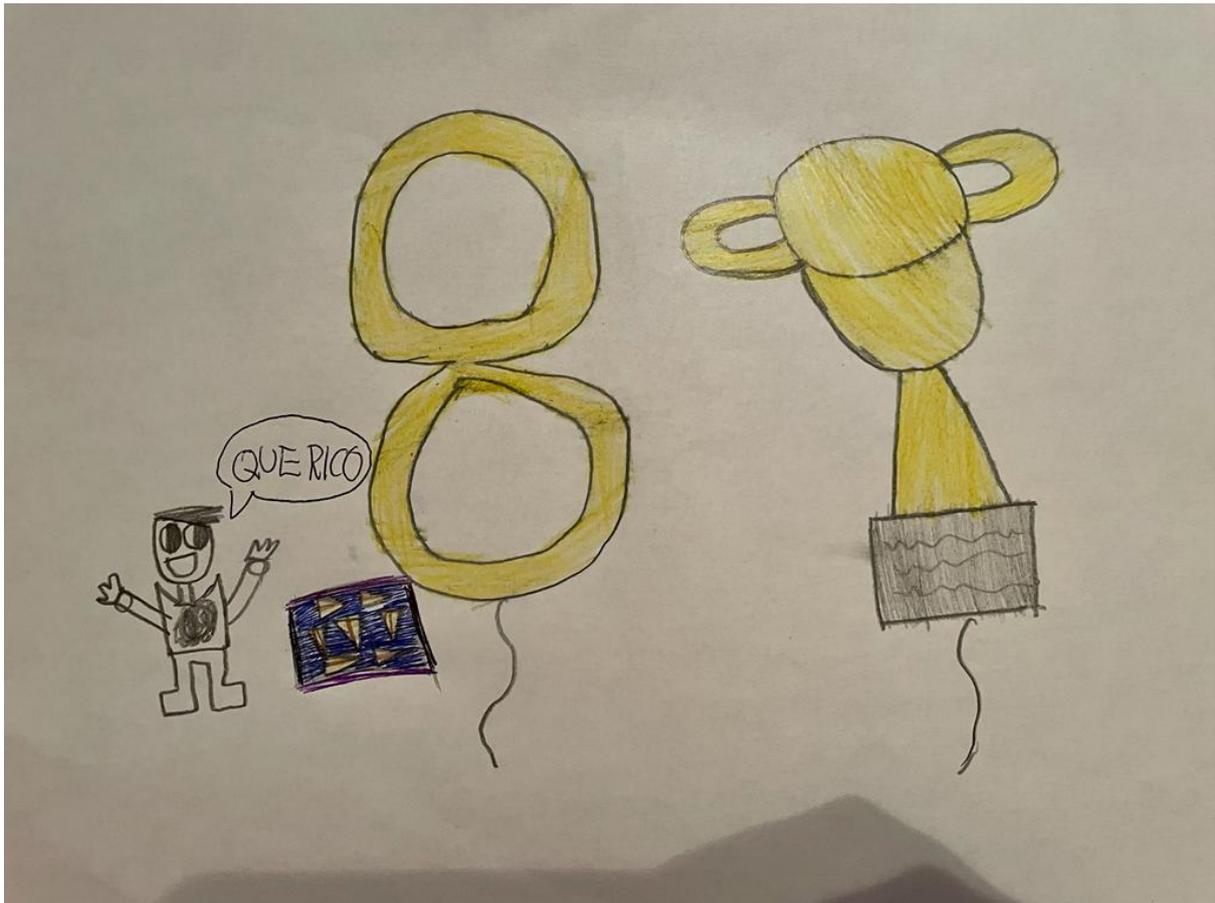
Anexo E. Dibujo que hace Miguel de su lugar seguro.



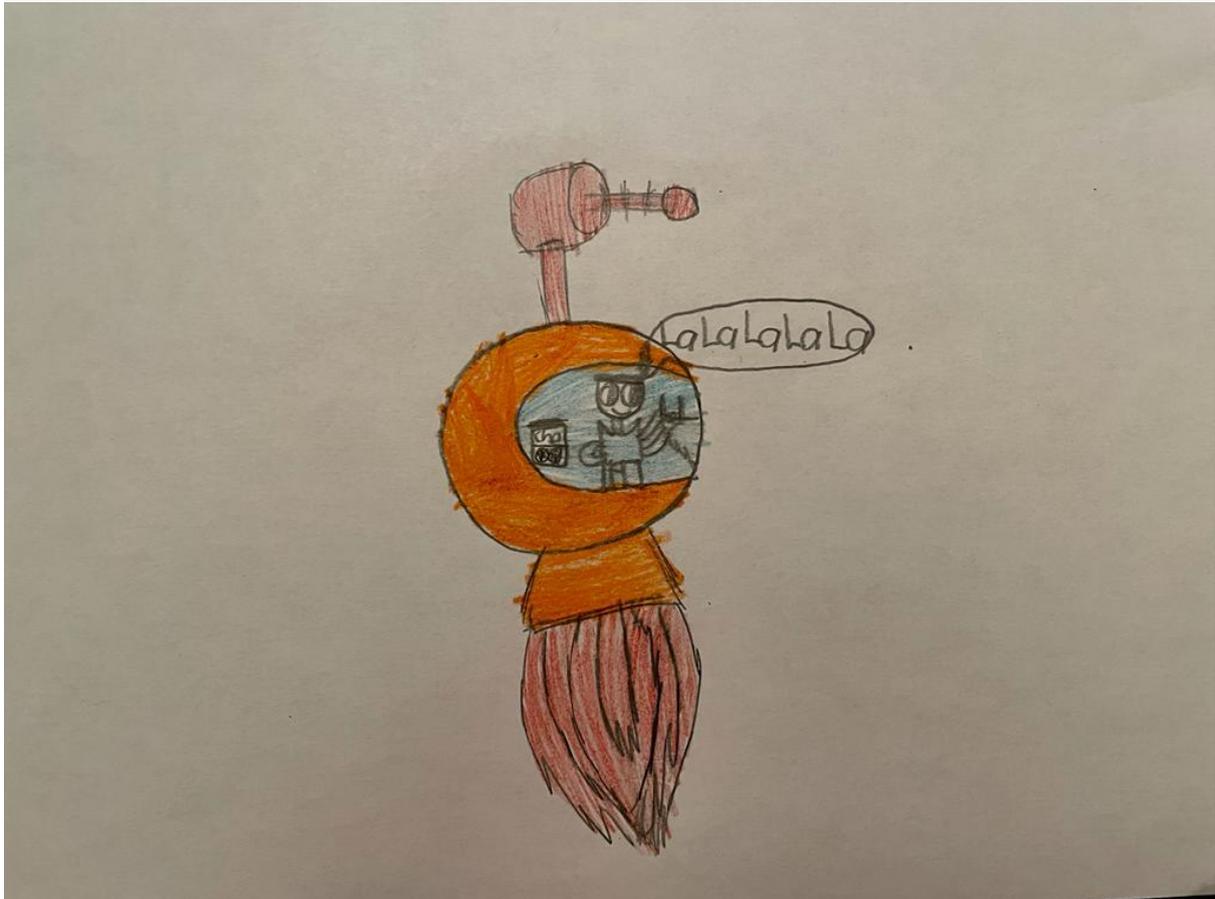
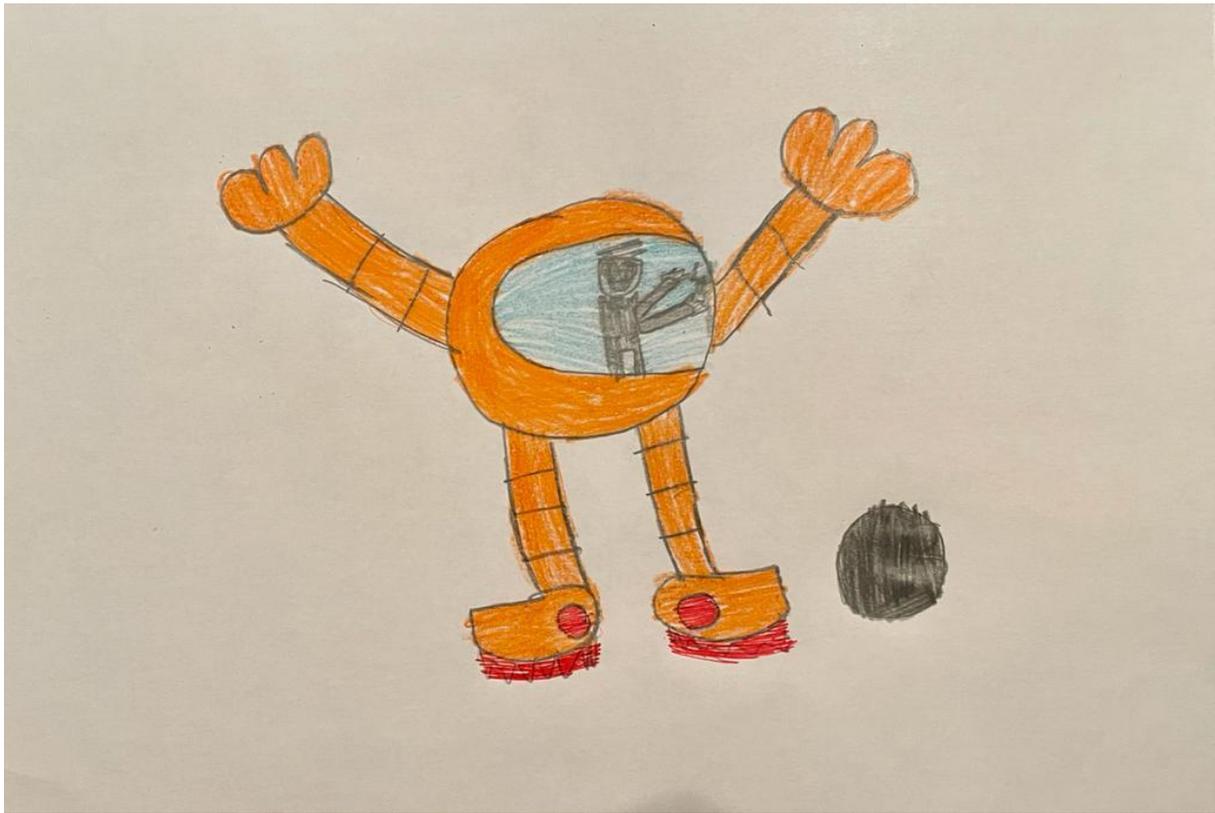
Anexo F. Dibujo que hace Miguel de algo que le da un poco de miedo.



Anexo G. Miguel se dibuja en una fiesta cuando tenía 8 años.



Anexo H. Dibujo que hace Miguel de la cápsula para protegerse del miedo.



Anexo I. Cartas Dixit elegidas por Miguel para contar su historia vital.



Anexo J. Gorro de pensamientos negativos.



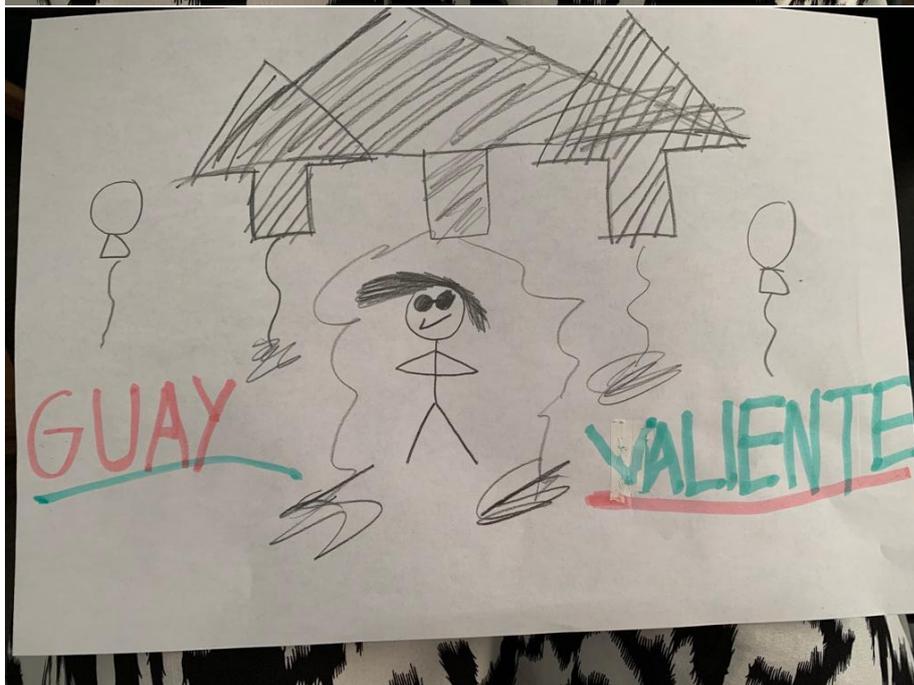
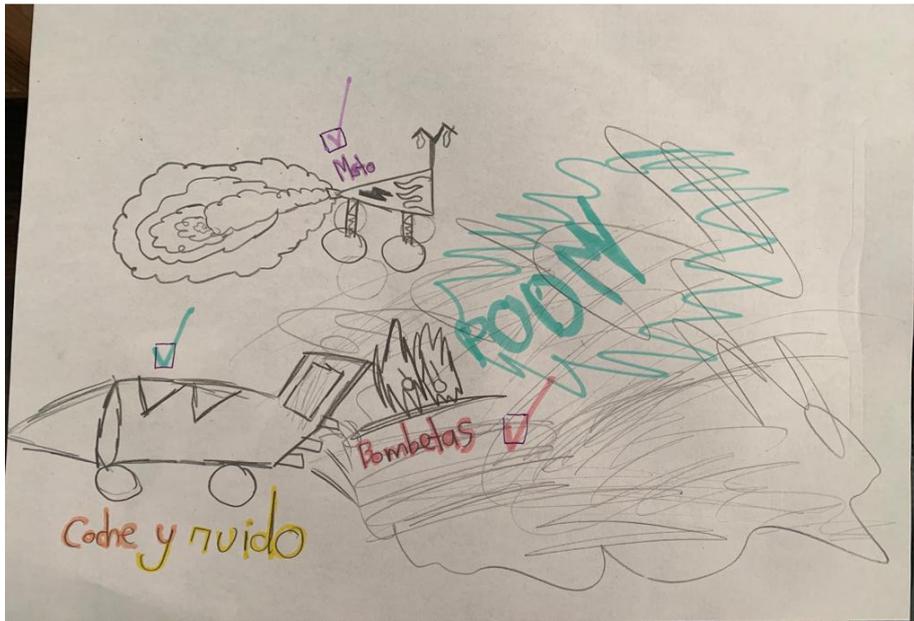
Anexo K. Gorro de pensamientos positivos.



Anexo L. Entrenamiento en exposición y coherencia cardíaca.



Anexo M. Repaso de aquellos objetivos que se han conseguido y aquellos en los que debemos seguir trabajando.



Anexo N. Perfil del cuestionario SENA obtenido tras la evaluación postratamiento.

