



**Universidad
Europea** MADRID

Intervención en un caso de violencia sexual desde el Modelo integrador

Máster de Psicología General Sanitaria

Autora: Dña. Sena López Vera Tutoras: Dra. Elena Huguet

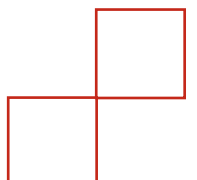
Cuadrado y Dña. María Jerusalén Oriol Vico

Fecha de realización del trabajo:

Curso 2020/2022

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

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Resumen

El presente trabajo expone un caso clínico de una joven de 23 años, con una sintomatología compatible con un Trastorno de estrés postraumático (TEPT). Quien acudió a consulta, relatando con dificultad, una vivencia traumática por agresión sexual. Puesto que, desde el evento acaecido, refiere sentirse muy ansiosa y mal consigo misma ante la posible aparición de conflicto en sus relaciones sexuales, al quedar con otras personas y, cuando habla o piensa sobre lo sucedido. Además, presenta miedos vinculados con la posibilidad de que pueda volver a experimentar otra situación de violencia sexual y, malestar emocional, ya que no es capaz de llevar la vida que llevaba.

En cuanto a la evaluación, se aplicaron diferentes instrumentos de medida (BAI, BDI-II, SCL-90-R) y, se procedió a la elaboración de un plan de tratamiento individualizado desde el Modelo integrador. Abordando así los objetivos principales de la paciente, como es el miedo al conflicto y rechazo, el vínculo con ella misma, la procrastinación y autoeficacia, el autocuidado y la autorregulación emocional. Mediante las siguientes técnicas: el re-encuadre de la relación terapéutica, la activación conductual, la técnica de la caja de arena, entre otras. Además, aunque en la actualidad únicamente se dispone de 20 sesiones de terapia, se realizará un pronóstico de las sesiones de intervención que se van a llevar a cabo hasta su finalización y, se analizarán las mejoras que a nivel cualitativo se observan de la implementación de una óptima alianza terapéutica.

Palabras clave: Trastorno de estrés postraumático, trauma, violación, violencia sexual.

Abstract

The present study examines a clinical case, of a 23-year old girl, showing compatible symptomatology with post-traumatic stress disorder (PTSD). The patient attended consultation, reporting haltingly a traumatic sexual assault. Due to this incident, the patient claimed having felt extremely anxious and uncomfortable when thinking about having sexual relations as well as meeting other people and thinking or talking about what happened. Similarly, since the moment the incident happened, she has been showing feelings of fear about the possibility of going through another sexual assault as well as emotional distress, which hinders her daily life as she is unable to experience life as she used to do it.

During the diagnostic evaluation, several measurement devices were applied (BAI, BDI-II, SCL-90-R) and an individualised intervention plan was developed following the integrative model. In this way, the characteristics and needs of the patient such as the fear of conflict and rejection, her own personal bond, procrastination, self-sufficiency, self-care and self-regulation were tackled. The following techniques were used: reframing of therapeutical relation, behavioral activation and sandbox technique, among others. Despite the fact that only 20 therapy sessions are available, a prognosis of the intervention sessions which will be carried out until their completion will be included, and, the qualitative improvements of the observations of an optimal therapeutic alliance will be added.

Keywords: Post-traumatic stress disorder, trauma, rape, sexual violence.



1.	Introducción	4
1.1.	Trauma intencional y violencia sexual	4
1.2.	El Trastorno de estrés postraumático: definición y prevalencia.....	6
1.2.1.	Definición	6
1.2.2.	Prevalencia	8
1.3.	Síntomas y factores del trauma intencional en la etapa adulta	8
1.4.	Modelos teóricos del Trastorno de estrés postraumático.....	10
1.5.	Tratamientos eficaces en la intervención del trastorno de estrés postraumático y Modelo integrador.....	12
1.5.1.	Tratamientos para la intervención en el trastorno de estrés postraumático	12
1.5.2.	Modelo integrador	13
1.6.	Justificación teórica del caso	14
2.	Identificación del paciente y motivo de consulta.....	15
3.	Análisis de las conductas problema	17
3.1.	Descripción de las conductas problema.....	17
3.2.	Evolución del problema.....	18
4.	Estrategias de Evaluación	20
4.1.	Instrumentos de evaluación.....	21
4.2.	Resultados de evaluación	23
5.	Formulación clínica del caso	25
5.1.	Hipótesis de origen y mantenimiento.....	25
5.2.	Análisis funcional de la conducta.....	26
5.3.	Diagnóstico	28
6.	Tratamiento.....	29
6.1.	Objetivos terapéuticos.....	29
6.2.	Plan de tratamiento	29
6.3.	Cronograma de las sesiones	32
7.	Valoración del tratamiento	35
8.	Discusión y conclusiones	37
9.	Referencias bibliográficas	44

1. Introducción

1.1. Trauma intencional y violencia sexual

El concepto de trauma, cuyo origen etimológico proviene de la palabra griega «τραυμα» o herida, está relacionado, de forma directa, con la manera en la que el organismo reacciona a un evento externo o interno, y también con lo que este evento le supone a su bienestar emocional.

A esta reacción de nuestro organismo ante una demanda provocada por un estresor físico o psicológico se denomina estrés. Para lidiar con estos estresores, el organismo responderá activando todos sus recursos para así alcanzar un equilibrio. Ya que, en el caso de que desborde su capacidad de adaptación, daría lugar a lo que se denomina acontecimiento traumático o trauma (Whaley et al., 2018).

En esta misma línea, según Lecannelier (2014) el trauma es el resultado de un hecho que representa una amenaza real o percibida para la persona, la cual no es capaz de afrontar la situación por sus propios medios. Puesto que, como resalta el autor, los recursos con los que cuenta para enfrentar el suceso se vuelven inmanejables, pues el evento en sí amenaza su integridad física y psicológica y deja al sujeto en un estado de alta vulnerabilidad.

En relación a los acontecimientos traumáticos, Echeburúa (2004) los clasifica en naturales (terremotos, inundaciones, etc.), accidentales (accidentes de tráfico, incendios, etc.) e intencionales (agresiones sexuales, abusos sexuales, etc.), siendo este último el que predispone las consecuencias más graves y duraderas. Esto puede explicarse si contamos con que los hechos traumáticos intencionales generan emociones de elevada intensidad emocional y de valencia negativa, tales como indefensión, ira o venganza y, vergüenza, ya que desembocan en la pérdida de confianza en el ser humano, lo que agrava la vivencia del suceso y dificulta la activación de las estrategias de afrontamiento (antes mencionadas) ante este estrés generado (Echeburúa, 2004).

Poniendo ahora el foco de atención en estos últimos acontecimientos traumáticos intencionales, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) define la violencia sexual como:

“Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.”

(p.2)

Del mismo modo, y permitiendo ser más concretos, Sánchez (2007) señala que la violación supondría una forma de violencia sexual con contacto corporal. Hace alusión a esto el artículo 179 del Código Penal (1995) donde se indica que “cuando la agresión sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable será castigado como reo de violación”. Pese a que toda violencia sexual es de extremada gravedad, la violación tiene unas repercusiones diferentes debido al carácter invasivo, agresivo y traumático del mismo.

Así pues, la violación es un acontecimiento traumático con muy diferentes consecuencias de menor a mayor envergadura, como sería el Trastorno de estrés Postraumático (TEPT), el cual se presenta con mayor frecuencia tras este tipo de violencia sexual (De la Cruz et al., 2015), siendo considerado por algunos autores como “el eje psicopatológico fundamental sobre el que gravita el trauma” (Martín y De Paúl, 2004, p. 45).

No obstante, se debe ser cautos a la hora de relacionar ambos conceptos, ya que la probabilidad de desarrollar TEPT tras una violación, al igual que su gravedad y duración, dependerá de múltiples factores relacionados (Dongil, 2008; Echeburúa, 2004), por un lado, con el propio hecho traumático: duración del asalto, uso de armas, violencia de la agresión sexual, etc. Y, por otro lado, también dependerá de factores vinculados con el bienestar psicológico y de salud de la víctima: presencia de baja autoestima, depresión, ansiedad, dificultades de adaptación, haber sufrido abuso sexual en la infancia, entre otros. Por último, tampoco deben descartarse factores del entorno de la persona que puedan ayudar al afrontamiento de la situación traumática, como serían el escaso apoyo social y familiar.

1.2. El Trastorno de estrés postraumático: definición y prevalencia

1.2.1. Definición

La introducción oficial de la entidad diagnóstica que ahora denominamos Trastorno de estrés Postraumático (TEPT) en el DSM-III se presenta en 1980, aunque el inicio real de la caracterización clínica de este cuadro se da mucho antes y encuentra su auge tras la II Guerra Mundial (Carvajal, 2011).

En relación a sus características diferenciadoras del resto de trastornos de ansiedad con los que estaba agrupado previamente, en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5) este diagnóstico se ha reagrupado y separado en un nuevo capítulo más pertinente, “Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés” (Escobar y Uribe, 2014).

La American Psychiatric Association (APA) (2014), en el DSM-5 establece los siguientes criterios diagnósticos del TEPT para adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años:

- **Criterio A:** Exposición real o percibida a muerte, lesión grave o violencia sexual:
 - Experiencia directa del suceso traumático.
 - Presencia directa del suceso ocurrido a otros.
 - Conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. Y en casos de amenaza o realidad de muerte el suceso ha sido violento o accidental.
 - Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático.
- **Criterio B:** Aparición de uno o más síntomas intrusivos:
 - Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso.
 - Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso.
 - Reacciones disociativas en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático.
 - Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso.
 - Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso.
- **Criterio C:** Evitación de estímulos vinculados al evento traumático:
 - Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso.

- Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso.
- **Criterio D:** Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo:
 - Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático.
 - Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo.
 - Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso traumático que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
 - Estado emocional negativo persistente (miedo, enfado, culpa o vergüenza).
 - Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
 - Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
 - Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas.
- **Criterio E:** Alteración de la alerta y reactividad proveniente del suceso traumático:
 - Comportamiento irritable y arrebatos de furia, que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
 - Comportamiento imprudente o autodestructivo.
 - Hipervigilancia.
 - Respuesta de sobresalto exagerada.
 - Problemas de concentración.
 - Alteración del sueño.
- **Criterio F:** Presencia de más de un mes de los criterios (B, C, D y E).
- **Criterio G:** Este trastorno genera malestar clínicamente significativo en la persona.
- **Criterio H:** El trastorno no deriva de otro tipo de afectación médica, efecto de alguna sustancia tóxica, etc.

Además de estos criterios, también se debe de especificar si presenta síntomas disociativos de despersonalización (experiencia de desapego del proceso corporal o mental) y desrealización (experiencia de irrealidad del entorno) (APA, 2014).

1.2.2. Prevalencia

Más del 50% de la población mundial se expondrá a sucesos traumáticos a lo largo de su vida, pero no todos llegarán a padecer un TEPT (Bermúdez et al., 2020). Además, la prevalencia anual de TEPT para adultos estadounidenses es de un 3,5%, a diferencia de Europa, cuya prevalencia es más baja 0,5-1,0% (APA, 2014).

Así mismo, Foa et al., (2004) enfatizan sobre la disparidad en las tasas de prevalencia de TEPT en mujeres y hombres, siendo un 10,4% y 5% respectivamente. Aun así, los autores señalan el hecho de que las mujeres tienen hasta 4 veces más de probabilidad de desarrollar TEPT cuando se exponen al mismo evento traumático que los hombres. Este dato es de esperar teniendo en cuenta la frecuencia en la que cada sexo se expone a determinados acontecimientos traumáticos, siendo en este caso traumas de tipo sexual como la violación, más frecuentes en mujeres que en hombres (Martín y De Paúl, 2005).

En la línea de este razonamiento, la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (2019), en su Macroencuesta de Violencia contra la mujer, evidenció la existencia de una prevalencia del 6,5% del total de mujeres residentes en España de 16 o más años, que habían sufrido algún tipo de violencia sexual y, también, que el 2,2% del total de mujeres, han sufrido una violación.

En España, la prevalencia vital de TEPT es similar a la encontrada en población europea. El estudio ESEMeD que analizaba los problemas psicológicos/psiquiátricos en población general, en este caso española, encontró que la prevalencia vital de TEPT fue del 1,95%, en concreto 2,79% en mujeres y 1,06% en hombres (Haro et al., 2006).

1.3. Síntomas y factores del trauma intencional en la etapa adulta

Relacionando los problemas postraumáticos y el trauma intencional en adultos, Lozano et al., (2017) describen una serie de síntomas que se desencadenan tras una victimización sexual, como la reexperimentación del suceso traumático, evitación de estímulos relacionados con la experiencia traumática, ausencia de respuesta general y, un aumento de la activación fisiológica, todos ellos propios del TEPT.

Echeburúa (1995) profundiza en la caracterización clínica específica de las víctimas de este tipo de traumas y resalta las principales consecuencias psicológicas que se desencadenan sobre el equilibrio emocional de las víctimas de agresión sexual:

- A corto plazo: Conducta desorganizada y dificultad para retomar la vida cotidiana, malestar físico, trastornos del sueño, aislamiento, desánimo, ansiedad, miedo generalizado y cambios en el apetito.
- A medio plazo: La víctima comienza a retomar su vida y costumbres (pero con limitaciones), dificultades sociales, disfunciones sexuales, depresión, pérdida de autoestima y miedos vinculados al hecho traumático.
- A largo plazo: Problemas de adaptación a la vida cotidiana, pérdida de calidad de vida, presencia de irritabilidad, embotamiento afectivo, desconfianza, exceso de alerta, menor capacidad de disfrute, disfunciones sexuales, dificultad para establecer relaciones de pareja, bloqueo en la expresión y captación de sentimientos de ternura y, evitación de situaciones atractivas para la persona.

Además, la intensidad de los síntomas, una vez producida la agresión, permitirá predecir la evolución y gravedad del problema, ya que, a mayor intensidad de la sintomatología, mayor probabilidad de cronificación (Echeburúa, 2004).

Así mismo, De la Cruz (2014) clasifica aquellos factores que influyen en la aparición del TEPT, la severidad de sus síntomas y, su recuperación, una vez producida la agresión sexual, y lo hace atendiendo a las diferentes categorías:

- **Reacción emocional y cognitiva:**
 - Emociones/Sentimientos: Sentimientos de suciedad y emociones de vergüenza y rabia.
 - Creencias desadaptativas: Cambio en el sistema de creencias tras el proceso de victimización sexual (alteración de las creencias de invulnerabilidad, percepción positiva de uno mismo y de la percepción del mundo como controlable).
 - Ideas de culpa: Uno de los factores principales que mantienen la sintomatología derivada de la agresión sexual, es la autculpa y la culpa externa, ya que se vinculan con niveles elevados de alteraciones psicopatológicas.
 - Memoria desorganizada: La desorganización de los recuerdos tras la agresión, es decir, una baja especificidad de la memoria relacionada con el hecho traumático es un predictor de patología postraumática.

- **Estrategias de afrontamiento:** El impacto psicológico tras una agresión sexual se incrementará si los recursos psicológicos de afrontamiento con los que cuenta la víctima son escasos, ya que una mayor eficacia de las estrategias de afrontamiento predice una menor cronicidad de la sintomatología del TEPT.
- **Apoyo social:** Los efectos a corto y largo plazo de las agresiones sexuales son menores cuando la víctima percibe y cuenta con un buen apoyo social.
- **Victimización secundaria:** Se ha demostrado que altos niveles de victimización secundaria (como situaciones negativas con el sistema legal o médico), están asociados a altas tasas de TEPT.

Tanto por sus diferentes manifestaciones clínicas del TEPT en casos de violencia sexual que ha destacado Echeburúa, como por sus factores de vulnerabilidad relacionados y, señalados por De la Cruz, se pone de manifiesto la necesidad de abordarlo de una manera específica y diferenciada a otro tipo de acontecimientos vitales traumáticos. De la Garza y Díaz (1997), en la línea de estas ideas, sostienen que el trauma psicológico que se desarrolla en las víctimas de violación, precisa de una atención, por parte de los profesionales de la salud, basada en una óptima competencia científica y en un trato de alta calidad humana.

1.4. Modelos teóricos del Trastorno de estrés postraumático

Según Labrador et al., (2003) los modelos explicativos del TEPT son muy variados, van desde teorías iniciales focalizadas en procesos de condicionamiento clásico y operante, hasta modelos más actuales que incluyen los procesos cognitivos.

Partiendo del modelo conductual clásico, destaca la Teoría de los dos factores de Mowrer (1960), por la cual, la respuesta de miedo se adquiere por condicionamiento clásico y, a su vez, se mantiene por condicionamiento operante (reforzamiento negativo). Así mismo, Baile y Rabito (2020) aluden que la teoría de que el TEPT derive de un aprendizaje patológico, es la que más respaldo está teniendo actualmente y, en la que se basan numerosas estrategias de intervención, evidenciando así que el TEPT se instaura mediante dos fenómenos consecutivos:

- Condicionamiento clásico: Se condicionan de manera aversiva diferentes estímulos que se asocian al estresor y que justificaría el surgimiento del miedo condicionado.
- Condicionamiento operante: Se generaría un condicionamiento operante de evitación de la ansiedad, lo que influiría en reforzar ciertos pensamientos y conductas.

En cambio, desde una perspectiva cognitivo-conductual, destacan los siguientes modelos teóricos:

- **Modelo de procesamiento emocional de Foa y Kozak (1985):** El concepto de procesamiento emocional, alude a una red de asociaciones en la memoria a largo plazo, en la que se incorpora información de estímulos del evento traumático e información interoceptiva (reacción cognitiva, conductual y fisiológica). Siendo esta red de asociaciones anómalas, la que justificaría el surgimiento y mantenimiento del trastorno y, estando la misma determinada en cuanto a su activación por la historia de aprendizaje del paciente.
- **Teoría de la representación dual de Brewin et al., (1996):** En base a la presente teoría se postula que ante un hecho potencialmente traumático se generan dos representaciones: la representación accesible verbalmente (con carácter consciente a nivel cognitivo) y la accesible de forma situacional (con carácter inconsciente a nivel sensorial, fisiológico y motor). De tal forma, que se origina y mantiene el trastorno al percibir consciente o inconscientemente asociaciones sobre estímulos relacionados con el evento traumático, presentando así el paciente una respuesta condicionada.
- **Teoría cognitiva de Ehlers y Clarck (2000):** Según el presente modelo teórico, que una persona desarrolle y siga manteniendo TEPT, parte de distintas vías: la evaluación que el sujeto haga ante el hecho traumático y sus consecuencias, cómo almacene la información en la memoria, el vínculo entre memoria y evaluación del trauma, la interacción entre procesos cognitivos y conductas inadaptadas, el procesamiento a nivel cognitivo durante el trauma y, aspectos relacionados con las características del trauma y el sujeto.
- **Teoría cognitiva social de Resick (2008):** La presente teoría se basa en el impacto que tiene el contenido de los pensamientos vinculados al hecho traumático y, enfatiza en la influencia de las creencias distorsionadas a nivel emocional y conductual. Puesto que, el factor principal de mantenimiento del TEPT, es la evitación (pensamientos y conductas relacionadas con la no reexperimentación del evento traumático), ya que interfiere en el procesamiento emocional y en la reestructuración cognitiva.

Todos estos modelos o teorías buscan entender el trauma desde una visión concreta, pero con evidencias científicas que los respalden, mostrando los procesos involucrados tanto en el origen como en el mantenimiento de los síntomas postraumáticos. Sin embargo, cada uno de ellos incide en diferentes aspectos que, en su totalidad, hacen que la comprensión del trastorno sea completa y enriquecedora, algunos a un nivel más cognitivo o de procesos básicos y, otros a un nivel más conductual y/o manifiesto.

1.5. Tratamientos eficaces en la intervención del trastorno de estrés postraumático y Modelo integrador

1.5.1. Tratamientos para la intervención en el trastorno de estrés postraumático

Con el aumento de modelos terapéuticos y enfoques para abordar los casos, parece necesario revisar la evidencia de los mismos. Así pues, en relación al tratamiento del TEPT, Mingote et al., (2001) hacen énfasis en los siguientes enfoques y terapias:

- **Enfoque Psicodinámico grupal e individual:** Las psicoterapias dinámicas derivadas del psicoanálisis, utilizan el sufrimiento del paciente como elemento motivador para el cambio. Este enfoque puede ser utilizado siempre y cuando cumpla ciertos requisitos para su correcta aplicación como fortalecer la alianza terapéutica, incentivar en autonomía y asertividad, vigilar la transferencia y contratransferencia, etc.
- **Terapia familiar y de pareja:** Con frecuencia las personas más próximas a la víctima son afectadas por el deterioro establecido en la misma, tanto por su funcionamiento interpersonal como por sus alteraciones y, esto acaba por repercutir en la problemática principal, retroalimentando la evolución del TEPT. Por lo que, intervenir de manera conjunta en el sistema familiar, va a beneficiar el curso del tratamiento.
- **Terapia farmacológica:** La intervención basada en tratamiento farmacológico no es suficiente como mecanismo de intervención del TEPT, aunque sí puede mejorar algunos de sus síntomas (trastornos del sueño, ansiedad, etc.). Esto ayudará a prevenir el deterioro de la víctima, aumentará su sensación de control y facilitará el trabajo psicoterapéutico.
- **Enfoque cognitivo-conductual:** Destacan en eficacia la combinación del entrenamiento en inoculación de estrés, con tratamiento cognitivo y terapia de exposición. Aunque, es de resaltar que son elevadas las tasas de abandono y de resistencia.

Para profundizar en estas últimas, Báguena (2010) distingue aquellas técnicas que han mostrado mayor evidencia empírica para el tratamiento del TEPT, desde una configuración cognitivo-conductual:

- **Terapias de exposición:** Las técnicas de exposición más utilizadas en TEPT, serían la desensibilización sistemática, la exposición prolongada en vivo o en imaginación y la desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular (EMDR).
- **Terapia cognitiva:** Focalizada en modificar los pensamientos asociados tanto al evento traumático, como ante aquellos agregados a la sintomatología del propio trastorno. Puesto que, es el estilo cognitivo de la persona el que mantiene las reacciones emocionales

inadecuadas. Resaltando así, el Programa del procesamiento cognitivo para trabajar el TEPT (Astin y Resick, 2002).

- **Terapia de manejo de la ansiedad:** Destaca el entrenamiento en inoculación de estrés.

Además, el Instituto de Excelencia para la Salud y los Cuidados (NICE) (2018), en su guía sobre el TEPT, recomienda para el tratamiento en adultos, el enfoque cognitivo-conductual, incluyendo en ella la terapia de procesamiento cognitivo, terapia cognitiva, de exposición narrativa, exposición prolongada, EMDR y terapia centrada en el trauma en un formato telemático.

Sin embargo, Báguena (2001) refiere que, a pesar de que la terapia de exposición evidencia ser muy eficaz para el tratamiento del TEPT, también muestra ciertas limitaciones. Esto es debido a que, como resalta el autor, a menos que no sean tenidos en cuenta y se trabaje de manera específica con ellos, este enfoque terapéutico puede generar respuestas de ira o culpa, ansiedad incontrolable y activar recuerdos traumáticos poco manejables. También hay evidencias de que, las técnicas de exposición, por el componente inicial aversivo que suponen, pueden derivar en problemas de adherencia al tratamiento y en un aumento de abandonos terapéuticos (Mulick et al., 2011), o evidenciar menor eficacia para los síntomas evitativos propios del trastorno (Orsillo y Batten, 2005).

1.5.2. Modelo integrador

De esta manera, la idea de que diferentes perspectivas hayan demostrado su eficacia para el tratamiento de este trastorno ha promovido el interés por modelos integradores que aprovechen las ventajas terapéuticas de los distintos tratamientos. Esto es de vital importancia teniendo en cuenta la elevada vulnerabilidad de la población estudiada en la que es necesario y urgente encontrar modelos de trabajo para abordar casos complejos.

Vallejo y Córdoba (2012) resaltan que el tratamiento de víctimas de violencia sexual diagnosticadas de TEPT precisa de un trabajo combinado, por la complejidad de sus manifestaciones y, por su impacto en la salud mental.

Con esta misma perspectiva, se define el modelo integrador como:

“Aplicada a la psicoterapia, “integración” se refiere a juntar armoniosamente enfoques afectivos, cognitivos, conductuales y sistémicos en la psicoterapia, bajo el tejado de una única teoría, aplicando esta teoría y sus técnicas asociadas al tratamiento del individuo, de la pareja y de la familia”. (Beutler et al., 2001, p.143)

Whaley et al., (2018), mencionan que, tanto por la complejidad de los síntomas, como por las múltiples afectaciones generadas en su salud mental, las víctimas de violencia sexual diagnosticadas de TEPT

precisan de una intervención variada, donde se puedan combinar distintas intervenciones (psicoterapéuticas, psicoeducativas y/o psicofarmacológicas) en función de la sintomatología e idiosincrasia de cada paciente.

Por lo tanto, desde esta perspectiva, un modelo integrador permitirá a los psicoterapeutas ofrecer respuestas flexibles ante las problemáticas que presentan los clientes y, adaptadas a sus necesidades, al contar con una mayor diversidad de herramientas (Novelo, 2008).

1.6. Justificación teórica del caso

El objetivo de este trabajo es poner en evidencia las particularidades del abordaje terapéutico en un caso de trauma por violencia sexual, en una mujer de 23 años. Por ello, el presente estudio versa sobre el impacto psicológico que experimenta la joven tras vivir una relación sexual no consentida. Dicho evento, fue percibido por ella como un acontecimiento estresante y traumático, en la medida en que se puso en juego su integridad física y psicológica. Y, a pesar de poner varias veces límites ante la amenaza real de ser sometida a una relación sexual que ella no deseaba, esos límites no fueron respetados. Por lo que, según refiere la paciente todo ello le ha generado una gran vulnerabilidad e indefensión.

Así pues, debido a la elevada prevalencia de violencia sexual, los profesionales de la salud deben de tomar consciencia de la alta probabilidad existente de que lleguen a consulta mujeres que refieran explícitamente una sintomatología psicósomática, pero sin comunicar que los mismos son causados por este tipo de violencia (Villavicencio y Montalvo, 2011). Como consecuencia de este hecho, los profesionales sanitarios deben de hacer lo posible por establecer un entorno seguro, una fuerte alianza terapéutica y proporcionar la confianza necesaria para que los relatos de los hechos traumáticos sean narrados.

Precisamente, en este caso, la paciente no cuenta el suceso traumático hasta la 7ª sesión. Lo que, en cierta manera, ha influido tanto en la evaluación como en la propuesta de intervención, ya que se ha puesto el foco en la creación de una sólida alianza terapéutica, en la primera parte del proceso terapéutico. Pero, una vez verbalizado el hecho traumático, la intervención se focalizó en abordar las consecuencias del trauma intencional. Puesto que, como se ha expuesto anteriormente, se evidencia cierta influencia entre la violencia sexual y el desarrollo del TEPT, el cual tiende a desencadenar un deterioro importante en la salud física y psicológica de las víctimas (Gil-Iñiguez, 2016). De hecho, en el caso objeto de estudio, se observa en la paciente, síntomas clínicamente significativos compatibles con un Trastorno de estrés postraumático, a raíz de los hechos relatados, entre los que destaca: síntomas de intrusión, evitación, bajo estado de ánimo, síntomas de hiperactivación y síntomas disociativos.

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

Identificación del paciente

Para garantizar la confidencialidad y, atendiendo a la *Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*, se ha modificado aquella información que pueda influir en el anonimato.

Candela es una mujer de 23 años, estudiante, soltera, sin hijos y natural de Zaragoza. Es graduada en comunicación audiovisual y está finalizando un máster en marketing digital, a la vez que realiza un ciclo formativo de maquillaje profesional. Además, procede de un contexto sociocultural y socioeconómico medio-alto, ambos progenitores son médicos.

A nivel familiar, sus padres se divorciaron hace 8 años y tiene un hermano dos años mayor que ella. Candela vivía con su hermano y su madre, pero en la actualidad y tras el confinamiento se ha ido a vivir con su padre, que es quien mantiene sus gastos, a quien define como “*muy caótico*”. Así mismo, cabe señalar que presenta antecedentes familiares psicológicos maternos, por depresión, y paternos por abuso en el consumo de alcohol.

En cuanto a sus antecedentes personales psicológicos, a los 7 años fue diagnosticada de Dislexia y a los 16 años de Depresión, que se presentaba de manera comórbida a conductas autolesivas. Ella misma señala que esta problemática es un continuo de su vivencia personal, refiriendo que “*estoy toda la vida sobreviviendo*”. En la época universitaria, acudió a terapia también por síntomas ansiosos derivados de la convivencia familiar y, según refiere, esto le llevó a desarrollar Bulimia Nerviosa.

Aunque pudo sobrellevar esta situación haciendo uso de sus recursos personales, relata dejar de ir al psicólogo por no encontrar la comprensión que necesitaba, verbalizando “*me sentía juzgada y ello no facilitaba que pudiera exponer cuestiones relacionadas con la sexualidad*”.

A nivel salud física, está diagnosticada de la enfermedad de *Osgood Schlatter* y de migrañas, resaltando, además, la presencia constante de dolor y el tener que lidiar con éste de manera habitual.

Motivo de consulta

En septiembre, acude a terapia por iniciativa propia tras concatenarse, según refiere ella misma en sesión, *“un cúmulo de acontecimientos relacionados con la sexualidad”* que le motivan a acudir a terapia. En sesión relata una violación hace dos meses, que describe como *“impuse unos límites para mantener relaciones sexuales y estos fueron vulnerados”*

Desde entonces, ha presentado varias conductas problema relacionadas con este acontecimiento: miedo por si volvían a vulnerar sus límites; ansiedad ante la aparición de conflicto en sus relaciones sexuales o, por pensar, quedar y hablar con otras personas sobre lo sucedido y malestar emocional, ya que no es capaz de hacer las cosas que hacía antes del suceso traumático. Debido a todo esto, Candela señala que le gustaría poder trabajar en terapia el miedo al conflicto y rechazo, el vínculo con ella misma, la procrastinación y autoeficacia, el autocuidado y la autorregulación emocional.

Dentro de los síntomas principales que refiere Candela podemos identificar:

- Síntomas intrusivos: pesadillas, pensamientos, imágenes y recuerdos recurrentes sobre el suceso traumático *“pienso en cómo actuó el chico que no respetó los límites que impuse y en que yo me quedé ahí como si nada”*.
- Síntomas evitativos: *“me quedo en la cama y paso muchas horas viendo series para evitar pensar en lo ocurrido”*, evita el conflicto en las relaciones sexuales y, además, evita quedar y hablar de lo sucedido.
- Síntomas disfóricos: siente culpa *“podría haber actuado de otra forma, pero me quedé bloqueada”*, rabia *“todo lo hago mal”*, miedo *“tengo miedo a que se vuelvan a vulnerar los límites que imponga”*, tristeza *“me daban lloreras todo el día, tenía unas ganas profundas de llorar”*, apatía, desgana y, es incapaz de sentirse bien practicando las actividades que antes disfrutaba *“ahora no disfruto igual”*.
- Síntomas de alteración de la alerta y reactividad: problemas de concentración *“me cuesta estar centrada para hacer el Trabajo final de Máster”* e hipervigilancia, conecta con el dolor físico de manera constante, lo que le genera tensión física y, a la vez, mayor sensibilidad al dolor.
- Síntomas disociativos de despersonalización: *“me quedé bloqueada y no conectaba con lo que estaba pasando”*, *“siento ajena la imagen que tengo ante el espejo”*.

3. Análisis de las conductas problema

3.1. Descripción de las conductas problema

Candela refiere que desde la violación se ha sentido muy ansiosa y mal consigo misma. Por ello, ha intentado manejar la ansiedad generada, a través del bloqueo de recuerdos, imágenes y pensamientos relacionados con el evento traumático, pasando varias horas viendo series y estando en la cama *“cuando yo estoy mal me dedico a ver series, hay días que estoy 5 horas viendo series”*. Además, evita la aparición de la ansiedad, puesto que elude quedar e incluso comentar lo sucedido con amigos para no sentirse juzgada *“ha cambiado la relación con una amiga, ella me dijo que tenía que haberme ido cuando vi que no respetaban mis límites y me sentí fatal”*. Y, también evita el conflicto en las relaciones sexuales, accediendo a mantenerlas a pesar de sentir dolor en la penetración, ya que tiende a no comunicar lo que siente o necesita por miedo a las consecuencias que pueda tener expresar dichas necesidades *“evito siempre el conflicto porque me agobia y no me siento cómoda”*. Así mismo, desde el suceso, Candela señala que tiene miedo a que vulneren sus límites en sus relaciones íntimas, según argumenta *“me da miedo no tener el control de la situación y que vuelva a poner un límite y no se respete”*.

Pero, además, Candela resalta que todo lo sucedido le está generando un elevado malestar emocional y una gran insatisfacción vital, siente que tarda más tiempo en hacer las cosas que antes hacía y que no es capaz de cumplir con sus objetivos, tanto académicos (finalizar el Trabajo Final de Máster), como cotidianos (ordenar su habitación, practicar deporte, etc.), resultando muy difícil para ella reconocer sus logros: *“me machaco constantemente, cuando pienso en lo que hago siempre pienso que no es suficiente y que debería hacer más”, “me quedo en la cama y ya llega un punto en el que pienso debería de estar levantándome, debería estar haciendo cosas, entonces ni descanso ni estoy haciendo cosas”*. Por lo que, toda esta situación, finalmente le está llevando a encontrarse más cansada, apática, con más dolor, etc.

3.2. Evolución del problema

- Aparición del problema: Aunque la paciente relata que antes del suceso traumático ya se sentía mal, puesto que tiene la sensación de estar toda su vida sobreviviendo, es a raíz de la relación sexual no consentida cuando comenta que comenzó a sentirse realmente mal consigo misma y, que no es la misma de antes *“en el momento yo sabía que la situación estaba mal pero tampoco sabía salir de la situación, y no fue hasta cuando estaba ya en mi casa, cuando empecé a darme cuenta y me empecé a sentir mal”*.

- Curso del problema: Tras el suceso ocurrido hace menos de dos meses, Candela ha ido presentando una sintomatología ansioso-depresiva acusada que está afectando a su bienestar emocional, lo que le ha ido generando mayor malestar y, dificultad para retomar su vida cotidiana *“ahora no disfruto igual, quiero sentir lo que antes sentía y hacer las cosas que hacía, y en vez de hacerlas me quedo con el machaque de que antes lo hacía y ahora no”*.

- Factores predisponentes o de vulnerabilidad: Candela se describe como una persona a la que no le gusta el conflicto, lo que le dificulta el comunicar lo que siente o quiere *“los enfrentamientos me generan mucho agobio”*. También, Candela argumenta que, en la infancia, sufrió un suceso de abuso sexual por parte de un compañero de clase. Y, como se ha mencionado previamente, durante su adolescencia padeció bulimia nerviosa y conductas autolesivas, al igual que refiere el haber experimentado altibajos emocionales (depresión y ansiedad). Además, destaca que, antes del suceso traumático, ya manifestaba síntomas disfóricos al sufrir una enfermedad de transmisión sexual, tras la que refiere *“me sentí muy mal y mi autoestima ha bajado”*. Así mismo, presenta escaso apoyo familiar a nivel emocional desde su infancia, al no responder su entorno más cercano al malestar que ella ha ido sufriendo con el paso de los años, lo que supone un antecedente de apego inseguro evitativo, facilitando en Candela una tendencia a la gestión evitativa del sufrimiento o el despliegue de estrategias de afrontamiento evitativas ante el conflicto.

-Factores protectores: Candela manifiesta una óptima capacidad de introspección, ya que es capaz de reconocer y expresar sus emociones y sentimientos. Además, es una persona implicada en llevar un estilo de vida saludable *“desde pequeña siempre he hecho deporte, como ballet y gimnasia rítmica”*. Y, tiene diferentes aficiones: *“aprender italiano”, “hacer yoga”, “pintar acuarelas”, “leer” y “el cine”* con las que disfruta y, en ocasiones, comparte con sus amistades. Puesto que también cuenta con una red de amigos desde la infancia, con los que mantiene una óptima relación de confianza.

-Recursos para afrontar el problema: Candela emplea como estrategia de distracción el maquillaje. De hecho, en esta actividad es capaz de alcanzar un nivel elevado de concentración, que le permite estar focalizada en la práctica que realiza. Esta actividad le genera relajación y, a la vez, bienestar, ya que no solamente consigue que no aparezcan recuerdos, imágenes o pensamientos vinculados con el hecho traumático, sino que, además, se siente realizada, puesto que le gustaría trabajar en un futuro como maquilladora profesional *“cuando maquillo me siento bien conmigo misma, relajada, realizada y contenta”*. Además, señala que, con anterioridad al evento traumático padecido, solía practicar yoga a menudo, lo que le ayudaba a mejorar su salud física y psicológica, confianza en sí misma, atención y motivación. Y, también, cuenta con una red de apoyo social sólida, dispone de varios amigos de la infancia que entienden por lo que está pasando y le apoyan.

- Otras áreas a considerar:

- Situación vital: En la actualidad, Candela convive con su padre, pero refiere que *“es muy desordenado”*, lo que interfiere en la realización de sus rutinas. Esto influye de manera negativa en su día a día, ya que fomenta el descontrol vital y según Candela *“necesito ordenar mi espacio físico para poder ordenar mi mente”*
- Red de apoyo familiar: Cabe destacar que Candela no mantiene relación con su madre y, en su padre tampoco encuentra la comprensión emocional que necesita, lo que se refleja en las conversaciones que mantienen con respecto a su estado emocional como: *“mi padre, la primera vez que vine del psicólogo me dijo: ya te han lavado la cabeza”*. En cambio, con su hermano la relación ha ido mejorando y, aunque no tienen una relación muy íntima, en los últimos meses ha habido un acercamiento.

4. Estrategias de Evaluación

El proceso de evaluación del presente estudio de caso se ha ido desarrollando de manera progresiva durante las 7 primeras sesiones. De hecho, la dificultad por parte de la víctima para narrar la experiencia traumática vivida, así como la prioridad por implementar una sólida alianza terapéutica, con la finalidad de conseguir acordar objetivos terapéuticos comunes y, prevenir un posible abandono terapéutico. Ha llevado a que en las primeras sesiones de evaluación se midieran aspectos vinculados con la baja autoestima relacionada con la enfermedad de transmisión sexual, la historia de vida de la paciente, sus relaciones sociales y, su red de apoyo social percibido. Siendo ya en la 7ª sesión, al verbalizar la paciente la agresión sexual sufrida, cuando se realiza la evaluación sobre el estrés vivido ante el acontecimiento traumático experimentando. Por lo tanto, en este sentido, la misma no ha finalizado, sino que ha partido de un proceso dinámico que se ha ido actualizando constantemente. Y, que a medida que la paciente ha seguido profundizando en el relato, se han podido seguir recabando datos clínicos para, de este modo, definir y enmarcar la problemática que experimenta Candela.

De esta manera, se han empleado los siguientes instrumentos:

- **Guía de la entrevista clínica general (Muñoz, 2003).**
- **Inventario de depresión de BECK-II (BDI-II) (Beck et al., 1996; Beck et al., 2011).**
- **Inventario de ansiedad de Beck (BAI) (Beck y Steer, 1993; Beck y Steer, 2011).**
- **Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R) (Derogatis, 1983; Derogatis, 2002).**
- **Pauta de entrevista para víctimas de maltrato doméstico (Labrador y Rincón, 2002).**

4.1. Instrumentos de evaluación

- **Guía de la entrevista clínica general (Muñoz, 2003):** Es una entrevista semiestructurada para la evaluación, a nivel conductual, de los problemas de la paciente y, focalizada en la creación de un análisis funcional de la conducta (Muñoz, 2003). Así mismo, la entrevista semiestructurada parte de cierto tipo de estructuración en las preguntas, por la cual, el guion se organiza sobre áreas específicas (familiar, de salud, laboral, social y personal) (Perpiñá, 2012). Además, Fernández-Ballesteros (2011) resalta que el objetivo de la entrevista inicial es el de crear una base de información que permita la formulación de hipótesis, pero teniendo en cuenta tanto la cantidad, como la calidad de dicha información; a través de la fiabilidad interjueces (con la participación de dos entrevistadores) y la validez concurrente (aplicando diferentes fuentes y/o técnicas).
- **Inventario de depresión de BECK-II (BDI-II) (Beck et al., 1996; Beck et al., 2011):** Sanz et al., (2003) refieren que el BDI-II es un autoinforme de 21 ítems que se emplea para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes a partir de 13 años. Además, los autores señalan que la persona indicará en una escala tipo Likert (de cuatro puntos), el estado de ánimo que presenta en las dos últimas semanas. De esta manera, Sanz et al., (2014) aluden que las puntuaciones de sintomatología depresiva se clasifican de 0 a 13 (mínimo), 14-19 (leve), 20-28 (moderado) y 29-63 (grave). Así pues, en el estudio realizado por Sanz y Vázquez (1998) se pudo demostrar que las cifras de fiabilidad fueron altas (coeficiente alfa de Cronbach=0. 83), así como los índices de validez convergente analizados, obteniendo una puntuación entre 0. 68 y 0. 89.
- **Inventario de ansiedad de Beck (BAI) (Beck y Steer, 1993; Beck y Steer, 2011):** Según Sanz et al., (2012) el BAI es un instrumento de autoinforme de 21 ítems, que fue creado para evaluar la gravedad de la sintomatología ansiosa, para obtener así una medida que facilitara el discriminar la ansiedad de la depresión. Por ello, según los autores, la persona indicará en una escala tipo Likert (de cuatro puntos) el grado de afectación, en la última semana, de sintomatología ansiosa (cada ítem alude a un síntoma). Por lo tanto, la interpretación de las puntuaciones dependerá de los puntos de corte, 0 a 7 (ansiedad mínima), 8-15 (ansiedad leve), 16-25 (ansiedad moderada) y 26-63 (ansiedad grave) (Beck y Steer, 1993). Además, Sanz (2014) destaca que la adaptación española del BAI presenta resultados excelentes en fiabilidad de consistencia interna para los pacientes con trastornos psicológicos ($\geq .90$) y, en validez diagnóstica, para la detección de personas con trastorno de ansiedad, con puntuación de sensibilidad y especificidad ($> 70\%$).

- **Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R) (Derogatis, 1983; Derogatis, 2002):** El SCL-90-R es un cuestionario multidimensional, que tiene la finalidad de evaluar el grado de malestar tanto en pacientes psiquiátricos, como en sujetos no clínicos (Derogatis, 1983). Según Robles et al., (2002) el cuestionario consta de 90 ítems (síntomas psiquiátricos y psicósomáticos), en donde cada uno de ellos se contesta en una escala tipo Likert (de 5 puntos), obteniendo en la corrección 9 escalas sintomáticas y 3 índices de malestar psicológico. Además, Carrasco et al., (2003) aluden a que las propiedades psicométricas del SCL-90-R, en cuanto a los coeficientes de fiabilidad del total de la escala y de cada una de las subescalas han sido entre 0.70 y 0.90, así como la validez de convergencia en relación con otras escalas similares, con una sensibilidad del 80% y una especificidad del 60%.
- **Pauta de entrevista para víctimas de maltrato doméstico (Labrador y Rincón, 2002):** Según Labrador y Rincón (2002), la presente entrevista semiestructurada es una pauta de entrevista para víctimas de maltrato doméstico, que consta de 28 preguntas, en donde existe cierta estructura. Ya que, los autores refieren que las preguntas van dirigidas a obtener información más específica sobre si la paciente vive o no con el agresor, si ha denunciado, ha recibido asistencia médica, etc. Además de información relacionada con el consumo de sustancias adictivas y trastornos de ansiedad (Labrador y Fernández, 2009). Puesto que, el empleo de entrevistas semiestructuradas puede ayudar no sólo a identificar la existencia de una problemática, sino también para detectar su cuantificación, gravedad y severidad (Fernández-Ballesteros, 2011).

4.2. Resultados de evaluación

- **Guía de la entrevista clínica general (Muñoz, 2003):** En la presente entrevista semiestructurada se ha obtenido información de las áreas: familiar, de salud, laboral, social y personal. Además de aspectos vinculados con el motivo de consulta y las conductas problema que presenta la paciente. Siendo esta información la base para la descripción del caso.
- **Inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Beck et al., 1996; Beck et al., 2011):** La paciente ha obtenido una puntuación total de **43**. Estando dentro del rango (29-63), considerándose así una puntuación *grave* (Beck et al., 1996).
- **Inventario de ansiedad de Beck (BAI) (Beck y Steer, 1993; Beck y Steer, 2011):** La paciente presenta una puntuación total de **29**. Y se encuentra en el rango (26-63), con una puntuación de ansiedad *grave* (Beck y Steer, 1993).
- **Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R) (Derogatis, 1983; Derogatis, 2002):** En la **Tabla 1** se resumen los principales resultados obtenidos. Puesto que, las puntuaciones de la paciente se han comparado con la puntuación media de la población general no clínica y con la puntuación media de la población psiquiátrica interna y externa (Derogatis, 1983). Encontrando que las puntuaciones de la paciente sobrepasan los baremos de la población normal. No siendo así ante las puntuaciones de la población psiquiátrica externa e interna, en las escalas de Hostilidad y Ansiedad Fóbica, donde la puntuación de la paciente no rebasa la puntuación media de los pacientes psiquiátricos internos y externos.

Tabla 1
Puntuaciones Medias de la Paciente en SCL-90-R

Escala	Puntuación media de la paciente	Puntuación media población normal	Puntuación media pacientes psiquiátricos internos	Puntuación media pacientes psiquiátricos externos
Somatización	2,9	0,36	0,99	0,87
Obsesivo-Compulsivo	3,50	0,39	1,45	1,47
Susceptibilidad Interpersonal	1,78	0,29	1,32	1,41
Depresión	2,85	0,36	1,74	1,79
Ansiedad	1,70	0,30	1,48	1,47
Hostilidad	0,50	0,30	0,94	1,10
Ansiedad Fóbica	0,71	0,13	0,96	0,74
Ideación Paranoide	1,77	0,34	1,26	1,16

Nota. En esta tabla se muestran las puntuaciones medias de la paciente en el SCL-90-R, en comparación con los baremos establecidos para la población normal y la población psiquiátrica interna y externa.

- **Pauta de entrevista para víctimas de maltrato doméstico (Labrador y Rincón, 2002):** En la presente entrevista se evidenció que no existía una relación estable de pareja, ni convivencia, no se manifestaba riesgo inminente, no había denuncia, no había recibido tratamiento médico, no presentaba un abuso de tóxicos y, únicamente, hizo referencia a un consumo moderado y ocasional de alcohol. Por lo tanto, esta entrevista, finalmente se empleó como una guía para la evaluación, pero sin ser una referencia al completo, ya que la misma está enfocada para casos de violencia doméstica.

5. Formulación clínica del caso

5.1. Hipótesis de origen y mantenimiento

- **Hipótesis de origen:** La paciente presenta dificultades en la gestión emocional desde la niñez debidas a la ausencia de modelos funcionales de gestión emocional y resolución de conflictos por parte de su familia. Hecho que supone un antecedente de apego inseguro evitativo y que genera en Candela, una tendencia a la gestión evitativa del sufrimiento. Todo ello, junto a la experiencia vivida de abuso sexual en la infancia por parte de un compañero de clase y, en la adolescencia, el haber padecido de bulimia nerviosa, autolesiones y, de una historia vital de altibajos emocionales (ansiedad y depresión), ha ido influyendo en la idea que Candela tiene sobre sí misma. Además, es de destacar que, en el último año, su autoestima se ha visto más afectada, ya que se contagió de una enfermedad de transmisión sexual, lo que incrementó aún más su vulnerabilidad. Así mismo, esto unido a la agresión sexual acaecida hace menos de dos meses, ha contribuido al desarrollo de síntomas de carácter postraumático, caracterizados por: síntomas intrusivos, evitación de estímulos vinculados a la agresión, evitación del conflicto en las relaciones sexuales y quedar o hablar sobre el evento traumático, alteración del estado de ánimo, síntomas de alteración de la alerta y reactividad y, síntomas disociativos de despersonalización. De hecho, todos estos síntomas Candela los vive con mucho malestar y miedo, lo que condiciona en gran parte su reaparición al anticipar que pueden volver a ocurrir.

- **Hipótesis de mantenimiento:** Ante la vivencia traumática y la sensación de malestar, ansiedad y miedo, la paciente despliega un repertorio de estrategias de afrontamiento como la supresión emocional y la evitación. Por ello, esta tendencia a bloquear pensamientos, imágenes y recuerdos relacionados con el evento traumático y, de evitación de amenazas potenciales, a corto plazo se mantendrá por refuerzo negativo, debido al alivio de las emociones para ella desagradables. Sin embargo, a largo plazo, el esfuerzo de dedicación y tiempo para suprimir y evitar la aparición de estas emociones repercutirá negativamente, ya que esta tendencia evitativa conlleva a una importante pérdida de reforzadores, a rechazar cualquier acción enfocada en el procesamiento emocional de la experiencia traumática y, al surgimiento de conductas de procrastinación. Por lo que la vivencia traumática acabará viviéndose con mayor malestar. Todo esto unido a la falta de apoyo familiar y a la ausencia de reforzamiento, acabará empeorando aún más el estado de ánimo de la paciente e incrementará su malestar, ansiedad y miedo, al igual que acabará confirmando sus creencias negativas sobre sí misma, sobre la inutilidad del sufrimiento, la peligrosidad de las relaciones y la falta de confianza.

5.2. Análisis funcional de la conducta

Tabla 2

Análisis Funcional de la Conducta de Candela

Antecedentes	Conducta	Consecuentes
-Lejanos:	-Nivel Cognitivo:	-Corto Plazo:
Abuso sexual en la infancia	Pensamientos, imágenes y recuerdos, vinculados con el evento traumático:	Reducción de ansiedad y agobio (R-)
Contagio de ETS anterior a violación	“Me vienen cosas a la cabeza y me empiezo a rallar”	Eliminación de situaciones que generan culpa o miedo (R-)
Episodios de bajo estado de ánimo y ansiedad durante la adolescencia	“Algunos comentarios hacen que me vengan recuerdos”	Sensación de control (R+)
Bulimia nerviosa y conductas autolesivas en la adolescencia	“En cualquier momento del día me daban unas ganas profundas de llorar, cuando pensaba en lo que había pasado”	-Largo Plazo:
Aprendizaje vicario de la gestión evitativa del sufrimiento		Problemas de adaptación
Apego inseguro evitativo	Malestar emocional e insatisfacción vital:	Desintegración de su identidad
Antecedentes familiares psicológicos: padre (abuso en el consumo de alcohol) y madre (depresión)	“Me siento desbordada, no sé por donde arreglar mi vida”	Empeoramiento de su autoestima
Baja autoestima	“Me quedo en la cama y ya llega un punto en el que pienso debería de estar levantándome, debería de estar haciendo cosas, entonces ni descanso ni estoy haciendo cosas”	Aislamiento
-Desencadenantes:		Dolor en la penetración al mantener relaciones sexuales
Violencia sexual (violación)	“Me cuesta la vida hacer tareas básicas”	Dificultad para establecer relaciones de pareja
-Próximos:		Deterioro de las relaciones interpersonales
Externos:		Incremento del miedo, malestar y ansiedad
Quedar con amigos		Procrastinar la realización del (TFM) y la búsqueda de empleo
		Empeoramiento del estado de ánimo

Tener relaciones sexuales	Pensamientos de miedo vinculados al evento traumático:	Agotamiento emocional
Hablar sobre lo ocurrido (violación) con otras personas	“Tengo miedo a que vuelva a pasar, querer poner un límite y que no se respete”	
Comentarios sexuales, insinuaciones o ciertas posturas sexuales	“No es quedar con alguien nuevo, sino con gente con la que ya he quedado, me da agobio quedar o pensar en quedar”	
Internos:		
Recuerdos, pensamientos e imágenes angustiosas relacionadas con el evento traumático (violación)	-Nivel Fisiológico:	
Miedo a que se puedan volver a vulnerar sus límites	Hipervigilancia, alteración del sueño (pesadillas), dolor en distintas zonas del cuerpo, parestesias, agitación, ganas de llorar, tensión muscular, problemas de concentración, astenia y disociación (despersonalización)	
-Estímulos Delta:		
Maquillar	-Nivel Motor:	
	Evita el conflicto en las relaciones sexuales	
	Accede a conductas sexuales no deseadas	
	Evita quedar con amigos	
	Evita hablar de lo ocurrido (violación)	
	Aumento del ocio audiovisual	
	Pasa más tiempo en la cama	
	-Nivel emocional:	
	Malestar psicológico, sensación de agobio, culpa, miedo, anhedonia, desgana, apatía y sentimientos de rabia y vergüenza	

5.3. Diagnóstico

Interpretados los resultados de los instrumentos de evaluación y, tras llevar a cabo un análisis psicológico del problema mediante el planteamiento de las hipótesis de origen y mantenimiento, al igual que del análisis funcional de las conductas problema, según el DSM-5, Candela presenta una sintomatología compatible con un Trastorno de estrés postraumático (APA, 2014).

Destacando, que el hecho traumático experimentado por Candela ha sido una violación y, que manifiesta los siguientes síntomas asociados a los criterios diagnósticos del TEPT para adultos:

- **Criterio A:** Exposición real a violencia sexual.
- **Criterio B:** Síntomas intrusivos (pesadillas, pensamientos, imágenes y recuerdos recurrentes sobre el suceso traumático *“pienso en cómo actuó el chico que no respetó los límites que impuse”*).
- **Criterio C:** Síntomas evitativos (evita el conflicto en las relaciones sexuales y, quedar y hablar sobre el hecho traumático *“me quedo en la cama y paso muchas horas viendo series para evitar pensar en lo ocurrido”*).
- **Criterio D:** Síntomas disfóricos (refiere culpa *“podría haber actuado de otra forma, pero me quedé bloqueada”*, rabia *“todo lo hago mal”*, miedos *“tengo miedo a que se vuelvan a vulnerar los límites que imponga”*, tristeza *“me daban lloreras todo el día, tenía unas ganas profundas de llorar”*, apatía, desgana y, es incapaz de sentirse bien practicando las actividades que antes disfrutaba *“ahora no disfruto igual”*).
- **Criterio E:** Síntomas de alteración de la alerta y reactividad (problemas de concentración *“me cuesta estar centrada para hacer el Trabajo final de Máster”* e hipervigilancia, conecta de manera constante con el dolor físico, incrementando así su sensibilidad al dolor).
- **Criterio F:** Presencia de más de un mes de los criterios B, C, D y E (acude a terapia transcurridos dos meses, desde que ocurriese el evento traumático).
- **Criterio G:** Este trastorno genera malestar clínicamente significativo en la persona.
- **Criterio H:** El trastorno no deriva de otro tipo de afectación médica, sustancia, etc.

Con síntomas disociativos de despersonalización: *“me quedé bloqueada y no conectaba con lo que estaba pasando”, “siento ajena la imagen que tengo ante el espejo”*.

6. Tratamiento

6.1. Objetivos Terapéuticos

Atendiendo a las necesidades expuestas por la paciente, se plantean los objetivos terapéuticos, acordados por ambas partes, destacando así:

- Establecer una sólida alianza terapéutica.
- Consolidar el vínculo terapéutico.
- Fortalecer la autoestima e integración de la identidad.
- Mejorar el estado de ánimo.
- Fomentar la autorregulación emocional.
- Disminuir la activación fisiológica y las conductas disociativas ante los eventos traumáticos.
- Reconstruir la vivencia del trauma.
- Deconstruir la triangulación en los vínculos paterno-filial.
- Mejorar las relaciones interpersonales en pareja y entre iguales.

6.2. Plan de Tratamiento

Una vez llevada a cabo la evaluación del caso, se procedió a la devolución de información y a la exposición de la propuesta de tratamiento, para así obtener el consentimiento informado de la paciente y, poder proceder con la intervención. A continuación, en la **Tabla 3** se detalla la propuesta de intervención atendiendo a los diversos enfoques del modelo integrador, a los que nos hemos referido en la parte de introducción teórica del presente trabajo (Beutler et al., 2001).

Para ello, hemos definido las técnicas psicoterapéuticas utilizadas desde cada enfoque concreto y para cada objetivo en particular:

Tabla 3

Plan de Tratamiento Individualizado para Candela

Modelos	Objetivos	Técnicas
Humanistas (psicodrama) y psicodinámicos	Establecer una sólida alianza terapéutica	-Encuadre inicial y respeto por los mecanismos de defensa que trae la paciente -Reflejo empático -Escucha activa -Aceptación incondicional
Humanistas	Consolidar el vínculo terapéutico	-Re-encuadre en el aquí y en el ahora de la relación terapéutica -Re-encuadre de los objetivos terapéuticos y los motivos de consulta durante el tratamiento
Humanistas	Fortalecer la autoestima e integración de la identidad	-Visualización: "Encuentro y conversación con la persona sabia" -Dramatización a través de elementos de la Caja de arena
Terapia de conducta	Mejorar el estado de ánimo	-Activación conductual -Incrementar el repertorio de actividades gratificantes -Aumentar el refuerzo positivo
Cognitivo-conductuales	Aumentar el conocimiento sobre la vivencia del trauma	-Psicoeducación y formulación de modelos explicativos del trauma
Cognitivo-conductuales	Fomentar la autorregulación emocional: Apertura emocional	-Ejercicios "Caja de las emociones" y "rueda de las emociones"

	Atención emocional	-Anclaje emocional a través del cuerpo
	Etiquetado emocional	
	Aceptación emocional	-Reformulación de los juicios hacia las emociones a través del discurso narrativo
	Análisis emocional	
	Modulación emocional	-Técnica de relajación (respiración diafragmática)
Narrativos y humanistas (psicodrama y psicodinámico)	Disminuir la activación fisiológica y las conductas disociativas ante los eventos traumáticos	-Aplicación de técnicas narrativas
	Reconstruir la vivencia traumática	-Legitimar la emoción de queja como consecuencia del daño traumático y otras emociones (rabia, vergüenza, etc.,)
		-Visualización: "lugar seguro"
		-Dramatizaciones, esculturas, soliloquios, intercambio de roles, silla vacía, etc.,
		-Asociación libre
		-Identificación y desactivación de mecanismos de defensa
Sistémicos y humanistas	Deconstruir la triangulación en los vínculos paterno-filial	-Triángulo dramático
		-Intercambio de roles
		-Reencuadramiento
Sistémicos y humanistas	Mejora de las relaciones interpersonales en pareja y entre iguales	Entrenamiento en habilidades sociales (comunicación asertiva):
		-Psicoeducación sobre el funcionamiento de las relaciones sociales y la comunicación asertiva
		-Role Playing

6.3. Cronograma de las sesiones

Aceptada la propuesta de intervención por parte de la paciente, se procedió a su desarrollo. A continuación, se presenta una cronología de las sesiones que se han llevado a cabo hasta el momento, así como de aquellas sesiones propuestas para completar la intervención. Destacando que, las sesiones son con una periodicidad semanal de una hora, que comenzaron en septiembre del año pasado, y que, en la actualidad, continúan, ya que el caso clínico sigue en activo, concretamente en la sesión 20.

- **Sesiones 1-7:** Se comenzó con la evaluación y recogida de datos a través de la administración de diferentes instrumentos. Pero, además, se le dio prioridad al abordaje de la relación terapéutica. Atendiendo a Bados y García (2011) las habilidades terapéuticas que se aplicaron fueron: encuadre inicial y respeto por los mecanismos de defensa de la paciente (represión, negación, etc.); escucha activa y reflejo empático (respeto del ritmo de la paciente, legitimación de las emociones de queja y/o malestar, etc.). Consiguiendo así, que sea en la sesión 7ª cuando Candela verbaliza la experiencia traumática.
- **Sesión 8:** Se ofreció a la paciente una devolución de la información relacionada con su problemática y, se continuó consolidando el vínculo terapéutico, mediante el re-encuadre tanto en el aquí y ahora de la relación terapéutica, como de los motivos de consulta durante el tratamiento y los objetivos terapéuticos. Molina et al., (2013) refieren que el vínculo parte de una unión a través del diálogo entre paciente y terapeuta, en el cual se incluyen aspectos relacionados con la confianza y aceptación mutua.
- **Sesiones 9-10:** Se continuó con el objetivo de fortalecer la autoestima e integración de la identidad. Mediante la visualización: “Encuentro y conversación con la persona sabia”. Según Stevens (1976) este ejercicio de visualización mental permite sensibilizar al paciente para trabajos de tipo proyectivo y, a la vez, facilita recabar información no consciente. Posteriormente, se aplicó la dramatización a través de elementos de la caja de arena. Gonzalo (2013) refiere que esta técnica facilita una construcción simbólica entre la realidad exterior y el mundo intrapsíquico, estando especialmente indicada para personas que han padecido cualquier tipo de situación traumática.
- **Sesiones 11-12:** Se abordó el objetivo relacionado con mejorar el estado de ánimo. Se aplicó la activación conductual, aumentando el repertorio de actividades gratificantes, para obtener mayor refuerzo positivo. De hecho, las tareas que se implantaron fueron programar las actividades, establecer su gradación, aplicar ejercicios de atención a la experiencia y, abordar el mantenimiento de la motivación hacia la activación conductual (Martell, 2013).

- **Sesión 13:** La sesión se orientó hacia el objetivo de aumentar el conocimiento sobre la vivencia del trauma. Mediante la técnica de Psicoeducación se ofreció una explicación sobre trauma y TEPT. De hecho, Godoy et al., (2020) definen la Psicoeducación como una herramienta de cambio que conecta procesos cognitivos, biológicos y sociales, permitiendo así alcanzar mayor autonomía y calidad de vida.
- **Sesiones 14-17:** Se trabajó el objetivo de fomentar la autorregulación emocional, por lo que se ha partido de una explicación del modelo de regulación emocional. Según Hervás (2011) la regulación emocional facilita la expresión adecuada de respuestas emocionales. Empleando así, ejercicios como: la “caja de las emociones” y la “rueda de las emociones” y, la reformulación de los juicios hacia las emociones a través del discurso narrativo, con la finalidad de mejorar la educación emocional de la paciente. Según Salmurri (2019) la educación emocional ofrece recursos y estrategias conductuales, cognitivas, de interacción social y emocionales, que facilitan alcanzar un mayor autocontrol. Además, se aplicaron herramientas de relajación y autorregulación emocional: la relajación mediante respiración diafragmática y, el anclaje emocional a través del cuerpo. Rodríguez et al., (2005) subrayan que las técnicas de autocontrol emocional y de relajación, generan modificaciones a nivel biológico y, a su vez, inciden sobre el estado fisiológico, induciendo a ciertos estados psíquicos.
- **Sesiones 18-20:** Se comenzó a trabajar el objetivo de disminuir la activación fisiológica y las conductas disociativas ante los eventos traumáticos y, el de reconstruir la vivencia traumática. Empleando técnicas narrativas, para que la paciente verbalizara la vivencia y recuerdos del trauma. Puesto que, estas técnicas ofrecen el espacio idóneo para que la persona pueda definir su propia vida, mediante una deconstrucción de la historia dominante (Nomen, 2016). Además, se legitimó la emoción de queja como consecuencia del daño traumático y otras emociones manifestadas (rabia, vergüenza, etc.). Al igual que, también se empleó la técnica de visualización del “lugar seguro”, consiguiendo a través de la imaginación, potenciar determinados estados anímicos de bienestar (Nomen, 2016).

Por lo tanto, aunque para el presente trabajo únicamente se cuenta con la información obtenida de la sesión 1 a la 20, el plan de tratamiento propuesto está diseñado para continuar trabajando los objetivos acordados. Por lo que, a continuación, se van a resaltar aquellos objetivos y técnicas que se van a aplicar en las siguientes sesiones:

- **Sesiones 21-25:** Se va a continuar abordando el objetivo de disminuir la activación fisiológica y las conductas disociativas ante los eventos traumáticos y, el objetivo de reconstruir la vivencia traumática. Mediante ejercicios de psicodrama como son las dramatizaciones, esculturas, soliloquios, intercambio de roles y silla vacía (Ramírez, 1998). De hecho, el psicodrama facilita la expresión y comprensión del problema expuesto y, su exploración y exteriorización mediante lo vivencial y corporal (Severino et al., 2015). Además, se va aplicar la asociación libre, entendida como aquella que permite que el paciente sea capaz de verbalizar todo lo que pasa por su mente, sin importar el contenido del mismo (Correa y Molina, 2021). Y, la identificación y desactivación de los mecanismos de defensa, ya que estas resistencias no permiten hacer consciente el contenido que genera sufrimiento, por ello, su identificación y abordaje, facilitará el avance de la terapia (Álava y Álava, 2019).
- **Sesiones 26-27:** Se continuará con el objetivo de deconstruir la triangulación en los vínculos paterno-filiares. Con la técnica del triángulo dramático (Karpman, 1973). Puesto que, este juego pretende analizar y comprender los conflictos interpersonales existentes en el plano familiar (Valderrama et al., 2018). Para seguir trabajando el intercambio de roles y el reencuadramiento. Lo que permitirá mejorar la gestión del conflicto y establecer relaciones familiares saludables.
- **Sesiones 28-30:** Posteriormente, se abordará el objetivo de mejorar las relaciones interpersonales en pareja y entre iguales. Mediante el entrenamiento en habilidades sociales y comunicación asertiva. Empleando psicoeducación sobre las relaciones sociales y ejercicios de role playing (saber decir que no, hacer peticiones, expresar y recibir emociones, realizar críticas, recibir críticas, etc.). Puesto que, la comunicación asertiva facilita relaciones interpersonales satisfactorias, mejora la comunicación, reduce la aparición de conflicto, favorece la autoestima y fomenta emociones positivas (Roca, 2014).

A partir de la **sesión 31** y, en adelante, atendiendo al tiempo que se considere necesario, las sesiones se dedicarán, por un lado, al reforzamiento y mantenimiento de los éxitos alcanzados con la intervención y, por otro lado, se trabajará en el diseño de un programa individualizado de “*prevención de recaídas*”, para que los cambios instaurados perduren en el tiempo.

7. Valoración del tratamiento

En cuanto a la valoración del tratamiento, cabe señalar que en la actualidad aún se está implementando la propuesta de intervención diseñada para Candela. De hecho, el presente trabajo únicamente expone hasta la sesión 20. Por ello, aunque en la evaluación pretratamiento, a nivel cuantitativo, sí se han medido los síntomas de activación fisiológica de la ansiedad, el estado de ánimo y otros síntomas psicopatológicos, la intervención todavía no ha concluido. Pero, una vez finalizada, se procederá a la administración de los mismos cuestionarios, con la intencionalidad de establecer una comparativa de resultados y, así mismo, evaluar su aplicación.

Aun así, como medida inter-tratamiento, a nivel cualitativo sí se ha evaluado la consecución de los objetivos, mediante el establecimiento de una óptima alianza terapéutica. Si bien es cierto, como base para su análisis, se ha partido de información que la paciente ha referido sobre procesos terapéuticos anteriores. En los cuales Candela relata que dejó de ir al psicólogo por no encontrar la comprensión que necesitaba, verbalizando *“me sentía juzgada y ello no facilitaba que pudiera exponer cuestiones relacionadas con la sexualidad”*, evidenciando así dificultades para el establecimiento de objetivos comunes.

Por todo ello, el análisis de la evolución de Candela se ha medido mediante conductas observables y manifestaciones de tipo verbal, expuestas en las sesiones de tratamiento, con la intención de analizar a nivel cualitativo los efectos de la aplicación de una óptima alianza terapéutica. Mediante el encuadre de los objetivos terapéuticos y los motivos de consulta durante el tratamiento y, a través de realización de preguntas por parte de la terapeuta, como, por ejemplo, sobre cómo se sentía hace 4 meses y cómo se percibe a sí misma en la actualidad, donde la paciente refiere que *“estoy mejor, pero no estoy del todo bien”*. Al igual que también verbaliza *“estoy empezando a tener tiempo de calidad conmigo misma”*, *“ahora estoy haciendo yoga de manera constante”*, *“he empezado con el TFM y a buscar trabajo de manera activa”*, *“ahora estoy haciendo algo con mi vida de manera activa y no pasiva”*. Observando así, ciertos avances relacionados con la mejora del estado de ánimo, la regulación emocional y la activación conductual.

Además, en cuanto a la adherencia al tratamiento, la paciente ha mostrado un actitud muy comprometida e implicada, ya que ha acudido a todas las sesiones desde el inicio, ha sido puntual en todas ellas y ha colaborado de manera activa con la realización y práctica de las tareas acordadas.

Así pues, es evidente que, al estar el caso clínico todavía en activo hay aspectos que si se han podido observar, pero, en cambio, otros no ha dado tiempo a analizar. De hecho, al evidenciar la paciente una tendencia a evitar todo lo relacionado con la experiencia traumática, ha llevado a que se haya priorizado el ir trabajando de manera gradual. Con la intencionalidad de que la paciente vaya adquiriendo mayor confianza y seguridad y, ello le facilite el ir exponiendo y procesando la vivencia traumática, ya que el índice de abandono en estos casos suele ser elevado.

8. Discusión y conclusiones

8.1. Discusión y conclusiones

Este estudio de caso ha tenido dos objetivos claves: visibilizar las dificultades a la hora de trabajar con problemáticas complejas, como los síntomas consecuentes a una agresión sexual, así como mostrar el abordaje terapéutico a través del modelo integrador para valorar su efecto en dichos síntomas.

Teniendo en cuenta la naturaleza del acontecimiento traumático, la sintomatología que se ha desencadenado en la paciente, sus variables predisponentes relacionadas con el ámbito sexual y, sus experiencias terapéuticas negativas. Ha sido primordial el ofrecer un trato basado en el respeto, confianza y cuidado de la persona, a través del establecimiento de una óptima relación terapéutica y respetando los tiempos de la paciente. Este aspecto es, sin duda, fundamental en el trabajo terapéutico con los pacientes, al igual que llevar a cabo una evaluación e intervención competente, actualizada y empíricamente validada.

Es a consecuencia de este abordaje, basado en la empatía y respeto a los límites/tiempos de la paciente y, al trabajo concienzudo para fomentar una sólida alianza terapéutica, lo que ha permitido, en gran parte, que la paciente pueda por sí misma verbalizar en la sesión 7ª su experiencia traumática.

Las técnicas empleadas para favorecer la regulación emocional, la comprensión del proceso traumático y, la disminución de la activación fisiológica, así como mejorar el autoconocimiento. Han supuesto, por un lado, una mejora cualitativa en el bienestar de Candela, si tenemos en cuenta el nivel sintomatológico que presentaba. Y, por otro lado, también ha supuesto otro cambio muy beneficioso relacionado con la terapia: su utilidad, el aprender a relacionarse con otra persona que respetase sus límites y tiempos, haciéndolo desde una aceptación incondicional y de validación emocional. Este aprendizaje, aunque no es medible de manera tan clara como el anterior, es muy valioso y probablemente suponga una base segura para la siguiente fase de la terapia, que implicará exponerse a la agresión sexual.

La exposición a la vivencia traumática puede ser, como se ha mencionado anteriormente, una herramienta muy aversiva y desencadenar abandonos terapéuticos; probablemente, podemos hipotetizar, al no sentirse las personas preparadas para enfrentarse a tal magnitud emocional o, no estar en un entorno suficientemente seguro. En este caso, al haber propiciado ese entorno seguro durante las sesiones, es probable que las creencias actuales positivas hacia la terapia ayuden a que dichas técnicas más “*invasivas*” sean vividas con menor miedo, al ya tener una experiencia segura y sólida de la terapia.

Limitaciones:

- *Limitaciones en la evaluación:*

Una de las limitaciones del trabajo es la falta de instrumentos de evaluación que midan el trauma como tal. Habría sido idóneo administrar cuestionarios, medidas de autoinforme y entrevistas, que fuesen destinadas a la evaluación exhaustiva de los síntomas postraumáticos y, por lo tanto, diagnóstico completo del trauma. Por lo que, a continuación, se exponen algunos instrumentos de evaluación que, atendiendo a las recomendaciones de Baile y Rabito (2020) pueden servir de referencia para la evaluación multidimensional del TEPT:

Cuestionarios y medidas de autoinforme:

- Evaluación global de estrés postraumático (EGEP-5) (Crespo et al., 2017).
- Escala de trauma de Davidson (DTS) (Davidson et al., 1997), validación española (Bobes et al., 2000).
- Escala revisada del impacto del acontecimiento (IES-R) (Weiss y Marmar, 1997), existiendo, además, una validación española (Báguena et al., 2001).

Cuestionarios para la evaluación de la dimensión disociativa en el TEPT:

- Escala de experiencias disociativas (DES-II) (Bernstein y Putnam, 1986; Carlson y Putnam, 1993).
- Cuestionario sobre disociaciones somatoformes (SDQ-20) (Nijenhuis et al., 1996; Nijenhuis et al., 1998).
- Cuestionario de disociación (DIS-Q) (Vanderlinden et al., 1993).

Entrevistas estructuradas y semiestructuradas:

- Escala del trastorno de estrés postraumático (CAPS-5) (Weathers et al., 2013).
 - Symptom Scale-Interview for DSM-5 (PSSI-5) (Foa et al., 2016).
 - Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (EGS-5) (Echeburúa et al., 2016).
- *Limitaciones en la evaluación:*

También es importante hablar, teniendo en cuenta las limitaciones encontradas en el trabajo, del modelo psicológico empleado en la intervención psicológica. Aunque es importante ajustar el tratamiento a las necesidades de las personas, es necesario que esta adaptación se realice en tanto en cuanto este modelo presente una validez empírica adecuada, es decir, que éste tenga un mayor apoyo empírico, y más teniendo en cuenta la gravedad de la sintomatología presente.

Adoptar un modelo integrador puede tener muchas ventajas, al permitirnos contar con mayores recursos para trabajar en terapia, pero estos deben estar al servicio de lo que la evidencia indique que sea lo más apropiado, en este caso, para una determinada casuística como es el TEPT. Es decir, puedo trabajar con la exposición el evento traumático desde técnicas y procedimientos más clásicos (elaboración de jerarquía de exposición, reordenar los ítems de exposición y elaborar un plan de exposición semanal con sus consiguientes autorregistros) o puedo abordarlo desde un modelo más cognitivo donde se reevalúen los pensamientos catastróficos o aprendan técnicas de reestructuración cognitiva.

Creo que, cuando se habla de un modelo integrador, todos los modelos/enfoques/técnicas que lo conformen deben basarse en la evidencia científica y utilizarse con objetivos medibles, observables y cuantificables y, en este caso, este abordaje puede no haberlo tenido siempre en cuenta. Como así ponen en evidencia Villavicencio y Montalvo (2011), lo que refieren que, atendiendo a las investigaciones y principales guías de tratamiento basadas en la evidencia, como es el Informe de la división 12 de la APA y el Instituto de Excelencia para la Salud y los Cuidados (NICE), es la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la que cuenta con mayor evidencia empírica para el tratamiento del TEPT en adultos, y no otros enfoques de corte psicodinámico, sistémico y/o gestáltico.

Por ello, se va a hacer alusión a una propuesta de tratamiento desde el enfoque de la Terapia Cognitivo Conductual, basada en las conductas problema identificadas en Candela:

Tabla 4

Plan de Tratamiento Psicológico para Candela

Objetivos	Técnicas
Aumentar la comprensión del problema	Devolución de información Explicación del caso
Disminuir la incertidumbre con respecto a sus emociones y vivencias del acontecimiento traumático	Psicoeducación sobre TEPT, trauma, síntomas y procesos relacionados
Mejorar el estado de ánimo	Activación conductual Programación de actividades agradables Planificación de metas a corto, medio y largo plazo
Disminuir la activación fisiológica	Técnicas de desactivación Psicoeducación ansiedad Entrenamiento en respiración diafragmática Entrenamiento en respiración lenta
Trabajar las creencias negativas sobre sí misma	Psicoeducación modelo cognitivo Técnica flecha descendente Experimentos conductuales

	Psicoeducación discusión cognitiva
	Reestructuración cognitiva
Mejorar el proceso de regulación emocional	Psicoeducación emociones
	Técnicas y ejercicios de identificación emocional
	Técnica de Mindfulness
Disminuir el malestar relacionado con el trauma y conductas evitativas	Psicoeducación técnica exposición
	Elaborar jerarquía de exposición
	Técnicas de exposición en imaginación
	Técnicas de exposición en vivo
	Desensibilización sistemática
	Técnicas narrativas
Trabajar con su autoconcepto y autoestima	Psicoeducación autoconcepto y autoestima
	Trabajo con fortalezas
	Ejercicio: “El árbol de los logros”
	Técnicas derivadas de la Psicología positiva y del bienestar
Mantenimiento de logros y prevención	Psicoeducación proceso caída y recaída
	Identificar situaciones de riesgo
	Elaboración plan de acción futuras situaciones de riesgo
	Repaso de técnicas

- *Limitaciones en la valoración del tratamiento*

Aunque considero que se ha estado trabajando muy positivamente la relación terapeuta/paciente y que se ha conseguido alcanzar una alianza terapéutica de calidad, si se emplea esta variable como medida para la valoración del tratamiento, habría sido necesario utilizar un cuestionario específico para la evaluación de la alianza terapéutica. De hecho, el presente caso clínico tampoco cuenta con medidas inter-tratamiento cuantitativas, solo cualitativas y basadas en la observación conductual y verbal de la paciente.

Por lo que, seguidamente, se añade un cuestionario que puede ser de utilidad para la evaluación de la alianza terapéutica:

- Spanish Adaption of the Working Alliance Inventory (WAI) (Andrade y Fernández, 2015).

Además, quisiera resaltar la gran limitación comentada anteriormente: la falta de medidas de valoración de tratamiento a nivel cuantitativo. Esto supone una dificultad a la hora de determinar si la intervención que se está llevando a cabo está alcanzando los objetivos propuestos. Por lo que, sería recomendable no sólo la aplicación de instrumentos de medida cuantitativos, sino, además, el empleo de un método cuantitativo que permita determinar si un cambio terapéutico es significativo. Por ello, a continuación, añado un método de análisis estadístico que puede resultar de utilidad para el análisis del tratamiento y que se propone para valorar, en futuras intervenciones, si hay un efecto de la intervención en la paciente:

- Método de Jacobson y Truax (1991): Este método se basa en el cálculo del índice de cambio fiable, el cual, mediante una aproximación estadística, valora la significación clínica de los cambios terapéuticos, por lo que es capaz de calcular hasta con un número muy reducido de datos (incluso con tan solo datos de pretratamiento y postratamiento/seguimiento) la influencia del tratamiento aplicado y, considerar a un paciente, como sin cambios, empeorado, mejorado o, incluso, recuperado.

Parece importante señalar que cuando se habla de que los modelos integradores son eficaces, debemos ser capaces, como punto de partida, de decir por qué lo son (ver qué procesos están interviniendo en terapia). Pero, como mínimo, para poder hablar de modelos eficaces integradores debemos poder valorar los resultados, de manera objetiva, científica y sistemática, en tales intervenciones. Por ello, en este caso, no podemos afirmarlo ni desmentirlo como tal, debido a la ausencia de estas medidas, aunque parece que las verbalizaciones de la paciente obtenidas en sesión van en una dirección positiva.

Para finalizar, me gustaría volver a destacar, por un lado, la gran implicación y disposición por parte de la paciente, así como el óptimo vínculo entre terapeuta/paciente que se ha ido conformando a lo largo de todo el proceso terapéutico. Y, que parece evidenciar aspectos positivos de mejora, en relación con los objetivos acordados. Al igual que, por otro lado, quisiera resaltar el que se me haya otorgado la oportunidad de conocer cómo ha sido la intervención en un caso clínico de trauma intencional por agresión sexual, a pesar de su complejidad, para, así mismo, ir adentrándome más en lo que es la práctica clínica real de la Psicología sanitaria.

9. Referencias bibliográficas

- Álava, M.A., y Álava, J.L. (2019). Los mecanismos de defensa: una comparación teleológica entre Sigmund y Anna Freud. *Perspectivas*, 1(14), 2-13.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Andrade, N., y Fernández, A. (2015). Spanish Adaptation of the Working Alliance Inventory (WAI): Psychometric properties of the patient and therapist forms (WAI-P and WAI-T). *Anales de psicología*, 31(2), 524-533.
- Astin, M. C., y Resick, P.A. (2002). Tratamiento cognitivo conductual del trastorno por estrés postraumático. En V.E. Caballo (dir), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (pp. 171-209). Siglo XXI.
- Bados, A., y García, E. (2011). *Habilidades Terapéuticas*. Facultad de psicología, Universidad de Barcelona.
- Báguena, M.J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*, 13(3), 479-492.
- Báguena, M. J. (2010). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de estrés postraumático. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: adultos* (pp. 311-335). Pirámide.
- Báguena, M.J., Villarroya, E., Beleña, A., Díaz, A., Roldán, C., y Reig, R. (2001). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala revisada de impacto del estresor (EIE-R). *Análisis y Modificación de la Conducta*, 27(114), 581-604.
- Baile, J.I., y Rabito, M.F. (2020). *Tratando trastorno por estrés postraumático*. Pirámide.
- Beck, A.T., y Steer, R.A. (1993). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. The psychological Corporation.
- Beck, A.T., y Steer, R.A. (2011). *Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck*. Pearson.
- Beck, A.T., Steer, R.A., y Brown, G.K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-second edition manual*. The Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Steer, R.A., y Brown, G.K. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de depresión de Beck-II*. Pearson.

- Bermúdez, L.V., Barrantes, M.M., y Bonilla, G. (2020). Trastorno por estrés postrauma. *Revista Médica Sinergia*, 5(9), 3-11. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.568>
- Bernstein, E.M., y Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 121-130.
- Beutler, L.E., Harwood, T.M., y Caldwell, R. (2001). Cognitive-behavioral therapy and psychotherapy integration. En K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (págs. 138-170). Guilford Press.
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, F., González, M.P., y Bousoño, M. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del TEPT. *Actas españolas de psiquiatría*, 28, 207-218.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., y Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological review*, 103(4), 670-686.
- Carlson, E. B., y Putnam, F.W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 6(1), 16-27.
- Carrasco, M.A., Sánchez, V., Ciccotelli, H., y Del Barrio, V. (2003). Listado de síntomas SCL-90-R: Análisis de su comportamiento en una muestra clínica. *Acción psicológica*, 2(2), 149-161.
- Carvajal, C. (2011). Trauma y estrés postraumático: algunas reflexiones. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(3), 221-224.
- Correa, R., y Molina, K. (2021). La asociación libre en el tratamiento del ataque de pánico. *Revista Sinapsis*, 2(20), 1390-9770.
- Crespo, M., Gómez, M.M., y Soberón, C. (2017). *EGEP-5: Evaluación global del estrés postraumático*. TEA Ediciones.
- Davidson, J.R., Book, S.W., Colket, J.T., Tupler, L.A., Roth, S., David, D., y Davison, R.M. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27(1), 153-160.
- De la Cruz, M.A. (2014). *Factores predictores del impacto psicopatológico en víctimas de agresión sexual* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de publicaciones. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/Tesis/estudios/Tesis3_Factores_Predictores.htm

- De la Cruz, M.A., Peña, M.E., y Andreu, J.M. (2015). Creencias desadaptativas, estilos de afrontamiento y apoyo social como factores predictores de la vulnerabilidad psicopatológica en mujeres víctimas de agresión sexual. *Clínica y Salud*, 26(1), 33-39.
- De la Garza, J., y Díaz, E. (1997). Elementos para el estudio de la violación sexual. *Salud Pública de México*, 39(6), 1-7.
- Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. (2019). *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019*. Ministerio de Igualdad. <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Macroencuesta2019/home.htm>
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual-II*. Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L.R. (2002). *SCL-90-R: Cuestionario de 90 síntomas*. TEA.
- Dongil, E. (2008). Reestructuración cognitiva: Un caso de estrés postraumático. *Ansiedad y estrés*, 14(2-3), 265-288.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar el trauma: El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Ediciones Pirámide.
- Echeburúa, E., Amor, P.J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F.P., y Muñoz, J.M. (2016). Escala de gravedad de síntomas revisada (EGS-R) del trastorno de estrés postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia psicológica*, 34(2), 111-128.
- Echeburúa, E., De Corral, P., Zubizarreta, I., y Sarasua, B. (1995). *Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*. Fundación Paideia.
- Ehlers, A., y Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Escobar, J.M., y Uribe, M. (2014). *Avances en Psiquiatría desde un modelo biopsicosocial*. Ediciones Uniandes.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos*. Pirámide.
- Foa, E. B., Keane, T., y Friedman, M. (2004). *Tratamiento del estrés postraumático*. Editorial Ariel.

- Foa, E. B., McLean, C.P., Zang, Y., Zhong, J., Rauch, S., Porter, K., y Kauffman, B. Y. (2016). Psychometric properties of the posttraumatic stress disorder symptom scale interview for DSM-5 (PSSI-5). *Psychological Assessment, 28*(10), 1159-1165.
- Foa, E. B., y Kozak, M.J. (1985). Treatment of anxiety disorders: Implications for psychopathology. En A. H. Tuma y J.D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (págs. 421-452). Erlbaum.
- Gil-Iñiguez, A. (2016). Intervención en un caso de trastorno de estrés postraumático por violencia sexual. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 3*(1), 75-80.
- Godoy, D., Eberhad, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista médica clínica las condes, 31*(2), 169-173.
- Gonzalo, J.L. (2013). *Construyendo puentes: la técnica de la caja de arena*. Desclée De Brouwer.
- Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica, 126*(12), 445-451.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología conductual, 19*(2), 347-372.
- Instituto de Excelencia para la Salud y los Cuidados (NICE). (2018). *Post-traumatic stress disorder*. Consultado el 25 de noviembre de 2021. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Jacobson, N.S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19.
- Karpman, S.B. (1973). 1972 Eric Berne memorial scientific award lecture. *Transactional Analysis Bulletin, 3*(1), 73-77.
- Labrador, F.J., Crego, A., y Rubio, G. (2003). Metodología clínica experimental aplicada al estrés postraumático: formulación y tratamiento de un caso. *Acción Psicológica, 2*(3), 253-268.
- Labrador, F.J., y Rincón, P.P. (2002). Trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia doméstica: evaluación de un programa de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta, 28*, 905-932.
- Labrador, F.J., y Fernández, R. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático. *Pensamiento Psicológico, 6*(13), 49-68.

- Lecannelier, F. (2014). *El trauma oculto en la infancia: Guía científicamente informada para padres, educadores y profesionales*. Ediciones B.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. (1995). *Boletín Oficial del estado*, 281, de 24 de noviembre de 1995, 15 a 369.
https://www.boe.es/biblioteca_juridica/abrir_pdf.php?id=PUB-DP-2021-118
- Lozano, J.F., Gómez de Terreros, M., Avilés, I., y Sepúlveda, A. (2017). Sintomatología del trastorno de estrés postraumático en una muestra de mujeres víctimas de violencia sexual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 23(3-4), 82-91.
- Martell, CR., Dimidjian, S., y Herman-Dunn, R. (2013). *Activación conductual para la depresión: Una guía clínica*. Desclée de Brouwer.
- Martín, J.L., y De Paúl, J. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*, 16(1), 45-49.
- Martín, J.L., y De Paúl, J. (2005). Situaciones traumáticas: Un estudio sobre su prevalencia en población universitaria. *Psicología Conductual*, 13(1), 79-96.
- Mingote, J.C., Machón, B., Isla, I., Perris, A., y Nieto, I. (2001). Tratamiento integrado del Trastorno de Estrés Postraumático. *Revista de psicoanálisis*, (8), 6-36.
- Molina, M.E., Ben-Dov, P., Diez, M.I., Farrán, A., Rapaport, E., y Tomicic, A. (2013). Vínculo terapéutico: aproximación desde el diálogo y la co-construcción de significados. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(1), 15-26.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning theory and behavior*. Wiley.
- Mulick, P.S., Landes, S.J., y Kanter, J.W. (2011). Contextual behavior therapies in the treatment of PTSD: A review. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 23-31.
- Muñoz, M. (2003). *Manual Práctico de Evaluación Psicológica Clínica*. Síntesis.
- Nijenhuis, E.R., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., y Vanderlinden, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(11), 688-694.
- Nijenhuis, E.R., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., y Vanderlinden, J. (1998). Psychometric characteristics of the somatoform dissociation questionnaire: A replication study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67, 17-23.

- Nomen, L. (2016). *50 técnicas psicoterapéuticas*. Pirámide.
- Novelo, G.M. (2008). La psicoterapia integrativa multidimensional en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Psicología Iberoamericana*, 16(1), 44-51.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: Violencia sexual. Consultado el 22 de diciembre de 2021. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12_37/es/
- Orsillo, S.M., y Batten, S.V. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior Modification*, 29,95-129.
- Perpiñá, C. (2012). *Manual de la entrevista psicológica*. Pirámide
- Ramírez, J.A. (1998). *Psicodrama: teoría y practica*. Desclée de Brouwer.
- Resick, P.A., Monson, C.M., y Chard, K.M. (2008). *Cognitive processing therapy: Veteran/military version*. Department of Veterans' Affairs.
- Robles, J.I., Andreu, J.M., y Peña, E. (2002). SCL-90-R: Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2(1), 5-19.
- Roca, E. (2014). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. ACDE Ediciones
- Rodríguez, T., García, C.M., y Cruz, R. (2005). Técnicas de relajación y autocontrol emocional. *MediSur*, 3(3), 55-70.
- Salmurri, F. (2019). *Libertad emocional: estrategias para educar las emociones*. Paidós.
- Sánchez, M. (2007). *Violencia contra las mujeres: Protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones/abusos sexuales*. Servicio Cántabro de Salud. <http://sosvics.eintegra.es/Documentacion/01-Medico/01-02-Protocolos/01-02-008-ES.pdf>
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y salud*, 25(1), 39-48.
- Sanz, J., García-Vera, MP., y Fortún, M. (2012). El "inventario de ansiedad de Beck" (BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Psicología Conductual*, 20(3), 563-583.

- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., y García-Vera, M.P. (2014). Criterios y baremos para interpretar el “inventario de depresión de Beck-II (BDI-II)”. *Psicología Conductual*, 22(1), 37-59.
- Sanz, J., Perdigón, A.L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
- Severino, G., Silva, W.S., y Silva, M.F. (2015). Psicodrama: cuerpo, espacio y tiempo hacia la libertad creadora. *Arteterapia*, 10, 139-151.
- Stevens, J.O. (1976). *El darse cuenta: sentir, imaginar y vivenciar*. Cuatro vientos
- Valderrama, J.C., Johnn, E., Rubiano, Y., Layne, M., Pinilla, M.A., Vanegas, E., Molina, M.A., Cañas, J., Yeniffer, B., y Carrillo, A.L. (2018). Juegos psicológicos en los procesos de reconciliación. *Trans-Pasando Fronteras*, (11), 103-114.
- Vallejo, A.R., y Córdoba, M.I. (2012). Abuso sexual: tratamiento y atención. *Revista de psicología*, 30(1), 19-46.
- Vanderlinden, J., Van Dyck, R., Vandereycken, W., Vertommen, H., y Verkes, R.J. (1993). The dissociation questionnaire (DIS-Q): Development and characteristics of a new self-report questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1(1), 21-27.
- Villavicencio, P., y Montalvo, T. (2011). Tratamiento cognitivo conductual del trastorno por estrés Postraumático en un caso de una adolescente víctima de agresión sexual. *Clínica contemporánea*, 2(1), 39-56.
- Weiss, D., y Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. En J. Wilson y T.M. Keane (Eds), *Assessing psychological trauma and PTSD*. Guilford Press.
- Whaley, J.A., De la Cruz, M., y Cerda De la O, B. (2018). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de violencia sexual. En R. Guadarrama y N. Torres (Eds.), *Salud mental y conductas de riesgo en el adolescente* (págs. 85-108). Universidad Autónoma del Estado de México.
- Wheathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., y Keane, T.M. (2013). *The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)*. National Center for PTSD. <https://www.ptsd.va.gov/>