



Abordaje psicoterapéutico de un caso de trauma complejo

Máster de Psicología General Sanitaria

Autor/a: Clara Serruya Aranda

Tutor/a clínico: Mónica Gonzalo

Tutor/a académico: Carolina Noemí Ángel Ardiaca

Fecha de realización del trabajo: 28/02/2023

Nº palabras: 11.520

Agradecimientos

A mi familia, por el amor y la confianza depositada en mí.

Y a Miguel, por la incondicionalidad.

Resumen

En este trabajo se presenta el caso de una mujer que padece trauma complejo y que es abordado desde un enfoque integrador y una mirada sistémica que ayuda a la comprensión del origen y mantenimiento del problema. Se presenta un total de 11 sesiones de evaluación e intervención que permitieron comprender la magnitud del problema en la vida de la paciente. En esta primera fase se pretendió una estabilización de los síntomas, así como la dotación de técnicas y herramientas de afrontamiento y autocuidado. Debido a la imposibilidad de pasar a la siguiente fase de trabajo con el material traumático *per se* por la baja funcionalidad que presenta la paciente, sumada a la gran sintomatología disociativa, ésta se presenta a modo teórico e hipotético. Los resultados de la evaluación fueron prometedores y se logró crear un gran vínculo con la paciente, así como una gran adherencia al tratamiento. Por otro lado, el escaso número de sesiones recogidas no permitieron obtener unos resultados del todo concluyentes acerca del éxito futuro de la terapia.

Palabras clave

Apego, maltrato infantil, trauma complejo, ventana de tolerancia.

Abstract

This paper presents the case of a woman who suffers from complex trauma and is approached from an integrative and a systemic view that helps to understand the origin and maintenance of the problem. A total of 11 evaluation and intervention sessions are presented that allowed us to understand the magnitude of the problem in the patient's life. In this first phase, a stabilization of the symptoms was sought, as well as the provision of coping and self-care techniques and tools. Due to the impossibility of going to the next phase of work with the traumatic material *per se* due to the low functionality that the patient presents, added to the great dissociative symptoms, it is presented in a theoretical and hypothetical way. The results of the evaluation were promising and it was possible to create a great bond with the patient, as well as great adherence to the treatment. On the other hand, the small number of sessions collected did not allow us to obtain fully conclusive results regarding the future success of the therapy.

Keywords

Attachment, child abuse, complex trauma, window of tolerance.

Índice

1. Introducción.....	5
1.1. Contextualización del problema y marco teórico.....	5
2. Identificación del paciente y motivo de consulta.....	12
2.1. Identificación del paciente.....	12
2.2. Motivo de consulta.....	13
3. Estrategias de evaluación.....	16
3.1. Descripción de las técnicas de evaluación.....	16
4. Formulación clínica del caso.....	18
4.1. Descripción del problema.....	18
4.2. Análisis funcional.....	19
4.3. Objetivos del tratamiento.....	21
5. Tratamiento.....	23
5.1. Tipo de tratamiento utilizado.....	23
5.2. Temporalización de las sesiones.....	24
5.3. Seguimiento del tratamiento.....	35
6. Valoración del tratamiento.....	36
7. Discusión y conclusiones.....	38
8. Referencias bibliográficas.....	42
9. Anexos.....	48

Índice de Tablas y Figuras

FIGURAS

1. Figura 1. Ventana de tolerancia.....	9
2. Figura 2. Genograma de la paciente.....	15
3. Figura 3. Análisis funcional de la paciente.....	20

TABLAS

1. Tabla 1. Clasificación del TEPT y TEPT complejo según el CIE-11.....	6
2. Tabla 2. Temporalización de las sesiones.....	24

ANEXOS

1. Anexo I. Modelo de Primera Entrevista.....	47
2. Anexo II. Cuestionario Multimodal de Historia de Vida.....	48
3. Anexo III. Formulario de compromiso de confidencialidad.....	62
4. Anexo IV. Formulario de consentimiento para la realización del TFM del paciente.....	63
5. Anexo V. Leyenda del genograma.....	64

1. Introducción

1.1. Contextualización del problema y marco teórico

El maltrato infantil y su prevalencia.

El maltrato infantil, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), es una problemática que afecta a niños de todo el mundo, y que puede dejar graves secuelas en la edad adulta, como trastornos mentales o trastornos de la conducta como el abuso de sustancias. La OMS considera maltrato aquí tanto físico como psicológico y acciones como el abuso sexual, la negligencia o la explotación comercial. Es un hecho que ocurre a nivel mundial y especialmente a las niñas, cuando se trata de abuso sexual.

La prevalencia del maltrato va camino de ser epidemia, con un aumento del 305% de casos de maltrato físico en España, según un estudio de la Fundación Anar realizado entre 2008 y 2019 (Fundación Anar, 2021). En casos de violencia familiar a menores, según “Infancia en Datos” del Ministerio de Derechos Sociales (2021), mientras que en 2008 se registraron casi 4.000 casos de violencia, en 2019 prácticamente se ha duplicado el número de casos, con un total de 6.827.

Se trata de unos datos alarmantes, y con importantes consecuencias a largo plazo, como trastornos del desarrollo del cerebro y el sistema nervioso, tal como indica la OMS (2022).

El trauma complejo.

Cuando un niño ha sufrido maltratos de forma prolongada en la infancia, se expone a sufrir un trauma complejo o trauma relacional. Éste implica una cronicidad en el daño y una sintomatología de la persona que lo sufre (Martínez y Casares, 2016). Mientras que el trastorno por estrés postraumático (TEPT), recogido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 5ª Edición o DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), habla de fenómenos traumáticos o estresantes puntuales sin discriminar la etapa evolutiva, el TEPT complejo o trauma complejo (que el DSM-V etiqueta como ‘otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado’) implica una problemática

más amplia, como la imposibilidad de la víctima de huir de su agresor, bien por situaciones tales como secuestro u organizaciones de explotación sexual, o bien porque la violencia se ejerce en el seno familiar, siendo la infancia la etapa en la que se suele gestar el trauma.

Además, el trauma complejo explora secuelas más profundas, tales como una mayor predisposición a padecer trastornos psicológicos profundos, disociación, somatización y graves problemas relacionales (Herman, 1992). Es en la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos o CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 2019) donde sí se recoge de manera específica el trastorno por estrés postraumático complejo (TEPT complejo). En el manual, se recoge que tanto el TEPT como el TEPT complejo son trastornos relacionados con un estresor y con una sintomatología derivada. Pero la diferencia entre ambos trastornos es que, mientras que en el TEPT ocurre una re-experimentación del trauma junto con miedo y horror, una evitación de los recuerdos traumáticos y una sensación de amenaza actual traducida en hipervigilancia, en el TEPT complejo se añaden además, tres síntomas diferenciales: la desregulación, un autoconcepto negativo y alteraciones en las relaciones interpersonales. Esto puede ocurrir en diferentes contextos independientes del trauma, a diferencia del TEPT, en el que los síntomas aparecen cuando el estímulo estresor está presente (Cloitre, 2013). A continuación, se presenta una tabla donde se muestran las diferencias entre ambos trastornos:

Tabla 1

Clasificación del TEPT y TEPT complejo según el CIE-11.

Criterios TEPT	Criterios TEPT complejo
- Re-experimentación.	-Re-experimentación.
- Evitación.	- Evitación.
- Sensación de amenaza.	- Sensación de amenaza.
	- Desregulación afectiva.
	- Sensación negativa de sí mismo (autoconcepto negativo).
	- Problemas en las relaciones interpersonales.

Nota. Adaptada del estudio de Cloitre et al., 2013.

¿Qué ocurre con el apego cuando hay un trauma?

En este sentido, siguiendo la Teoría de Apego de Bowlby (1949), las experiencias de los vínculos tempranos del niño con sus progenitores o figuras de referencia afectan a su posterior desarrollo y vida adulta. El niño que ha sufrido maltrato por parte de sus progenitores, resulta desprovisto de un apego seguro que le permita explorar el entorno y tener la certeza de que, si le ocurre algo, tiene una figura de protección que le va a brindar cuidado (Bowlby, 1989). En ese caso, se habla de *apego inseguro*, según la clasificación de Bowlby y Ainsworth (1991). Ésta estudia cuatro tipos de apego: seguro, evitativo, preocupado y temeroso. En los estudios de Bartholomew (1990) y Bartholomew y Horowitz, (1991) se plantea (como se citó en Camps-Pons et al., 2014) que, en el apego seguro, el individuo tiene una visión positiva y confiable del self y del entorno; en el evitativo, la percepción del self es positiva, pero no la del entorno, del cual siente que no puede confiar; y, por último, los estilos preocupado o ansioso-ambivalente y desorganizado, los cuales sugieren que el individuo tiene una gran dependencia hacia los demás, la diferencia es que el preocupado confía ciegamente en los demás, y el ansioso rechaza la intimidad para evitar una posible decepción (Bartholomew y Horowitz, 1991).

Los efectos de un apego desorganizado que se corresponden con el tipo de apego que se aborda en el presente trabajo, derivado del trauma complejo en la infancia, pueden incluir en la edad adulta impulsividad autolesiva y un comportamiento agresivo hacia sí mismo o hacia los demás. En líneas generales, el trauma complejo deja huellas en las áreas psicobiológica, subjetiva, relacional y social de la persona, concretamente al cuerpo, a la memoria y a la regulación emocional (Martínez y Casares, 2016), áreas sobre las que se trabaja en la intervención terapéutica del presente trabajo.

Lyons-Ruth (2003) realiza una interesante comparación del estilo de apego con el sistema inmune. Si bien éste último lucha contra enfermedades físicas pero puede fallar, como por ejemplo, en las

enfermedades autoinmunes; el sistema de apego también puede fallar, siendo incapaz de combatir el estrés de forma adecuada.

En este sentido, el vínculo terapéutico sería una técnica esencial en la reparación del apego, ofreciendo al paciente un entorno seguro en el que pueda confiar, y aprenda otras maneras de relacionarse con el mundo.

Funcionamiento del SN en personas con trauma.

Ante la brutalidad de una situación en la que el niño es maltratado por sus propios progenitores y, por lo tanto, no puede confiar en la persona o personas que necesita para sobrevivir, desarrolla de forma disfuncional el ponerse a salvo, bien rechazando cualquier tipo de afecto o entregando su confianza a cualquier desconocido. De esta forma, se ve comprometida la capacidad del ser humano de discernir qué es seguro y qué supone un peligro. De hecho, las personas expuestas a un trauma poseen un sistema de alarma “defectuoso”, puesto que sigue funcionando una vez ha desaparecido la fuente estresante (Van Der Kolk, 2015).

El encargado de que el sistema de alarma funcione correctamente es el sistema nervioso (SN), el cual está formado por dos subsistemas: Por un lado, el sistema nervioso simpático (SNS), encargado de activar aquellos órganos del cuerpo que permitan la lucha o huida del peligro, (como el bombeo de sangre del corazón para actuar más rápido) por lo que el individuo se encuentra en un estado de *hiperactivación*. La activación de este sistema afecta a los sistemas nervioso central, inmune, cardiovascular y neuroendocrino, lo que provoca síntomas somáticos (Gupta, 2013) y un deficitario sistema inmune que se ha visto comprometido debido a los altos niveles de cortisol generados por una excesiva hiperactividad de la amígdala (Marín, 2014).

Cuando el peligro desaparece, el sistema encargado de restablecer el equilibrio en el organismo tras la activación del primero es el sistema nervioso parasimpático (SNP). Sin embargo, en aquellos casos en los que no sirve ni luchar o huir, el individuo pasa a un estado de *hipoactivación* (Dent, 2021), un

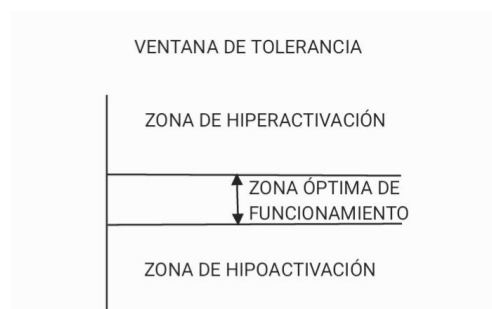
estado de parálisis, colapso y desactivación. Cuando el individuo se encuentra en estados de hiperactivación o hipoactivación, se encuentra fuera de su ventana de tolerancia.

Ampliar la ventana de tolerancia para reparar el trauma.

La ventana de tolerancia es un término acuñado por el psiquiatra Dan J. Siegel, citado en Ogden et al. (2006) que plantea que los seres humanos poseen un arousal o nivel óptimo de funcionamiento en el cual son capaces de procesar emociones y pensamientos. Las personas que han sufrido trauma complejo salen constantemente de esta ventana hacia estados de hipoactivación o hiperactivación ante aparentes pequeños estímulos, pues poseen una ventana de tolerancia más estrecha de lo normal (Hershler, 2021; Ogden et al., 2006), lo cual provoca síntomas como hipervigilancia, imágenes intrusivas o desorganización del procesamiento cognitivo, en caso de la hiperactivación; y entumecimiento, pérdidas de memoria o ausencia de sensaciones, en caso de hipoactivación (Ogden et al., 2006). El trabajo terapéutico consiste, por lo tanto, en ampliar gradualmente la ventana de tolerancia (Van Der Kolk, 2015) y se utilizará dicho modelo para evaluar el estado de la paciente respecto al trauma. Como una especie de termómetro indicador de aquellos disparadores que provocan la salida de la ventana de tolerancia, así como de marcador de las defensas del paciente. A continuación, se muestra una imagen del modelo de ventana de tolerancia:

Figura 1

Ventana de tolerancia



Nota. La figura muestra el modelo de ventana de tolerancia adaptada de Ogden et al., (2006).

Por último, cabe mencionar especialmente un síntoma subyacente al trauma complejo, que es la disociación. Ésta, en palabras de Van der Kolk (2015), *es la esencia del trauma*, y supone una falta de integración de la realidad, la cual es básica y esencial para la superación del mismo. Esta disociación supone una fragmentación de la personalidad en diferentes *yoes* que pueden llegar a expresarse de forma contradictoria (Van der Hart et al. 2018). En definitiva, la disociación es una consecuencia del trauma que marcará el comienzo del tratamiento terapéutico antes que con el propio trauma (Morales, 2018).

Comprendiendo, en este sentido, la perspectiva biopsicosocial desde la que el trauma influye a la persona, pues afecta tanto a su sistema nervioso, a sus relaciones personales y a su capacidad de autorregularse, será importante entender y abordar este caso desde varias perspectivas o enfoques que intervengan en todos estos niveles de afectación que suponen gran complejidad y que deben estar encaminados a acompañar idóneamente al paciente (Morales, 2018). Principalmente, se aborda desde un marco humanista puesto que se trabaja en clave emocional, así como desde una perspectiva sistémica que ayude a dar explicación relacional a la problemática. Todo ello asumiendo, de forma global, un enfoque integrador que aborde el caso atendiendo a las necesidades específicas y perfil del paciente.

Terapia cognitivo-conductual.

Este enfoque surge alrededor de los años 60, tras las limitaciones de la primera ola de terapias conductuales definidas por Hayes (2004), basadas en el conductismo radical. Éstas limitaban el estudio del comportamiento a la conducta humana observable, olvidando el lenguaje y la cognición, y los tratamientos no eran del todo eficaces. De esta manera, surge la terapia cognitivo conductual dentro de la segunda ola de terapias (Luciano y Valdivia, 2006).

Dentro de esta corriente, se encuentra el modelo de Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en Trauma, creada por Cohen, Mannarino y Deblinger en 2006 validada empíricamente (como se citó en Guerra y Barrera, 2017). Si bien esta terapia va dirigida a niños, padres y adolescentes para superar eventos traumáticos, también se ha estudiado su eficacia en población adulta (Fittipaldi et al., 2013). Es por esto que se consideran útiles para este trabajo algunas técnicas que ofrece, tales como: la psicoeducación, recurso terapéutico validado que permite al paciente afrontar sus circunstancias de forma más adaptativa, gracias a la mayor comprensión del problema (Bulacio et al., 2004); técnicas de relajación, útiles para calmar síntomas frecuentes de ansiedad e hiperactivación en personas con trauma; creación de una narrativa del trauma para resignificar de forma más adaptativa los eventos traumáticos (Guerra y Barrera, 2017), o la expresión y regulación emocional que tan ausente está en personas con trauma complejo. Además, Cohen, Mannarino, Kliethermes, & Murray (2012) hablan de la importancia del vínculo terapéutico como fuente de éxito de la terapia, factor que se tiene en cuenta en este trabajo como técnica de intervención.

Terapia sistémica familiar.

Surge del descontento con las terapias imperantes en los años 50 y la limitación del psicodiagnóstico, que miraba al paciente como un conjunto de síntomas a curar y como un ente independiente de su entorno (Torres, 2019). Fue desde el psicoanálisis donde comienza a ampliarse la mirada a lo relacional, cuando autores como Ackerman (1938) van más allá del individuo e incluyen a la familia como ente emocional del cual forma parte. De esta manera, surge la terapia familiar, cuyos fundamentos se asientan en el Mental Research Institute (MRI) gracias, entre otras, a la Teoría General de los Sistemas (Von Bertalanffy, 1976), que concibe la realidad como sistemas a su vez conformados por elementos que interrelacionan unos con otros, principio denominado *complejidad organizada*, que implica que un cambio en uno de los individuos influirá en el sistema. Otro principio que se tiene presente es el de *totalidad*, que indica que el todo es más que la suma de sus partes; y, por último, el

de *circularidad*, el cual tiene en cuenta que la explicación de los acontecimientos no es causa-efecto, sino que influyen más variables de forma compleja (Bermejo, 2019).

Es por ello que, para trabajar en este caso, se explora la perspectiva relacional del problema de la paciente, es decir, el contexto en el que se origina y mantiene el problema. En este caso, se tiene en cuenta a los miembros de la familia y el efecto de las relaciones entre sus integrantes y la paciente.

Nuevas técnicas de intervención.

Realizando una revisión bibliográfica acerca de los tratamientos más novedosos para intervenir en trauma complejo, cabe destacar la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR). Según un estudio de revisión sistemática acerca de la efectividad de este tratamiento, se halló que, de los diez estudios revisados, todos mostraron que el EMDR era más eficaz que otro tipo de tratamientos psicológicos, como la terapia cognitivo-conductual o la terapia grupal (Cruz, 2019)

Esta técnica consiste en la realización de una estimulación bilateral sensorial, mientras el paciente se concentra en los recuerdos traumáticos, para el posterior reprocesamiento de los mismos (Cruz, 2019). La terapia EMDR ayuda a reprocesar aquella información que quedó fragmentada en el momento del evento estresante y ha demostrado eficacia en la disminución de los síntomas y malestar relacionados con el trauma, así como la pérdida de carga emocional vinculada al mismo (Jarero et al., 2014).

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

2.1. Identificación del paciente

Acorde al código deontológico de la profesión y la observancia del Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016

(RGPD)) y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, se preservará la identidad del/la paciente, refiriéndose a el/ella como Valentina en contraposición a su nombre real, a su vez, se han modificado algunos datos sociodemográficos que salvaguarden aquellos nombres de familiares, amigos y datos que puedan llevar a reconocerlo/a.

Valentina (nombre ficticio) es una mujer española de 43 años que acude a la clínica psicológica derivada de la parroquia de la localidad y que acude a una primera sesión en modalidad de *Prácticas con Pacientes (PCP)* debido al bajo coste de las sesiones en este formato. En el momento de la primera consulta está soltera y mantiene una relación sentimental con un hombre con el que tiene amistad desde hace años. Posee estudios universitarios (realizó el Grado de Marketing y Grado en Publicidad) y refiere desenvolverse bien en el área laboral, habiendo tenido importantes puestos de trabajo con buenas referencias. Valentina se encuentra desempleada desde hace 6 meses en el momento de la primera sesión y recibe una prestación por desempleo, la cual no es suficiente para afrontar la hipoteca de su casa, donde vive con su madre, en la localidad donde se sitúa la clínica.

Paciente y terapeuta tienen una primera llamada para establecer el encuadre terapéutico sobre el que se va a trabajar. Las sesiones durarán 50 minutos y serán visualizadas en vivo por alumnos/as en prácticas del Máster en Psicología General Sanitaria. Se le informa también a la paciente del enfoque integrativo como base del proceso, a lo que ella accede y acepta para comenzar con la terapia.

2.2. Motivo de consulta

El motivo de consulta que trae la paciente es desregulación emocional, y una alternancia de episodios de parálisis y apatía, con otros de hiperactivación, que presente en la primera sesión. Refiere grandes dificultades para salir de casa y realizar las actividades cotidianas como cocinar o vestirse y gran facilidad para caer en conductas adictivas (ha consumido drogas en el pasado) y en ocasiones realiza atracones de comida nocturnos. Actualmente, lleva a cabo compras compulsivas por Internet que no

puede afrontar debido a su situación económica. Sufre una gran somatización desde hace unos 10 años: hipoacusia, alopecia, rotura folicular, problemas respiratorios, depresión, vértigos, diarreas y ansiedad, por lo que ha sido atendida por diversos profesionales: psiquiatra, digestivo, neurólogo y oftalmólogo.

La demanda de Valentina es recuperar la funcionalidad en su vida cotidiana, como cocinar o vestirse, sin sufrir tanta fatiga. Refiere que los síntomas físicos son lo que más le provocan incomodidad y frustración. Afirma que, si no se sintiera tan incapacitada, le gustaría volver a trabajar y dar conferencias acerca del Eneagrama, que es lo que le apasiona.

En este sentido, afirma que en terapias anteriores (fue en dos ocasiones) logró superar sus dificultades gracias, en gran parte, al vínculo que se estableció entre ella y los terapeutas, cuya “generosidad y sabiduría” valoraba en gran medida. En una de estas ocasiones acudió tras una ruptura de pareja, lo cual es un indicador a tener en cuenta en cuanto a su forma de vincularse y desvincularse. También estuvo en el CAID en dos ocasiones (con 15 y 35 años). Ambos procesos fueron útiles para ella, afirmando ser una “buena soldado” que siempre realizaba las tareas de forma eficiente, lo cual creaba asombro en los terapeutas.

En otra ocasión, tuvo también una mala experiencia con la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR). La paciente relata que salió de la sesión gran ansiedad y llanto desconsolado que duró 3 días. Es por ello que se desestima el uso de esta técnica, al menos a corto plazo.

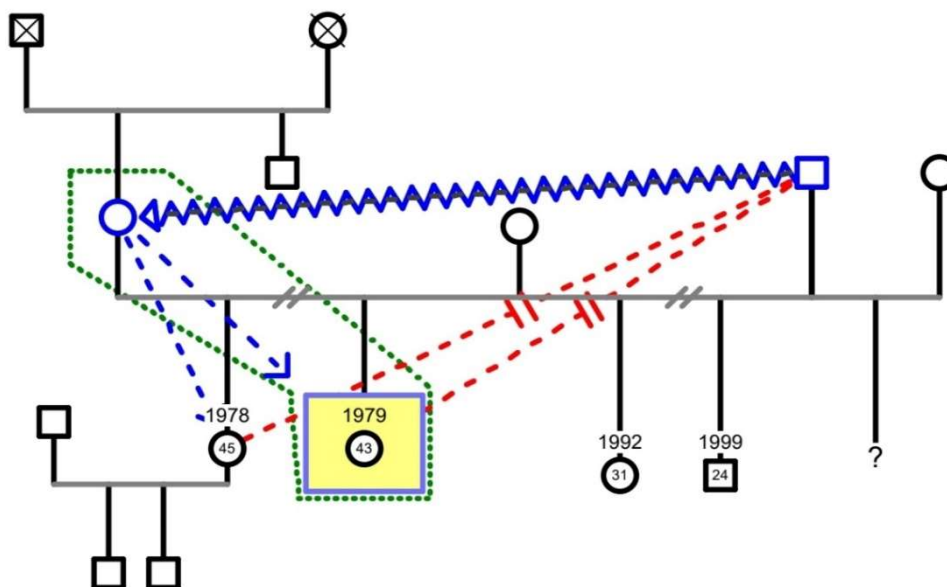
Según cuenta en la primera sesión, hay antecedentes de alcoholismo y negligencia por parte de los progenitores (divorciados cuando ella tiene unos 4 años, pero no lo recuerda realmente) y maltrato físico y verbal por parte del padre durante toda su infancia, tanto a ella como a su hermana mayor. Hay varios intentos de suicidio por parte de la madre y de la hermana. En ambas situaciones, es la paciente la que se encarga de acompañar a las familiares a urgencias.

Cabe señalar, además, que está tomando medicación: Mirtazapina (noche), Diazepan, Fluoxetina (mañanas) y Lorazepam.

A continuación, se expone el genograma de la paciente:

Figura 2

Genograma de la paciente



Nota. La figura muestra el genograma de la paciente, junto con las relaciones más significativas entre algunos familiares y ella.

En el genograma se puede observar a Valentina (paciente identificado en un recuadro amarillo) de 43 años de edad, hija menor del primer matrimonio de su padre, el cual era alcohólico. Se observa una segunda relación del padre en la cual tuvo una hija y un hijo menor. La paciente relata que cree que el padre tiene más hijos, al menos, un nuevo hijo con otra mujer. La relación de Valentina y su hermana mayor con el padre en la actualidad es nula, debido al maltrato que sufrieron por su parte; además de a la madre, de la que abusaba tanto física como verbal y sexualmente. En la actualidad, la paciente convive con la madre. En el anexo V se muestra una leyenda para comprender la simbología del genograma al completo.

3. Estrategias de Evaluación

3.1. Descripción de las técnicas de evaluación

Entrevista semiestructurada.

Se trata de una técnica de evaluación validada que permite recabar información del paciente en una primera sesión permitiendo cierta flexibilidad por parte de paciente y terapeuta, teniendo en cuenta los temas que puedan surgir en consulta, con el fin de adaptarse al paciente y crear una primera toma de contacto (Fernández-Ballesteros, 2013).

En este caso, se utilizó el modelo de *Entrevista informativa del departamento de adultos, pareja y familia* (elaborada por centro Psicólogos Pozuelo y actualizada en el año 2020) (Anexo I).

Siguiendo esta herramienta de evaluación, se pretende indagar a través de preguntas a la paciente acerca de sus hábitos cotidianos y de su funcionalidad para con los mismos. En este sentido, preguntas como *¿qué tal duermes? ¿cómo es tu dieta?* Se repetirán a lo largo del proceso para evaluar mejoría en este ámbito.

Cuestionario Multimodal de Historia de vida de Lazarus (1991).

Elaborado por Arnold, A. Lazarus en 1991 dentro de su Terapia Multimodal, de corte cognitivo-conductual, y que implica la división de la personalidad única de cada individuo según siete variables: la biológica, la afectiva, sensaciones, la cognitiva, la social, la conductual y las imágenes (Kertész, 2005).

Se utilizó para explorar los antecedentes de la paciente a lo largo de su vida con la finalidad de facilitar el proceso terapéutico, conociendo de forma más completa al paciente (Anexo II). Consta de un gran número de preguntas (la mayoría de ellas de respuesta abierta) clasificadas en diferentes áreas: información general (datos demográficos), historia personal y social (con preguntas acerca de cómo

fue la infancia), descripción y análisis de problemas presentes (expectativas de la terapia, conductas, sentimientos, imágenes...), relaciones interpersonales y factores biológicos (como enfermedades o problemas menstruales).

Genograma.

Se trata de una herramienta fundamental de evaluación terapéutica sistémica diseñada por el psiquiatra Murray Bowen en 1978. Se utiliza para apreciar, de forma visual, las relaciones y estructuras familiares. En él se suelen plasmar al menos tres generaciones, de sobrinos a abuelos, a través de una simbología (por ejemplo, a las mujeres se las representa con un círculo y a los hombres con un cuadrado). Esta herramienta da mucha información, no sólo por aportar en un primer golpe de vista las relaciones biológicas y legales de los miembros, sino porque mediante las preguntas que se van haciendo al paciente, se van revelando las dinámicas y relaciones que establece con cada uno de los integrantes, así como y la manera en que él/ella se sitúa dentro de la familia (Bermejo, 2019). Esta herramienta también ayuda a dotar de significado algunos comportamientos y/o reacciones del entorno.

Línea de vida.

Herramienta fundamental en la Terapia Sistémica para recoger los eventos vitales más importantes de una persona, tanto los positivos como los negativos, que permite recopilar y observar los hechos que se han repetido en su biografía, sus roles, o la alineación con su proceso evolutivo (Chacón, 2021).

Se pretende adaptar esta técnica a Valeria, registrando los eventos traumáticos vividos junto con la cronología y los recursos positivos de los que se sirvió en dichas ocasiones. Esto ayuda a crear estructura y orden en la paciente para poder colocar los eventos en el tiempo, algo muy necesario en trauma complejo donde los recuerdos quedan fragmentados y desordenados. Esto ocurre también

debido a que los recuerdos en estos casos ocurrieron en etapas preverbales en las que el niño/a no tenía el lenguaje para comprender y procesar lo que estaba ocurriendo.

Así mismo, este listado servirá para la futura re-elaboración de los traumas, y saber seleccionar cuál atender de forma prioritaria.

Ventana de tolerancia.

Se utiliza como técnica de evaluación para detectar los disparadores que provocan en Valentina la hiper e hipoactivación. Tras la explicación de los fundamentos de este modelo se pregunta a la paciente cuáles son las situaciones, personas, pensamientos... Que provocan la salida de la ventana de tolerancia. Para ello, tras una explicación psicoeducativa de este término, se elabora en un folio el modelo de ventana de tolerancia. Seguidamente, paciente y terapeuta van anotando los disparadores; arriba si provocan hiperactivación, y abajo si generan estados hipoactivos.

4. Formulación clínica del caso

4.1. Descripción del problema

Valentina se encuentra actualmente incapacitada para llevar a cabo una vida funcional. Acciones cotidianas como cocinar y comer una dieta equilibrada, realizar gestiones o mantener una conversación con algún amigo, son difíciles de llevar a cabo, “se me hacen un mundo”, comenta. De hecho, acudir a las sesiones le supone un gran esfuerzo, según ha relatado en varias ocasiones, y viene al principio en pijama, con gorro y guantes.

El sueño está completamente desregulado; duerme en el sofá y, a pesar de que concilia, se despierta varias veces por la noche, fuma y mira vídeos para pasar el tiempo o realiza compras por internet de forma compulsiva a pesar de no poder afrontarlas económicamente, devolviendo lo adquirido posteriormente.

La paciente desea volver a tener trabajo, lo que era fuente de gran reconocimiento y autorrealización. Tiene dificultades para asumir la hipoteca de su casa y no puede pagar el agua caliente, debido a sus escasos ingresos del paro. Es por ello que también acude a Cáritas para adquirir alimentos. Esta situación precaria es motivo de picos de ansiedad y parálisis.

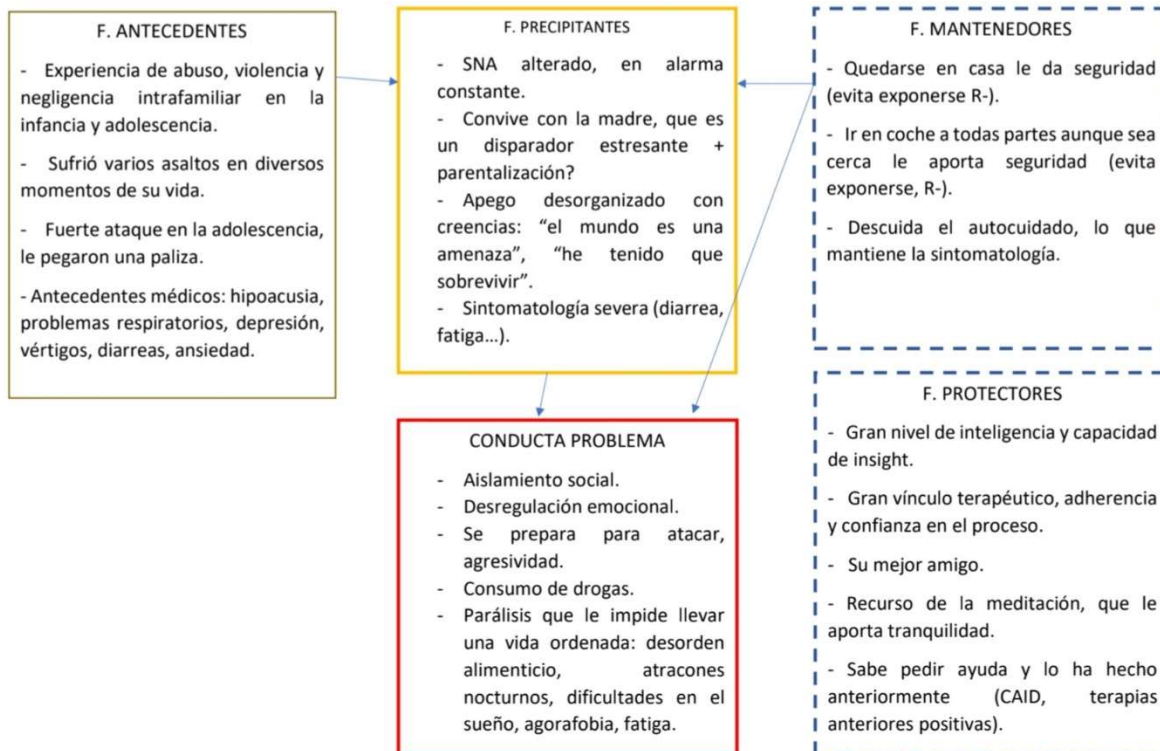
4.2. Análisis funcional del problema

Desde el enfoque cognitivo-conductual, será de ayuda utilizar un análisis funcional como herramienta terapéutica puesto que aporta validez en la formulación de casos clínicos (Vinués-Ortega y Haynes, 2005).

A continuación, se expone el Análisis Funcional de este caso:

Figura 3

Análisis funcional de la paciente.



Nota. En esta figura se muestran las conductas problema de Valentina, de dónde surgen, cómo se mantienen, así como factores de protección.

Hipótesis de origen.

La paciente crece durante sus primeros años de vida en un entorno hostil en el que sus padres, que deberían ser sus figuras de apego y protección, son los perpetradores de violencia y miedo. Ambos son alcohólicos; la madre abusa de la paciente en forma de negligencia y el padre ejerce una brutal violencia física tanto a la madre como a las hijas, las agrede físicamente, llegando a golpear con objetos a la paciente. También la insulta y la expone a situaciones de alto riesgo, como conducir ebrio a gran velocidad con ella y su hermana en el coche. Esta situación ocurre de forma continuada hasta el divorcio de los padres (a los 4 años de ella aproximadamente), y de forma intermitente hasta los 15 años, cuando la paciente se marcha de casa.

Considerando la historia personal y el estilo relacional que relata, Valentina elaboró un sistema de apego desorganizado al aprender que sus figuras de apego proveían miedo y, por lo tanto, no podía confiar en ellas. La disociación fue su mecanismo de defensa para sobrevivir y evitar posiblemente el suicidio. De esta manera, sus recuerdos traumáticos quedaron fragmentados de forma desordenada en el tiempo y pudo ser funcional en el área laboral y académica. Sin embargo, la disociación requiere de tal energía que su sistema nervioso colapsa y su cuerpo se queja, fluctuando frecuente entre la hiper e hipoactivación debido a la estrecha ventana de tolerancia. Además, el estado de alerta constante en la paciente ha deteriorado su sistema inmune, provocándole numerosos síntomas somáticos en la edad adulta.

Hipótesis de mantenimiento.

A día de hoy, la paciente convive con la madre, con la que aparentemente tiene una buena relación, sin embargo, su madre que es el origen de su trauma por haber ejercido violencia hacia ella, supone un disparador relacionado con el trauma sufrido, hace que la paciente siga en el mismo estado de alerta que en la infancia, con lo cual se desregula emocionalmente. También, se hipotetiza una posible parentalización de Valentina hacia su madre.

Así mismo, el hecho de no salir de casa por el miedo que le supone, hace que se mantenga el problema. Por otro lado, el no haber integrado los hechos traumáticos desde una narrativa integradora, hace que siga viviendo desde el mismo modelo de supervivencia, es decir, de forma disociada. Y es esta disociación la que mantiene también los episodios de hiper e hipoactivación tan dañinos para su cuerpo y que se traducen en síntomas físicos incapacitantes en su vida cotidiana como el asma, dolores de espalda, problemas digestivos...

4.3. Objetivos terapéuticos

Objetivos generales.

- *Mejorar la funcionalidad:* La limitación del funcionamiento en la vida diaria es un generador de frustración en la paciente. Tiene dificultades a la hora de mantener el sueño, cocinar, vestirse y salir a la calle. Es por esto que, a través de preguntas sobre estas cuestiones, así como la observación, se evaluará el progreso. Este objetivo es esencial en la primera fase del tratamiento, puesto que esperar a que el paciente tenga una buena vida una vez supere los traumas, generará unas falsas expectativas (Van Der Hart et al., 2018).

Para la medición de la mejora, se tendrá en cuenta el aumento de conductas encaminadas a la puesta a cabo de acciones de autocuidado en la cotidianidad (acudir a consulta con ropa de calle, cuidado del aspecto físico, higiene del sueño, elaboración de la comida, salir a la calle a hacer recados...).

Objetivos específicos.

- *Construir y fomentar un vínculo terapéutico de confianza.* Para abordar los traumas sufridos por la paciente y poder integrarlos, hay que trabajar para aumentar su ventana de tolerancia, para lo cual es necesario crear un vínculo paciente-terapeuta seguro, y por lo tanto reparador. Por lo tanto, se debe potenciar la relación terapéutica de forma transversal para que la

paciente pueda volver a confiar en las relaciones humanas. En este sentido, será crucial para la adherencia al tratamiento en la primera fase. También servirá para reparar modelos de relación disfuncionales derivados de la desconfianza en sus principales figuras de apego.

Para medir este objetivo se tendrán en cuenta verbalizaciones sobre la satisfacción y utilidad de la terapia, así como motivación en venir a consulta y número de asistencias.

- *Aumento de la capacidad de autorregulación.* En pacientes con trauma complejo, las emociones están alteradas y, en ocasiones, se sienten de forma muy intensa. Por un lado, relatan experiencias impactantes sin componente emocional pero, por otro lado, pueden llegar a desregularse ante situaciones aparentemente inofensivas. Lo que ocurre es que fluctúan, entre situaciones estresantes, entre la hiperactivación y la hipoactivación (Martínez y Casares, 2016), siendo incapaces de quedar en un término medio. En el caso de Valentina, sufre un descontrol emocional que desemboca en ira en situaciones en las que siente miedo “el miedo me pone de mala leche”, pero por otro lado relata experiencias aterradoras sin emoción.

Para trabajar sobre esto, se intervendrá a través del apego dentro del vínculo terapéutico, así como con técnicas de conexión con el cuerpo y en el momento presente puesto que, como afirma Van der Kolk (2015), *el reto en el tratamiento de los traumas no es solo manejar el pasado, sino, incluso más aún, mejorar la calidad de la experiencia diaria.*

Para evaluar la consecución de este objetivo, se valorará la capacidad de detectar emociones y unir eventos traumáticos vitales con las emociones que sintió entonces.

- *Disminución de los síntomas disociativos* que implicará una reducción de la amnesia y de los síntomas psicósomáticos, el aumento del insight y razonamientos elaborados por la propia

paciente, relatos sobre experiencias traumáticas con componente emocional, así como el detectar sus diferentes partes disociativas enfrentadas.

Todos estos objetivos se encuadran dentro de la primera fase del tratamiento, la cual es la que recoge este trabajo.

5. Tratamiento

5.1. Tipo de tratamiento utilizado

Se utilizó el tratamiento tripartito por fases (Van der Hart et al., 2006), el cual ha demostrado reducir síntomas disociativos, entre otros (Brand & Lowenstein, 2014). Este tratamiento consta de tres fases: la primera consiste en la estabilización del paciente, crear un espacio donde se sienta seguro, disminuir los síntomas presentes y brindar herramientas y técnicas que primero estabilicen y después permitan trabajar al paciente con los eventos traumáticos. En la segunda, se abordan los eventos traumáticos y en la última fase se elabora una integración de la personalidad, es decir, es en esta fase en la que una vez asumidos los duros recuerdos del paciente, se dirige la terapia hacia el trabajo sobre el duelo de haberlos experimentado, y se acompaña al paciente hacia una nueva etapa en la que pueda disfrutar de la vida, pero también poder convivir con los recuerdos que todavía pueden hacer daño (Van Der Hart et al., 2018).

Se trabajó principalmente con las emociones en el momento presente, puesto que ir al pasado de forma muy precipitada sería demasiado aversivo para la paciente y se hipotetiza que, debido a la gravedad de la sintomatología existente, provocaría una posible retraumatización y consecuente rechazo y abandono de la terapia. En este caso se ha trabajado desde el aquí y ahora, atendiendo las necesidades que trae la paciente y trabajando a través del cuerpo. En definitiva, como se entiende desde la terapia humanista, es poner la terapia al servicio de la paciente, atendiendo qué quiere tratar y qué no y respetando sus tiempos.

5.2. Temporalización del tratamiento

Tabla 2

Temporalización de las sesiones

Sesión	Objetivos planteados	Técnicas utilizadas
1ª (Evaluación e Intervención)	- Construir y fomentar vínculo terapéutico de confianza.	- Primera entrevista. - Encuadre terapéutico. - Preguntas circulares.
2ª (Evaluación e intervención)	- Construir y fomentar vínculo terapéutico de confianza. - Potenciar la autorregulación.	- Mentalización. - Cuestionario Multimodal de Lazarus. - Psicoeducación.
3ª (Evaluación e intervención)	- Construir y fomentar vínculo terapéutico de confianza. - Explorar momentos de hipoactivación e hiperactivación. - Potenciar la autorregulación.	- Focusing.
4ª (Evaluación e intervención)	- Potenciar la autorregulación. - Disminuir los síntomas disociativos.	- Psicoeducación sobre ventana de tolerancia.
5ª (Evaluación e intervención)	- Construir y fomentar vínculo terapéutico de confianza. - Disminuir los síntomas disociativos.	- Preguntas acerca del sueño, hábitos de alimentación. - Paráfrasis y reflejos.
6ª (Evaluación e intervención)	- Establecer vínculo terapéutico de confianza.	- Elaboración de genograma. - Preguntas acerca del sueño, hábitos de alimentación.
7ª (Evaluación e intervención)	- Construir y fomentar vínculo terapéutico de confianza. - Disminución de síntomas disociativos.	- Genograma. - Paráfrasis y reflejos. - Relato de eventos traumáticos en presente.
8ª (Evaluación e Intervención)	- Construir y fomentar vínculo terapéutico de confianza. - Disminución de síntomas disociativos.	- Doble silla.
9ª (Evaluación e Intervención)	- Construir y fomentar vínculo terapéutico de confianza. - Disminución de síntomas disociativos. - Potenciar la autorregulación.	- Paráfrasis y reflejos. - Validar.
10ª (Evaluación e Intervención)	- Potenciar la autorregulación.	- Validar. - Línea de vida.
11ª (Evaluación e Intervención)	- Potenciar la autorregulación.	- Validar. - Psicoeducación emocional.

Sesión 1.

Técnicas empleadas:

- *Primera Entrevista.*
- *Encuadre:* Marco terapéutico sobre el que se definen los límites de la terapia y que, además, aporta estructura al paciente (La relación terapéutica, 2021).

Primero se concierta un primer contacto con la paciente sin cámaras para contarle las características del funcionamiento de este formato de terapia para alumnos/as en prácticas, y que se familiarice con él.

Se realiza una primera entrevista elaborada por el Centro Psicólogos Pozuelo (Anexo I), con el objetivo de conocer a la paciente y el motivo de consulta, realizar una devolución al final de la sesión y explicar el método desde el que van a trabajar.

Cuenta que en la pandemia se fue a vivir con su madre porque la casa que acababa de comprar estaba en obras. Su madre, al igual que su padre, han sido desde que ella era pequeña alcohólicos. Es en esta época cuando la madre mejora, y cuando Valentina comienza a sufrir síntomas corporales como diarrea, ceguera y tartamudeo. A esto se le suman episodios de apatía y parálisis, con períodos de hiperactivación, como en el que se encuentra en este momento. Refiere mucha dificultad para salir de casa y realizar actividades cotidianas.

Ha consumido drogas en el pasado, llegando a pedir ayuda al Centro de Atención Integral a Drogodependientes (CAID) en diversas ocasiones y remitiendo el consumo a veces incluso por motivación propia.

Acude a consulta habiendo tomado la misma mañana dos ansiolíticos (Tranxilium) y solicita tomar otro debido a que no siente el efecto de los anteriores.

La terapeuta realiza una devolución a modo de encuadre, para aportar un entorno seguro y estructurado al paciente. Recoge la demanda de la paciente acerca de querer lograr funcionalidad, así como escuchar a las dos partes internas de las que habla la paciente, la que quiere recuperarse y la que “tira para atrás”. También le pregunta acerca de terapias anteriores y valida todo lo que la paciente trae a esta sesión. Utiliza preguntas circulares (“Si estuviera aquí tu mejor amigo, ¿qué diría?”). Se va a trabajar por la autorregulación emocional para poder afrontar los problemas.

Sesión 2.

Técnicas empleadas:

- *Psicoeducación:* Consiste en la aportación de información por parte del terapeuta al paciente, con el objetivo de que el paciente conozca los procesos por los que está pasando y poder afrontar dificultades posteriores. De esta manera puede aumentar sus fortalezas tomando conciencia de ellas (Tena, 2020).
- *Cuestionario Multimodal de Historia de Vida,* descrito anteriormente, para conocer los antecedentes de la paciente. Se le prescribe al final de sesión con la consigna de que lo cumplimente en casa en el tiempo que necesite (ya que es de respuestas abiertas).
- *Técnicas para trabajar la mentalización:* implica una postura del terapeuta respecto al paciente y la terapia. Desde el tratamiento basado en la mentalización (MBT) se trabaja, más allá de buscar la veracidad de lo que dice el paciente; colocarse desde la humildad del no saber, hacer preguntas concretas para indagar (¿Qué..?) en lugar de para pedir justificaciones (¿Por qué..?) (Bateman y Fonagy, 2018). De esta manera, la mentalización ayuda a la paciente a ordenar acontecimientos en la cronología de su biografía.

Los objetivos para hoy son plantear vínculo como lugar seguro (estando disponibles, psicoeducación, explorar, co-regular, aceptación incondicional, terapias anteriores, qué le funcionó y que no). Se

plantea trabajar desde el presente, no desde lo traumático (preguntarle cómo es un día suyo), trabajar el trauma desde el cuerpo.

En esta sesión, paciente cuenta que desde los 15 años se ha mantenido económicamente, trabajando y estudiando a la vez. Ha sido muy funcional a lo largo de la vida, llegando a realizar dos carreras universitarias simultáneamente y trabajando a la vez.

Sesión 3.

Técnicas empleadas:

- *Focusing*: se trata de una técnica y método a través del cual se identifican sensaciones corporales y se experimentan durante un cierto tiempo, para después describirlas a través de imágenes, palabras... Esta herramienta ayuda a poner en palabras aquellas sensaciones que pudieron pasar desapercibidas y supone conectar con los sentimientos sin que produzcan tanta angustia (López, 2018).

Los objetivos de hoy son explorar momentos de hipoactivación e hiperactivación de la paciente (ventana de tolerancia), para tener un registro, así como seguir trabajando el vínculo con preguntas como: *¿Qué fue lo positivo de otros procesos? ¿Qué era lo que te venía bien?* Se pretende trabajar dentro de la ventana de tolerancia para lograr el equilibrio emocional.

Valentina acude a sesión en pijama y muy abrigada. Ha traído el Cuestionario Multimodal de Historia de Vida cumplimentado; refiere que lo cumplimentó después de la última sesión, y que ha tenido problemas para recordar algunos momentos de su vida.

A propósito del cuestionario, relata eventos de violencia en su infancia de mucha gravedad, como agresiones y violaciones del padre hacia la madre y tratos vejatorios del padre hacia Valentina y su hermana, a lo que Valentina refiere que “a pesar de eso, tuve una infancia muy feliz”, lo que indica mucha disociación. Hablando sobre antiguas terapias, se emociona al hablar de una de sus terapeutas

que le ayudó mucho (“hay gente tan buena”). Refiere también que en las situaciones peligrosas se siente muy segura, sabe cómo actuar, sin embargo, el amor y la generosidad le confunden. También refiere que el miedo la enfada. La terapeuta enfatiza en que es Valentina la que tiene el poder de decisión en este proceso, y que es importante el autocuidado, que incluye también el no contar las cosas que no quiera contar.

Para calmar los nervios que siente al hablar de su situación económica (disparador de hiperactivación), se realiza un ejercicio de Focusing localizando la ansiedad que siente en su cuerpo y poniéndole forma y color. Gracias a la técnica, la paciente logra conectar con la respiración como forma de regulación dando cuenta de lo importante que es (“no me permito respirar”) y se le recomienda practicarlo estos días en momentos ansiosos. La terapeuta le envía también un vídeo para que visualice en casa y comience a familiarizarse con el concepto de ventana de tolerancia. Además, al final de cada sesión se abre un espacio para realizar a la paciente la pregunta: *¿qué dejas hoy aquí? ¿qué te llevas?* Para de esta forma darle cierta estructura.

Sesión 4.

Técnicas empleadas:

- *Psicoeducación sobre “Ventana de tolerancia emocional”.*

Los objetivos de hoy son explicar la ventana de tolerancia para que Valentina entienda cuáles son los disparadores que provocan ansiedad, calmar el SN y aportarle estructura y seguridad (qué dejas aquí?). La psicoeducación aportará autonomía a Valentina a través de la adquisición de información acerca de cómo funciona el trauma en su cuerpo. También podría ayudar a normalizar la vergüenza debido a las diversas partes disociativas presentes, así como a conocer que las defensas animales adquiridas sirvieron en su momento, pero que impiden la integración total del evento traumático (Van Der Hart et al., 2018). Así mismo, conocer la ventana le puede ayudar a empezar a detectar aquellos momentos en los que se siente más segura y conectada, para lograr más funcionalidad, objetivo muy

importante para ella. Durante la explicación, la terapeuta explica los síntomas de hiper e hipoactivación, y Valentina consigue identificar disparadores de hiperactivación, como la presencia de su madre.

De cara a próximas sesiones, le recomienda detectar aquellos disparadores que la sacan de la ventana; pedir ayuda si lo necesita, mantener las técnicas de respiración que la bajan de los estados de hiperactivación y mantener una buena alimentación, todo ello para lograr calmar el SN. También le envía un vídeo explicativo sobre la ventana de tolerancia emocional (Grupo Laberinto, 2021).

Hoy ha acudido a sesión de nuevo en pijama y muy abrigada, de hecho en ésta no se quita el abrigo. Menciona que ha estado practicando la respiración, lo cual le ha ayudado a disminuir la ansiedad. Verbaliza que los actos de generosidad le abruman y que no siente merecerlos.

Menciona que a los 23 años una terapeuta hizo EMDR sin avisarle, y estuvo desregulada durante 3 días, es por esto que la terapeuta enfatiza que si hay aspectos durante el proceso que la incomoden, que los puede hablar con confianza.

Sesión 5.

Técnicas empleadas:

- *Preguntas acerca del sueño, hábitos de alimentación.*
- *Paráfrasis:* Habilidad psicoterapéutica que consiste en repetir la idea expresada por el paciente (Habilidades de comunicación del psicólogo, 2021).
- *Reflejo:* Habilidad psicoterapéutica que combina paráfrasis y sentimiento/emoción del paciente (Habilidades de comunicación del psicólogo, 2021).

En esta sesión se evidencia una mejoría en el cuidado físico, puesto que Valentina acude con los labios pintados y con ropa de calle a consulta, remarcándose a la terapeuta y buscando su aprobación. Tampoco ha necesitado tomar calmantes esta semana.

Terapeuta y paciente ponen en común las anotaciones que Valentina ha tomado sobre su ventana de tolerancia y trae aspectos con los que se ha sentido identificada en el vídeo que se le recomendó ver. Refiere que tiene todos los síntomas que aparecen (ansiedad, rabia, tensión muscular, tics...). En el discurso, se observa a una Valentina muy conectada en el momento presente, tranquila y con mucho insight. La terapeuta le refuerza la importancia de mantener las funciones básicas de autocuidado (sueño, alimentación) para comenzar a abrir la ventana de tolerancia.

Sesión 6.

Técnicas empleadas:

- *Preguntas acerca de la funcionalidad.*
- *Genograma.*

En esta sesión se observa una mejoría en la paciente que acude a consulta con ropa de calle. También refiere una mejor alimentación.

Se elabora el genograma familiar para explorar infancia y etapa de adolescencia de la paciente, lo que permite a Valentina conectarse con la vulnerabilidad de su madre cuando conoció a su padre, así como el sufrimiento de sus abuelos que no podían protegerla a ella ni a su hermana mayor cuando se veían obligadas a irse con el padre los fines de semana.

Sesión 7.

Técnicas empleadas:

- *Genograma.*
- *Paráfrasis.*
- *Reflejos.*

Para esta sesión se pretende seguir explorando genograma familiar y si hubo alguna figura de referencia para evaluar el grado de desprotección de la paciente.

Valentina acude decaída, su discurso es lento. Cuenta que cenó unos días antes con unos amigos de su pareja. En dicha situación se sintió incómoda, juzgada, llegando a sentirse enferma físicamente, malestar que desapareció después de cancelar los planes sociales posteriores.

Contándole la situación a la terapeuta, ella va a haciendo preguntas (“¿Cómo te sentías? ¿Qué estaba pasando en ti mientras ocurría esa situación de juicio?”) Valentina cuenta que suele “caer mal” a las chicas, y relaciona esta situación con otra del pasado que fue un shock para ella. La terapeuta le propone volver a ese recuerdo relatándolo en tiempo presente. Consigue conectar con la emoción de la tristeza mientras relata una adolescencia dura y violenta, pero pronto menciona que hay una parte de ella que no le permite llorar por miedo a “abrir la caja de Pandora”. La terapeuta le devuelve la importancia de atender a ambas partes puesto que tienen mucho que decir y forman parte de ella. Se propone trabajar ambas partes en la siguiente sesión. “Deseo que se escuchen esas dos partes y escucharme a mí misma. Gracias a ti y esta conversación, he visto que esto que parece tan obvio no lo es, que vamos siempre en automático”.

Sesión 8.

Técnicas empleadas:

- *Doble silla:* Esta técnica gestáltica se debe al médico psiquiatra Fritz Perls, que consiste en crear diálogos con una persona ausente o polaridad. Se colocan dos sillas, una frente a la otra, y se crea un diálogo entre el paciente y la parte o persona imaginaria, hasta que el asunto o conflicto queda resuelto (Prettel, 2007).

Para esta sesión, se pretende contactar con las dos voces interiores que tiene Valentina y que se encuentran polarizadas. Mientras una de ellas necesita llorar y desahogarse, la otra quiere mantener

el control y no desbordarse emocionalmente. Valentina trae a sesión el tomar conciencia del sufrimiento que le implica convivir con dos partes aparentemente irreconciliables (“mi parte de superviviente no le ha permitido a la otra vivir ni sentir”).

Para lograr la integración y reconciliación de estas dos partes, se lleva a cabo una Doble Silla (ella las nombra la “parte sensible” y la “parte látigo”) mediante un diálogo entre ellas. En última instancia, la paciente realiza una reconciliación con ambas (“si te hubiera visto no habría sido tan dura”).

Gracias a la aplicación de la Doble Silla, se observa que el objetivo que tuvo la paciente a lo largo de su vida era no sufrir; ella eligió adoptar el rol “fuerte”, esa parte látigo, para poder sobrevivir al peligro disociándose de su parte más sensible, la que necesitaba mostrar sus emociones y expresar sus necesidades. Este ha sido su mecanismo de defensa que a día de hoy es el síntoma más limitante.

Sesión 9.

Técnicas empleadas:

- *Paráfrasis.*
- *Reflejos.*
- *Validar:* Técnica psicoterapéutica que implica dar una respuesta a las emociones expresadas por el paciente, otorgándoles validez y comprensión (Marín et al., 2020).

En esta sesión se observa de nuevo una mejoría en la paciente, que acude a consulta maquillada. Refiere que ha meditado, ejercicio que le ayuda mucho y refiere también mejoría en las actividades cotidianas (“me ha costado mucho menos hacer las cosas básicas”). Habla acerca de una situación que vivió al salir a cenar con su pareja, cuando hubo una pelea a la que ella acudió para ver qué pasaba. Esto le hace recordar a situaciones pasadas en las que vivió grandes peligros (tuvo 2 episodios de asalto). Mientras lo relata, la terapeuta realiza devoluciones y reflejos acerca de cómo actuó Valentina

en esas situaciones. La terapeuta trata de ayudarlo a diferenciar, en caso de haber un peligro, defenderse o ir a por él.

Sesión 10.

Técnicas empleadas:

- Validar.
- Línea de vida.

Para esta sesión se valora el hacer una pequeña devolución a Valentina, y explorar cómo la recibe. Se ha de hacer con mucha cautela debido a la gran disociación que tiene, pues no ha mencionado en ningún momento la palabra trauma, y el posible choque que le podría causar tomar consciencia de que lo ha sufrido.

Valentina menciona al comienzo que desde la última sesión se siente nerviosa; y es que tomó conciencia de la parte reactiva que tiene que aparece cuando percibe agresividad en los demás (“esa ira me ha venido bien en muchos momentos, pero ya no quiero que mi agresividad se traslade a otras situaciones que no tienen importancia y realmente me gustaría aprender otra manera”). En esta sesión relata una parte de su historia que siempre oculta, y hoy se siente con fuerzas para manifestarlo, conectando con la emoción del miedo y la tristeza. Además, toma conciencia de que su infancia no fue feliz, pero hasta ahora había creído que sí. También refiere utilizar sus recursos ante la hiperactivación (meditación, respiración, dialogar con sus dos partes).

La terapeuta le hace una pequeña devolución de lo que se ha explorado hasta ahora, haciendo explícito que las situaciones que vivió superaron a los recursos que tenía para afrontarlas, con lo cual se fragmentaron, y cada vez que algo las activa, se dispara de nuevo su sistema de alarma. También le avisa de que su energía va a ir en aumento y que hay que tener presentes los recursos para

encaminarla de forma funcional para estar preparada para el proceso. Se evalúa el autocuidado (alimentación, sueño...).

Le recomienda escuchar unos audios para la estimulación bilateral cerebral, y de los que hablarán en la próxima sesión para ver si le funcionan.

Sesión 11.

Técnicas empleadas:

- *Validar.*
- *Psicoeducación emocional.*

Valentina acude a esta sesión por primera vez sin gorro, el cual nunca se quitaba (se hipotetiza que es debido a la alopecia que sufrió), y con ropa de calle. Comenta que viene con mucha ansiedad y una hiperactivación que no sabe cómo manejar (“me ha ido haciendo ilusión arreglarme y la ilusión me da energía”). La terapeuta utiliza la psicoeducación para explicarle que es esperable que ocurra este aumento de energía debido a su estrecha ventana de tolerancia, y los disparadores que la hacen salir de ella como es, en este caso, debido a una oferta de trabajo que le propuso un antiguo compañero.

Por otro lado, relata también que ha sido capaz de expresar una negativa ante un plan que no le apetecía hacer, identificando las dos voces interiores (parte “látigo” y parte “sensible”), gracias a lo cual discernió y dijo que no, con lo que sintió alivio. La terapeuta aplaude esto y hablan de lo beneficioso de actuar desde la coherencia, a la que alude más tarde para que ayude a Valentina a tomar una decisión en cuanto a la nueva oferta de trabajo, y cómo se encuentra en este momento vital para afrontar de nuevo una situación tan exigente. La sesión termina con el profundo agradecimiento de Valentina hacia la terapeuta por haberle dado las técnicas necesarias para lograr el poder de conectar consigo misma y tomar decisiones coherentes a lo que siente.

4.3. Seguimiento del tratamiento

Este proceso terapéutico requiere de un gran trabajo con la paciente, y se prevé que sea un largo recorrido con ella puesto que implica generar, en primer lugar, un esquema de apego seguro, es decir, modificar la forma en que la paciente concibe y se relaciona con el mundo.

En este trabajo se recoge el principio de dicha intervención, la cual consiste en evaluar el caso y generar el vínculo terapéutico que facilite el trabajo posterior. Más adelante, cuando la paciente haya adquirido las herramientas necesarias y la capacidad de funcionamiento en su vida cotidiana, estará capacitada para poder conectar con los eventos traumáticos y posteriormente integrarlos a su biografía.

A la hora de determinar el pronóstico de la paciente, se tendrán en cuenta numerosas variables como, por ejemplo, el nivel de gravedad de los abusos sufridos y la duración, la comorbilidad con otros trastornos, el nivel de insight, motivación y mentalización, o el nivel de conflicto de sus partes disociativas (Van Der Hart et al., 2018). La mentalización es un proceso psicológico que implica la capacidad de atribuir estados mentales a otras personas, sin saber discernir entre la realidad externa y la interna. Esta función se adquiere a través de las figuras de apego en la infancia, y se ha demostrado que suele estar colapsada en personas con trauma (Rico et al., 2019).

Por un lado, la paciente cuenta con una gran capacidad de hablar acerca de sus emociones y pensamientos, así como la capacidad de hacer razonamientos y por lo tanto insights; gracias a sus ejercicios de meditación y autoconocimiento; también esto le ayuda a entrar mejor en las dinámicas que implican ejercicios simbólicos, como la Doble Silla en la que pudo detectar sus dos partes disociadas e incluso mantener un diálogo reparador con ellas. Esta gran inteligencia de la paciente es bastante notable desde un principio y facilita el proceso terapéutico y la fase de adquisición de herramientas. De hecho, ha sabido buscar recursos desde que era adolescente (a los 15 años se fue de casa) y aunque se puso en riesgo numerosas veces, pudo funcionar muy bien tanto en sus trabajos como en lo académico (estudió dos carreras a la vez mientras trabajaba).

Sin embargo, hay factores importantes relacionados con el pronóstico que juegan en su contra como, por ejemplo, el convivir a día de hoy con su madre, la cual fue abusiva con ella y no le proporcionó cuidados y amor. La madre supone un disparador que hay que tener en cuenta a la hora de la intervención, puesto que puede desestabilizarla. Por otro lado influye también la precocidad de las experiencias traumáticas, en un período tan crítico como es la infancia, y la permanencia de los eventos hasta la adolescencia (por parte de los padres) y en la edad adulta (por parte de otros agresores).

5. Valoración del tratamiento

La valoración de tratamiento tras las sesiones llevadas a cabo con Valentina es muy positiva. En primer lugar, se ha observado una mejoría en la apariencia física de la paciente, la cual acudía a consulta en un primer momento con ropa de pijama, y fue cambiando su vestimenta a ropa de calle, incluso utilizó maquillaje en alguna ocasión. Estas conductas de cuidado de la imagen se tuvieron en cuenta como variables de una mejora de la funcionalidad, refiriendo ella misma: “Me ha ido haciendo ilusión arreglarme, y la ilusión me da energía”.

En las once sesiones registradas en este trabajo, que fue desde la primera sesión de la paciente hasta la decimoprimer, la adherencia fue total. Se consiguió lograr un espacio seguro y un vínculo terapéutico sano y reparador que fue visible en numerosas ocasiones por la paciente con expresiones como: “me emociona tanto tu generosidad” así como grandes muestras de afecto: Valentina le daba abrazos a la terapeuta al final de las sesiones, que le provocaban llanto de emoción, y en otras ocasiones le trajo regalos.

Por otro lado, técnicas como el Focusing ayudaron a Valentina a reconectar con sus propias necesidades, prestando una mayor atención a las señales que su cuerpo le enviaba (malestar físico en situaciones que le hacían sentir incómoda o agredida). Este es un paso muy importante en el proceso de Valentina, puesto que comienza a aprender a detectar situaciones estresantes que antes la

pudieron exponer a potenciales peligros, y de esta manera comienza a cuidar de sí misma. De hecho, tras realizar en una sesión la técnica de “la doble silla”, ella misma verbaliza: “te metiste en situaciones de peligro máximo” y se hablaba a sí misma de la siguiente manera: “...que me escuche más, atender su energía... Me gustaría que escucharas más a esta parte que te avisa”. Esto fue potenciado gracias a las preguntas de la terapeuta acerca de la funcionalidad cotidiana: “¿Cómo has dormido hoy?”, “¿Has hecho la compra?”.

De la misma manera, hay que tener presente que debido a los pocos ingresos que obtiene Valentina, no puede pagar el agua caliente, por lo que hubo que hacer énfasis en la importancia del autocuidado en el día a día, para que ella fuera tomando conciencia y otorgara la suficiente importancia a esta cuestión.

Por otro lado, el gran vínculo terapéutico que se forjó entre la paciente y la terapeuta, la ayudó a reestructurar su forma de concebir las relaciones, las cuales podían ofrecerle seguridad y cariño, en contraposición a sus primeras relaciones en la infancia que le produjeron desconfianza y miedo, reparando ligeramente el apego. También se observó que la paciente sentía que la terapia suponía un espacio seguro para ella, y un ejemplo de ello fue que en sesión nunca sintió necesidad de ir al baño, a pesar de su falta de control de esfínteres.

La adherencia al tratamiento fue evidente; puesto que la paciente no faltó a ninguna de las sesiones, refiriendo incluso en algunas ocasiones los efectos positivos que sentía al venir a terapia: “Me siento acompañada y escuchada”. El nivel de entrega fue muy elevado.

Es en el Cuestionario Multimodal de Historia de vida donde se encontraron numerosos síntomas físicos y psicológicos desde el año 2012 a la actualidad: hipoacusia, problemas respiratorios como asma, depresión, ansiedad, ceguera, pérdidas de memoria... Estos síntomas coinciden con aquellos que sufren las personas con trauma, y que no tienen una base orgánica específica como, según Van der Kolk (2015): “diarrea, dolores crónicos de espalda y de nuca, fibromialgia, migrañas, problemas

digestivos, colon espástico o síndrome del intestino irritable, fatiga crónica y ciertas formas de asma”.

Este cuestionario ayudó notablemente a valorar el trauma complejo y un posible trastorno disociativo.

Además, enumera ciertos síntomas propios de trauma complejo como reacciones impulsivas, conducta agresiva, evitación fóbica, tics e intentos de suicidio; y aquellas situaciones que disparan estos síntomas, como ver a su madre bebiendo, actos de injusticia, o sentir que invaden su espacio.

Estas situaciones se consideran disparadores de la ventana de tolerancia emocional.

6. Discusión y conclusiones

Este trabajo recoge el comienzo de un proceso terapéutico de trauma complejo abordado desde un enfoque integrador y de corte sistémico, abordando el caso desde una perspectiva lo suficientemente amplia como para comprender tanto el origen del problema como la sintomatología y secuelas desarrolladas por la paciente en la actualidad. El enfoque integrador dio cuenta de la parte más clínica y la neurobiológica.

La mirada sistémica, por otro lado, permitió comprender la cuestión relacional del problema, que es la esencia del trauma complejo (o trauma relacional) y aparece de forma transversal en la sintomatología, según recoge el estudio de Martínez y Casares (2016). El estudiar el componente relacional dio cuenta de cómo el contexto en el que vivió la paciente, propició el desarrollo de una gran cantidad de desajustes tanto físicos como emocionales. Aquí se observa el gran impacto que tiene la mirada de los demás en nosotros, pues somos seres sociales en constante interacción. Gracias al principio de *totalidad* de Von Bertalanffy (1976), se pudo explicar el “si no me miran, no existo”, pues el sistema, en este caso la familia de Valentina, es más que la suma de sus partes, y ella necesitó de la relación y reconocimiento de sus padres de niña. Gracias al enfoque sistémico, también se pudo ver a una Valentina carente de habilidades para poner límites y de sentirse una persona con derecho a ser tratada de forma amable y amorosa, de hecho, pequeños gestos de generosidad provocaban en

ella desconcierto y posterior emoción y llanto, como si fuera algo imposible de concebir en sus modelos relacionales.

Por otro lado, los síntomas disociativos se comprendieron desde la mirada sistémica como partes diferenciadas y diferentes yo's, tal como señalaban Van der Hart, et al. (2018) y que formaban parte de un todo que era ella misma, que comenzó a localizar e integrar. La unión de todas estas partes a través del trabajo terapéutico sistémico implicaría una integración en una personalidad fragmentada y disociada y la incapacidad de dar explicación y orden a los recuerdos traumáticos del pasado. En esta línea es previsible que, en un futuro, incluso relacione una de estas dos partes, la más agresiva y maltratadora, con su padre.

Se pudo dar explicación a la experiencia, tanto interna como externa de la paciente derivada del apego que desarrolló, en este caso, el apego desorganizado gracias a la clasificación de Bowlby y Ainsworth (1991). Las experiencias de maltrato y negligencia por parte de sus progenitores, generó internamente en la psique de la paciente una serie de ideas y creencias con respecto al mundo y su seguridad. La paciente experimentó amenaza de sus principales cuidadores, aprendiendo que el mundo es hostil y causa dolor, arrebatándole la posibilidad de adquirir las primeras habilidades de exploración y aprendizaje. De hecho, ocurre todo lo contrario, la paciente adoptó un modo de ajustarse a su realidad estando híper alerta en todo momento, y con la necesidad de máximo control constante. Esto generó una fuerte disociación en la paciente, como respuesta defensiva ante la dureza de sus vivencias. Como se observó aquí, la disociación se volvió el elemento crucial del trauma, como ya señalaba Van Der Kolk (2015), la cual le permitió ser relativamente funcional hasta el momento en el que su cuerpo colapsa.

El trauma complejo estuvo vinculado a su forma de tener y concebir las relaciones con los demás, en las que, a la menor señal de ataque o agresividad, la paciente tomaba parte como soldado en un campo de batalla. Gracias a los aportes de Van Der Kolk (2015), se pudo observar esto se debía también al desarrollo disfuncional de su sistema nervioso autónomo, el cual, al estar en constante

activación, no lograba discernir qué situaciones eran de riesgo y cuáles no. La hiperactivación e hipoactivación del sistema de alarma provocaba salidas y entradas constantes de la ventana de tolerancia emocional, fluctuando de forma crónica entre estados de hiperactividad y estrés, a otros de colapso y parálisis, tal y como señalaban los autores Ogden et al. (2006). Así, su cuerpo somatizó estos drásticos cambios en su sistema nervioso, en forma de síntomas físicos, como los dolores de espalda frecuentes, la ansiedad, el asma, o la incontinencia de esfínteres; cuyas causas orgánicas fueron descartadas.

Se pretendió abarcar, en primer lugar, las áreas más básicas de la vida de la paciente. Cabe mencionar aquí que, cuando se está hablando de trauma relacional o complejo, no es recomendable abordar de forma directa a través de una exposición, como es en el caso del TEPT, sino que se debe lograr la funcionalidad del paciente en sus áreas básicas de autocuidado, como afirmaba Van der Kolk (2015), junto con la adquisición de técnicas y herramientas que le permitan sostener el trabajo posterior de asimilación de los eventos traumáticos más adelante (Van der Hart et al., 2018). En este trabajo se recoge un total de 11 sesiones, las cuales se basaron en una evaluación del trauma complejo de la paciente y en una intervención que comienza desde la primera sesión.

Por último, desde el enfoque cognitivo-conductual, se operativizaron las conductas problema de la paciente, así como explicar de dónde provenían (antecedentes), como los mantenedores del problema, y los factores protectores, los cuales se tuvieron presentes para mantener arropada a la paciente también fuera de sesión. Todo ello quedó recogido en un análisis funcional que permitió sintetizar toda esta información. De la misma manera, el uso de técnicas de esta misma corriente fue muy provechoso para el proceso, desde la gran información que se obtuvo en el Cuestionario Multimodal de Historia de Vida (Lazarus, 1991), hasta técnicas ya mencionadas como el Focusing, que resultaron efectivas.

Las dificultades encontradas en este trabajo fueron, en primer lugar, el tiempo disponible para plasmar el proceso terapéutico. Debido al escaso número de sesiones que se pudieron recoger, pues

este proceso se encuentra actualmente en activo, queda todo un recorrido con el que la terapeuta todavía puede trabajar con Valentina, y poder contrastar el trabajo en su totalidad. Es por esto que la valoración de los resultados puede no ser del todo significativa, teniendo presente la complejidad del caso y la esperable duración del mismo en el tiempo. Además de eso, el tiempo durante el que se recogió la información necesaria para este trabajo, no fue suficiente para evaluar y diagnosticar claramente un trastorno disociativo *per se*, el cual se propuso como una posible explicación a la sintomatología presentada por Valentina.

El abordaje psicoterapéutico del trauma complejo implica toda una serie de dificultades no sólo a la hora de evaluarlo, sino también de cara a la intervención, dada su influencia biopsicosocial, como ya mencionaban Martínez y Casares (2016). Es por esto que, en ocasiones, es difícil delimitar qué es causado por el trauma y qué no, y conocer hasta qué punto los síntomas del paciente pueden ser explicados por el mismo. A pesar de que el CIE-11 mostraba una gran claridad a la hora de diagnosticarlo, todavía importantes manuales de diagnóstico como es el DSM-V carecen de unos parámetros claros y precisos que ayuden al diagnóstico de este trastorno, y que puedan ayudar a otros clínicos a detectarlo.

7. Referencias

- Ainsworth, M. D. S., & Bowlby, J. (1991). An Ethological Approach to Personality Development. *American Psychologist*, 46, 333-341. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.333>
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Editorial Médica Panamericana.
- Bartholomew, K. y Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2018). Tratamiento basado en la mentalización. *Aperturas psicoanalíticas*, 59. <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=1039>
- Bermejo, M. (Ed.). (2019). *Manual de Psicoterapia Emocional Sistémica*. Editorial Sentir.
- Bowlby, J. (1949). The Study and Reduction of Group Tensions in the Family. *Human Relations*, 2(2), 123–128. <https://doi.org/10.1177/001872674900200203>
- Bowlby, J. Una base segura. Aplicaciones técnicas de una teoría del apego (1989). Paidós.
- Brand, B., & Lowenstein, R. (2014). Does phasic trauma treatment make patients with dissociative identity disorder treatment more dissociative? *Journal of Trauma and Dissociation*, 15(2), 52-65.
- Bulacio, J.M., Vieyra, M.C., Álvarez, D.C. y Benatuil, D. (2004). El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. In *XI Jornadas de Investigación*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Camps-Pons, S., Castillo-Garayoa, J. y Cifre, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y Salud*. 25. 67–74. 10.5093/cl2014a6

Chacón, R. (2021). *Acompañamiento familiar sistémico. Sanar el pasado para liberarse del futuro.*

Salud y vida natural integral. <https://www.larevistaintegral.net/acompanamiento-familiar-sistemico-sanar-el-pasado-para-liberarse-al-futuro/>

Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European journal of psychotraumatology*, 4(1), 20706.

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Kliethermes, M., & Murray, L. A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse & Neglect*, 36(6), 528-541.

Cruz, M. (2019). *Eficacia de la terapia desensibilización y el reprocesamiento de los movimientos oculares para la disminución de los síntomas en pacientes con trastorno de estrés postraumático* [Trabajo académico, Universidad Privada Norbert Wiener]. Archivo digital. https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/3482/T061_06515037_S.pdf?sequence=1

Dent, V. (2021). Cuando el cuerpo lleva la cuenta: algunas implicaciones de la teoría y la práctica del trauma para el trabajo psicoanalítico. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, (67), 6.

Fernández-Ballesteros, R. (2013). Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudios de caso. Pirámide.

Fittipaldi, S., Pérez, M., Colombo, M. C., Donatti, S., Rosales, M., Martini, S., & Garay, C. J. (2013). Tratamiento combinado para el trastorno por estrés postraumático: una revisión sobre su eficacia. In *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Grupo Laberinto: Psicoterapia para la salud. (2021, 8 de noviembre). *La ventana de tolerancia emocional*. [Video].YouTube.

Guerra, C., & Barrera, P. (2017). Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. *Revista de psicología (Santiago)*, 26(2), 16-28.

Gupta, M. A. (2013). Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *International review of psychiatry*, 25(1), 86-99.

Habilidades de comunicación del psicólogo. (2021). En D. Manos (Comp.), *Entrenamiento en Habilidades del Psicólogo de la Salud*. Universidad Europea.

Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*, 5(3), 377-391.

Hershler, A. (2021). Window of tolerance. En Hershler, A., Hughes, L., Nguyen, P. & Wall, S. (Ed.), *Looking at trauma: A tool kit for clinicians* (pp. 25-28). Pennsylvania State University Press.

Jarero, I., Roque-López, S., & Gómez, J. (2014). Primer estudio de investigación de la aplicación del protocolo grupal e integrativo con EMDR a niños víctimas de violencia interpersonal severa. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(4), 143E-155E.

Kertész, R. (2005). El enfoque Multimodal y las escuelas de psicoterapia. *Revista IIPSI*, 8(2), 113-127.

La relación terapéutica. (2021). En D. Manos (Comp.), *Entrenamiento en Habilidades del Psicólogo de la Salud*. Universidad Europea.

Lazarus, A. (1991). Cuestionario Multimodal de Historia de Vida. *Research Press Company*.

López, A. (2018). Psicoterapia experiencial orientada al focusing: una visión general. *Revista de psicoterapia*, 29(110), 241-256.

Luciano, M. C., y Valdivia, M. S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27, 79-91.

Marín, J. L. (2014, marzo). Trauma y trastornos psicósomáticos [conferencia]. *Hacia una nueva conceptualización del trauma*, Madrid, España.

https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/TRAUMA%2520Y%2520TRASTORNOS%2520PSICOSOMATICOS_COP_14.pdf&ved=2ahUKEwiDouPxxqn9AhUGhf0HHWxFAM8QFnoECAsQAQ&usg=AOvVaw0iu95RjXjU-i4BhnYOhUm

Marín, M., Ortiz, C. y Kanter, J. (2020). Modelo conductual-contextual de las relaciones íntimas: aplicabilidad en psicoterapia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 20(3), 373-394.

Martínez, I. N., y Casares, M. C. L. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica Contemporánea*, 7(2), 87-104.

Ministerio de derechos sociales y agenda 2030. (2021). *Infancia vulnerable*. Infancia en datos. <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/portal/infancia-en-datos/indicadores.htm?sector=5&clase=24&indicador=37#sector>

Morales, D. (2018). Desafíos en Psicoterapia: Trauma, apego y disociación. *Avances en Psicología*, 26(2), 135-144.

Ogden, P., Minton, K., y Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy (norton series on interpersonal neurobiology)*. WW Norton & Company.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022, 19 de septiembre). Maltrato infantil. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022, 29 de noviembre). Violencia contra los niños.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11)*. <https://icd.who.int/browse11>.

Prettel, O. (2007). Técnica de la silla vacía. *Centro de orientación y Desarrollo Humano*.

<http://prettel.files.wordpress.com/2007/03/la-sillavacia.pdf>.

Rico, A., Gracia, M. y Merinero, L. (2019, del 1 al 12 abril). Desarrollo emocional en menores víctimas de maltrato [conferencia]. *XX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental*. *Interpsiquis*. https://www.researchgate.net/profile/Gustavo-Lanza-Castelli/publication/216541366_Mentalizacion_aspectos_teoricos_y_clinicos/links/06cc6c77e1a65ce83f3cba1a/Mentalizacion-aspectos-teoricos-y-clinicos.pdf

https://www.researchgate.net/profile/Gustavo-Lanza-Castelli/publication/216541366_Mentalizacion_aspectos_teoricos_y_clinicos/links/06cc6c77e1a65ce83f3cba1a/Mentalizacion-aspectos-teoricos-y-clinicos.pdf

Tena, F. J. (2020). Psicoeducación y salud mental. *Revista científicosanitaria*, 4(3), 36-45.

Torres, E. (2019). Recorrido de la terapia familiar sistémica. En Bermejo, M. (Ed.), *Manual de Psicoterapia Emocional Sistémica* (pp.19-40). Sentir Editorial.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *El yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Desclée de Brower.

Van der Hart, O., Steele, K. y Boon, S. (2018). *El tratamiento de la disociación relacionada con el trauma. Un enfoque integrador y práctico*. Desclée de Brower.


Van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Eleftheria.

Vinués-Ortega, J. y Haynes, S. (2005). Functional analysis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 567-587.

Von Bertalanffy, L. (1976). *Teoría general de los sistemas*. Editorial Fondo de Cultura Económica.

8. ANEXOS

Anexo I. Modelo de Primera Entrevista Informativa (Psicólogos Pozuelo)


Centro de
Psicología Pozuelo

ENTREVISTA INFORMATIVA DEPARTAMENTO DE ADULTOS PAREJA Y FAMILIA

Nº Historia:
Nombre:
Edad:
Ocupación:
Cómo nos ha conocido:
Fecha de alta:
Fecha de baja:

GENOGRAMA

Motivo de Consulta:

Desencadenante de la situación actual ¿por qué ahora? inicio/desencadenante/evolución

Soluciones intentadas

Pregunta Mágica y objetivos del tratamiento

Compromiso ¿Qué estoy dispuesto a hacer?

Medicación/antecedentes de enfermedad mental

Observaciones del profesional

Apéndice 1

Cuestionario Multimodal de Historia de Vida

El objetivo de este inventario es recoger un panorama completo de sus antecedentes. En psicoterapia, los archivos son necesarios ya que permiten dar un trato más adecuado a cada problema. Completando estas preguntas con toda la sinceridad y exactitud que pueda, usted facilitará su programa terapéutico. Se le invita a responder a estas preguntas rutinarias en su tiempo libre sin hacer uso, para ello, del tiempo real de consulta (puede usar hojas blancas adicionales para responder a algunas de las cuestiones).

Es comprensible que usted quiera ser informado sobre el uso dado a esta información porque toda o gran parte de la misma es muy personal. Nuestro archivo de historias personales es estrictamente confidencial. **ESTÁ TERMINANTEMENTE PROHIBIDO QUE TERCERAS PERSONAS CONOZCAN ESTE INFORME SIN SU PERMISO.** Si no desea responder a alguna pregunta, simplemente escriba: "No deseo responder".

Segunda edición, 1991

Primera edición, 1980, publicada como Cuestionario Multimodal de Historia de Vida

Copyright © 1991 Arnold A. Lazarus y Clifford N. Lazarus

Reservados todos los derechos. Impreso en los Estados Unidos de América.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de este cuestionario sin la autorización escrita del editor.

Research Press

2612 North Mattis Avenue
Champaign, Illinois 61821

136

EL ENFOQUE MULTIMODAL

INFORMACION GENERAL

Fecha: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: (de día) _____ (de noche) _____

Edad: _____ Ocupación: _____ Sexo: M H

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____ Religión: _____

Altura: _____ Peso: _____ ¿Fluctúa su peso? Sí No En caso afirmativo, ¿Cuánto? _____¿Acude regularmente a un médico de cabecera? Sí No

Nombre de su médico: _____ Teléfono: _____

¿Quién le ha enviado a esta consulta?: _____

Estado civil (seleccione una): Soltera/o Comprometida/o Casada/o Separada/o
 Divorciada/o Viuda/o Vive con alguien Vuelto a casarVive en: Casa Habitación Apartamento Otros: _____¿Con quién vive? (Seleccione el que corresponda): Sola/o Progenitores Cónyuge
 Compañera/o de habitación Niña/os Amigo(s) Otros (especifique):

¿Qué tipo de empleo desarrolla en el momento? _____

¿Le satisface su empleo actual? Sí No

En caso negativo, explique las razones: _____

¿Qué tipo de empleos ha ejecutado en el pasado? _____

¿Ha estado en terapia alguna otra vez o ha recibido algún tipo de asistencia profesional para sus problemas? Sí No¿Ha estado internado alguna vez por problemas psicológicos/psiquiátricos? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde? _____

¿Ha intentado suicidarse alguna vez? Sí No

¿Padece algún miembro de su familia algún trastorno emocional o mental? Sí No¿Ha intentado suicidarse o ha cometido suicidio algún familiar suyo? Sí No

HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

Padre: Nombre: _____ Edad: _____
Ocupación: _____ Salud: _____
Si fallecido, edad y fecha de defunción: — ¿Qué edad tenía usted en ese momento? —
Causa de muerte: _____

Madre: Nombre: _____ Edad: _____
Ocupación: _____ Salud: _____
Si fallecida, edad y fecha de defunción: — ¿Qué edad tenía usted en ese momento? —
Causa de muerte: _____

Hermanos: Edad(es) de hermano(s): _____ Edad(es) de hermana(s): _____
Algún detalle significativo sobre los hermanos/as: _____

Si no fue criado por sus progenitores, ¿quién se encargó de su crianza y durante cuántos años?:

Describa la personalidad de su padre (o sustituto del mismo) y su actitud hacia usted (pasada y presente): _____

Describa la personalidad de su madre (o sustituta de la misma) y su actitud hacia usted (pasada y presente): _____

138

EL ENFOQUE MULTIMODAL

¿De qué forma le castigaron o impusieron disciplina sus progenitores? _____

Describa una impresión de la atmósfera de su casa (el hogar en el que creció). Mencione el grado de compatibilidad entre sus progenitores y entre los hijos/as. _____

¿Podía confiar en sus progenitores? Sí No

¿Se sintió básicamente querido y respetado por sus progenitores? Sí No

Si alguno de sus progenitores volvió a casarse, ¿cuál era su edad cuando se produjo este nuevo matrimonio?:

¿Ha interferido alguien (progenitores, familiares, amigos) en su matrimonio, ocupación, etc.?
 Sí No

En caso afirmativo, descríballo brevemente: _____

Puntos fuertes en sus estudios: _____

Puntos débiles en sus estudios: _____

¿Cuál fue el último curso que completó (o título)? _____

Señale cuáles de las siguientes características pueden aplicarse a su infancia/adolescencia:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Infancia feliz | <input type="checkbox"/> No tuvo suficientes amigos | <input type="checkbox"/> Abusos sexuales |
| <input type="checkbox"/> Infancia desdichada | <input type="checkbox"/> Problemas escolares | <input type="checkbox"/> Severamente maltratado |
| <input type="checkbox"/> Problemas emocionales/
conductuales | <input type="checkbox"/> Problemas económicos | <input type="checkbox"/> Trastornos de alimentación |
| <input type="checkbox"/> Problemas legales | <input type="checkbox"/> Convicciones religiosas estrictas | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Muerte en la familia | <input type="checkbox"/> Consumo de drogas | _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas de salud | <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ignorada/o | <input type="checkbox"/> Severamente castigado | _____ |

DESCRIPCIÓN DE LOS PROBLEMAS PRESENTES

Exponga en sus propias palabras la naturaleza de su principal problema: _____

En la siguiente escala, sírvase estimar la gravedad de su problema(s):

___ Levemente molesto ___ Moderadamente molesto ___ Muy grave
___ Extremadamente grave. ___ Totalmente incapacitante

¿Cuándo empezó a sentir el problema? _____

¿Qué parece empeorar su problema? _____

¿Qué ha probado que haya sido de utilidad? _____

¿Cuán satisfecho se siente con su vida en general durante estos días?

Nada satisfecho 1 2 3 4 5 6 7 Muy satisfecho

¿Cómo valoraría su nivel general de tensión durante el mes pasado?

Relajado 1 2 3 4 5 6 7 Tenso

EXPECTATIVAS SOBRE LA TERAPIA

En pocas palabras, ¿cómo cree que va a transcurrir esta terapia? _____

¿Qué duración cree que debería tener la terapia? _____

¿Qué cualidades personales cree que debe tener el terapeuta ideal? _____

ANÁLISIS MODAL DE LOS PROBLEMAS ACTUALES

La sección siguiente está diseñada para ayudarle a describir sus problemas actuales con mayor detalle y a identificar los problemas que de otro modo pudieran pasar desapercibidos. Esto nos permitirá diseñar un programa terapéutico adecuado y confeccionarlo a la medida de sus necesidades específicas. La siguiente sección está organizada sobre la base de siete modalidades de Conducta, Sentimientos, Sensaciones Físicas, Imágenes, Pensamientos, Relaciones Interpersonales y Factores Biológicos.

CONDUCTAS

Señale entre las siguientes conductas las que puedan atribuirse a usted:

- | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Comer en exceso | <input type="checkbox"/> Intentos de suicidio | <input type="checkbox"/> No poder conservar el trabajo | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Consumo de drogas | <input type="checkbox"/> Compulsiones | | _____ |
| <input type="checkbox"/> Poca asertividad | <input type="checkbox"/> Fumar | <input type="checkbox"/> Insomnio | _____ |
| <input type="checkbox"/> Conductas extrañas | <input type="checkbox"/> Alejarse | <input type="checkbox"/> Arriesgarse excesivamente | |
| <input type="checkbox"/> Beber en exceso | <input type="checkbox"/> Tics neuróticos | <input type="checkbox"/> Haraganear | |
| <input type="checkbox"/> Trabajar en exceso | <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse | <input type="checkbox"/> Problemas de alimentación | |
| <input type="checkbox"/> Falta de resolución | <input type="checkbox"/> Problemas de sueño | <input type="checkbox"/> Conductas agresivas | |
| <input type="checkbox"/> Reacciones impulsivas | <input type="checkbox"/> Fobias | <input type="checkbox"/> Lamentos | |
| <input type="checkbox"/> Descontrol emocional | <input type="checkbox"/> Gastar demasiado dinero | <input type="checkbox"/> Estallidos de ira | |

¿De qué habilidades o talentos propios se siente orgulloso/a? _____

¿Qué le gustaría empezar a hacer? _____

¿Qué le gustaría dejar de hacer? _____

¿Cómo usa su tiempo libre? _____

¿Qué tipo de hobbies o actividades de tiempo libre le gusta realizar o encuentra relajantes? _____

¿Encuentra dificultades para relajarse o disfrutar de los fines de semana y de las vacaciones?

Sí No

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

Si pudiera ver realizados dos deseos, ¿qué pediría? _____

SENTIMIENTOS

Señale cualquiera de los siguientes sentimientos que, con frecuencia, puedan aplicarse a usted:

- | | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Enojado | <input type="checkbox"/> Temeroso | <input type="checkbox"/> Feliz | <input type="checkbox"/> Esperanzado | <input type="checkbox"/> Aburrido | <input type="checkbox"/> Optimista |
| <input type="checkbox"/> Enfadado | <input type="checkbox"/> Con pánico | <input type="checkbox"/> Con conflictos | <input type="checkbox"/> Inútil | <input type="checkbox"/> Inquieto | <input type="checkbox"/> Tenso |
| <input type="checkbox"/> Triste | <input type="checkbox"/> Energético | <input type="checkbox"/> Arrepentido | <input type="checkbox"/> Relajado | <input type="checkbox"/> Solitario | <input type="checkbox"/> Otros: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Deprimido | <input type="checkbox"/> Envidioso | <input type="checkbox"/> Resentido | <input type="checkbox"/> Celoso | <input type="checkbox"/> Satisfecho | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Ansioso | <input type="checkbox"/> Culpable | <input type="checkbox"/> Desesperanzado | <input type="checkbox"/> Desdichado | <input type="checkbox"/> Excitado | <input type="text"/> |

Anote los cinco motivos de miedo que siente:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

¿Qué sentimientos positivos ha experimentado recientemente? _____

¿En qué circunstancias es más propenso a controlar sus sentimientos? _____

Describa las situaciones que le hacen sentir calma y relajación: _____

SENSACIONES FÍSICAS

Señale cualquiera de las siguientes sensaciones físicas que, con frecuencia, puedan atribuirse a usted:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Incapaz de relajarse | <input type="checkbox"/> Temblores | <input type="checkbox"/> Dolor torácico |
| <input type="checkbox"/> Dolor o molestias al orinar | <input type="checkbox"/> Problemas de estómago | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Le disgusta que le toquen |
| <input type="checkbox"/> Dificultades menstruales | <input type="checkbox"/> Hormigueos | <input type="checkbox"/> Oye cosas | <input type="checkbox"/> Amnesias |
| <input type="checkbox"/> Jaquecas | <input type="checkbox"/> Atontamiento | <input type="checkbox"/> Ojos llorosos | <input type="checkbox"/> Sudoración excesiva |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Trastornos intestinales | <input type="checkbox"/> Rubor | <input type="checkbox"/> Trastornos de la visión |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Tics | <input type="checkbox"/> Nauseas | <input type="checkbox"/> Problemas de oído |
| <input type="checkbox"/> Espasmos musculares | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Problemas cutáneos | <input type="checkbox"/> Otros: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Tensión | <input type="checkbox"/> Inquietud | <input type="checkbox"/> Boca reseca | |
| <input type="checkbox"/> Trastornos sexuales | <input type="checkbox"/> Lumbalgias | <input type="checkbox"/> Escozor o picor en la piel | |

142

EL ENFOQUE MULTIMODAL

¿Qué sensaciones son?:

Agradables para usted _____

Desagradables para usted _____

IMÁGENES

Señale cualquiera de los siguientes aspectos que puedan aplicarse a usted:

- Me imagino:**
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Siendo feliz | <input type="checkbox"/> Siendo perseguido | <input type="checkbox"/> Fracasando |
| <input type="checkbox"/> Siendo lastimado | <input type="checkbox"/> Que hablan de mí | <input type="checkbox"/> Siendo acorralado |
| <input type="checkbox"/> No pudiendo arreglarme | <input type="checkbox"/> Siendo agresivo | <input type="checkbox"/> Siendo motivo de risa |
| <input type="checkbox"/> Teniendo éxito | <input type="checkbox"/> Estando indefenso | <input type="checkbox"/> Siendo promiscuo |
| <input type="checkbox"/> Perdiendo el control | <input type="checkbox"/> Lastimando a otros | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Siendo responsable | _____ |

Tengo:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Imágenes sexuales agradables | <input type="checkbox"/> Imágenes de seducción |
| <input type="checkbox"/> Imágenes desagradables de la infancia | <input type="checkbox"/> Imágenes en las que soy amado |
| <input type="checkbox"/> Una imagen corporal negativa | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Imágenes sexuales desagradables | _____ |
| <input type="checkbox"/> Imágenes de soledad | _____ |

Describe una imagen, figura mental o fantasía agradable: _____

Describe una imagen, figura mental o fantasía desagradable: _____

Describe la imagen de un "lugar completamente seguro": _____

Describe cualquier imagen persistente o molesta que interfiera con su funcionamiento cotidiano:

¿Con qué frecuencia sufre pesadillas? _____

PENSAMIENTOS

Señale cualquiera de las siguientes características que podría usar para describirse:

- | | | | | |
|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inteligente | <input type="checkbox"/> Un don nadie | <input type="checkbox"/> Inapropiado | <input type="checkbox"/> Con dificultades de concentración | <input type="checkbox"/> Trabajador incansable |
| <input type="checkbox"/> Seguro | <input type="checkbox"/> Sin valor | <input type="checkbox"/> Confuso | <input type="checkbox"/> Problemas de memoria | <input type="checkbox"/> Indeseable |
| <input type="checkbox"/> Merecedor | <input type="checkbox"/> Malicioso | <input type="checkbox"/> Feo | <input type="checkbox"/> Atractivo | <input type="checkbox"/> Vago |
| <input type="checkbox"/> Ambicioso | <input type="checkbox"/> Loco | <input type="checkbox"/> Estúpido | <input type="checkbox"/> Sin poder decidir | <input type="checkbox"/> No merecedor de confianza |
| <input type="checkbox"/> Sensible | <input type="checkbox"/> Degenerado | <input type="checkbox"/> Ingenuo | <input type="checkbox"/> Ideas suicidas | <input type="checkbox"/> Dishonesto |
| <input type="checkbox"/> Leal | <input type="checkbox"/> Considerado | <input type="checkbox"/> Honesto | <input type="checkbox"/> Perseverante | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Confiable | <input type="checkbox"/> Perverso | <input type="checkbox"/> Incompetente | <input type="checkbox"/> Con sentido del humor | _____ |
| <input type="checkbox"/> Pleno de resentimientos | <input type="checkbox"/> Sin atractivo | <input type="checkbox"/> Con pensamientos horribles | | _____ |
| <input type="checkbox"/> Inútil | <input type="checkbox"/> Indigno de ser amado | <input type="checkbox"/> Conflictivo | | _____ |

¿Cuál cree que es su pensamiento o idea más irracional? _____

¿Le molestan algunos pensamientos una y otra vez? Sí No

En caso afirmativo, describa dichos pensamientos. _____

¿Qué preocupaciones tiene que puedan afectar a su estado de ánimo y a su conducta? _____

En cada una de las siguientes afirmaciones, rodee con un círculo el número que más fielmente refleje sus opiniones:

	Discrepo totalmente	Discrepo	Neutral	Concuerdo	Concuerdo totalmente
No debería equivocarme	1	2	3	4	5
Debo hacer todo bien	1	2	3	4	5
Cuando no sé, debería simular que lo sé.	1	2	3	4	5
No debería divulgar información privada	1	2	3	4	5
Soy víctima de las circunstancias	1	2	3	4	5
Mi vida está controlada por fuerzas externas	1	2	3	4	5
Otras personas son más felices que yo	1	2	3	4	5
Es muy importante complacer a los demás	1	2	3	4	5
Ando con cautela; no me arriesgo	1	2	3	4	5
No merezco ser feliz	1	2	3	4	5
Si ignoro mis problemas, desaparecerán	1	2	3	4	5
Soy responsable de hacer felices a los demás	1	2	3	4	5
Debo esforzarme por ser perfecto	1	2	3	4	5
Nunca debería estar decepcionado	1	2	3	4	5
Básicamente hay dos modos de hacer las cosas: el correcto y el incorrecto	1	2	3	4	5

144

EL ENFOQUE MULTIMODAL

RELACIONES INTERPERSONALES

Amistades

- ¿Consigue amigos fácilmente? Sí No ¿Los conserva? Sí No
¿Se citó muchas veces durante la adolescencia? Sí No ¿Después? Sí No
¿Fue maltratado o burlado? Sí No

Describe alguna relación que le aporta:

Alegría: _____

Pesar: _____

Valore el grado de relajación y comodidad que siente en las situaciones sociales:

Muy relajado 1 2 3 4 5 6 7 Muy ansioso

¿Tiene uno o más amigos con quienes se siente cómodo compartiendo sus pensamientos más privados? Sí No

Matrimonio

¿Cuánto tiempo conocía a su cónyuge antes de comprometerse? _____

¿Cuánto tiempo estuvieron comprometidos antes de casarse? _____

¿Cuánto tiempo ha estado casado/a? _____

Edad de su cónyuge: _____ Su ocupación: _____

Describe la personalidad de su cónyuge: _____

¿Qué es lo que más le gusta de su cónyuge? _____

¿Qué es lo que menos le gusta de su cónyuge? _____

¿Qué factores son adversos a su satisfacción marital? _____

APÉNDICE 1

145

En la siguiente escala indique el grado de satisfacción que siente en su matrimonio:

Muy satisfecho 1 2 3 4 5 6 7 Muy insatisfecho

¿Cómo se arregla con los amigos y familiares de su cónyuge?

Muy mal 1 2 3 4 5 6 7 Muy bien

¿Cuántos hijos tiene? _____

Escriba los nombres y edades de sus hijos: _____

¿Presenta problemas especiales alguno de sus hijos? Sí No

En caso afirmativo, descríbalos por favor: _____

¿Algún detalle significativo sobre matrimonios anteriores? _____

Relaciones Sexuales

Describa la actitud de sus progenitores hacia el sexo. ¿Se hablaba de sexo en su casa? _____

¿Cuándo y cómo empezó su primera información sobre el sexo? _____

¿Cuándo empezó a ser consciente de sus primeros impulsos sexuales? _____

¿Ha experimentado ansiedad o culpabilidad a consecuencia del sexo o de la masturbación?

Sí No

En caso afirmativo, especifique por favor: _____

¿Existe algún detalle relevante sobre su primera o siguientes experiencias sexuales? _____

146

EL ENFOQUE MULTIMODAL

¿Es satisfactoria su vida sexual presente? Sí No

En caso negativo, especifique por favor: _____

Añada información sobre alguna reacción o relación homosexual _____

Otras relaciones

¿Existen problemas en sus relaciones con las personas de su trabajo? Sí No

En caso afirmativo, descríbalos por favor: _____

Por favor complete las siguientes frases:

Una de las formas en que la gente me lastima es: _____

Podría sorprenderle con: _____

Mi cónyuge (pareja) me describiría como: _____

Mi mejor amigo piensa que yo soy: _____

Las personas a quienes no les gusto: _____

¿Le perturba algún rechazo pasado o la disolución de una relación afectiva? Sí No

En caso afirmativo, especifique por favor: _____

FACTORES BIOLÓGICOS

¿Le preocupa en este momento su salud física? Sí No

En caso afirmativo, especifique por favor: _____

Describa la medicación o medicaciones que toma en la actualidad: _____

¿Come tres comidas equilibradas cada día? Sí No

¿Realiza ejercicio físico con regularidad? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué tipo y con qué frecuencia? _____

Por favor, describa cualquier problema médico que se refiera a usted o a los miembros de su familia:

Describa cualquier operación quirúrgica a la que se haya sometido (incluya fechas): _____

Describa cualquier incapacidad física que padezca: _____

Historial Menstrual

Edad del primer período: _____ ¿Estaba informada? Sí No ¿Se asustó? Sí No

¿Es regular? Sí No Duración _____ ¿Sufre dolores? Sí No

¿Afectan sus períodos a su estado de ánimo? Sí No Fecha del último período: _____

148

EL ENFOQUE MULTIMODAL

Señale cuáles de las siguientes características pueden atribuirse a usted:

	Nunca	Rara vez	En ocasiones	Frecuentemente	Diariamente
Debilidad muscular					
Tranquilizantes					
Diuréticos					
Pastillas dietéticas					
Marihuana					
Hormonas					
Somníferos					
Aspirinas					
Cocaína					
Analgésicos					
Narcóticos					
Estimulantes					
Alucinógenos (LSD, etc.)					
Laxantes					
Cigarrillos					
Tabaco (especificar)					
Café					
Alcohol					
Anticonceptivos					
Vitaminas					
Como menos de lo debido					
Como más de lo debido					
Como cocina rápida					
Diarrea					
Estreñimiento					
Gases					
Indigestión					
Nauseas					
Vómitos					
Ardor de estómago					
Mareos					
Palpitaciones					
Fatiga					
Alergias					
Presión sanguínea alta					
Dolor de pecho					
Insomnio					
Respiración entrecortada					
Duermo en exceso					
Sueño reparador					
Me despierto temprano por la mañana					
Dolor de oído					
Jaquecas					
Sangra con facilidad					
Problemas de sobrepeso					
Otros:					

Anexo III. Formulario de compromiso de confidencialidad del paciente



**FORMULARIO DE COMPROMISO A RESPETAR LA CONFIDENCIALIDAD
DEL PACIENTE**

EN EL TRABAJO DE FIN DE MÁSTER BASADO EN UN PACIENTE

Yo,.....con DNI:

alumno/a de Máster General Sanitario de la Universidad en prácticas en el centro Psicólogos Pozuelo, con el presente escrito, me comprometo a respetar en todo momento, de acuerdo con el *Reglamento General de Protección de Datos de Carácter Personal*, la totalidad de los datos confidenciales que poseo del paciente en el Trabajo de Fin de Máster basado en dicho paciente que realizaré, para su posterior entrega y exposición en la Universidad.

Por medio de la presente, me comprometo a facilitar una copia de dicho TFM al centro Psicólogos Pozuelo, en el que se ha llevado a cabo la intervención psicológica.

Únicamente estaré en derecho de llevar a cabo dicho Trabajo basado en el paciente citado en caso de existir el consentimiento pertinente que me autorice a ello, firmado por el paciente antes nombrado.

MANIFIESTO HABER LEÍDO Y ENTENDIDO EL PRESENTE FORMULARIO Y ESTAR DE ACUERDO CON ÉL.

Fecha y firma.

Anexo IV. Formulario de consentimiento para la realización del TFM de un paciente



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR EL TRABAJO DE
FIN DE MÁSTER BASADO EN UN PACIENTE**

(Formulario a completar por el paciente)

Yo,con DNI:.....
paciente de Psicólogos Pozuelo desde y con número
de Historia Clínica, autorizo a
alumno/a de Máster General Sanitario de la Universidad
en prácticas en el centro Psicólogos Pozuelo, a realizar el Trabajo de Fin de Máster a
partir de mi proceso terapéutico, que entregará y expondrá en la Universidad
basándose en el trabajo psicoterapéutico realizado.

Por medio de la presente, se garantiza la confidencialidad de todos los datos
personales, de acuerdo con el *Reglamento General de Protección de Datos de Carácter
Personal*.

MANIFIESTO HABER LEÍDO Y ENTENDIDO EL PRESENTE FORMULARIO Y
ESTAR DE ACUERDO CON ÉL.

Fecha y firma.

Dº/Dña.

Madre/Padre de

Anexo V. Leyenda del genograma

