



**Universidad  
Europea** MADRID

***TRAUMA ACUMULATIVO DESDE UN MODELO  
INTEGRATIVO. UN CASO CLÍNICO***

---

Máster de Psicología General Sanitaria

---

Autor: Luis Eduardo G. Tarancón

Tutora: Lidia Budziszewska

Fecha de realización del trabajo: 15 de febrero de 2022

## Resumen

Se presenta el Caso Clínico de una mujer adulta, inmersa en un proceso de Terapia Integrativa de largo plazo. La impresión clínica corresponde a un *Trauma Acumulativo*. **Objetivos:** La línea base muestra unos niveles elevados de sintomatología ansiógena y depresiva, sin ser objeto de estudio el diagnóstico diferencial. Parece adecuado intervenir en los diversos dominios específicos, así como en un nivel general para reprocesar e integrar los eventos vitales, y las partes fragmentadas de su integridad, que provocan malestar en la actualidad. **Metodología:** El proceso terapéutico se realiza en forma de co-terapia, continuando con los objetivos propuestos al comienzo de la Terapia. Evaluación y Tratamiento fueron realizados siguiendo un modelo Integrativo, con técnicas basadas en el Análisis transaccional y el modelo Conductual principalmente. Se realiza una evaluación Cualitativa-Cuantitativa con Entrevista, Cuestionarios y Pruebas estandarizadas como STAI y BDI-II. **Resultados:** Los indicadores evaluados parecen indicar una correlación positiva entre Tratamiento y mejora clínica. A nivel conductual se necesita una Intervención prolongada en el tiempo. El abordaje de Trauma Acumulativo y probablemente Trauma complejo y derivados a través de un modelo Integrativo resultan prometedores; aun así, se necesita mayor investigación que desgrane la causalidad y variabilidad del cambio terapéutico. **Conclusiones:** La investigación disponible arroja escasos datos sobre las aportaciones de los diferentes enfoques clínicos dentro de un modelo combinado. La integración novedosa de la neurobiología y técnicas conductuales con sobrada validez, parecen prometedores para el conocimiento científico del abordaje de la intervención psicológica sobre Trauma.

**Palabras clave:** Análisis transaccional, Intervención psicológica, Procesamiento de la información, Terapia integrativa, Técnicas conductuales, Trauma acumulativo.

### Abstract

We present the clinical case of an adult woman, immersed in a long-term Integrative Therapy process. The clinical impression corresponds to a Cumulative Trauma. **Objectives:** The baseline shows high levels of anxiogenic and depressive symptomatology, the differential diagnosis is not included as the focus of the study. It seems appropriate to intervene in the various specific domains, likewise at a general level to reprocess and integrate the life events, and the fragmented parts of their integrity, which are currently causing distress. **Methodology:** The therapeutic process is carried out in the form of co-therapy, continuing with the objectives proposed at the beginning of the therapy. Evaluation and Treatment were carried out following an Integrative model, with techniques based mainly on Transactional Analysis and the Behavioral model. A Qualitative-Quantitative evaluation is carried out with Interview, Questionnaires and standardized tests such as STAI and BDI-II. **Results:** The evaluated indicators seem to indicate a positive correlation between treatment and clinical improvement. In terms of the behavioral level, a prolonged intervention is needed. The approach to Cumulative Trauma and probably Complex Trauma and derivatives through an Integrative model are promising; even so, more research is needed to unravel the causality and variability of therapeutic change. **Conclusions:** The available research provides short amount of data on the contributions of different clinical approaches within a combined model. The novel integration of neurobiology and behavioral techniques, with ample validity, seems promising for the scientific knowledge of the approach to psychological intervention on trauma.

**Keywords:** Behavioral techniques, Cumulative trauma, Information processing, Integrative therapy, Psychological intervention, Transactional análisis.

<b>Índice .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Introducción.....</b>	<b>6</b>
1.1. Tratamientos habituales y validación empírica .....	9
1.1.1. Novedades tecnológicas.....	9
1.2. Modelo del Análisis Transaccional .....	10
1.3. Caso Clínico de “María”. Integrando perspectivas.....	12
<b>2. Identificación de la paciente. Motivo de consulta .....</b>	<b>13</b>
<b>3. Estrategias de Evaluación .....</b>	<b>14</b>
3.1. Pruebas de Evaluación Pre y Resultados .....	15
<b>4. Formulación del Caso .....</b>	<b>19</b>
4.1. Factores Críticos .....	19
4.1.1. Aparición del Problema y Curso .....	19
4.1.2. Recursos de Afrontamiento .....	19
4.1.3. Intentos de Solución Previos .....	19
4.2. Modelo Explicativo .....	20
4.2.1. Problema Sensación dual Anhedonia – Sintomatología depresiva ..	20
4.2.2. Otras Áreas a Considerar .....	22
4.3. Descripción y Justificación de los Objetivos de Tratamiento .....	23
<b>5. Tratamiento .....</b>	<b>26</b>
5.1. Estructura de las sesiones.....	26
5.2. Objetivos y Técnicas empleadas .....	26
5.3. Primera Sesión.....	38
5.4. Segunda Sesión.....	29
5.5. Tercera Sesión .....	31
<b>6. Valoración del Tratamiento .....</b>	<b>33</b>
6.1. Sesión Post-Tratamiento .....	34
6.2. Descripción de los Resultados .....	34
6.3. Adherencia al Tratamiento .....	36
6.4. Limitaciones.....	37
<b>7. Discusión .....</b>	<b>38</b>
7.1. Conclusiones.....	41
<b>8. Referencias bibliográficas .....</b>	<b>43</b>
<b>9. ANEXOS Y TABLAS .....</b>	<b>51</b>

<b>ANEXOS</b> .....	49
<b>Anexo 1.</b> <i>Línea de Vida Clínica</i> .....	49
<b>Anexo 2.</b> <i>Entrevista Clínica Semiestructurada</i> .....	50
<b>Anexo 3.</b> <i>Cuestionario para experiencias Traumáticas TQ</i> .....	52
<b>Anexo 4.</b> <i>Cuestionario BDI-II</i> .....	55
<b>Anexo 5.</b> <i>Cuestionario de Autoevaluación STAI</i> .....	57
<b>Anexo 6.</b> <i>Cuestionario Pensamiento-Emoción-Acción</i> .....	59
<b>Anexo 7.</b> <i>Escalera de Deb Dana. Teoría Polivagal</i> .....	59
<b>TABLAS</b> .....	60
<b>Tabla 1.</b> <i>Resultados diferenciales del malestar subjetivo referido para el Cuestionario pensamiento-emoción acción</i> .....	60
<b>Tabla 2.</b> <i>Resultados diferenciales del BDI-II</i> .....	61
<b>Tabla 3.</b> <i>Resultados diferenciales del Cuestionario STAI</i> .....	62

## Introducción

El interés por lo traumático viene de lejos. Si bien excede del objetivo del presente trabajo una investigación exhaustiva del origen de su conceptualización, parece relevante indicar que la definición actual del *suceso traumático* fue recogida por primera vez en el DSM-III (American Psychiatric Association [APA], 1980), identificada como suceso precipitante del *Trastorno de Estrés Postraumático* (TEPT). En adelante el artículo se basará en la investigación más reciente.

De igual modo que sucede con el estrés, definido desde diferentes perspectivas, y entendido como causa y como efecto de situaciones contextuales o intrapsicológicas, que han sido interpretadas por el individuo como superiores a sus recursos disponibles para afrontarlas (Lazarus, 1984), el concepto de *Trauma* no está exento de controversia. A nivel diagnóstico, la definición de Trauma refiere a sucesos potenciales que provocan una reacción en el individuo, dejando fuera de la definición al propio malestar (Briere y Scott, 2006). Existe amplio consenso en entender el suceso traumático como una experiencia que produce una reacción emocional intensa, a la que el individuo percibe que no dispone de recursos internos para asumir el impacto producido, independiente de que el individuo la haya vivido de forma directa o indirecta (Báguena, 2001). Se percibe así una estrecha relación estrés-trauma, siendo la percepción de la sintomatología del trauma el caso más grave de estrés (Kira, 2001). La comorbilidad entre TEPT y diversos trastornos diversos Trastornos de Ansiedad (TA) es particularmente alta, situándose cerca del 70% (Berguer et al., 2009). Recientemente, el metaanálisis de Almergue y Gutierrez (2015) ha obtenido resultados similares.

En línea con Shapiro (2001), cuando hablamos de Trauma parece inevitable pensar en situaciones catastróficas, accidentes de tráfico, violaciones o incluso muertes, a las que la autora catalogó como “T” mayúscula. Esta conceptualización del trauma complejo se acerca a la visión del DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014), dejando fuera de la definición de TEPT situaciones como la humillación, pérdidas significativas o el abuso emocional (Ford et al., 2006; Giacaman et al., 2007). Enfocar de esta manera el origen y la sintomatología del suceso traumático permite abordarlo desde terapias focalizadas en el trauma, como EMDR o la terapia cognitivo-

conductual focalizada en el trauma (Ehlers et al., 2010); sin embargo, en muchas ocasiones la realidad es bien distinta, siendo el origen de la problemática actual del sujeto la narrativa vital durante un periodo prolongado, y que generalmente comienza en una infancia con abandono emocional, carencias socioafectivas, malos tratos continuados, negligencias familiares, sociales y/o comunitarias, que pueden dar lugar a un “*Trauma Acumulativo*” (Lourie, 1996; Khan, 1963), relativo a la traumatización continuada y recurrente.

Parece apropiado en este punto mencionar la visión psico-social, de la que parece desprenderse el DSM al definir el TEPT, dejando fuera de su conceptualización la importancia de las relaciones sociales que, como ya adelantaba Vygotski (1987, p. 161), se presuponen detrás de todas las funciones superiores y sus relaciones. Lo que parece ser una “ventaja” a la hora de simplificar el foco de la problemática a tratar en la práctica clínica se antoja limitante en términos funcionales, al subestimar las variables ambientales, provocando un *error fundamental de atribución* (Blanco y Díaz, 2004).

En este marco relacional se sitúa el modelo de Análisis Transaccional (AT) desde el cual, la carencia de patrones relacionales saludables, facilitará en el niño la creación de un guión de vida que le permita afrontar las carencias afectivas de sus figuras de referencia, generalmente sus padres. Cuando esta situación se cronifica y no existe una figura de protección que cubra sus necesidades, la forma más eficaz de autoprotegerse será la de aislarse del mundo exterior, y acomodarse a las necesidades de los demás.

Se estima que entre un 50% y un 90% de la población se encuentra expuesta a lo largo de su vida, a algún suceso traumático, aunque no todos desarrollaran TEPT (Almerge y Gutiérrez, 2015). No todas estas situaciones identificadas como traumáticas van a ser atendidas en la atención primaria, de hecho, como sugieren diversos estudios, aplicar tratamiento psicológico y/o farmacológico a población que presumiblemente padezca TEPT, independientemente de la manifestación de síntomas podría ser incluso perjudicial (Katzman et al., 2014); por lo que resulta de

especial interés la formación específica de los profesionales y la inversión en recursos a nivel comunitario y gubernamental.

Por norma general, la población que ha desarrollado TEPT acude preferentemente a los centros de atención primaria generales antes que a centros especializados en salud mental, lo que hace que el trastorno esté infradiagnosticado y su tratamiento en ocasiones no sea el adecuado, retrasándose y limitando su efectividad ya que, entre algunos de los indicadores de buen pronóstico en la evolución del Trastorno son la corta duración de los síntomas (<6 meses), el inicio rápido de estos, buen nivel de funcionamiento premórbido, y ausencia de otros trastornos psicológicos o médicos (Bados, 2006).

A nivel europeo, la tasa de TEPT se encuentra entre un 6,4% y 6,8%, con una tasa de prevalencia a los 12 meses de un 1,1% y un 3,5%. Warner et al., (2013), cifran el riesgo de estar expuesto a un suceso traumático en 60,7% en hombres y en 51,2% para las mujeres; aunque como se sugirió antes, solo el 8% de los hombres y el 20% de las mujeres desarrollaran TEPT o algún trastorno agudo de estrés derivado de aquel.

Existe también diferencia en cuanto a las experiencias traumáticas que varones y mujeres tienden a manifestar (Pereda et al., 2013); así los varones suelen reportar acontecimientos relacionados con la integridad vital y los accidentes; las mujeres sucesos relacionados con las agresiones sexuales y violencia de pareja (Bernat et al., 1998; Breslau et al., 1998; Frazier et al., 2009; Kessler et al., 1995; Vrana y Lauterbach, 1994). En España, Martín y de Paúl (2005b), obtuvieron similares resultados.

Los estudios a nivel nacional con muestras de población joven han tenido como objetivo la prevalencia de TEPT, así como la exposición a sucesos traumáticos sobre abuso sexual infantil (Pereda y Forns, 2007). En este sentido, varios estudios han mostrado como la violencia interpersonal, especialmente la acontecida en la infancia, correlaciona con la sintomatología psicológica más grave (Finkelhor, 2007).

### **Tratamientos Habituales y Validación Empírica**

Los tratamientos farmacológicos de primera línea, con mayor evidencia científica de su eficacia, son tanto los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), como los inhibidores de la recaptación de la serotonina y noradrenalina (IRSN), donde la *venlafaxina* tiene un nivel 1 de evidencia (Katzman et al., 2014); estos fármacos resultan más seguros en caso de sobredosis y tienen menos efectos secundarios. Como segunda línea de intervención farmacológica se encuentran las benzodiazepinas, antipsicóticos, y adrenérgicos; todos ellos con un nivel 2 o nivel 3 de eficacia. Con todo, la evidencia de la que disponemos indica que el 70% de los pacientes tratados con psicofármacos presenta mejorías entre moderadas y marcadas, con reducción moderada de los síntomas.

Por otra parte, como plantea Moreno (2011), la psicoterapia se antoja fundamental, independientemente del modelo teórico que se utilice, a la hora de tratar los síntomas propios del TEPT y sus manifestaciones, como pueden ser la reexperimentación de acontecimientos traumáticos, la evitación tanto de pensamientos como de circunstancias relacionadas con el suceso, la insensibilidad emocional, la hiperalerta e hipervigilancia, así como el estado de ánimo y sentimientos negativos, entre otros síntomas comunes.

La Terapia cognitivo-conductual (TCC), y la exposición prolongada resultan tratamientos de primera línea, con la mayor evidencia en eficacia (Schnyder, 2014). Bados (2006) encontró que la TCC resulta más eficaz que la lista de espera y entrenamiento en relajación. Por lo general, la TCC se desarrolla mediante una primera fase de exposición a los recuerdos traumáticos de una forma conductual o narrativa; posteriormente se trabaja la reestructuración cognitiva, orientada a modificar los patrones de pensamiento disfuncionales.

### ***Novedades Tecnológicas***

En los últimos años, existe un creciente interés por abordajes neurológicos que faciliten la desensibilización de recuerdos traumáticos situados a nivel subcortical en redes neuronales, así

como la integración de los diferentes elementos somáticos, cognitivos y afectivos de la narrativa y la experiencia del individuo (Salvador, 2009).

En este sentido, técnicas como EMDR (Eye Movement Dessensitization and Reprocessing) y BSP (Brainspotting) promueven la focalización de la conciencia y la observación de las experiencias traumáticas con conciencia plena, con la finalidad de desensibilizar y reprocesar los recuerdos disfuncionales hacia un procesamiento adaptativo a través de la activación por medio de series de estímulos de atención dual (Shapiro, 2010, p.48). Probablemente, el EMDR sea la técnica con mayor aporte de investigación actualmente; lo que ha permitido que, aun siendo una técnica novedosa nacida en la segunda mitad de los años 80, sea reconocida como tratamiento eficaz para el TEPT (Ventura, 2006) por la American Psychiatric Association (APA); mientras que Brainspotting se encuentra en fase de validación, dada su reciente aparición en el año 2003.

### **Modelo del Análisis Transaccional**

Siguiendo a Shapiro (2010), en la clínica habitual nos encontramos con situaciones traumáticas a simple vista más sutiles, cuyo impacto no suele ser tan visible en el desarrollo general, y afectan a la autoestima, autodefinición, autoconfianza y conducta óptima; la autora definió estos sucesos traumáticos y sus consecuencias como “t” minúscula. Cuando han sido persistentes durante la infancia, la probabilidad de consecuencias negativas a largo plazo y la elicitación de auto-atribuciones negativas es muy elevada (Hasley, 2010, P.38). En este escenario se encuadra el *Caso Clínico* presentado en el presente artículo, donde el vacío existencial, las atribuciones negativas tanto individuales como del entorno y la falta de sensibilidad hacia las propias emociones se perfilan, a priori, objetivos terapéuticos centrales de terapia.

En las últimas décadas del siglo XX, enmarcado dentro de las corrientes humanistas surge el modelo del Análisis Transaccional (AT), de la mano de Eric Berne. AT trata de dar respuesta a los problemas conductuales, emocionales y afectivos a través de las interacciones con las personas en los momentos relevantes de la vida del individuo; Berne denominó a esto *Transacciones*. Pretende además conseguir una vida plena, libre de ataduras argumentales, asumiendo la responsabilidad de

las conductas y actuaciones para conseguir el cambio terapéutico, brindándole alternativas relacionales, para desligarse de algún modo del estilo de vida conflictivo a nivel emocional.

AT se basa a su vez en la conceptualización de los estados de YO que, utilizando terminología transaccional, integraría YO Padre, YO Niño y YO Adulto, conformando así la *estructura básica de la personalidad* denominada PAN (Padre, Adulto, Niño). Los estados del Yo, son conductualmente observables, resultado de aprendizajes educativos desde los que el individuo en estado del Yo Niño re-experimentará vivencias, sensaciones y pensamientos de su infancia; en estado de YO Padre seguirá las directrices de su figura de apego en la infancia; en el YO Adulto vivirá conscientemente con todos sus recursos disponibles, sin las ataduras, antes mencionadas, a su infancia, como una persona adulta. Así, diversos estudios (Carrera et al., 2004; Xu, Zhu y Chen, 2002) correlacionan el neuroticismo materno y el rechazo excesivo en la crianza de sus hijos (Fong y Garralda, 2007) con la respuesta ansiosa de los hijos.

La neurobiología juega un papel fundamental en AT y en el Trauma Acumulativo; y es que, haber crecido en un sistema de apego desorganizado normalmente acarrea problemas en la regulación afectiva. La reacción ante la alarma continuada, sin posibilidad de escape produce un desequilibrio en entre SNS y SNP, con una desregulación en los niveles de cortisol que producen una inmovilidad tónica en la víctima (Salvador, 2006), afectando a la memoria explícita, memoria implícita y memorias sensoriales y condicionadas, que han de ser blanco de tratamiento desde el modelo AT.

AT pretende desarrollar y potenciar las capacidades innatas de bienestar y recuperación psicológica en lugar de poner el foco en dejar de sentirse mal (Alonso, 2008), a través de contratos consensuados con el paciente; a la vez que se da prioridad a la alianza terapéutica, que estará basada en la calidez de la relación terapeuta-paciente, con un lenguaje claro y llano, adaptado a la realidad del paciente.

Probablemente la crítica más avalada al modelo del análisis transaccional tenga que ver con la falta de sistematicidad del modelo. Así, los terapeutas que utilizan el modelo suelen ser bastante eclécticos a la hora de intervenir (Novey, 2006); a la vez que comparten estrategias con diferentes

modelos terapéuticos, en la línea del nivel medio de abstracción propuesta por Golfried (1980), así como integrarse dentro de un marco teórico como es el caso del modelo Cognitivo-Conductual. Comparto a su vez la opinión de Vaca et al., (2017), cuando dice que AT presenta cierto reduccionismo al focalizar la intervención y comprensión de los casos clínicos desde su expresión familiar, pasando de lado por los diferentes ámbitos psicosociales con los que el individuo interactúa a lo largo de su vida.

A día de hoy, los estudios de resultados sobre el empleo de AT en la psicoterapia de los Trastornos de Ansiedad son casi inexistentes (Erskine, 2017); limitándose a estudios correlativos sobre la idoneidad entre el modelo y las características del terapeuta AT y los guiones de vida, como en el estudio de Gayol (2004), donde estudia la codependencia desde el prisma transaccional entre un guión de sumisión en mujeres que habían sufrido pérdidas tempranas en la infancia (70,4%), por lo que considero oportuna una propuesta de intervención que arrojen algún dato sobre la correlación entre AT desde un modelo integrativo y una posible mejoría en los síntomas de la paciente.

### **Caso clínico “María”. Integrando Perspectivas**

La relevancia del presente caso clínico se basa principalmente en la valoración de las situaciones traumáticas, producidas en un continuo en la narrativa de vida de la paciente, alejadas de las etiquetas designadas por los sistemas diagnósticos ante la sintomatología, en los que la aproximación más cercana estaría basada en el TEPT, limitando así el contexto en el que sucede el *Trauma Complejo* (Martínez y Casares, 2016), así como la metodología clínica.

Por lo expuesto anteriormente, el caso de *María* será abordado desde un modelo integrativo, cuya base será el modelo de Análisis Transaccional, donde los valores que aprendió en la infancia probablemente no sean adaptativos en su Yo Adulto. Sus estados actuales del Yo están influenciados por sus vivencias como niña, a las circunstancias que vivió, así como las respuestas que proporcionó ante el contexto parental, social y ambiental. Resulta fundamental traer al aquí y ahora lo que vivió, así como el significado que dio, más aún cuando los estados del yo Padre y yo Niño no son estados

del Yo adecuados para tener confianza en las personas y valorarlas como importantes (García, 2006). La hipo-activación mostrada por la paciente en su *línea de vida* (Anexo 1), representada por las conductas de sometimiento y falta de asertividad, según una primera hipótesis probablemente tengan relación con sucesos presuntamente traumáticos ocurridos en su infancia. En este sentido, la intervención conductual será necesaria para trabajar esta zona de activación (Ogden, Kekuni y Pain, 2009), donde la ausencia de emociones, el aplanamiento emocional y la disminución de la capacidad para procesar pensamientos, afecto y emociones, parece ser la más afectada a nivel cognitivo.

### **Identificación del Paciente y Motivo de Consulta**

“María” (nombre ficticio para conservar su anonimato) es una mujer de 20 años de edad, soltera, sin hijos, estudiante universitaria de magisterio; es hija de padres divorciados desde que ella tuviera los 2 años de edad, con una historia vital compleja y hostil que, según refiere, en el presente afecta a su percepción de su entorno vital, desde su autoestima y plano emocional.

Refiere no consumir sustancias psicoactivas ilegales, y consume alcohol de manera muy esporádica cuando sale algún fin de semana con amigos.

La esfera familiar está influida por la inestabilidad socio-económica y emocional de la madre, con la que convive principalmente desde los dos años de edad, y la inexistencia de una figura paterna estable que, aparece en su vida de manera intermitente debido a los constantes traslados por motivos laborales.

En temporadas cortas e intermitentes se ha mudado al domicilio paterno, dada la frágil situación psico-social de la madre, pasando por cuidados negligentes tanto por acción de la madre, como de inacción del padre. En la actualidad la relación con ambos progenitores parece estable ya que, según relata, se están implicando más en el cuidado y la atención hacia ella.

Remite no sentir un apoyo social sólido y, aunque manifiesta tener algunas amigas, prefiere estar sola porque no disfruta en las actividades sociales en las que participa.

En el plano puramente clínico, María no ha consultado ni visitado a un psicólogo nunca antes, así como a ningún profesional de la salud mental ya que, según cuenta, se ha visto con los recursos suficientes para hacer frente a su malestar hasta el momento actual. Ante la pregunta terapéutica sobre el porqué ahora piensa que es el momento de recibir apoyo psicológico (motivo de consulta), la paciente relata sentirse desbordada por los sentimientos de soledad, angustia y vacío existencial; nada le motiva y no se siente con fuerzas para continuar con una vida plenamente funcional. Refiere no haber tomado medicación para hacer frente a la sintomatología de la que se aqueja.

Las dificultades terapéuticas inferidas en un primer momento se relacionan con la falta de habilidades sociales a la hora de vincular principalmente con sus iguales, así como la apatía y anhedonia en la que se siente atrapada en la actualidad y que, a través de los años, ha pronunciado la disfuncionalidad de sus conductas asociadas a esta situación, así como evitación de pensamientos, sentimientos y sobre todo recuerdos. Se siente plenamente capaz de reconocer sus emociones y las de los demás, pero actúa aplacándolas y negándolas.

María propone objetivos excesivamente generales, señalando de este modo el ***motivo de consulta y la demanda terapéutica***. Refiere su necesidad de *no aburrirse con las personas, ser capaz de gestionar el vacío existencial que siente, y ser capaz de vivir las experiencias positivas en su vida sin la presencia constante del miedo a un nuevo golpe negativo concomitante*. Será necesario operativizar estos constructos consensuándolos con ella para poder trabajarlos en terapia.

### **Estrategias de Evaluación**

El propósito de realizar una evaluación intermedia tiene un sentido múltiple al comienzo de mi participación como coterapeuta por los siguientes motivos:

- Descartar sintomatología compatible con TEPT (DSM-5).
- Operativizar las posibles sintomatologías que provocan malestar a María, dentro de su contexto psicopatológico, así como sus objetivos planteados.

- Crear una línea base que ubique la posición de la paciente dentro de las variables que se pretenden medir a través de una evaluación post intermedia.
- Diferenciar la fenomenología que provoca en la paciente estados de ansiedad puntuales y dirigidos, de características más o menos estables que se hayan podido originar en la infancia de la paciente. En este sentido el Análisis Funcional de las conductas problema tendrá un sentido especial a la hora de devolver los resultados de la evaluación a María.

La sintomatología que presenta María parece tener dos polos encontrados dentro de un mismo continuo fenomenológico. Estas situaciones diferenciadas temporalmente en periodos excluyentes y alternos aparecen desde su infancia generalmente ante los eventos potencialmente traumáticos que vive la paciente, plasmados en su *Línea de Vida*.

Por un lado, muestra un carácter depresivo, con abatimiento, indefensión y vacío existencial, que parece estar ligada a la evitación social que refiere. Por otro lado, la paciente refiere una sensación de “no sentir nada” a nivel emocional. En este sentido, la evaluación deberá tener un sentido tanto cualitativo como cuantitativo, que permita discernir el marco clínico en el que fijar la intervención, así como la intensidad de las manifestaciones clínicas.

### **Pruebas de Evaluación Pre y Resultados**

Las tres primeras sesiones están dedicadas a extraer información clínica relevante del caso a través de una entrevista semiestructurada realizada *ad hoc* (Anexo 2), siguiendo la línea de Vázquez y Muñoz (2002); y la aplicación de los cuestionarios y escalas descritos a continuación.

La entrevista será adaptada al momento actual dentro de una terapia ya comenzada, por lo que el objetivo principal es permitir la creación de un inicio de Alianza Terapéutica, a la vez que nos permite evaluar de una manera generalista el funcionamiento global de la paciente. Por tanto, y para no resultar cargante e invasivo, me apoyé en la información clínica previa, así como en la *Línea de Vida*. De este modo, se puede obviar de la entrevista la parte de anamnesis, motivo de consulta, historia clínica y diagnóstico, ya que el objetivo de la intervención se aleja de la tipificación de la sintomatología dentro del DSM-5.

Con objeto de realizar un primer cribaje que permita confirmar una primera hipótesis de *Trauma Acumulativo*, alejado de la definición de TEPT, se administra el *Cuestionario para Experiencias traumáticas TQ* (Davidson y Smith, 1990) (Anexo 3). El cuestionario posee una adecuada validez, no siendo recomendado para el diagnóstico clínico. Se realizó de forma autoadministrada, con los terapeutas presentes. El test cuantifica la presencia de eventos vitales estresantes, edad en la que ocurrieron, y duración de los mismos. Consta de 18 ítems relacionados con la presencia de las situaciones traumáticas, y 27 ítems más relacionados con la percepción de la sintomatología auto-observada. Los ítems son contestados de manera dicotómica, puntuados 0 o 1. El resultado se obtiene de la suma de los 18 ítems referentes a la sintomatología TEPT, representando el grado de gravedad de la interpretación de los síntomas. El rango del cuestionario es de 0 (no síntomas) a 18 (gravedad máxima). Los autores no proponen puntos de corte.

Bobes et. al., (2000) encontraron un coeficiente de consistencia interna, alfa de Cronbach de 0,67, así como una validez concurrente analizada con el número de síntomas correspondientes a los criterios B, C y D del Trastorno por Estrés Postraumático del DSM-5 y la escala ICG muestra correlaciones entre bajas ( $r < 0,3$ ) y moderadas ( $r 0.3-0,7$ ). Presenta adecuada validez discriminante.

El resultado de la paciente dentro de los 18 primeros ítems es de **4**, por los que la presencia de situaciones traumáticas, respecto a la evaluación a través de TQ, parece ser limitada.

El instrumento fue utilizado en la primera sesión de Evaluación, y cumplió con el objetivo propuesto, de permitir un cribado inicial, descartando un diagnóstico de TEPT 309.81 (F43.10) del DSM-5, al no cumplirse el criterio A, relativo al hecho causante; por lo que, después de finalizar la fase de Evaluación completa, el instrumento apoya la hipótesis de *Trauma acumulativo*, con manifestaciones ansiógenas y sintomatología depresiva continuada en el tiempo y progresiva en intensidad. Al mismo tiempo, el cuestionario corroboró información sobre apoyo social percibido y cierta sintomatología fisiológicas, cognitivas y conductuales de la paciente, analizadas en exhaustividad posteriormente.

Una vez realizado este primer cribado, se valoró la demanda terapéutica relacionada con los objetivos propuestos por la paciente. Así, se propuso evaluar la sintomatología depresiva a nivel clínico o subclínico a través de un cuestionario estandarizado *BDI-II* (Anexo 4). La segunda edición del inventario para la depresión de Beck, *BDI-II* (Beck et al., 1996) se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas, con la finalidad de evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. Está diseñado para población joven y adulta (a partir de los 13 años). Las alternativas de respuesta a los ítems están colocadas en orden de menor a mayor gravedad en una escala Likert de 4 puntos (0 a 3). La corrección se realiza sumando el resultado directo de los ítems. Como indican Sanz et al. (2003), la fiabilidad y validez del cuestionario está avalada por numerosos estudios en diferentes poblaciones.

La interpretación de los resultados se basa en las puntuaciones totales; 0-13 (Riesgo mínimo), 14-19 (Riesgo Leve), 20-28 (Riesgo Moderado), 29-63 (Riesgo Severo).

El *BDI-II* se pasó en la segunda sesión de Evaluación, mostrando unos resultados (pag.1-17; pag.2-21; **total-38**) que indican una gravedad elevada a la sintomatología depresiva y un **riesgo severo** a padecer **Trastorno Depresivo Mayor**, por lo que la línea base marcada por las pruebas apoyan la idea de la necesidad de intervenir en esta variable.

Dado el carácter potencialmente ansiógeno de las situaciones traumáticas manifestadas por la paciente en la *Línea de Vida*, se aplicó un test estructurado *STAI* (Spielberger, 2008) (Anexo 5).

Se trata de un instrumento estandarizado y validado para la población española desde 1982. La abundante investigación sobre la validez y las aplicaciones del instrumento *STAI* destaca las adecuadas propiedades psicométricas, con un coeficiente Alpha de Cronbach cercano al 0,93 (Fonseca-Pedrero et al., 2012); así, parece indicar una relación estable entre una *ansiedad Rasgo (A/R)* elevada y la tendencia a percibir las situaciones ambiguas como amenazadoras, aumentando de esta forma la *ansiedad Estado (A/E)*, de una forma intensa, en momentos puntuales; bien por una interpretación sesgada de los acontecimientos o por una hiperalerta que pone el foco de atención en una mayor cantidad de situaciones. El instrumento se compone de 20 preguntas para (A/R) y

otras 20 preguntas para (A/E), está diseñado para aplicarse de forma individual o colectiva, pudiendo ser autoadministrado. La duración total de la fase de administración de la prueba dura aproximadamente 20 minutos. Las respuestas se adaptan a una escala Likert del 0 al 3 (Nada, Algo, Bastante, Mucho) en la parte A/E, y (Casi nunca, A veces, A menudo, Casi siempre) en la parte A/R; el manual aconseja aplicar primero la parte A/E y después la A/R para que las puntuaciones no se vean afectadas por la atmósfera emocional creada.

Dispone de una tabla de baremos que permite la transformación de la puntuación directa en percentil o decatipo (media=5.5; desviación=2). En el caso de María, el cuestionario se autoadministró en sesión, con los terapeutas presentes. Se presentó el test y se dieron las instrucciones justas y precisas. Se realizaron posteriormente la transformación de los datos, que posteriormente fueron puestos en común con la paciente.

La tercera sesión completó la fase de Evaluación Pre, finalizando la entrevista con el *Cuestionario STAI*. La puntuación directa para A/E es **21**, siendo la puntuación transformada **Decatipo 6** y **Percentil 55**; para A/R es **33** siendo la puntuación transformada **Decatipo 7** y **Percentil 80**. En ambas escalas la paciente se encuentra por encima de la media, siendo la diferencia más acusada en el caso de A/R, como era de esperar.

Por último, y vinculado a la parte de tratamiento, se administró como *Tarea para Casa* un Cuestionario autodescriptivo *pensamientos-emociones-acciones* (Anexo 6) ad hoc, en diferentes momentos de mi intervención con la paciente, que buscó identificar *situaciones generadoras de malestar, estrategias de afrontamiento y la intensidad subjetiva percibida*. Dado que la intervención longitudinal es muy reducida en el tiempo, no excediéndose de los cinco meses de duración, se presentó 2 veces en el tiempo que duró mi intervención para comprobar la dirección de la sintomatología y la variabilidad de la intensidad de estas cuestiones.

Las situaciones manifestadas con su grado de malestar percibido, valorados del 1 al 10, son: *Contacto físico con personas (10), Permanencia en estado de vacío emocional (10), Recuerdos desagradables (9)*.

### **Formulación Clínica del Caso.**

La historia de vida de María se encuentra cargada de experiencias potencialmente traumáticas prácticamente desde su nacimiento como refleja su *Línea de Vida*. La combinación de la autonomía impuesta desde niña, con la falta de educación y valores no ha favorecido la adquisición de modelos saludables en la mayoría de los aspectos vitales.

#### **Factores críticos**

##### ***Aparición del Problema y Curso***

La tristeza que presenta la paciente parece vinculada a la falta de respuestas emocionales. Parece haber aprendido a través de los años a disociarse de algún modo, dado que los esfuerzos por cambiar su situación, así como de entenderla han sido inútiles. La progresión ha sido continua y gradual, sin poder delimitar los momentos concretos que han dado lugar al malestar actual. La generalización a otros contextos afectivos de las limitaciones relacionales, así como de su falta de asertividad a la hora de mostrarse al mundo con una personalidad propia y definida han facilitado su malestar actual.

##### ***Recursos de afrontamiento de la paciente***

No permite exponerse a situaciones sociales que le permitan habituarse y a la vez aprender hábitos alternativos. Su experiencia se limita a evitar y neutralizar experiencias y sensaciones interoceptivas.

##### ***Tratamientos o intentos de solución previos y resultados***

Se aprecian intentos de solución voluntaria ante situaciones altamente estresantes, como pueden ser la evitación y el aplacamiento de los sentimientos asociados a los eventos negativos.

## Modelo Explicativo del Caso

### *Problema de Sensación Dual. Anhedonia y Falta de Interés Social - Sintomatología Depresiva*

#### Variables Disposicionales

- Perfeccionismo
- Variable de personalidad controladora
- Pensamientos y esquemas rígidos: tener una apertura emocional con personas conlleva necesariamente una exposición inasumible, ej: “si me quedo en casa seguro que no me hacen daño”, “Prefiero no tener relaciones estables para no sufrir decepciones”, “no puedo soportar que los amigos me den de lado”.
- Falta de conciencia sobre problemas generados y mantenidos por su desconfianza y control.
- Sensación de vivir en “modo automático”.
- Se adapta a las situaciones sociales modificando su personalidad ante las personas con las que se relaciona.

#### Variables Contextuales

- Contexto familiar emocionalmente inestable. No haber obtenido *caricias* en su infancia da lugar a una vivencia emocional inadecuada, reemplazando la emoción auténtica que sería conveniente sentir en el entorno familiar, generalizándolo al social (Nadal, 1993).
- Dificultades socio-económicas en el ámbito familiar predisponen a una preocupación excesiva.
- Vivencias parentales donde una experiencia positiva va seguida de una experiencia potencialmente traumática.
- Narrativa de vida repleta de abusos. Probable disociación como solución momentánea.

### **Hipótesis de Mantenimiento**

**EC:** Las expectativas parecen consecuencia de la inconsistencia de las respuestas de sus padres y su entorno social. Sus intentos de predecir las respuestas de su entorno social en base a su actitud y conductas han resultado infructuosos y frustrantes, por lo que a lo largo de los años su percepción de falta de contingencia ante sus intentos de modificar su situación personal, y el control de los resultados (Abramson et al., 1978).

**RC:** ansiedad, depresión, vacío, anhedonia.

**Ed:** EC+RC + pensamientos exigentes “nadie me interesa, la gente habla mal de mi...”

**R.op:** *Nivel cognitivo:* pérdida de control, desconexión de la realidad, supervisar acciones de los demás, rumia. *Nivel fisiológico:* no soporta ni permite el contacto físico, se aísla, necesidad de hacer cosas continuamente y no parar; se desahoga eventualmente con sus amigas, y en terapia.

*Nivel motor:* falta de energía, sensación de desmayo, apatía y anhedonia.

**C:** Neutraliza sus manifestaciones emocionales (R-).

- A corto plazo reduce su malestar evitando exponerse a contextos sociales, confirmando su percepción de no ser entendida por nadie. Cuando se aísla refiere sentirse realmente bien (R+).
- A largo plazo no genera nuevos contactos sociales, cuando los genera se muestra fría y distante, lo que genera más distanciamiento social, confirmando sus esquemas (C+); se refugia en los libros y estudios y cree no tener tiempo para relacionarse (R+). Generaliza su malestar a cualquier contacto social, aumentando su malestar. Sensación de culpa.

**Estímulos Delta.** No se aprecian.

### **Otras Áreas Importantes a Considerar**

**Apoyo Social.** Refiere tener un apoyo familiar inestable a todos los niveles, pero principalmente emocional. No se ha sentido valorada ni validada, por lo que ha preferido aislarse emocionalmente, aunque siempre ha asumido una gran responsabilidad tanto individual como familiar. Pese a todo, refiere que en la actualidad ambos progenitores parecen más implicados en facilitarle un apoyo socio-emocional adecuado. Tiene escasas relaciones de amistad de calidad, ya que según comenta, no le aportan nada positivo. Tiene un amigo más cercano con el que de manera esporádica habla de sentimientos, aunque de manera superficial.

**Relaciones de pareja.** Soltera. No ha tenido relaciones de pareja, solo relaciones esporádicas de corta duración y varios encuentros sexuales. Refiere no tener ganas ni necesidad de tener una pareja.

**Situación vital y estilo de vida.** Manifiesta no aguantar más la sensación de vacío y tristeza en la que dice encontrarse. Refiere tener un estilo de vida sedentario, y en ocasiones puede estar semanas sin salir de casa salvo para ir a la universidad. A nivel familiar, no es capaz de sentir emoción alguna ante su narrativa de vida, aunque es consciente del efecto negativo que tiene esta reacción en su situación actual.

**Aspectos familiares importantes.** Infancia y adolescencia marcadas por continuos cambios de domicilios, rupturas parentales, múltiples relaciones de su madre con hombres toxicómanos y/o con malos tratos, intentos de suicidio de su madre, negligencias y abandonos, entre otros. Parece ser consciente de todo lo vivido, y con el tiempo ha aprendido a ignorarlo. El padre ha manifestado tener voluntad de asistir a terapia con intención de ayudar a María.

**Historia Social y Laboral.** Relaciones inestables con iguales, y por lo general vinculadas al colegio/instituto en el que se encontrara en cada momento. Estudiante de Magisterio con un rendimiento óptimo.

**Problemas médicos asociados.** Refiere estar bien de salud; dolores de tripa y de cabeza esporádicos.

**Consumo de tóxicos.** Refiere no tomar ninguna medicación ni sustancias psicoactivas. Ha probado Marihuana pero no encontró en ella una motivación lúdica.

**Motivación y expectativas.** Verbaliza estar dispuesta al cambio, dice estar abierta a todo lo que se le diga para conseguir el cambio. Refiere necesitar ayuda para integrar los aspectos y etapas de su vida que le impiden “ser feliz”.

**Aspecto personal.** Aparentemente saludable a nivel fisiológico con algo de sobrepeso no patológico, no fuma, no bebe, estilo de vida sedentario.

La fase de Evaluación Pre se llevó a cabo en las tres primeras sesiones, realizada con la supervisión directa de la tutora y psicóloga responsable de la terapia de María.

La entrevista realizada en la Evaluación reveló información relevante acerca de la anamnesis de la paciente, variables involucradas en su malestar, que permitieron crear un Análisis Funcional detallado de las dificultades más apremiantes en relación a su tratamiento, a través de una Línea de vida realizada en sesión con la paciente.

Pese a las limitaciones existentes, la Entrevista de Evaluación ha permitido crear un rapport aceptable para permitir una intervención eficiente dentro del Código Deontológico y de Buenas Prácticas, operativizar los objetivos de intervención y apoyar al resto de instrumentos utilizados a realizar un encuadre del Caso apoyando los objetivos propuestos para la evaluación intermedia.

Las tres primeras sesiones tuvieron una duración de 90 minutos, en comparación a las sesiones de tratamiento que están estipuladas en 60 minutos. Se tomó esta decisión con objeto de poder realizadas las pruebas predeterminadas.

### **Descripción y Justificación de Objetivos de Tratamiento**

La seguridad del espacio terapéutico debe proporcionar a la paciente una fuente de seguridad que permita la apertura experiencial y emocional. En este sentido la aceptación incondicional resulta imprescindible, más si cabe en pacientes con un entorno social hostil, desregulados en gran medida por ello. Así estos pacientes, como en el caso de María, presentan estados emocionales secundarios como la vergüenza, la culpa, y la sensación de ser juzgados que pueden actuar como catalizadores de

posturas defensivas que impidan una evolución favorable de la Terapia. La adhesión de un segundo terapeuta en sesión puede interpretarse desde un punto de vista intrusivo si no se cuida al detalle el encuadre terapéutico.

La operativización de los objetivos consensuados con la paciente permite clasificarlos en un nivel de abstracción y unas prioridades que servirán para un diseño de intervención probablemente eficaz y replicable. Así, los Objetivos más generales afectan previsiblemente a la mayor parte de la sintomatología observada en la paciente, por lo que se entiende que si se logra un impacto positivo tendrá efecto cascada afectando a las facetas de relaciones sociales y autoestima.

Desde el **modelo del Análisis Transaccional** se trabajaron las interconexiones y redes neuronales, donde la memoria almacenó las vivencias con una interpretación defensiva que parece estar resonando en la actualidad con una fuerte rigidez que no le permite experimentar una vida placentera a nivel personal y social. De este modo, se pretende intervenir sobre objetivos como son controlar la conducta observada, así como las reglas verbales autoimpuestas observadas en la paciente, mediante la modificación de pensamientos y sentimientos que parecen limitar su repertorio conductual a nivel personal y principalmente social.

La intervención cognitiva basada en Análisis Transaccional basa su significado en los tres estados del Yo; yo padre, Yo adulto y Yo niño (modelo PAN). El objetivo es guiar a la persona hacia un guión de vida pleno y saludable, con una actitud objetiva y realista, enseñándole a distinguirla de una actitud funcional y/o estructural (infantil), así como de las ataduras parentales. Se busca que las transacciones del presente se den desde un estado de Yo Adulto, desligándolas de las expresiones del Niño sumiso y/o Niño Rebelde.

Se busca a su vez el impacto sobre las relaciones entre sensaciones, emociones y fisiología, ya que la paciente no acepta el contacto físico ni siquiera con figuras de apego más o menos seguro.

Del mismo modo, se intenta romper el vínculo de las reglas verbales que parecen estar influyendo en su conducta social. La regla verbal *Contacto* -> *Peligro* se viene observando desde el principio de la Terapia, por lo que la intervención se apoyó en las visualizaciones *Padre empático*

*presente, Madre que cuida presente*, y la modalidad sensorial elegida será el tacto, con un acercamiento gradual.

Una vez localizados los recuerdos traumáticos, se hace necesario atraer al presente la verbalización o cognición positiva idealizada; esto es, cómo le gustaría verse en el momento actual, aceptando y permitiendo modelos emocionales alternativos, donde es amada por quien es, y tratada con caricias positivas.

Parece fundamental que, previamente la paciente encuentre una zona de seguridad o lugar seguro donde poder dirigirse en caso de que durante las sesiones o una vez fuera de éstas aparezcan posibles abreacciones o sensaciones de malestar de gran intensidad. En el caso de María, la zona de seguridad la delimitaremos acompañándola en la búsqueda de experiencias positivas durante una *meditación guiada o respiración controlada*.

El objetivo del reprocesamiento consiste en dar un giro a aquellos pensamientos rígidos y reglas verbales que no le permiten valorarse y merecer ser feliz. Ligado a la integración de experiencias positivas a la narrativa de vida, encontramos una paciente con una capacidad limitada para encontrarse en una zona óptima de activación; por norma general presenta dos polos que van desde la hipo-activación con la que se siente confortable, y la sintomatología depresiva que parece ser causa de aquella en gran medida; una vez más, se genera una nueva regla verbal rígida en sentido *estoy sola -> no merezco ser feliz*.

Los subsiguientes Objetivos, que parecen más específicos, serán tratados mediante técnicas validadas empíricamente dentro de una corriente **cognitivo-conductual**.

Con respecto al trabajo a nivel social, identificado previamente como situación provocadora de malestar, el Tratamiento comenzó con una explicación detallada del Análisis Funcional realizado, haciendo especial énfasis en los antecedentes, conducta, y consecuente, que están funcionando como mantenedores de las dificultades emocionales que presenta.

El objetivo principal es aumentar la conciencia de los propios estados mentales y de los demás, permitiendo estar presente durante las emociones vividas, aumentando la ventana de tolerancia y

reduciendo la necesidad de huida. Entendemos que el programa de entrenamiento mejorará, a medio y largo plazo, los recursos de afrontamiento de María, evitando las conductas de riesgo (Peres, 2008).

## **Tratamiento**

### **Estructuración de las sesiones**

Las sesiones de Tratamiento han mantenido una funcionalidad y estructura de sesiones previas, dando continuidad a los objetivos terapéuticos. La intervención a través de la co-terapia ha sido limitada en el tiempo, realizando en mi periodo de intervención 3 sesiones de Tratamiento, además de las 3 sesiones de Evaluación analizadas previamente, más la sesión final de control. La periodicidad de las sesiones fue quincenal, con una duración de 60 minutos.

### **Objetivos Propuestos y Técnicas**

#### **OBJETIVOS**

- Reparar e integrar experiencias traumáticas y estar en el presente, aumentando la ventana de tolerancia (Siegel, 1999), permitiéndose estar en la zona optima, facilitando salir de la zona de vacío cuando se encuentra en ella.
- Facilitar la conciencia para conseguir que no apague las emociones positivas, y que se permita sentir las.
- Conseguir que sienta que merece ser feliz.

#### **TÉCNICAS**

Desde el AT se pretende de este modo traer al aquí y ahora aquellos recuerdos traumáticos para darles un nuevo sentido, a través de la **evocación de recuerdos, visualización y resignificación** en el momento actual. Para conseguir estos objetivos, se focalizan los recuerdos más significativos donde las carencias socioafectivas parentales y el estilo de apego desorganizado resultan más impactantes para la paciente, reprocesando aquella narrativa en el momento presente a través de visualizaciones guiadas, caricias controladas, etc.

Así, la intervención sobre este objetivo irá destinada a hacerle consciente de la parte necesariamente responsable y voluntaria, a través de la **escalera de activación** (Anexo 7), rescatada de la teoría polivagal (Porges, 2011), y sus tres niveles; seguridad, alarma o amenaza de muerte, vinculados al estilo de apego dominante, que activarán las estrategias comportamentales de conexión social, movilización e inmovilización respectivamente. Una **explicación básica de la teoría del cerebro Triuno** (Mc Lean, 1990), adaptado al nivel de comprensión de la paciente, apoyará su conciencia sobre la gestión de las respuestas emitidas. Con estas técnicas se busca facilitar la exposición a situaciones que permitan vivir emociones positivas desligándolas de las contingencias negativas esperadas, ampliar la zona de seguridad, y la conexión con recursos individuales y sociales que permitan recuperar la zona de seguridad en los momentos en los que se siente fuera de su zona de seguridad y conexión social. En paralelo, se trabajará en sesión la auto-regulación de los estados emocionales a través de la **activación consciente, la identificación y el intento de conexión entre las emociones y las sensaciones físicas** que conllevan. En situaciones donde la paciente se siente triste, preocupada o desesperanzada se entrenará en regular el nivel de activación; en los momentos felices y positivos se trabajará de igual modo, haciendo una parada consciente con objeto de grabar en nuestro cuerpo las sensaciones físicas agradables reprocesando los nodos mnésicos del pasado.

### **OBJETIVOS**

- Conseguir que no se aisle de los contactos sociales, y que comience a realizar actividades placenteras y de ocio con amigos/as.

### **TÉCNICAS**

A través del modelo Conductual, se pretenderá evocar por parte de la paciente de una situación vivida que haya generado tanto emociones positivas como negativas con una intensidad moderada. Una vez identificadas las emociones se realizará un **role-playing** donde el terapeuta tiene el rol de amigo, proponiendo situaciones como las expuestas previamente y se propuso un debate sobre las evidencias al anticiparse a los estados mentales de los demás personajes.

A través de la **metáfora ACT del autobús**, y se debatirá sobre la dirección de sus acciones al no exponerse ante contextos sociales. De este modo se suple la necesidad de reestructuración con los objetivos orientados hacia los valores y necesidades personales.

Para terminar, se propondrá como tarea entre sesiones, una **exposición por moldeamiento** a eventos sociales con amigos donde acepte críticas y/o cumplidos, en caso de producirse, y exprese de una forma asertiva sus sentimientos y necesidades. Se pretende entrenar así la habituación de respuestas con objeto de reducir la intensidad y/o frecuencia de las respuestas ansiógenas ante la exposición continuada en el tiempo (Thompson y Spencer, 1966).

Se utilizará un breve **taller de Entrenamiento de Habilidades Sociales** ad hoc, cuyos parámetros de medida siguieron la línea de Dávila et al., (2017), a la hora de evaluar la toma de decisiones, asertividad, autoestima y la comunicación, haciendo especial hincapié en las (1) habilidades de asertividad, tales como dar y recibir elogios, expresar tanto sentimientos desagradables como positivos, como en (2) habilidades para el manejo de los conflictos, como la negociación, manejo de los conflictos, expresar y recibir quejas, petición de disculpas.

### **Primera Sesión**

La primera sesión tuvo como objetivo principal la explicación detallada de los objetivos a tratar en las siguientes sesiones, y realizar una primera fase *Psicoeducativa* acerca del origen y mantenimiento de su sensación de vacío y el desplazamiento y reinterpretación hacia el presente.

Se utilizó aquí una metáfora ad hoc entre los diferentes momentos y sucesos traumáticos de su vida con las muñecas Matrioskas. Cuando todas las muñecas se encuentran formando una sola, representa las partes interiores de la paciente. Esas distintas piezas funcionan a su vez como etapas de su vida que pueden ser visualizadas en sus momentos temporales y afrontadas con las experiencias y recursos que tenía en aquel momento concreto. Las acciones, pensamientos y decisiones las tomó con los recursos que ella tenía en aquel momento, explicándole que en aquel momento resultaron funcionales y adaptativas, permitiéndole distanciarse de las consecuencias aversivas derivadas de las negligencias parentales que provocaron un apego desorganizado, al fin y

al cabo, como supervivencia psicológica y emocional. De este modo se validan los recursos de afrontamiento de la paciente con intención de reforzar sus conductas defensivas del pasado.

Aquellas situaciones traumáticas no están bien elaboradas, resuenan en momentos diferentes, del mismo modo que una Matrioska pequeña en el interior de una mucho mayor. Si se sigue proporcionando el mismo repertorio de respuestas, sin atender a recursos mediadores, como las expectativas o los estilos de afrontamiento aprendidos, se estarán poniendo en marcha respuestas limitadas, que no permitan desligarse de la emocionalidad y sensaciones del pasado.

Se explica el procedimiento de reelaboración e integración a través de visualizaciones, donde a través de recuerdos traumáticos, en los que se introduzcan de forma progresiva las figuras de *Padre presente*, y *Madre presente*, pueda superar el duelo que le está provocando su malestar, reelaborando partes del pasado. Se pretende así hacer un ejercicio donde la paciente pueda conectar con esas emociones necesitadas y no prestadas a través del terapeuta, encaminado a reelaborar y dar sentido a su Yo Adulto, representado aquí por sus necesidades.

Se explican los principios de la zona de seguridad, y se decide hacer meditación a través de la respiración controlada. En este punto aparecen dificultades a la hora de cerrar los ojos, y de realizar un contacto físico.

La sesión acaba haciendo una breve recapitulación de lo sucedido, permitiéndole expresar todas las sensaciones vivenciadas, y se propone para casa ejercicio de meditación a través de la respiración controlada, en los momentos en los que algún tipo de pensamiento intrusivo provoque alto grado de malestar, preferiblemente intentando cerrar los ojos.

## **Segunda Sesión**

La segunda sesión comienza con una exploración sobre las dos semanas que han pasado entre sesiones, prestando especial atención a los eventos privados que han podido provocar algún malestar en la paciente, y en los intentos de solución, así como el trabajo personal sobre la meditación en momentos de inestabilidad emocional.

La paciente manifiesta dificultades a la hora de cerrar los ojos, pero ha persistido en la respiración controlada durante el tiempo necesario hasta que el malestar se ha reducido de una forma significativa. Se entrena en sesión la respiración controlada, prestando atención a las sensaciones corporales de las diferentes partes del cuerpo; se propone comenzar con los ojos cerrados en el espacio controlado de la clínica, ofreciendo la posibilidad de abrirlos en caso de no sentirse cómoda.

Terminado el ejercicio, se consensua con la paciente que el objetivo de la presente sesión es desarrollar las experiencias de su pasado que están resonando en el presente, provocando vacío y desesperanza; así como las sensaciones que hubiese deseado tener en caso de que su contexto vital relacionado principalmente con sus figuras parentales le hubiese permitido ser amada para sentirse libre incondicionalmente.

La paciente identifica como situación clave el desbordamiento y sensación de soledad ante los **intentos de suicidio de la madre**, y cómo tuvo que actuar como cuidadora, limpiando la sangre, y encargándose ella sola de la casa, ya que su padre prácticamente no estaba en casa. María refiere que la única emoción que sentía era la frustración, ya que le toca limpiar y otras tareas del hogar, obviando los sentimientos aparentemente lógicos como pueden ser miedo, pena, ansiedad, etc.

Como situación idealizada aparece la **necesidad de sentirse arropada**, principalmente en el presente. María es consciente que es ella misma quien pone las barreras a la hora de recibir muestras de afecto y cariño con el entorno social. Como cognición positiva adicional, María propone **merezo ser feliz**.

Como zona de seguridad, se propone utilizar la **meditación** que ha estado trabajando en sesión, comprometiéndose a seguir practicándola entre sesiones, aumentando el tiempo que ha de permanecer con los ojos cerrados.

Se aprovecha el tiempo restante de sesión para planificar el compromiso con una actividad social placentera, retomando los principios de la exposición ante situaciones estresantes o de baja motivación. En este sentido, se propone **principio de Premack** (Pereira et al.,1994),

comprometiéndose a quedar con algún amigo para realizar una actividad de ocio social, en los dos fines de semana que quedan antes de la siguiente sesión, antes de permitirse pasar el domingo leyendo libros.

La sesión acaba con un repaso de sus sensaciones en sesión, y el compromiso de las tareas propuestas para estas semanas.

### **Tercera Sesión**

El objetivo principal de la sesión quedó descrito en anteriores sesiones, por lo que resulta pertinente comenzar con la reelaboración propiamente dicha.

Durante el periodo entre sesiones parece haber mejorías en cuanto a la conciencia de estar presente en situaciones sociales sin la necesidad de huir, por lo que se refuerza su valor y su capacidad de control de las situaciones que antes no era capaz de gestionar.

Se realizó una breve sesión de respiración controlada, fijando la atención en las sensaciones fisiológicas en las diferentes partes del cuerpo.

Hecho esto, se eliminaron las barreras existentes entre terapeutas y paciente, y se aconseja que cierre los ojos, para que la profundidad de la visualización sea mayor. Percibimos cierta angustia al cerrar los ojos, por lo que dediqué unos minutos a transmitir calma, recordándole que estamos en un lugar seguro, aquí nada puede hacer un daño real; pese al malestar que pueda sentir al revivir escenas de su pasado, todos son recuerdos. Se le recuerda a la paciente que puede expresar lo que sienta, y que además es positivo. También se le recuerda que puede parar la sesión en cualquier punto, aunque sería aconsejable vivirla hasta el final.

En la primera fase, se guía a la paciente para que se posicione en aquel momento de su pasado donde su madre intentó suicidarse. La intención es que lo vivencie con todo tipo de detalles recordados, y que se centre en aquel momento de forma consciente.

En el momento en el que pare estar relajada, se realizan preguntas generales que permitan conectarla con la experiencia como - *¿Puedes describir la situación, y el lugar?, ¿Había alguien más contigo?, ¿Cómo te diste cuenta que mamá se había cortado las venas?* - . Hasta aquí no se aprecia

respuesta con carga emocional, por lo que se procede a profundizar en las sensaciones. – *En el caso de que la situación fuese inevitable ¿Cómo hubieses preferido vivirla?, parece que te bloqueaste y no tuviste opción real a expresarte ¿Cómo hubieses preferido expresarte si se te hubiese dado la oportunidad?, ¿Qué crees que hubieses necesitado en aquel momento?, ¿Nos podrías describir las sensaciones corporales que sentiste, al igual que lo hacemos con la respiración guiada? - . Parece que esta dirección de la intervención enfurece a María, provocándole reacciones intensas de malestar. Se la refuerza y se recuerda que está en un espacio seguro.*

La siguiente fase se centra en la visualización de un momento cercano presente, en una experiencia positiva donde se haya sentido en la zona de seguridad, o haya conseguido regresar a ella desde la hipo-activación o hiper-activación. La paciente enfoca su atención en un momento, cuando tenía 13 años, en el que realizó una actividad social con amigos, y logró olvidarse de su malestar por un día; por la noche cenó con su padre, y este le manifestó que a pesar de la distancia sentía un gran amor y preocupación por su malestar.

En este punto se dirige la sesión hacia la vivencia intensa de las necesidades cubiertas en esta experiencia, con los recursos disponibles; la idea es integrar las experiencias del Yo Adulto, y sus necesidades cubiertas, para exportarlas a la situación traumática del pasado. Se vuelve a pedir a la paciente que preste especial atención a las sensaciones fisiológicas corporales.

Se introduce la noción de *Padre presente empático y generoso*, y *Madre Presente cuidadora y protectora*, en momentos alternos; la idea es juntar estas dos figuras cuando están integrados de forma independiente.

Una vez visualizadas las escenas presentes con necesidades relacionales y emocionales cubiertas, se pide a la paciente que esté consciente y presente en las sensaciones que esto le provoca, y que vuelva al pasado, volviendo a imaginar aquel momento de vacío y anhedonia en el intento de suicidio de su madre, centrándose en las sensaciones vividas en el momento actual. Se intenta que María integre todas las Marías que forman parte de ella, y que hoy parece reconocer, en aquel momento pasado.

La sesión finaliza acompañando a María a volver al Presente de un modo seguro, reforzándole el trabajo realizado, y sus avances; se realiza respiración controlada, con percepción dirigida a sensaciones corporales.

Se solicita a la paciente que, como tareas para casa, rellene de nuevo los cuestionarios BDI-II y STAI, esta vez de manera completamente autónoma.

### **Valoración del tratamiento**

Se entiende que, por norma general, la evolución del tamaño del efecto de una intervención psicológica se mide por la satisfacción del paciente, expresada de una forma directa o por la observación de su comportamiento. Podemos aumentar la objetividad y precisión utilizando algún instrumento estandarizado en diferentes momentos con objeto de marcar una distancia con una línea base previamente establecida.

El estudio de la efectividad implica el análisis en profundidad sobre diferentes variables como pueden ser el tipo de terapeuta y la relación terapéutica, así como el modelo terapéutico utilizado, modelo de terapia individual o grupal, duración, frecuencia, entre otras. Novey (2011) encontró que una de las limitaciones más destacadas en cuanto resultado de la medición de la eficacia y efectividad se centra en la asignación de sujetos de control que permitan una comparación inter-sujetos, si diéramos por sentado la igualdad de condiciones que permitieran su replicación o la medición de unos resultados ante una misma sintomatología en ausencia de Tratamiento. Se hace difícil en este sentido medir de forma objetiva la efectividad y eficacia del estudio de Caso Único.

Visto así, excede de la capacidad evaluativa del presente estudio un análisis exhaustivo de la efectividad de la Intervención realizada. Sí procede el estudio de la parte subjetiva de su medición, teniendo en cuenta la experiencia subjetiva de la paciente a la hora de valorar su satisfacción en cuanto a su mejoría global o la mejoría específica de los distintos dominios o sintomatología concreta, motivo de consulta.

Pese a las dificultades descritas, parece existir una importante correlación entre las distintas formas de medir el cambio terapéutico (Strupp, 1996), con las excepciones que puedan aportar las posibles ganancias secundarias que impliquen la finalización de la terapia, la evitación y/o posibles intereses ocultos de parte o incluso por el deseo de los pacientes de validar su terapia o a sus terapeutas, por lo que la medición realizada puede funcionar como indicativo del sentido y orientación de la Intervención en lo que respecta a la metodología, objetivos propuestos, y técnicas utilizadas en un modelo integrativo como el propuesto en el caso de María.

### **Sesión Post-Tratamiento**

Se utiliza una última sesión evaluativa para analizar junto a la paciente las sensaciones percibidas relacionadas con los objetivos marcados previamente, a la vez que se valida el gran esfuerzo realizado y los avances observados.

Se hace un repaso de los recursos añadidos, de la evolución en el afrontamiento de las reglas verbales, la vivencia desde la perspectiva del Yo Adulto en función de sus necesidades; se refuerza su trabajo personal a través de conciencia en estar presente, percepción de sensaciones corporales, asertividad y presencia a través de la meditación.

La última mitad de la sesión se realiza un role-playing, indicado previamente, con objeto de introducir el trabajo posterior en habilidades sociales y asertividad.

### **Descripción de los Resultados**

En cuanto a la eficacia de la terapia en el presente estudio, parece claro el impacto positivo si tenemos en cuenta los datos obtenidos en el cuestionario rellenado al principio de la fase de Evaluación, replicado en la sesión de control post-tratamiento. En este último caso, la visualización dirigida a los pensamientos y situaciones provocadores de malestar evocados por la paciente la primera vez que rellenó el cuestionario, indican un nivel subjetivo de malestar inferior en cada una de las situaciones analizadas. Cuando se le pregunta a la paciente -Cuando acudiste a Terapia, ¿recuerdas el nivel de malestar que te provocaban las situaciones evaluadas en el Cuestionario?-, su respuesta indica que casi todas las situaciones producían un malestar incapacitante a la hora de

afrontarlas, recurriendo al confinamiento y la evitación experiencial. En este sentido, podríamos decir que se aproximan al valor máximo de malestar.

Si tenemos en cuenta los resultados diferenciales del Cuestionario, se observa una mayor diferencia entre sensación subjetiva de malestar en los niveles de *contacto físico con personas* y *recuerdos desagradables* (Tabla 1). Estos constructos, delimitados al principio de la Terapia, han sido abordados con técnicas conductuales, así como en estrategias basadas en la teoría del modelo del Análisis Transaccional, a través de visualizaciones, análisis de transacciones e integración de los estados del Yo, entre otros. Estos resultados parecen coherentes con los recursos invertidos la intervención sobre estas dos variables, claramente superiores sobre la intervención en *permanencia en vacío existencial*, cuya intervención a través principalmente de la integración de la teoría polivagal ha sido limitada.

Por otro lado, las acciones desencadenadas parecen haber evolucionado hacia un estado de presencia consciente, alejándose así de la evitación y retraimiento previo a la intervención. Cuando se le pregunta a la paciente - ¿qué crees que ha motivado ese cambio de actitud en cuanto a la forma de actuar y/o sentir ante las mismas situaciones? -, María no vacila al interpretar su cambio por un aumento en las estrategias y recursos de afrontamiento.

Los datos del cuestionario BDI-II en la sesión post-tratamiento (pag.1-14; pag.2-17; **total-31**), indican una disminución poco significativa de la sintomatología depresiva, con un **riesgo severo de Trastorno Depresivo Mayor** (Tabla 2).

En cuanto al cuestionario STAI, La puntuación directa para A/E es **33**, siendo la puntuación transformada **Decatipo 8** y **Percentil 85**; para A/R es **34** siendo la puntuación transformada **Decatipo 8** y **Percentil 85**. En este sentido se aprecia un incremento muy elevado en los niveles de A/E Pre-Post Tratamiento, produciéndose un leve incremento de A/R (Tabla 3).

## Adherencia al Tratamiento

Resulta importante puntualizar que la adherencia al tratamiento se ha de valorar como parcialmente positiva; y es que aparecen limitaciones en el propio Tratamiento dentro de las sesiones al intentar mantener los ojos cerrados, así como al establecer contacto físico. La parte más valiosa parece relacionada con la motivación de la paciente, plasmada en la realización de las tareas propuestas para casa, y para los periodos entre sesiones. Como ejemplo, entre la segunda y la tercera sesión de tratamiento, -María quedó con su mejor amigo para cenar, en un momento de la noche él le dio un abrazo afectuoso, con el que María no se sintió cómoda; según nos cuenta, se sintió con fuerzas y le comentó de forma asertiva que no le gustó que le diera un abrazo, el amigo se sintió algo contrariado pero la velada siguió de una forma agradable-. Esta reacción, así como sus consecuencias, tanto comportamentales como sensaciones subjetivas percibidas por la paciente, parecen justificar las técnicas conductuales utilizadas, como la exposición ante estímulos provocadores de malestar, comenzando un proceso terapéutico *de habituación de respuestas*, evitando de algún modo la respuesta de seguridad. En cualquier caso, dada las limitaciones temporales de la intervención, los últimos resultados indicados parecen prometedores, marcando el comienzo de un tratamiento a medio o largo plazo.

La correlación específica entre técnicas utilizadas y consecución de objetivos parece indicar lo siguiente:

- El abordaje del ***reprocesamiento de situaciones traumáticas*** de su pasado, a través de ***visualizaciones***, y el análisis de las situaciones y sus interpretaciones, que se han percibido en el pasado como amenaza vital, peligro y seguridad, parecen haber permitido el análisis personal y la integración de recursos individuales y sociales necesarios para modificar ciertas respuestas que le permitan salir de la zona de inmovilización y respuesta visceral hacia la zona de seguridad. Parecen haber surgido recursos sociales, principalmente con grupo de iguales, dejando al margen, de momento, los relacionados con su familia.

Se puede interpretar esta integración de recursos como algo más que una suma de actividades gratificantes; recordemos que la paciente se encontraba en una dualidad, en la que por un lado se sentía plenamente confortable y cómoda al retirarse y permanecer en su zona de inmovilización social, pero a su vez, es esta situación la que le ha llevado a un malestar incapacitante con sensación de vacío emocional, anhedonia y aburrimiento cuando se encuentra en contextos sociales.

- El trabajo individual de María sobre **asertividad**, plasmado en el taller realizado en sesión, y su aplicación al ámbito lúdico social parece haber tenido cierto impacto en una segunda aproximación fenomenológica. Parece no haber modificado a un nivel ecológico sus sensaciones e interpretaciones más profundas a nivel cognitivo, pero si parecen haber producido un cambio en la forma de manifestar sus sentimientos en contextos sociales.

### **Limitaciones**

Aunque el efecto positivo a nivel global en el bienestar subjetivo de la paciente parece evidente, el Tratamiento no resulta concluyente en las variables que han afectado al impacto, en las facetas específicas mejoradas o en las variables extrañas que han podido influir de algún modo.

La limitación temporal de la Intervención descrita, inserta dentro de una Terapia extensa dificulta la precisión en la valoración del Tratamiento y los resultados observados.

Es importante recordar al lector que la Terapia de este Caso Clínico que se hace en este estudio tiene un recorrido mayor que la propia intervención de la co-terapia analizada, por lo que habrá que ser cauto a la hora de valorar los momentos temporales que han ayudado al cambio positivo terapéutico.

## Discusión

El objetivo del presente artículo consiste en la presentación de un Caso Clínico con una sintomatología variada y continuada en el tiempo, tratada mediante un modelo terapéutico integrativo, basado principalmente en técnicas neuropsicológicas rescatadas del modelo del Análisis Transaccional, así como Conductuales, como son el caso del reforzamiento operante, la habituación de conductas, así como la extinción de respuestas que resultan desadaptativas y provocadoras de malestar. La intervención realizada se integra dentro de una terapia de amplia duración (>6 meses), y los objetivos terapéuticos marcados tanto a principio de la terapia, como en la intervención evaluada, parecen indicar una continuidad clínica, con alteraciones en el continuo sintomatológico *Ansiedad-Depresión*; sin poder indicar un plazo aproximado de finalización y mejora de la sintomatología manifestada por la paciente, con los datos que disponemos en la actualidad.

Con respecto a la conceptualización del Trauma, la literatura científica parece, de forma clásica, vincular el constructo con la integración de las disfunciones ocasionadas en los marcos relacionales y emocionales dentro de los sistemas clasificatorios diagnósticos actuales, marcando de este modo una distancia importante con situaciones diversas que implican convergencia en las reacciones ante sucesos distintos a los clasificados como *TEPT* o *Trauma Complejo*.

Entre otros indicadores, dan cuenta de ello las limitaciones metodológicas a la hora de evaluar, si lo comparamos con otros trastornos abordados técnicamente desde hace largo tiempo. En este sentido, parece que los instrumentos de medida en el caso de *TEPT* y *Trauma Complejo* utilizan una metodología circular (intensidad -> cantidad de situaciones -> diagnóstico -> Intensidad + cantidad de situaciones), evaluando tanto la cantidad como la intensidad de las situaciones potencialmente traumáticas sin tener en cuenta la subjetividad de las vivencias personales. Desde este punto de vista, la medición de situaciones Traumáticas aporta poca información y no muy valiosa, a nivel puramente práctico a la hora intervenir con pacientes que sienten la necesidad de reducir la intensidad de su malestar subjetivo, en ocasiones independiente de los hechos que lo originaron.

Instrumentos adaptados al idioma español, como son *Cuestionario para Experiencias Traumáticas TQ*, *Entrevista CAPS-DX*, *Escala de Trauma de Davidson DTS*, *Escala TOP-8* o *Índice Global de Duke DGRP* muestran limitaciones en cuanto a sus propiedades psicométricas, sin pasar de una consistencia interna aceptable. La mayoría de los instrumentos psicométricos no se basan en una taxonomía comprensiva integral, ofreciendo una clasificación limitada del estrés traumático y de sus tipos (Kira et al., 2008). Actualmente solamente existe un instrumento estandarizado para medir de forma teórica el *Trauma Acumulativo*; se trata de la versión española de la escala de Trauma Acumulativo (CTS) de Kira et al., (2008). La falta de evidencia sobre las propiedades psicométricas descartó esta prueba de cara a la Evaluación del Caso, sustituyéndola por el *Cuestionario para Experiencias Traumáticas TQ*. A nivel evaluativo, cuestiones como fiabilidad inter-observadores, sensibilidad al cambio, y/o diferencias en las puntuaciones observadas en diversas poblaciones requieren una mayor investigación (Bobes et al. 2000).

En este contexto aparece la dificultad en los aspectos más formales del *Trauma acumulativo y continuado*, debiéndose prestar especial atención a la delimitación de los síntomas manifestados, a través de Análisis Funcional, Hipótesis Funcionales y otras técnicas metodológicas evaluativas.

Lo interesante del presente estudio, más allá de las dificultades planteadas, radica en la combinación de una intervención con objetivos terapéuticos basados en el malestar actual de la paciente, con la movilización y transformación de una emocionalidad inaceptable en la infancia, facilitadora de un vacío emocional presente (Nadal, 1993), hacia una integración relacional y personal, aceptando una realidad vital de una forma consciente y presente. Cuando el paciente presenta problemas o dificultades en su vida actual, no podemos olvidar en el tratamiento los problemas angustiosos de su presente, que suelen estar fuera de su control y no admiten demora; en caso de obviarlos, trabajar los Traumas previos mediante reprocesamiento puede aumentar las dificultades del paciente para trabajar en sus problemas actuales (Shapiro, 2010).

Teniendo en cuenta la metodología y objetivos terapéuticos planteados, los resultados en la evaluación Post-Tratamiento intermedia que, principalmente miden el malestar subjetivo

relacionado con el presente de la paciente, indican que los objetivos propuestos no han podido ser conseguidos como resultado final de la intervención estudiada, en el sentido de una mejora terapéutica, debido principalmente a las limitaciones metodológicas, temporales y a la introducción de variables no controladas, y en cierto modo invasivas, que de una forma casi inevitable desestabilizan el rapport de la terapia; pese a todo, parecía necesario marcar una línea base que ayudase a dirigir la intervención hacia objetivos relacionados con el malestar subjetivo más destacado en ese momento. Así resultó relevante una medición post, casi acabando la intervención, ya que la paciente manifestó en la sesión previa un cambio de dirección en la activación de la sintomatología, pasando de un estado de amenaza vital (inmovilización, evitación), a un estado de alarma (ansiedad, hiper-activación). Los resultados en el mantenimiento de la sintomatología depresiva, y el incremento significativo de los niveles de ansiedad estado parecen correlacionar con las sensaciones manifestadas por la paciente en la última sesión, justificando de este modo la evaluación intermedia.

La angustia prolongada de la paciente manifestada en el momento actual, y el aumento de la actividad ansiógena apoya la recomendación de una valoración psiquiátrica por si fuera necesario en este momento la combinación farmacéutica con la terapia actual, que permita continuar trabajando en la línea expuesta. Los niveles previos de baja activación, no parecían indicar la necesidad de medicación desde el punto de vista terapéutico, lo que parece apoyar la medición post realizada.

Pese a los resultados, contrarios en cierto modo, a lo esperado al principio de la intervención, la hipótesis planteada como problemática actual, referente a la anhedonia y falta de interés social con sintomatología depresiva, parece cobrar fuerza respecto a sus variables de mantenimiento, así como las técnicas conductuales empleadas, como la exposición y el trabajo en asertividad y relajación; será necesario una mayor duración de la terapia para comprobar la evolución de la mejora terapéutica.

En cuanto a los Objetivos propuestos y las técnicas aplicadas para la intervención, la evidencia científica apoya la efectividad de una intervención a través de la TCC (Schnyder, 2014); prueba de esto es la introducción de técnicas validadas como recursos de afrontamiento ante situaciones de

angustia principalmente para el tiempo transcurrido entre sesiones, como la respiración controlada o la introducción a la meditación que parecen haber aumentado la sensación de control de la paciente, fortaleciendo la adherencia al tratamiento; sin embargo, la intervención combinada con un conjunto de técnicas intensivas de reprocesamiento de la información disfuncional en un tiempo limitado de intervención, no parece justificada si tenemos en cuenta los resultados concretos en los objetivos propuestos. Aun así, la evolución clínica subjetiva manifestada por la paciente, parece indicar que con si eliminamos la limitación temporal, y acortamos la distancia entre sesiones, principalmente en los periodos de trabajo en reprocesamiento, la integración de modelos terapéuticos en los casos de *Trauma Continuo*, *TEPT*, y *Trauma Complejo*, obtendrán resultados prometedores. Harán falta un mayor número de investigaciones de Caso, así como metaanálisis que corroboren la línea de investigación basada en un modelo Integrativo, de este trabajo.

Se hace necesaria investigación experimental y/o Correlacional de Casos Clínicos con Intervenciones integrativas multidisciplinares desde diferentes enfoques teóricos que aporten evidencia en futuras líneas de investigación. Del mismo modo, la investigación sobre duración de las intervenciones de este tipo de problemáticas parece escasa, así como de la diferencia en el tamaño del efecto, y del punto de corte desde donde la intervención resulta eficaz y efectiva, hasta el límite desde donde alargar la intervención resulta ineficaz, incluso improductiva.

## **Conclusiones**

El abordaje del *Trauma Acumulativo* resulta complejo a nivel metodológico, en cuanto a su evaluación como su tratamiento, si tenemos en cuenta que la literatura existente basa su investigación diagnóstica en la intervención principalmente en la reestructuración de las situaciones que provocan malestar. Cuando resulta improbable la delimitación de esos momentos, debido a la continuidad en los acontecimientos traumáticos de una intensidad subclínica (DSM-5), sumado a un apego deficiente y problemas actuales en diversas facetas de la vida actual, resulta necesario una intervención multicomponente que necesariamente implica la combinación de marcos teóricos que

integren un encuadre biopsicosocial que permita reparar los componentes intrapsíquicos, y relacionales que generalmente aparecen dañados en estos pacientes.

En este trabajo se ha abordado una intervención multidisciplinar a través de técnicas neuropsicológicas y conductuales, cuyos resultados apoyan la eficacia de este tipo de intervenciones. No se ha podido delimitar el peso específico de cada técnica aplicada, ni de las variables que han intervenido en el cambio terapéutico. Parece, por lo tanto, que la combinación de modelo AT y Conductual favorece la mejoría subjetiva de *Trauma Acumulativo*, aunque habrá que ser cauto a la hora de valorar las correlaciones.

La inclusión del reprocesamiento de las interpretaciones disfuncionales en la memoria de la paciente nos ha ayudado a comprender los procesos de traumatización y cómo estos afectan a todos los ámbitos de la vida de la persona. Además, en este tipo de problemática, la creación de una alianza terapéutica sólida resulta fundamental para que la persona pueda procesar, integrar, y reparar, evitando como objetivo último la revictimización.

Por último, independientemente del proceso terapéutico elegido, se deberá apoyar con documentación como historia clínica, pruebas de evaluación y cualquier documento relevante, de cara a posibles colaboraciones con diferentes profesionales, y como sugieren Martínez y Casares (2016), para fines periciales y de índole administrativa.

### Referencias bibliográficas

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. y Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Almerge, J. C., y Gutiérrez, L. C. (2015). Trastornos de ansiedad relacionados con traumas y otros factores de estrés. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(84), 4999-5007.
- Alonso, R. S. (2008). Terapia Transaccional. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 58(100).
- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5*. Madrid, España: Editorial Médica panamericana.
- Bados, L. A. (2006). *Trastorno por estrés postraumático: naturaleza, evaluación y tratamiento*. Universitat de Barcelona. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/356>.
- Báguena, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*, 13 (3), 479-492.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory (BDI-II)*, 10. Pearson.
- Berger, W., Mendlowicz, M. V., Marques-Portella, C., Kinrys, G., Fontenelle, L. F., Marmar, C. R., et al. (2009). Pharmacologic alternatives to antidepressants in posttraumatic stress disorder: a systematic review. *Progress in neuropsychopharmacology and biological Psychiatry*, 33(2), 169-80.
- Bernat, J. A., Ronfeldt, H. M., Calhoun, K. S. y Arias, I. (1998). Prevalence of traumatic events and peritraumatic predictors of posttraumatic stress symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 645-664.
- Blanco, A., y Díaz, D. (2004). Bienestar social y trauma psicosocial: una visión alternativa al trastorno de estrés protraumático. *Clínica y salud*, 15(3), 227-252.

- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, F., González, M. P., y Bousoño, M. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Esp Psiquiatr*, 28(4), 207-218.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C. y Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55 (7), 626-632.
- Briere, J. y Scott, C. (2006). Principles of trauma therapy. *A guide to symptoms, evaluation and treatment*. Sage Publications.
- Carrera, M., Ayestarán, A., Herrán, A., Sierra-Biddle, D., Ramírez, M. L., Hoyuela, F. y Vázquez Barquero, J. L. (2004). Estilos de crianza y desacuerdo parental en el trastorno de angustia. *Psiquiatría Noticias*, 6(3), 12-20.
- Davidson, J., y Smith, R. (1990). Traumatic experiences in psychiatric outpatients. *Journal of traumatic stress*, 3(3), 459-475.
- Dávila, M., Retamozo, J., y Vásquez, A. (2017). *Nivel de desarrollo de las habilidades sociales en los estudiantes, de cuarto grado de secundaria de la institución educativa* [Tesis de licenciatura inédita]. Universidad de Ciencias y Humanidades. Disponible en:  
[https://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/147/Davila\\_MR\\_Retamozo\\_JF\\_Vasquez\\_AY\\_TENF\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/147/Davila_MR_Retamozo_JF_Vasquez_AY_TENF_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Ehlers, A., Bisson, J., Clark, D., Creamer, M., Pilling, S., Richards, D., Schnurr, P., Turner, S. y Yule, W. (2010). Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? *Clinical Psychology Review*, 30 (2), 269-276.
- Erskine, R. G. (2017). Análisis Transaccional de la Obsesión: Integrando Diversos Conceptos y Métodos. *Revista de Psicoterapia*, 28(107), 231-258.

- Finkelhor, D. (2007). Developmental victimology. The comprehensive study of childhood victimizations. In R. C. Davis, A. J. Lurigio y S. Herman (Eds.), *Victims of crime* (3rd ed., pp. 9-34). Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- Fong, G. y Garralda, E. (2007). Las fases tempranas de la enfermedad mental: trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. En J. L. Vázquez-Barquero y A. Herrán (Eds.), *Las fases tempranas de la ansiedad* (pp. 159-168). Masson.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., y Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) en universitarios. *Psicología Conductual*, 20(3), 547-561.
- Ford, J., Stockton, P., Kaltman, S. y Green, B. (2006). Disorders of extreme stress (DESNOS) symptoms are associated with type and severity of interpersonal trauma exposure in a sample of healthy young women. *Journal of Interpersonal Violence*, 21 (11), 1399-1416.
- Frazier, P., Anders, S., Perera, S., Tomich, P., Tennen, H., Park, C., y Tashiro, T. (2009). Traumatic events among undergraduate students: Prevalence and associated symptoms. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 450.
- García, M. (2006). Educar en valores desde el análisis transaccional. *Revista de análisis transaccional y psicología humanista*, 58.
- Gayol, G. N. (2004). Codependencia: Un guión de vida transgeneracional. *Análisis transaccional y psicología humanista*, 286.
- Giacaman, R., Abu-Rmeileh, N., Hussein, A., Saab, H. y Boyce, W. (2007). Humiliation: the invisible trauma of war for Palestinian youth. *Public Health*, 121(8), 563-571.
- Goldfried, M. R. (1980). La psicoterapia como entrenamiento de habilidades de afrontamiento. En *el proceso de Psicoterapia*. Springer, MA.
- Hensley, B. J. (2010). Manual básico de EMDR. *Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos. desclée de Brouwer*.

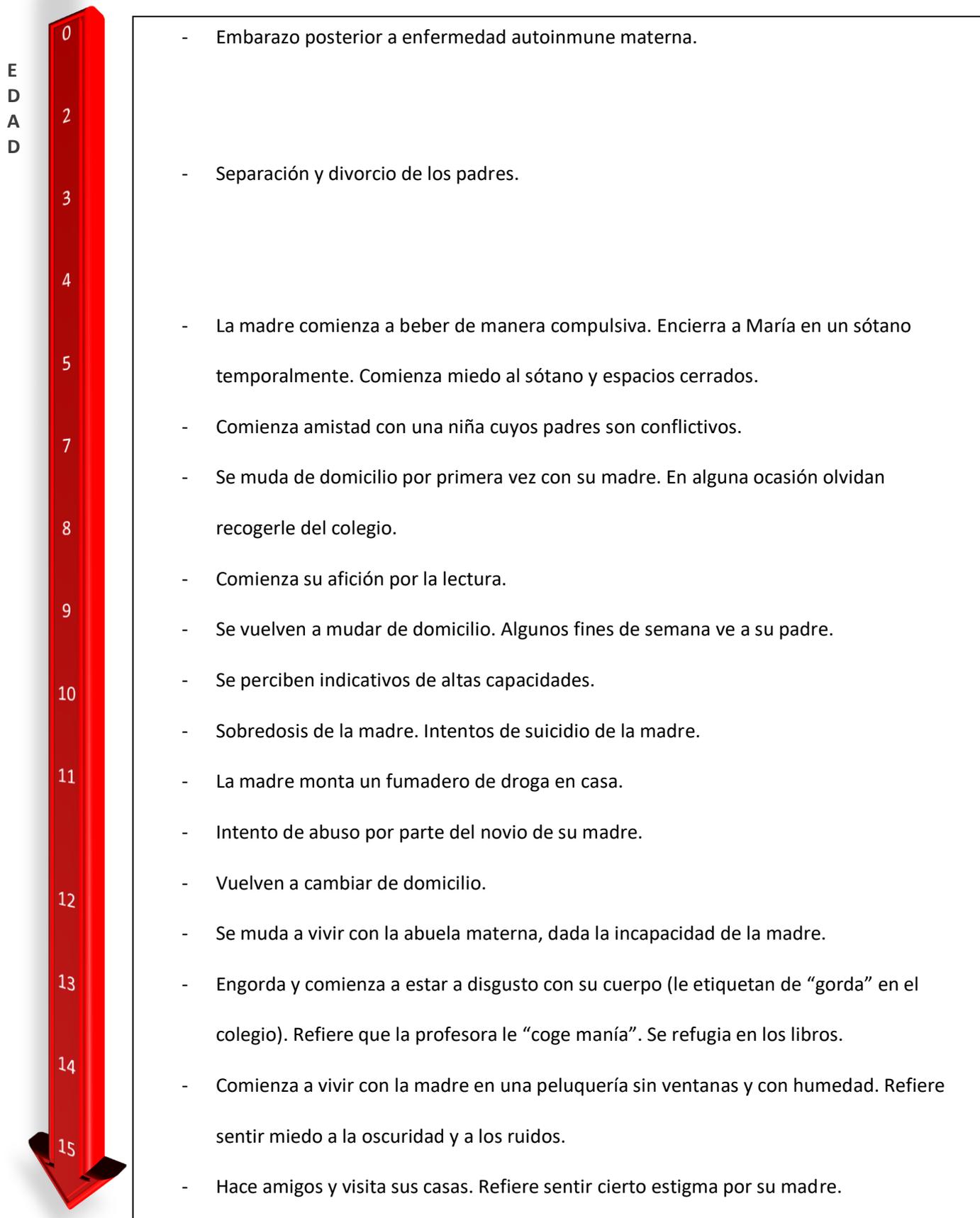
- Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., y Van Ameringen, M. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry, 14*.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. y Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048-1060.
- Khan, M.N. (1963) The concept of cumulative trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child, 18*, 286-306.
- Kira, I. (2001). Taxonomy of Trauma and Trauma Assessment. *Traumatology, 7* (2), 73-86.
- Kira, I. A., Lewandowski, L., Templin, T., Ramaswamy, V., Ozkan, B., y Mohanesh, J. (2008). Medición de la dosis, los tipos y los perfiles acumulativos de trauma utilizando una taxonomía de traumas basada en el desarrollo. *Traumatología, 14*(2), 62-87.
- Lazarus, R. S. (1984). Puzzles in the study of daily hassles. *Journal of Behavioral Medicine, 7* (4), 375-389.
- Lourie, (1996). Cumulative trauma: the nonproblem solving. *Transactional Analysis Journal, 26*, 276-283.
- MacLean, P. (1990). The triune brain evolution: role in paleocerebral functions. New York, EEUU: Ed. PlenumPress.
- Martín, J. L. y de Paúl, J. (2005b). Situaciones traumáticas: Un estudio sobre su prevalencia en población universitaria. *Psicología Conductual, 13*, 79-96.
- Martínez, I. N., y Casares, M. C. L. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica Contemporánea, 7*(2), 87.
- Moreno, J. G. (2011). La efectividad de la psicoterapia. *Análisis transaccional y psicología humanista, 44*.
- Nadal, L. (1993). Análisis transaccional y desarrollo emocional. *INFORMACIÓN PSICOLOGICA, (52)*, 60-62.

- Novey, T. B. (2011). La medición de la efectividad del Análisis Transaccional: Un estudio Internacional. *Revista de análisis transaccional y psicología humanista*, (64), 83-104.
- Pereda, N., Forns, M., y Abad, J. (2013). Prevalencia de acontecimientos potencialmente traumáticos en universitarios españoles. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 29(1), 178-186.
- Pereira, C., Caycedo, C., Gutiérrez, C., y Sandoval, M. (1994). La teoría de Premack y el análisis motivacional. *sumapsicol*, 1(1), 26-37.
- Peres, M. (2008). *Habilidades sociales en adolescentes institucionalizadas para el afrontamiento a su entorno inmediato* [Tesis doctoral inédita]. Universidad de Granada. Disponible en: <https://www.hera.ugr.es/tesisugr/17705381.pdf>
- Porges, S. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. W. W. Norton & Company.
- Salvador, M. (2009). El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Revista de psicoterapia*, 20(80), 5-16.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3), 249-280.
- Schnyder, U. (2014). Treating intrusions, promoting resilience: An overview of therapies for trauma-related psychological disorders. *Eur J Psychotraumatol*, 5, 26520.
- Shapiro, F. (2010). *EMDR: Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*. Editorial Pax México.
- Siegel, D. J. (1999). *La mente en desarrollo: Hacia una neurobiología de la experiencia interpersonal*. Prensa Guilford.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (2008). *STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo* (7ª ed. rev.). Madrid: TEA.
- Strupp, H.H. (1996). The tripartite model and the consumer reports study. *American Psychologist*, 51(10), 1017-1024.

- Thompson, R. F., y Spencer, W. A. (1966). Habitación: un fenómeno modelo para el estudio de sustratos neuronales del comportamiento. *Revisión psicológica*, 73(1), 16.
- Vaca, J. L. D., Sereno, P. E. B., y Rodríguez, R. E. G. (2017). Análisis Transaccional de Eric Berne: una revisión crítica de su dimensión política como dispositivo de control. *Teoría y Crítica de la Psicología*, (9), 82-97.
- Vásquez, C., y Muñoz, M. (2002). *Entrevista Diagnóstica en Salud Mental*. Adultos.
- Ventura, M. (2006). La desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares [emdr] en el tratamiento del trauma emocional. *Psicología Conductual*, 14(3), 387-400.
- Vidal, I. (2010). Clínica de lo traumático La función del analista. *Psicoanálisis*, XXXII, 2(3), 377-403.
- Vrana, S. y Lauterbach, D. (1994). Prevalence of traumatic events and posttraumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, 7(2), 289-302.
- Warner, C. H., Appenzeller, G. N., y Hoge, C. W. (2013). Identifying and managing posttraumatic stress disorder. *American Family Physician*, 88(12): 827-34.
- Xu, W., Zhu, Y. y Chen, L. (2002). Family environment and temperament of preschool children. *Chinese Mental Health Journal*, 16(6), 414-416.

## ANEXOS

## Anexo 1. Línea de Vida Clínica



## **Anexo 2. Entrevista Clínica Semiestructurada.**

---

### **1. Interacción inicial**

1.1 Observación de las características de la persona (puntualidad, arreglo personal, movimientos, estado general, cooperación, ...)

### **2. Delimitación inicial de los problemas**

2.2 En la actualidad, ¿tienes alguna otra preocupación o problema? (ámbitos principales: familia, trabajo, ocio, etc. sucesos vitales estresantes en los últimos seis meses).

2.3 De todos los problemas que nos has contado, ¿cuál consideras más importante o urgente?

### **3. Análisis de secuencias actuales**

3.1 Puedes describir con exactitud todo lo que ocurre en esas ocasiones. Cuéntenos, como en una película, la última vez que le ha sucedido o se ha sentido de ese modo.

3.2 ¿En qué situaciones o momentos aparece el problema? ¿Qué personas están presentes y qué están haciendo? ¿Qué estás haciendo o pensando justo antes de empezar el problema? ¿Qué sientes en esos momentos previos al problema?

### **4. Historia clínica**

4.1 ¿Cuándo te ocurrió este problema por primera vez? ¿Cuándo se lo contaste a alguien o pediste ayuda profesional?

4.2 Intenta recordar aquella primera ocasión, ¿podrías describirla como hemos hecho con la más reciente?

4.3 Háblame un poco de aquella época, ¿cómo eras por aquel entonces?

4.4 Desde entonces, ¿podrías decir que el problema ha mejorado, ha empeorado...?

4.5 Intenta recordar la ocasión en que el problema fue peor; más grave, cuando se sintió peor... ¿Puedes describirlo como en una película?

4.6 Intenta también describir alguna de las ocasiones más leves.

4.7 ¿Han existido ocasiones excepcionales en las que el problema ha aparecido con alguna particularidad o de forma diferente?

### **5. Situación vital actual**

5.1 Con relación a su situación actual, ¿cómo es su vida en la actualidad? (Trabajo, estudios, vida familiar, amigos, ocio, vida sexual, sueño, drogas, etc.)

## **6. Importancia del problema**

- 6.1 ¿Hasta qué punto está afectando este problema a tu vida?
- 6.3 ¿Se lo has contado a alguien? ¿A quién? (Si no se lo has contado a nadie, ¿por qué no?)
- 6.4 ¿Cómo se han tomado el problema las personas más cercanas a tí?

## **7. Análisis de parámetros**

- 7.1 ¿Cuántas veces le ocurre este problema al día, a la semana, ...? ¿Cuántas veces ayer, la última semana...?
- 7.2 Me dijiste que la última vez que apareció el problema desde el principio hasta que había pasado lo peor o estaba totalmente bien, pasaron... (seg., min., horas, ...).

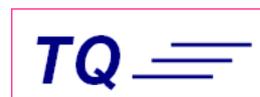
## **8. Otras variables de interés**

- 8.1 ¿A qué has atribuido la aparición de tus problemas? ¿Y su mantenimiento?
- 8.2 ¿Hasta qué punto te interesa a usted solucionar este problema?
- 8.3 ¿Qué haces por ti mismo para solucionar el problema? ¿Qué resultado te ha dado o te está dando ahora?
- 8.4 ¿Qué personas cercanas a usted te han ayudado? ¿Quién podría ayudarte?
- 8.5 ¿Qué esperas conseguir con esta intervención? ¿Qué esperas del tratamiento psicológico?

## **9. Recapitulación y devolución de la información**

- 9.1 *¿Cómo te sientes después de haber tenido esta sesión de co-terapia? ¿Ha sido como esperabas?*
- 9.2 Prescripción de Cuestionario pensamientos-emociones-acciones para casa.
-

### Anexo 3. Cuestionario para experiencias Traumáticas TQ



Identificación ..... Fecha .....

**¿Ha experimentado alguna vez alguno de los siguientes acontecimientos? Si no, seleccione "NO". Si los ha experimentado seleccione "SI", e indique que edad tenía en aquel momento. Por favor, especifique tanto como pueda acerca de cuánto tiempo duró el acontecimiento (por ejemplo: 10 minutos, 8 horas, 3 días, 2 semanas, 4 años).**

Acontecimiento	SI	NO	EDAD	DURACIÓN
1.- Accidente de coche, tren o avión .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....	.....
2.- Accidente industrial o de trabajo .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....	.....
3.- Pérdida del hogar por incendio .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....	.....
4.- Pérdida del hogar o de un miembro familiar por inundaciones .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....	.....
5.- Pérdida del hogar o de un miembro familiar por un tornado o huracán .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....	.....
6.- Pérdida del hogar o de un miembro familiar por terremoto .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....	.....
7.- Amenaza seria o daño a un miembro de la familia o amigo íntimo .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....	.....
8.- Muerte inesperada de un miembro de la familia o amigo íntimo .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....	.....
9.- Estar próximo a ahogarse .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....	.....
10.- Abuso físico .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....	.....
11.- Sufrir graves quemaduras .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....	.....
12.- Ser tomado por rehén .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....	.....
13.- Combate .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....	.....
14.- Agresión .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....	.....
15.- Violación .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....	.....

- |                           |                       |                       |       |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 16.- Incesto .....        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ..... |
| 17.- Secuestro .....      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ..... |
| 18.- Otra situación ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ..... |

***Si ha experimentado uno o más de los anteriores acontecimientos, por favor indique el que le resulta más desagradable recordar ahora. Conteste SI o NO en relación a dicho acontecimiento***

- |  |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|
| ACONTECIMIENTO: .....  |                       |                       |
| .....  |                       |                       |
|  | <b>SI</b>             | <b>NO</b>             |
| 1.- ¿Estaba preparado para el suceso? .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.- El acontecimiento ¿supuso miedo, espanto, vergüenza, asco o disgusto para usted? ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.- ¿Sufrió lesiones físicas por este acontecimiento? .....                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.- ¿Pensó que su vida estaba en peligro? .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.- ¿Estuvo solo durante algún momento de esa situación? .....                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.- ¿Tenía la sensación de que podía hacer algo para detener la situación? .....           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7.- ¿Se ha sentido “diferente” de otras personas, debido al acontecimiento? .....          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8.- ¿Ha hablado alguna vez con alguien acerca del acontecimiento? .....                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9.- En caso negativo, ¿sintió alguna vez que le gustaría hacerlo? .....                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Después del tipo de acontecimiento que ha experimentado, algunas personas a veces experimentan síntomas desagradables. Cada síntoma se describe a continuación. Por favor, indique si ha notado o no alguno de ellos, en cualquier momento después del suceso.**

	SI	NO
1.- Pesadillas acerca del acontecimiento o en relación con el tema. ....	O	O
2.- Actuar como si estuviera otra vez en la misma situación. ....	O	O
3.- Estar nervioso o fácilmente asustado. ....	O	O
4.- Sentir como si tuviera que permanecer en guardia. ....	O	O
5.- Dificultad para dormir. ....	O	O
6.- Problemas de concentración. ....	O	O
7.- Experimentar menos sentimientos hacia las personas a las que normalmente tiene cariño. ....	O	O
8.- Pérdida de interés / placer en cosas que antes del suceso tenían importancia para usted. ....	O	O
9.- Sentirse avergonzado de estar todavía vivo tras el acontecimiento. ....	O	O
10.- Evitar hacer algo que le recuerde el suceso. ....	O	O
11.- Evitar pensamientos o sentimiento asociados con el suceso. ....	O	O
12.- Tener imágenes dolorosas y recuerdos recurrentes del suceso. ....	O	O
13.- Los recuerdos le producen ansiedad, tristeza, enfado, irritabilidad o temor. ....	O	O
14.- No poder recordar una parte importante del suceso. ....	O	O
15.- Sentir pesimismo sobre el futuro, pero no lo sentía antes del suceso. ....	O	O
16.- Sentirse más irritable, o fácilmente molesto, o tuvo ataques de enfado que no tenía antes del suceso. ....	O	O
17.- Experimentar síntomas físicos cuando se expone a un recuerdo: sudoración, temblor, palpitaciones, náuseas, respiración acelerada, mareos. ....	O	O
18.- Sentirse distanciado o alejado de la gente. ....	O	O
- ¿Ha visitado al médico alguna vez para el tratamiento de síntomas causados por el acontecimiento? .....	O	O
- ¿Ha sido hospitalizado alguna vez como consecuencia directa del acontecimiento? .....	O	O

**PUNTUACIÓN:**

## Anexo 4. Cuestionario BDI-II

**BDI-II<sup>1</sup>**

Nombre: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Educación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

<p><b>1. Tristeza</b></p> <p>0 No me siento triste.            1 Me siento triste gran parte del tiempo.            2 Estoy triste todo el tiempo.            3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p><b>2. Pesimismo</b></p> <p>0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.            1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.            2 No espero que las cosas funcionen para mí.            3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p> <p><b>3. Fracaso</b></p> <p>0 No me siento como un fracasado.            1 He fracasado más de lo que hubiera debido.            2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.            3 Siento que como persona soy un fracaso total.</p> <p><b>4. Pérdida de Placer</b></p> <p>0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.            1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.            2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.            3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p><b>5. Sentimientos de Culpa</b></p> <p>0 No me siento particularmente culpable.            1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.            2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.            3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p><b>6. Sentimientos de Castigo</b></p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado.            1 Siento que tal vez pueda ser castigado.            2 Espero ser castigado.            3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p><b>7. Disconformidad con Uno Mismo</b></p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.            1 He perdido la confianza en mí mismo.            2 Estoy decepcionado conmigo mismo.            3 No me gusto a mí mismo.</p> <p><b>8. Autocrítica</b></p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.            1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.            2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.            3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> <p><b>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</b></p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.            1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.            2 Querría matarme.            3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p> <p><b>10. Llanto</b></p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.            1 Lloro más de lo que solía hacerlo.            2 Lloro por cualquier pequeñez.            3 Siento ganas de llorar pero no puedo.</p>
--	---

Título original: *Beck Depression Inventory (Second edition)*  
 Traducido y adaptado con permiso.  
 © 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation, USA.  
 © de la traducción al castellano 2006 by The Psychological Corporation, USA.  
 Todos los derechos reservados.

Subtotal Página 1

Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

<p><b>11. Agitación</b></p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p> <p><b>12. Pérdida de Interés</b></p> <p>0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3 Me es difícil interesarme por algo.</p> <p><b>13. Indecisión</b></p> <p>0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p>2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p><b>14. Desvalorización</b></p> <p>0 No siento que yo no sea valioso.</p> <p>1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>3 Siento que no valgo nada.</p> <p><b>15. Pérdida de Energía</b></p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.</p> <p>3 No tengo energía suficiente para hacer nada.</p> <p><b>16. Cambios en los Hábitos de Sueño</b></p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <hr/> <p>1a Duermo un poco más que lo habitual.</p> <p>1b Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucho menos que lo habitual.</p> <hr/> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	<p><b>17. Irritabilidad</b></p> <p>0 No estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo.</p> <p><b>18. Cambios en el Apetito</b></p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <hr/> <p>1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <p>1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.</p> <hr/> <p>3a No tengo en apetito en absoluto.</p> <p>3b Quiero comer todo el tiempo.</p> <p><b>19. Dificultad de Concentración</b></p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p> <p><b>20. Cansancio o Fatiga</b></p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p> <p><b>21. Pérdida de Interés en el Sexo</b></p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
---	---

\_\_\_\_\_ Subtotal Página 2

\_\_\_\_\_ Subtotal Página 1

\_\_\_\_\_ Puntaje total

## Anexo 5. Cuestionario de Autoevaluación STAI

STAI

Apellidos y nombre

Edad  Sexo:  Varón  Mujer Fecha  /  /

Centro  Curso/puesto

Otros datos

A-E	A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y rodee la puntuación (0 a 3) que indique mejor cómo se SIENTE VD. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado.	0	1	2	3
2	Me siento seguro.	0	1	2	3
3	Estoy tenso.	0	1	2	3
4	Estoy contrariado.	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto).	0	1	2	3
6	Me siento alterado.	0	1	2	3
7	Estoy preocupado por posibles desgracias futuras.	0	1	2	3
8	Me siento descansado.	0	1	2	3
9	Me siento angustiado.	0	1	2	3
10	Me siento confortable.	0	1	2	3
11	Tengo confianza en mí mismo.	0	1	2	3
12	Me siento nervioso.	0	1	2	3
13	Estoy desasosegado.	0	1	2	3
14	Me siento muy "atado" (como oprimido).	0	1	2	3
15	Estoy relajado.	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho.	0	1	2	3
17	Estoy preocupado.	0	1	2	3
18	Me siento aturdido y sobreexcitado.	0	1	2	3
19	Me siento alegre.	0	1	2	3
20	En este momento me siento bien.	0	1	2	3
A-R	A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y rodee la puntuación (0 a 3) que indique mejor cómo se SIENTE VD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21	Me siento bien.	0	1	2	3
22	Me canso rápidamente.	0	1	2	3
23	Siento ganas de llorar.	0	1	2	3
24	Me gustaría ser tan feliz como otros.	0	1	2	3
25	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.	0	1	2	3
26	Me siento descansado.	0	1	2	3
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada.	0	1	2	3
28	Veó que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	0	1	2	3
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	0	1	2	3
30	Soy feliz.	0	1	2	3
31	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.	0	1	2	3
32	Me falta confianza en mí mismo.	0	1	2	3
33	Me siento seguro.	0	1	2	3
34	Evito enfrentarme a las crisis o dificultades.	0	1	2	3
35	Me siento triste (melancólico).	0	1	2	3
36	Estoy satisfecho.	0	1	2	3
37	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.	0	1	2	3
38	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.	0	1	2	3
39	Soy una persona estable.	0	1	2	3
40	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA.

Autor: C. D. Spielberger.  
 Copyright © 1982, 2008 by TEA Ediciones, S.A.U., Madrid, España - Este ejemplar está impreso en dos tintas. Si le presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

# STAI

Apellidos y nombre

Edad  Sexo:  Varón  Mujer Fecha  /  /

Centro  Curso/puesto

Otros datos

**A-E** Sume las puntuaciones de esta parte (1 a 20) y traslade el resultado a la casilla correspondiente. Una vez obtenida la puntuación directa (PD) consulte los baremos en el manual para obtener la puntuación transformada.

Suma 1 a 20

A-E =   $\Rightarrow$

PD Puntuación transformada

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1	3	2	1	0
2	3	2	1	0
3	0	1	2	3
4	0	1	2	3
5	3	2	1	0
6	0	1	2	3
7	0	1	2	3
8	3	2	1	0
9	0	1	2	3
10	3	2	1	0
11	3	2	1	0
12	0	1	2	3
13	0	1	2	3
14	0	1	2	3
15	3	2	1	0
16	3	2	1	0
17	0	1	2	3
18	0	1	2	3
19	3	2	1	0
20	3	2	1	0

**A-R** Sume las puntuaciones de esta parte (21 a 40) y traslade el resultado a la casilla correspondiente. Una vez obtenida la puntuación directa (PD) consulte los baremos en el manual para obtener la puntuación transformada.

Suma 21 a 40

A-R =   $\Rightarrow$

PD Puntuación transformada

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21	3	2	1	0
22	0	1	2	3
23	0	1	2	3
24	0	1	2	3
25	0	1	2	3
26	3	2	1	0
27	3	2	1	0
28	0	1	2	3
29	0	1	2	3
30	3	2	1	0
31	0	1	2	3
32	0	1	2	3
33	3	2	1	0
34	0	1	2	3
35	0	1	2	3
36	3	2	1	0
37	0	1	2	3
38	0	1	2	3
39	3	2	1	0
40	0	1	2	3

Autor: C. D. Spielberger.  
 Copyright © 1982, 2008 by TEA Ediciones, S.A.U., Madrid, España - Este ejemplar está impreso en dos tintas. Si le presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.



**Anexo 6.** Cuestionario Pensamiento-Emoción-Acción

<i>SITUACIÓN</i>	<i>PENSAMIENTO</i>	<i>SENTIMIENTO</i>	<i>SENSACIÓN SOMÁTICA</i>	<i>ACCIÓN</i>	<i>NIVEL SUBJETIVO DE MALESTAR</i>

**Anexo 7.** Escalera de Deb Dana. Teoría Polivagal (Porges, 2011).



## TABLAS

**Tabla 1**

*Resultados diferenciales del malestar subjetivo referido para el Cuestionario pensamiento-emoción acción*

Situación/Pensamiento	Resultado Pre	Resultado Post	Diferencia
<b>- Contacto físico con personas (muestras afectivas)</b>	10	6	<b>- 4</b>
<b>- Permanencia en estado de vacío emocional</b>	10	8	<b>- 2</b>
<b>- Recuerdos desagradables</b>	9	6	<b>- 3</b>

*Nota.* Las puntuaciones están baremadas con puntuaciones del 1 al 10.

**Tabla 2***Resultados diferenciales del BDI-II*

	Resultado Pre	Resultado Post	Diferencia
<b>- Página 1</b>	17	14	<b>-3</b>
<b>- Página 2</b>	21	17	<b>-4</b>
<b>- Total</b>	38	31	<b>-7</b>

**Tabla 3***Resultados diferenciales del Cuestionario STAI*

	Resultado Pre	Resultado Post	Diferencia
<b><u>ANSIEDAD ESTADO</u></b>			
- Puntuación Directa	21	33	<b>+12</b>
- Decatipo	6	8	<b>+2</b>
- Percentil	55	85	<b>+30</b>
<b><u>ANSIEDAD RASGO</u></b>			
- Puntuación Directa	33	34	<b>+1</b>
- Decatipo	7	8	<b>+1</b>
- Percentil	80	85	<b>+5</b>