



**Estudio de Caso del tratamiento integrador por fases del Trastorno de Estrés
Postraumático Complejo desde una perspectiva de género.**

Autora: Celia Jiliberto Serrano

Trabajo de Fin de Máster

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Master de Psicología General Sanitario

Tutora: Inés Alonso Apausa

Resumen

En esta investigación, se diferencia entre el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC), destacando la importancia de incluir el diagnóstico de TEPTC en la práctica clínica y en los manuales diagnósticos. Se enfatiza la necesidad de una mirada de género tanto en la investigación como en la práctica clínica, abordando las especificidades y características del TEPTC y las consecuencias asociadas a este trastorno.

El trabajo propone un modelo de intervención psicológica desde un enfoque integrador por fases. Este modelo se detalla teóricamente y se aplica a un estudio de caso específico: una mujer de 18 años que presenta un cuadro coherente con TEPTC. El estudio de caso y su tratamiento psicológico se describen exhaustivamente, proporcionando evidencias clínicas de la efectividad del modelo integrador por fases.

Se concluye que es fundamental incorporar una perspectiva de género en la psicología para abordar adecuadamente las necesidades específicas de las mujeres que sufren TEPTC. La investigación pretende contribuir al campo con evidencias clínicas sobre el tratamiento de TEPTC, apoyando la necesidad de actualizar los manuales diagnósticos y la práctica clínica para incluir diagnósticos diferenciales y tratamientos adecuados para este trastorno.

Palabras clave: TEPTC, Trauma Complejo, Intervención integradora, Perspectiva de género, Estudio de caso.

Abstract

This research differentiates between Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Post-Traumatic Stress Disorder (CPTSD), highlighting the importance of including the diagnosis of CPTSD in clinical practice and diagnostic manuals. The study emphasizes the need for a gender

perspective in both research and clinical practice, addressing the specific characteristics and consequences associated with CPTSD.

The paper proposes a phase-based integrative psychological intervention model. This model is theoretically detailed and applied to a specific case study: an 18-year-old woman presenting symptoms consistent with CPTSD. The case study and its psychological treatment are comprehensively described, providing clinical evidence of the effectiveness of the phase-based integrative model.

The conclusion underscores the necessity of incorporating a gender perspective in psychology to adequately address the specific needs of women suffering from CPTSD. This research aims to contribute to the field with clinical evidence on the treatment of CPTSD, supporting the need to update diagnostic manuals and clinical practice to include differentiated diagnoses and appropriate treatments for this disorder.

Key words: CPTSD, Complex Trauma, Gender perspective, Integrative psychological intervention, Case Study.

1. Conceptualizaciones del trauma.

Trauma es una palabra que, en función del contexto, tiene significados diferentes. Lo mismo ocurre cuando nos referimos al trauma psíquico, ambos son conceptos polisémicos que requieren aclaración para partir de un marco común de comprensión. Benavides en 2021, utiliza algunas definiciones de otros autores para explicar el trauma, como, por ejemplo:

- “Experiencia que constituye una amenaza para la integridad de la persona” (Pérez–Sales, 2004).
- “Las consecuencias que derivan de la exposición a vivencias personales que suponen un peligro para la supervivencia o el bienestar” (Pérez et al., 2020).
- “Un acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su alta intensidad, a la que se suma la incapacidad de responder a él adecuadamente, así como al trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca este evento en la organización psíquica” (Fuentes, 2016).

En este trabajo se va a contextualizar el término “trauma” con el siguiente significado: efecto o consecuencia que produce en un sujeto un evento lesivo que sobrepasa la capacidad del organismo para mantener su funcionamiento en niveles óptimos y deja secuelas a largo plazo tanto en la psique como en la conducta, emociones, desarrollo de la personalidad, apego, neuronales, etc. (Benavides, 2021; López-Castilla 2022 y Nieto y López, 2016). Según esto, una situación sólo se convierte en traumática cuando se paraliza el desarrollo del individuo. Cuando se habla de que la capacidad del organismo se ve sobrepasada, se hace referencia tanto a la falta de recursos personales, la narración co-construida que hace esa persona junto con sus figuras de referencia y la capacidad que tiene el entorno de recoger a esta persona y dotarla de recursos (Cyrulnik, 2013).

En este trabajo se realizará un breve repaso de la historia y el concepto de trauma, así como del diagnóstico, causas y consecuencias del Trastorno de Estrés Postraumático y Trastorno de Estrés Postraumático Complejo. También se expondrá y justificará de forma argumentada la elección de intervención psicoterapéutica escogida y, finalmente, se expondrá el estudio de caso elegido.

2. Antecedentes del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo: Un Análisis Crítico

La teoría del trauma emerge a finales del siglo XIX con las primeras teorías psicoanalíticas de Freud, quien inicialmente sugirió que los síntomas histéricos en mujeres eran resultado de traumas psíquicos. Aunque Freud abandonó esta teoría posteriormente, tras las dos guerras mundiales se reavivó el interés en el trauma para comprender el malestar psicológico, a largo plazo, de los soldados (Tseris, 2013 de Courtois, 2004). El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) fue incluido en el DSM-III en 1980, proporcionando un lenguaje para abordar el impacto de la exposición a la guerra (Tseris, 2013 y Espinosa, 2015).

La apropiación feminista del TEPT se centró en cuestiones cruciales para la salud mental de las mujeres, destacando el abuso infantil y la agresión sexual (Brown, 2004). Judith Herman, pionera en estudios sobre maltratos repetitivos, introdujo el concepto de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC), reconociendo su severidad y cronificación (Maldonado, 2020). Este enfoque feminista permitió una comprensión más holística del sufrimiento de las mujeres, situando los problemas en contextos sociopolíticos más amplios (Tseris, 2013).

3. Reconceptualización del TEPT y Emergencia del TEPTC

A lo largo del tiempo, la concepción del TEPT se expandió más allá de los traumas de guerra para, así, abordar una mayor variedad de experiencias traumáticas (Maldonado, 2020).

En 1992, CIE-10 propone una nueva categoría de trastornos provocados por estrés y trauma, donde se contempla el TEPT agudo y crónico, los trastornos de adaptación y cambios duraderos de personalidad tras un trauma y cuando este trauma o catástrofe sucede durante el desarrollo infantil compromete el desarrollo completo de la personalidad. (López-Soler, 2008 y Espinosa, 2015)

Sin embargo, las limitaciones del TEPT para explicar traumas reiterados y prolongados, producidos durante los primeros años de vida, llevaron a Herman (1992) a proponer el concepto de TEPTC.

Van der Kolk et al. (2005) sugiere la categoría "trastornos de estrés extremo" o DESNOS (disorders of extreme stress not otherwise specified) para DSM V, reconociendo la complejidad de la patología ocasionada por traumas repetitivos. Esta propuesta, permite una comprensión más completa de las consecuencias del maltrato y la negligencia de forma crónica que se producen en edades tempranas (Lockett, 2019). No obstante, deja fuera a los sectores que viven en la periferia de la sociedad como refugiados, exiliados, personas que se ven enfrentadas a situaciones socio-vitales que generan pérdidas continuadas y que no cuentan con apoyo social, así como traumas prolongados originados por figuras de apego, en edades temprana. Por lo que Herman, en 2004 insiste en la necesidad de acuñar un nuevo término, "desorden de estrés postraumático complejo" (Nieto y López, 2016).

Es en el CIE-11 (2015) se incluye el diagnóstico de TEPTC separado del TEPT, en el que las personas necesitan cumplir primero los criterios para el diagnóstico de TEPT para poder ser diagnosticados de TEPTC. De esta manera, al diagnóstico de TEPT (reexperimentación, evitación y sentido de amenaza) se le añaden otros 3 síntomas en el diagnóstico de TEPTC (Desregulación afectiva, Autoconcepto negativo y Alteraciones interpersonales), añadiendo que es un trastorno

que se origina tras la exposición de un factor estresante de naturaleza, por lo general, externa y prolongada, difícil o imposible de escapar, y en el diagnóstico se tiene también en cuenta la edad de las personas a la hora de describir los síntomas (Espinosa, 2015)

Como recogen Nieto y López en 2016, “la traumatización puede originarse por muy diversas causas y en diferentes edades. Estas causas pueden ser desde la separación temprana; pérdida de objetos primarios; situaciones de negligencia por parte de los cuidadores primarios; violencia de género; ser testigo o sufrir maltrato psicológico en la convivencia diaria; vivir largos exilios o migraciones por pobreza o por conflictos bélicos; persecución política y otros casos con los que nos vamos encontrando en la clínica que responden a los criterios de destrucción insidiosa del trauma complejo”.

3.1. Teoría del Trauma y perspectiva de género: Un Diálogo Crítico

El género es una categoría que se construye mediante procesos sociales y se transmite a través de la familia y la educación, por lo que es un concepto históricamente construido y transformable (Ruiz y Vairo, 2008). Cuando hay una desviación sistemática del trato hacia una persona o un colectivo de las mismas (ya sea a favor o en contra) se puede decir que hay sesgo, cuando ese sesgo se debe al género, se puede decir que hay “sesgo de género” que puede provocar conductas desiguales, discriminatorias y que afectan a la investigación, al tratamiento y a las etiquetas diagnósticas (Bacigalupe et al., 2020; Modeste, 2020; Ruiz-Cantero et al., 2020). De esta manera, se observan sesgos de género con prejuicio hacia el género femenino en el ámbito de la salud en general y en el de la salud mental en particular (Gallach et al., 2020).

Esta situación general ocurre también en el caso del TEPTC. La población que inicialmente se estudia para acuñar el término de TEPT son hombres que han sufrido traumas con un origen

externo a su mundo relacional, como accidentes, asaltos, guerras, catástrofes naturales, etc. No obstante, no se tienen en cuenta los traumas causados por agentes internos al mundo relacional de las personas como lo son los abusos infantiles, maltrato, etc., mucho más comunes de padecer por la población femenina (Espinosa, 2015 de Kessler, 1995). Inicialmente, la teoría del trauma se fusiona con la crítica feminista que se hace de la psiquiatría, centrándose en la desigualdad de género en evaluaciones psiquiátricas (Lockett, 2019 de Berg, 2002). Actualmente, la teoría del trauma ha evolucionado hacia enfoques más médicos, perdiendo su orientación feminista (Lockett, 2019 de Berg, 2002).

En este trabajo se acoge la mirada con perspectiva de género tanto en el ámbito de la investigación como a lo largo del tratamiento. Se considera muy importante tener una mirada puesta en las diferentes opresiones del sistema que atraviesan a todos los y las pacientes, más aún cuando la causa del sufrimiento que traen a psicoterapia tiene origen en esas opresiones.

4. Efectos del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo

Cook et al. en 2005 realiza una revisión exhaustiva de la literatura sobre TEPTC resumiendo siete dominios primarios de deterioro en infantes y adolescentes expuestos a trauma complejo. A continuación, se expone una lista de cada dominio junto con ejemplos de los síntomas asociados (Granados, 2019 de Cook et al. 2005).

Figura 1

Imagen del cuadro sobre los dominios afectados por el TEPTC

I. Apego	IV. Disociación	VI. Cognición
Problemas con los límites. Desconfianza y suspicacia. Aislamiento. Dificultades interpersonales. Dificultad para sintonizar con los estados emocionales de otros. Dificultad para tomar perspectiva de otros.	Alteración en estados de consciencia. Amnesia. Despersonalización y desrealización. Dos o más estados de consciencia. Afectación en la memoria basada en estados internos.	Dificultades en la regulación de la atención y las funciones ejecutivas. Falta de curiosidad sostenida. Problemas para procesar información novedosa. Problemas para enfocarse y completar tareas. Problemas en la permanencia de objeto. Dificultad para planear y anticipar. Problemas para entender la responsabilidad. Dificultades de Aprendizaje. Problemas con el desarrollo del lenguaje. Problemas de orientación en tiempo y espacio.
II. Biología	V. Control comportamental	VII. Autoconcepto
Problemas en el desarrollo sensoriomotriz. Analgesia Problemas de coordinación, balance y tono corporal. Somatización. Incremento de problemas médicos (dolor pélvico, asma, trastornos autoinmunes, pseudo-ataques epilépticos, problemas de piel).	Pobre control de impulsos. Comportamiento autodestructivo. Agresión hacia otros. Comportamientos patológicos de autorregulación/autoconsuelo. Alteraciones de sueño. Trastornos alimenticios. Abuso de sustancias. Complacencia excesiva. Comportamiento oposicional. Dificultad para entender y acatar las reglas. Recreación del trauma en el juego o el comportamiento (p. ej. sexual, agresivo).	Falta de un sentido de sí mismo continuo y predecible. Pobre sentido de individualidad. Alteraciones en la imagen corporal. Baja autoestima. Culpa y vergüenza.
III. Regulación del Afecto		
Dificultad de regulación emocional. Dificultad para nominar y expresar sentimientos. Problemas para conocer y describir los estados internos. Dificultad para comunicar deseos y necesidades.		

Nota: Traducción de Granados, 2019 del cuadro de Cook et al. 2005 bajo sus autorizaciones.

4.1. Efecto del TEPTC en el apego.

El apego se refiere al vínculo emocional y relacional que se establece entre un o una menor y sus cuidadores principales, especialmente durante los primeros años de vida. Estas primeras relaciones de cuidado proporcionan el contexto fundamental en el cual los menores desarrollan habilidades psicológicas, representaciones de sí mismos, del otro y de sí mismos en relación con los demás (Granados, 2019).

El infante desarrolla un apego seguro cuando los cuidadores están disponibles y son capaces de satisfacer las necesidades del niño de manera adecuada (Aideuis, 2007). El niño o niña aprende a regularse a través del vínculo en un entorno seguro, en el que aprende a tolerar la frustración, desarrollar la curiosidad, ejercer el sentido de agencia y comunicarse afectivamente con los demás (Granados, 2019).

El TEPTC, particularmente cuando se origina en la relación niño-cuidador, puede comprometer gravemente el apego (Granados, 2019), llegando a afectar al 80% de los menores en situación de maltrato o abuso (Aguilar, 2018). Cuando el cuidador principal está ausente, es inadecuado, impredecible, punitivo o angustioso, los niños o niñas pueden experimentar dificultades para regular sus emociones y buscar ayuda cuando sea necesario dado que les falta seguridad de que, si les ocurre algo, van a contar con una figura protectora (Serruya, 2023). Esta falta de respuesta adecuada del cuidador, e incluso el daño ejercido por el mismo, deja huellas en el sistema de apego del niño, siendo el apego desorganizado uno de los más problemáticos y el que corresponde con el caso que se va a exponer en este trabajo; una adolescente con apego desorganizado como efecto de TEPTC, (Granados, 2019 y Serruya 2023).

El maltrato por parte de los cuidadores genera en los y las adolescentes un estado crónico de estrés en el que vive (adaptativamente) en constante hiperactivación y alerta por la posible amenaza. Esta hiperactivación constante tiene consecuencias, impidiendo conectarse emocionalmente con estados internos distintos del miedo, insatisfacción e ira, ya que su sistema está enfocado en la supervivencia (Granados, 2019).

El apego desorganizado se caracteriza por comportamientos erráticos y contradictorios hacia los cuidadores, lo que refleja la falta de una estrategia clara de autoprotección, basadas en la supervivencia, pues son conductas rígidas, extremas y disociativas (Cook et al., 2005). La

desorganización en el apego puede generar una serie de efectos adversos en el desarrollo emocional, social y relacional del individuo a lo largo de su vida (Granados, 2019 y Cervera et al., 2020), así como problemas en la regulación emocional (Serruya, 2023) y problemas cognitivos (Aideuis, 2007).

En cuanto a los efectos en el dominio social-relacional, los y las adolescentes pueden tener dificultades para confiar y establecer relaciones significativas con otros (aislamiento, búsqueda de contacto indiscriminado, desafío a la autoridad, conductas antisociales y de heteroagresión). Además, pueden experimentar una marcada disminución de la conducta prosocial y un aumento de la agresión, como parte de su estrategia de adaptación a un entorno aversivo (Granados, 2019).

4.2. Efectos del TEPTC en el dominio biológico:

El TEPTC ejerce un impacto significativo en la dimensión biológica de los individuos, especialmente en el desarrollo cerebral de infantes y adolescentes. Existe el riesgo de no desarrollar las capacidades cerebrales necesarias para regular adecuadamente las emociones en respuesta al estrés. En lugar de experimentar un desarrollo progresivo que favorezca la integración de las funciones cognitivas y emocionales, estos niños pueden experimentar una desorganización a nivel cognitivo, emocional y conductual, lo que los hace propensos a reaccionar con impotencia, confusión, retraimiento o rabia (Cook et al., 2005).

El maltrato se identifica con altos niveles de ansiedad que activan el sistema nervioso simpático y la liberación de noradrenalina. El estrés crónico modifica el sistema noradrenérgico aumentando la sensibilidad del individuo. Además, se produce la liberación continua de dopamina de la amígdala a la corteza prefrontal focalizando la atención en la amenaza produciendo efectos de pérdida de memoria y atención, hipervigilancia y síntomas psicóticos. De esta manera, el estrés

crónico está relacionado con una disminución y retraso en la mielinización del cuerpo calloso, así como peor comunicación entre los hemisferios cerebrales. Un niño que ha vivido situación de abuso o abandono puede desarrollar un sistema catecolaminérgico desorganizado que le hará más propenso a desarrollar sintomatología más grave al exponerse a otros episodios traumáticos. (Benavides, 2021)

Según la teoría polivagal, el Sistema Nervioso Autónomo (SNA) del ser humano puede estar en tres estados en función del nivel de seguridad en el que se encuentre. Cuando la persona se encuentra tranquila, a salvo, el nervio vago del SNA se sitúa en el sistema nervioso parasimpático. En cambio, cuando se encuentra en peligro, su SNA se encuentra alerta y activo, es decir, en el sistema nervioso simpático, empleando mecanismos de defensa de pelea o huida. Sin embargo, cuando una persona ha sufrido experiencias traumáticas prolongadas en el tiempo, se activa el sistema vago más primitivo que inmoviliza, es decir, apaga el sistema de alerta y activa conductas de inmovilización (Casado, 2024).

Finalmente, estudios como los de Águila-Escobedo (2015), Marty y Carvajal (2005), Boreu et al. (2009), Forero et al., (2010) han demostrado que las personas que han sufrido abuso o negligencia en la infancia pueden presentar un tamaño reducido en estructuras cerebrales clave, como el cuerpo calloso, el córtex cingulado anterior y el núcleo caudado, lo que afecta funcionalmente a aspectos como el aprendizaje, la memoria y las emociones (Benavides, 2021). No obstante, sigue habiendo escasa investigación sobre el efecto del TEPTC que impide ver las diferencias neurológicas existentes entre ambos diagnósticos (Maldonado, 2020).

4.3. Efectos del TEPTC en el dominio de regulación del afecto

El efecto del trauma en el apego y el dominio neurobiológico pueden afectar a su vez a la regulación emocional. “La regulación emocional es la habilidad para modular la propia activación

emocional, de tal manera, que se logre mantener un óptimo nivel de implicación con el ambiente” (Granados 2019 de Cicchetti & Valentino, 2006).

Los bebés dependen de sus cuidadores primarios para poder satisfacer sus necesidades, regularles, brindarles cuidados y darles la seguridad que les permitan desarrollarse correctamente. Cuando las figuras de cuidado no suponen un sostén emocional, ni atienden sus necesidades se genera un apego desorganizado, en el que el niño o niña permanece con la activación emocional y fisiológica más alta, dando una respuesta crónica de estrés, que durará hasta que consiga regularse o atender a sus necesidades por sí mismo. Si, además, la figura del cuidador no solo es negligente, sino que es maltratante, este estado crónico de estrés se convierte en la respuesta prototípica, dado que tiene que estar en alerta e hipervigilancia constante ante las amenazas de su entorno. Como consecuencia se da un deterioro en la capacidad de autorregularse y calmarse, lo que impide, entre otras cosas, que la persona pueda conectarse con estados distintos al miedo, insatisfacción e ira puesto que su sistema está orientado a la supervivencia (Cook et al., 2005 y Granados 2019). La disociación, aletargamiento emocional, disforia, evitación de situaciones con alta carga emocional, estrategias de afrontamiento evitativas, y desproporcionado Arousal ante factores estresantes menores pueden ser síntomas del deterioro de este dominio (Cook et al., 2005).

Como consecuencia de la falta de cuidados parentales e incluso del maltrato de los mismos, los niños/as y adolescentes con TEPTC suelen presentar problemas para confiar en otras personas y establecer relaciones significativas con las mismas. Esto puede hacer que las personas oscilen entre el aislamiento y la búsqueda de contacto indiscriminado (Granados, 2019).

4.4. Efectos del TEPTC en la disociación: Alteración de la conciencia.

Como dice Cyrulnik en 2013, “*Cuando la realidad es monstruosa hay que transformarla para hacerla soportable*” ... “*El herido ha de remodelar su pasado para hacerlo soportable y*

darle una coherencia que la realidad no tiene. Al añadirle un toque de humanidad..., Bernard podía vivir en un mundo donde los perseguidores no eran inexorables”.

La disociación permite que la persona pueda intentar seguir su vida, evitando procesar las experiencias extremadamente estresantes, tanto del pasado como del presente, es decir, se convierte en un mecanismo de defensa. Por ello, cuando la situación traumática se da durante un largo periodo de tiempo, puede afectar a la capacidad de los agredidos para integrar sus experiencias en una narrativa de vida coherente y completa, especialmente, si el periodo en el que ocurre el trauma es en la infancia. Entonces, la disociación supone un deterioro del sentido del yo, pudiendo quedar su personalidad disociada y experimentar varios sentidos del yo. La disociación, a pesar de ser un mecanismo adaptativo, tiene varias consecuencias. La persona puede sentirse extraña de sí misma debido a la disociación de sus yoes, además es común que las personas sientan un estado constante de agotamiento puesto que una de las partes actúa con las experiencias bloqueadas no resueltas gracias a la otra parte que gasta mucha energía intentando bloquearlas. Otro de los problemas principales de la disociación es la sensación de involuntariedad, en la que los pensamientos, recuerdos o comportamientos los viven como ajenos e incontrolables. Además, las personas con TEPTC presentan en muchas ocasiones cuadros de amnesia disociativa, que puede ser parcial o total, como consecuencia de esto último, en muchas ocasiones pueden tener distorsiones de la noción del tiempo. La disociación supone un mecanismo de defensa que requiere de grandes cantidades de recursos mentales. El gran gasto de energía mental que necesita la disociación tiene como consecuencia el agotamiento físico y mental de las personas que la padecen, de manera que puede afectar a su capacidad de vivir en el presente como algo real y conocido, lo que le puede producir que se aliene o distancie de su entorno. No obstante, es posible que experimente intrusiones disociativas de acontecimientos

traumáticos del pasado como sentimientos, pensamientos, impulsos, conductas y sensaciones que no tienen causa médica y que pueden provocar que la persona se sienta controlada por un ente externo (Boon, Steel y Van Der Hart, 2014).

En general, cuando la persona con TEPTC presenta un cuadro disociativo está teniendo una fragmentación de la conciencia como un continuum que va desde los fenómenos normales y cotidianos como la absorción a la disociación patológica (González, 2008).

4.5. Efectos del TEPTC en el dominio del Control Comportamental

Las personas que han sufrido TEPTC complejo por maltrato, experimentan la constante sensación de amenaza, miedo e indefensión y esto les lleva a reaccionar a través de las respuestas primarias (ataque, huida o parálisis) (Granados, 2019). No obstante, huir de la muerte no es lo mismo que volver a la vida (Cyrułnik, 2013), es decir, las personas pueden seguir manteniendo durante mucho tiempo e incluso durante toda la vida el patrón de respuestas que les fue adaptativo en su momento.

Estos patrones de respuesta pueden expresarse en conductas externalizantes como comportamientos violentos, trastorno de oposición externalizante como forma de protección, también se pueden expresar en conductas internalizantes como la sintomatología depresiva o ansiosa e incluso a través de conductas prosociales para lograr la aceptación de su entorno (Granados, 2019 y Álvarez et al., 2023).

En general, esta alteración comportamental suele tener la función de obtener sensación de control, evitando así niveles intolerables de excitación emocional, intimidación (evitación compulsiva) o intentando lograr la aceptación, vinculación e intimidad de los otros. (Cook, et al. 2005).

El TEPTC en niños se asocia con patrones de conducta excesivamente controlados o excesivamente descontrolados. Los menores que han sufrido abusos pueden mostrar alta rigidez comportamental, ya sea cumpliendo los deseos de los adultos, o bien resistiéndose a cambios de rutina, etc.

4.6. Efectos del TEPTC en el dominio de la Cognición

Se ha demostrado que otro de los efectos que tiene el TEPTC es un déficit en las capacidades cognitivas de las personas que lo han sufrido (Matte-Landr et al., 2023). Estos efectos se ven acrecentados en función de la edad de la persona y lo reciente que esté la experiencia traumática del momento en el que se evalúan sus capacidades cognitivas, es decir, a menor edad y menor tiempo transcurrido desde la situación traumática, mayores déficits cognitivos se expresarán (Matte-Landry et al., 2023). Los efectos pueden variar: Deficiencias en la capacidad de atención y memoria, razonamiento abstracto y habilidades de funciones ejecutivas. Además, las personas que han pasado por una historia de maltrato se asocian con un déficit en el coeficiente intelectual, calificaciones más bajas y mayores tasas de abandono escolar que la población general (Cook et al., 2005 y Matte-Landry et al., 2023).

4.7. Efectos del TEPTC en el dominio del Autoconcepto

Cuando las figuras de cuidado son negligentes o maltratantes pueden provocar que los menores interioricen que sus necesidades no son válidas, ni que ellos mismos sean valiosos para recibir sus cuidados. El rechazo o maltrato de sus cuidadores puede favorecer diferentes problemas de autopercepción como intensos sentimientos de culpa, extrema vergüenza o sentimientos de inferioridad. (Fernández, 2019).

De esta manera, los menores que fueron maltratados, pueden desarrollar su autoconcepto y autoestima basado en las ideas de ser poco valiosos, por lo que pueden convertirse en adultos

que se perciben a sí mismos como insuficientes, incompetentes e inválidos. Pueden sentir que no son capaces de defenderse o culpables de lo que les ocurre. De esta manera estas personas probablemente vean alterada su identidad viéndose a sí mismas como defectuosas, indefensas, deficientes, indignas del cuidado y amor de otros. En consecuencia, esperan que los demás los rechacen y desprecien, con mayor probabilidad de culparse a sí mismos si ocurriera, (Cook et al., 2005 y López-Soler, 2008).

Esto tiene consecuencias en el resto de áreas, lo cual puede retroalimentar su autoconcepto.

5. Tratamiento del TEPTC desde un modelo integrador

La falta de entendimiento del TEPTC como una categoría diferente al TEPT, ha causado en muchos casos la incomprensión de multitud de problemáticas derivadas del mismo, que, como consecuencia, han sido mal diagnosticadas. Estos errores clínicos suponen un perjuicio para las personas mal diagnosticadas, debido a que reciben un tratamiento inadecuado y en muchos casos una etiqueta diagnóstica peyorativa, siendo las mujeres las más afectadas (Becker, 2000). Un ejemplo concreto de esto, sería el caso de la etiqueta diagnóstica de TLP. Margarita Saenz-Herrero en 2019 expone que el TLP, en muchos casos, etiqueta los síntomas que presentan personas que han sufrido maltrato físico, psicológico o sexual, por lo que, en dichos casos, estos síntomas serían consecuencia de TEPTC y de los mecanismos de defensa que tuvieron que desarrollar (Saenz-Herrero, 2019).

A través del análisis de los aspectos específicos del TEPTC (causas, consecuencias y tratamientos) surge la necesidad de realizar un tratamiento capaz de intervenir en las siete áreas de deterioro descritas anteriormente. Se necesita un modelo de tratamiento muy individualizado, que se adapte a las capacidades y necesidades de cada persona, y que reconozca que existen diferentes

patrones de curación y pronóstico. Es decir, mientras en el TEPT simple suelen funcionar enfoques de tratamiento directos empíricamente validados como el Cognitivo conductual o el EMDR (Ehring et al., 2014), en el tratamiento de TEPTC no suelen surtir efecto, por lo que apareció la necesidad de seguir investigando sobre dicho trastorno y su tratamiento (Courtois, 2008). Hoy en día, el modelo contemporáneo con mayor apoyo, es un tratamiento por fases en las que se desarrollan de manera gradual las capacidades necesarias para que se dé la integración de sus partes disociadas, es decir, la integración de su personalidad. Pierre Janet es el primero en sugerirlo, y hoy en día, sigue siendo el procedimiento con mayor validación (Van der Hart, Brown y Van der Kolk, 1989; Courtois, 2008; Herman, 2004; Van der Hart, Nijenhuis y Steel, 2006; Van der Hart, Steel y Boon, 2017). Janet Pierre, pionero en centrar el síndrome postraumático en la disociación, reconoce y describe las cuestiones básicas del trauma presentes hoy en día en el DSM y divide la respuesta al trauma en tres etapas (Van der Hart, Brown y Van der Kolk, 1989). Actualmente, la intervención en fases tiene como marco teórico la disociación estructural en combinación con la psicología de la acción y énfasis en las fobias de origen traumático y se considera el enfoque más efectivo para estos pacientes (Van der Hart, Nijenhuis y Steel, 2006).

La teoría de la disociación estructural de la personalidad, de Van der hart, Nijenhuis, Steel, Boon, entre otros, plantea que la disociación estructural da lugar a una o varias partes emocionales de la personalidad (EP) que permanecen arraigadas al trauma, reactivándolo y reactuándolo y otra parte aparentemente normal de la personalidad (ANP), dedicada a la vida diaria, sufriendo intrusiones de la EP como recuerdos, flashbacks, etc. por lo que tiene una actitud hipervigilante y evitativa. Ambas, son partes de una personalidad que no se ha integrado adecuadamente, puesto que se ha desarrollado en un contexto de trauma. Este modelo defiende tres tipos de disociación estructural, la primaria, la secundaria y la terciaria. La primaria implica una EP y ANP como lo

tendrían las personas con TEPT simple. La disociación secundaria, implica una ANP y más de una EP, lo podemos encontrar en personas con TEPTC y en personas con trastorno de personalidad límite. Los distintos EP implican varios sistemas defensivos dedicados a escapar, luchar, paralizarse, etc. En la disociación terciaria hay dos o más ANP y dos o más EP, se puede encontrar en trastornos disociativos de la identidad, trastorno de personalidad múltiples (Van der Hart, Nijenhuis y Steel, 2006; Díaz-Benjumea, 2008; Van der Hart, Steel y Boon, 2017).

En este trabajo se realiza la siguiente propuesta en 3 fases: 1) El vínculo terapéutico, trabajar su seguridad y estabilidad, reducción de síntomas y entrenamiento en habilidades; 2) Tratamiento de los recuerdos traumáticos y c) (Re)integración y rehabilitación de la personalidad y las relaciones interpersonales (Van der Hart, Steel y Boon, 2017; Van der Hart, Steel y Boon, 2014). Según lo que escribe Kepner en 1995, en el plano teórico el logro de las competencias de cada fase, debería posibilitar el trabajo en las siguientes fases. Sin embargo, hemos comprobado que, en la práctica real y especialmente en los casos más graves de TEPTC, el proceso terapéutico toma una forma espiral en la que las fases se van alternando en función de las necesidades del paciente. “Las personas que se encuentran gravemente traumatizadas pueden tener una energía mental y una eficiencia mental insuficientes, lo que les lleva a encontrarse en un estado crónico de agotamiento que aumenta la sintomatología y les impide desenvolverse en su vida cotidiana. Es importante adaptar el tratamiento a la economía mental de los pacientes, pues si se les sobrevalora se les puede pedir tareas demasiado difíciles conllevando así el desánimo o la abrumación del paciente, mientras que si se infravalora se le puede estar sobreprotegiendo (contribuyendo a la evitación fóbica, por ejemplo). Lograr un equilibrio en la economía mental de los pacientes, aumentando la energía mental y física, donde es necesario, y reduciéndose donde no se precisa.

De esta forma, aumentar la eficacia mental es una cuestión central e integral de todo el tratamiento (Van der Hart, Nijenhuis y Steel, 2006).

En la primera fase del tratamiento, lo primero que hay que hacer es comenzar a establecer un vínculo de apego seguro entre terapeuta y paciente. En el caso de las personas crónicamente traumatizadas esta tarea es bastante compleja puesto que estas personas tienen profundamente dañado su sistema de apego, regulación y sus relaciones sociales, por lo que suelen tener muchas dificultades a la hora de vincularse y confiar en otras personas.

Las personas que han sufrido abusos pueden tener representaciones mentales internas malévolas de las figuras de apego y de sí mismas en convivencia con otros modelos internos incoherentes entre sí, que pueden ser entendidas como partes disociadas de la personalidad (Díaz-Benjumea, 2008; Liotti, 20 y Howell, 2005). Esto dificulta la mentalización, obligándoles a tener creencias fijas desadaptativas del tipo “si-entonces” que han aprendido en un contexto en el que el apego indica dolor físico y emocional. Las personas con apego desorganizado tienden a presentar fobia al apego, (se activan actitudes defensivas que evitan el apego devaluando los cuidados del terapeuta o negando la relación terapéutica existente) y terror a la pérdida del apego como dos caras de la misma moneda. A pesar del conflicto intenso que supone la figura de apego seguro del terapeuta, ésta es esencial para el transcurso de la terapia, siendo imprescindible la resolución de estas fobias y otros problemas relacionados (Van der Hart, Nijenhuis y Steel, 2006).

Por ello, trabajar la fobia al apego y miedo a la pérdida de apego en la relación terapéutica, es una tarea que comienza desde el primer momento y que seguirá lo que dure la terapia. El vínculo terapéutico es una cuestión especial en los casos de TEPTC. (Van der Hart, Steel y Boon, 2017).

A continuación, es muy importante realizar una evaluación exhaustiva sobre las causas, sintomatología, trastornos relacionados con el trauma y dominios afectados (Van der Hart, Steel y

Boon, 2017). También es importante evaluar las capacidades y fortalezas con las que cuenta el paciente que le van a servir como guía durante el proceso terapéutico y le van a aumentar la autoestima y la sensación de capacidad que le van a permitir afrontar el trabajo terapéutico (Van der Hart, Nijenhuis y Steel, 2006). En esta fase, no se debe profundizar en exceso en detalles, puesto que el objetivo no es desencadenar emociones abrumadoras sin que exista una sólida relación terapéutica ni una base de seguridad con la que el paciente pueda autorregularse (Van der Hart, Nijenhuis y Steel, 2006). Tras la evaluación, se realiza la formulación de caso y encuadre terapéutico, en el que cobra especial importancia poner límites claros y realizar un ajuste de expectativas, siempre formulados desde la empatía y con la flexibilidad que el paciente necesita. De esta manera, se facilita el establecimiento de un vínculo seguro entre terapeuta y paciente, se minimiza la activación de las defensas dentro de la terapia y se activan los sistemas de acción que permitirán al paciente ir introduciendo cambios adaptativos. Durante todo este proceso, el terapeuta debe ofrecer seguridad al paciente y abordar los miedos del inicio de la terapia (Van der Hart, Nijenhuis y Steel, 2006 y Van der Hart, Steel y Boon, 2017).

Durante esta etapa, se trabaja, además, en reducir la sintomatología del trauma y aumentar las habilidades y capacidades del paciente, con la finalidad de reducir su malestar, aumentar su estabilidad y su funcionalidad, dotarlo de la capacidad de autorregularse y prepararle para la segunda fase (Van der Hart, Nijenhuis y Steel, 2006, Van der Hart, Steel y Boon, 2017; Courtois, 2008). A través de la adquisición de habilidades y de la reducción de sintomatología, se espera conseguir que los pacientes ganen eficacia y energía mental y que aumente su funcionalidad. Es importante tener en cuenta que, durante esta fase, la persona traumatizada sigue manteniendo activas las defensas que le protegen de los recuerdos traumáticos y que le mantienen disociado. Por ello el trabajo terapéutico que se realice, tiene que mantenerse dentro de la ventana de

tolerancia. Es muy común que los pacientes presenten una evitación fóbica extrema en el que nieguen los hechos traumáticos (o bien, hablar de ello con todo lujo de detalles) mostrando así alguna de las caras de la disociación (Van der Hart, Steel y Boon, 2017). El trabajo terapéutico de las fobias debe ser constantemente evaluado y abordado durante todo el tratamiento, especialmente, en la primera fase en la que aparece la fobia a la propia experiencia interna (flashbacks, recuerdos, pensamientos, emociones, sensaciones, reacciones a la interacción social...). Estas experiencias internas pueden desencadenar emociones muy intensas y desbordantes que tendrán que ser contenidas de manera conjunta y se tendrá que dotar al paciente de la capacidad de autorregularse. El tratamiento en la primera fase, debe ayudar a los pacientes a reconocer, aceptar y establecer comunicación entre sus partes disociadas y esto les permitirá empezar a dar pasos hacia la integración de la personalidad (Van der Hart, Nijenhuis y Steel, 2006 y Van der Hart, Steel y Boon, 2017).

La fase dos tiene como objetivo exponerse e integrar los recuerdos traumáticos, abordar y resolver el apego desorganizado que presenta la persona hacia sus agresores y trabajar con la transferencia traumática de los pacientes, ayudando a todas sus partes disociadas a orientarse en el presente, y a diferenciar pasado de presente, así como poder encontrar similitudes y trabajar con todo ello a través del vínculo terapéutico. Existen múltiples enfoques para el tratamiento de los recuerdos traumáticos, sin embargo, en el TEPTC se vuelve tarea fundamental el trabajo de integración de los mismos, lo que conlleva un esfuerzo especial (Steele, Van der Hart y Nijenhuis, 2001; Van der Hart, Steel y Boon, 2017).

Para realizar este trabajo terapéutico se debe tener en cuenta que no todas las partes emocionales pueden acceder a un mismo recuerdo, por lo que hay que poner al servicio del paciente distintos mecanismos que permitan que todas sus partes puedan enfrentarse a dicho

recuerdo. Además, hay que saber que no por afrontar un recuerdo se tiene por qué dar la integración de todas sus partes en dicho recuerdo. Es tarea del terapeuta evaluar si se ha dado dicha integración y en caso negativo trabajar en la misma. Por último, es importante que el psicoterapeuta tenga en mente que un mismo recuerdo puede ser tolerable para una de las partes pero no para otras, dando lugar a muchas desregulaciones que tendrán que afrontar conjuntamente con su paciente (Van der Hart, Steel y Boon, 2017).

En la fase dos, como se expone arriba, se trata el apego desorganizado hacia los agresores, cuyo conflicto interno aumentará en el momento en el que el paciente se enfrenta a sus recuerdos traumáticos. El conflicto interno, enredo y caos emocional, puede dificultar la integración de la personalidad, puesto que una parte puede estar sintiendo odio, rabia, otra vergüenza y humillación y terror, y a la vez, pueden estar enredados con sus familias de origen, impidiendo que puedan poner límites sanos (Steele, Van der Hart y Nijenhuis, 2001). El trabajo psicoterapéutico en este caso, consiste en tratar de analizar todas las emociones y conflictos internos que presenta el paciente hacia sus agresores. Cobra especial importancia trabajar el temor que suelen sentir hacia sus partes disociadas que imitan al agresor, por lo que resulta imprescindible que puedan darse cuenta de que eso no les convierte en sus agresores (Van der Hart, Steel y Boon, 2017).

Otro de los aspectos fundamentales de la segunda fase es el trabajo con la fobia hacia los recuerdos traumáticos, la cual se muestra con bastante fuerza y será un trabajo largo y difícil de conseguir. Para ello, la exposición a los recuerdos resulta un mecanismo fundamental, sin embargo, estos recuerdos suelen estar fragmentados, por lo que, no se puede acceder a ellos como un todo, sino que se accede a través de distintos trabajos con las diferentes partes disociadas y se procede a darle coherencia y sentido en el propio espacio terapéutico (Van der Hart, Steel y Boon, 2017).

En la tercera fase, el objetivo a conseguir es la integración de las distintas partes disociadas en una personalidad cohesionada a través de la unificación y su rehabilitación en su vida cotidiana. Si no se alcanza con éxito el final de esta fase, a pesar de los logros conseguidos en las anteriores, es bastante probable que la persona siga presentando problemas en su vida cotidiana, con sus relaciones sociales y su proyecto de vida (Van der Hart, Steel y Boon, 2017).

Para ello, la persona tiene que elaborar el duelo del trauma, superar la fobia a la intimidad, aumentar la capacidad de vivir en el presente, adquirir funcionalidad, fomentar el establecimiento de relaciones sanas y duraderas (enfrentándose a la fobia al apego) y desarrollar capacidades y habilidades para el funcionamiento y disfrute del día a día, mejorando así su calidad de vida, por último, dotarse de propósitos de vida (Herman, 1997; Van der Hart, Nijenhuis y Steel, 2006 y Van der Hart, Steel y Boon, 2017).

Como se explica anteriormente, se ha investigado que el proceso psicoterapéutico del TEPTC es en forma de espiral, por lo que se tendrá que volver puntualmente a trabajar objetivos de las fases anteriores (Van der Hart, Steel y Boon, 2017).

La fase final del tratamiento tiene que ser cuidadosamente planificada, puesto que puede ser muy emotiva y provocar emociones relacionadas con el miedo y la pérdida, ya que este tipo de procesos normalmente son muy largos y se llega a establecer un vínculo muy fuerte con el terapeuta. Es importante que los y las pacientes sepan que siempre pueden volver a terapia en el momento que lo necesiten (Van der Hart, Nijenhuis y Steel, 2006; Van Der Hart, Steel y Boon, 2014 y Van der Hart, Steel y Boon, 2017).

2. Objetivo del estudio y principales hipótesis

El objetivo de este trabajo es documentar, describir y exponer el proceso de evaluación e intervención que se lleva a cabo con una mujer de 18 años que presenta sintomatología coherente

con el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo. La intervención se hace siguiendo el modelo de intervención integrador por fases explicado en el apartado anterior.

Una de las hipótesis de este estudio se basa en la idea de que una persona que ha sido maltratada y ha desarrollado un TEPTC, puede presentar, entre otras sintomatologías, miedo y fobia hacia las figuras de apego, en este caso hacia la terapeuta, por lo que se considera necesario realizar una intervención integradora en tres fases, en la que primero se trabaja el vínculo terapéutico, la fobia al apego y la sintomatología emergente para, más adelante poder trabajar con los recuerdos traumáticos y finalmente sus relaciones sociales.

6. Diseño

Este TFM expone y explica un estudio cualitativo de caso clínico en el que se realiza una primera fase de evaluación durante las primeras 4 sesiones (aunque la evaluación se mantiene de forma constante durante todo el tratamiento). Al finalizar la evaluación se plantean las hipótesis y se desarrolla un plan de tratamiento.

La adolescente escogida para realizar su seguimiento en este TFM acude al centro de Nara Psicología, a un programa de prácticas correspondiente al segundo año de Master en Psicología General Sanitaria de la Universidad Pontificia de Comillas en Madrid, donde la autora del presente trabajo realiza las prácticas curriculares correspondientes.

Nara psicología es una cooperativa que se fundamenta en la economía social y solidaria y ofrece psicoterapia individual, de pareja, familiar, infantojuvenil, acompañamiento terapéutico y neuropsicológico con perspectiva de género.

La elección del caso para el presente trabajo se hizo teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Previsión de continuidad de la persona durante el proceso terapéutico.

- Relevancia del caso para contribuir a la expansión del conocimiento de la problemática a presentar y el tipo de tratamiento propuesto: El Trastorno de Estrés Postraumático Complejo es una categoría emergente propuesta para ser introducida en el manual DSM por lo que es especialmente relevante su investigación integral. En el caso escogido en este TFM se observan: las características del TEPTC, el origen, los factores mediadores para su aparición y la gravedad y los dominios a los que afecta; así como la descripción del proceso de intervención psicoterapéutica, su puesta en práctica y resultados. Por todo ello, se espera que con este estudio se pueda avanzar en el conocimiento de esta problemática dentro de la comunidad científica de la psicología clínica.

En el caso clínico que vamos a exponer intervienen dos psicoterapeutas, una principal y otra observadora. La psicóloga principal del caso clínico es la autora del presente trabajo. Esta psicoterapeuta e investigadora cuenta con experiencia psicoterapéutica en diferentes servicios de prácticas del grado y máster y experiencia laboral dentro de la psicología social. Además, cuenta con la ayuda de la segunda terapeuta observadora y un servicio de supervisión personalizado por dos terapeutas del centro, así como servicios de supervisión colectiva con todos los y las integrantes de la cooperativa.

En este trabajo se hace referencia al trabajo terapéutico realizado durante un año académico (9 meses), donde la paciente acude a sesiones psicoterapéuticas semanales. La paciente firma el consentimiento de pertenencia a un servicio de prácticas y, previo al comienzo de la realización de este trabajo, se obtiene el permiso correspondiente tanto de la paciente como del centro, Nara Psicología. Finalmente se aprueba el caso en el comité de ética de la dirección del máster, asegurando así la adecuación de la investigación.

7. Metodología de evaluación

Tabla 1

Metodología de evaluación empleada

1)	Observación clínica
2)	Entrevista clínica semi-estructuradas con la paciente
3)	Cuestionario SENA (Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes-b), (Fernández-Pinto, et al., 2015).
4)	Cuestionario STAI (Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo-b), (Spielberg, Goursch y Lushene, 1986).
5)	Línea de vida. Herramienta de evaluación de la biografía de la paciente, la temporalización de sus experiencias y su narrativa sobre su propio desarrollo (Guzmán et al., 2022).
6)	Evaluación de la alianza terapéutica: registro de asistencia, cumplimiento de tareas

La metodología de la evaluación de la paciente es la siguiente:

- Observación clínica: La observación clínica es una herramienta fundamental para el proceso terapéutico. Permite hacer una evaluación inicial, así como ver la evolución de los y las pacientes. Comienza en la primera sesión y está presente durante toda la terapia. En el caso de la paciente seleccionada para el caso clínico de estudio (A) la observación se realiza por las dos terapeutas presentes en la terapia. La recogida de información se centra en el contenido del discurso, postura, actitud, tono de voz, estado anímico, estilo de comunicación y habilidades que presenta a lo largo de la terapia

(inteligencia emocional, estilo de apego, habilidades sociales, resolución de conflictos, etc.).

- Entrevista clínica: Tiene la función de recoger los primeros datos relevantes sobre el motivo de consulta, origen, antecedentes, sintomatología principal, funcionalidad, conductas desadaptativas, situación familiar, social y personal que nos permite entender de manera relativamente amplia y profunda al paciente y la problemática por la que ocurre.

- Cuestionario SENA: Este cuestionario detecta un amplio espectro de problemas emocionales y de conducta. Estos problemas se categorizan en problemas interiorizados (depresión, ansiedad social, somatizaciones, obsesión-compulsión y sintomatología postraumática), problemas exteriorizados (hiperactividad, impulsividad, problemas de atención, agresividad, conducta desafiante, problemas de ira y conductas antisociales) y problemas específicos (retraso en el desarrollo, problemas de la conducta alimentaria, problemas de aprendizaje, esquizotipia, consumo de sustancias...). También es capaz de detectar áreas de vulnerabilidad que pueden predisponer problemas más graves y los recursos y fortalezas de la persona evaluada (Fernández-Pinto, et al., 2015). El cuestionario consta de 3 partes, la primera un cuestionario personal de 188 ítems, la segunda un cuestionario que responde la familia, en este caso su hermana, de 154 ítems y la tercera es un autoinforme para la escuela de 141 ítems. Todas las preguntas son de tipo Likert con 5 opciones de respuesta. No obstante, Azalea deja de ir a la escuela hace tres años y sigue sin acudir a ningún otro centro educativo (ni laboral), por lo que el último autoinforme no se puede aplicar. La realización de los autoinformes se lleva a cabo de manera presencial y manual y tiene una duración de 20 minutos.

- Cuestionario STAI: Tiene como objetivo evaluar la ansiedad estado (como un estado emocional transitorio, con sentimientos subjetivos y conscientemente percibidos) y la ansiedad rasgo (propensión ansiosa relativamente estable que caracteriza a los individuos y le permite percibir las situaciones como amenazadoras) (Spielberg, Gorsuch y Lushene, 1986). El cuestionario STAI consta de 40 preguntas de tipo Likert a contestar por A. La realización del autoinforme es presencial, manual y su duración es de 6 minutos.

- Línea de vida: La línea de vida se utiliza como herramienta para evaluar los antecedentes de A., así como su biografía, la temporalidad de los hechos y la narración que presenta A. de su historia de vida. Esta herramienta puede dar información sobre la estructura de vida que ha tenido, experiencias importantes y sus consecuencias y cómo ha sido el desarrollo de las mismas. La evaluación se lleva a cabo después de la segunda sesión, como tarea entre sesiones. La siguiente semana se realiza una exploración clínica de la línea de vida traída.

- Evaluación de la alianza terapéutica: La evaluación de la alianza es esencial a la hora de organizar y desarrollar el tratamiento, especialmente, en el caso de A. En un diario de seguimiento del caso, se registran todas las sesiones a las que acude A., donde a su vez quedan también anotadas aquellas a las que no lo hace. También, se registra el cumplimiento o no de las tareas a realizar entre sesiones. Estos dos registros junto con la observación clínica permiten evaluar la alianza terapéutica, adhesión al tratamiento y motivación hacia el cambio.

8. Presentación de caso

La terapia individual de la paciente se lleva a cabo semanalmente, ajustándose a los horarios académicos universitarios, con interrupciones durante las vacaciones de Navidad, Semana Santa y festivos. La duración total del tratamiento es de 8 meses, iniciando en octubre y concluyendo al finalizar el año académico.

8.1 Datos sociodemográficos

Para salvaguardar la confidencialidad, nos referiremos a la paciente como A. o Azalea¹, utilizando este último como un seudónimo. Azalea es una mujer blanca de 18 años, que asiste a las sesiones acompañada por su hermana Adela. Al inicio del proceso terapéutico, la familia de Azalea atraviesa una crisis no normativa del ciclo vital, que involucra un cambio de domicilio y de barrio, así como una reconfiguración del entorno doméstico. La familia nuclear de Azalea incluye a su madre, su padre, un hermano y hermana mayor de otro padre y una hermana mayor de su mismo progenitor. El padre de Azalea es expulsado del hogar un mes antes del inicio de la terapia debido a un episodio de violencia hacia ellas. Actualmente, vive en Irlanda y mantiene contacto a través de videollamadas.

Azalea proviene de un entorno socioeconómico bajo, donde ninguno de los padres está empleado, siendo su hermana mayor la única que trabaja en ese momento.

8.2 Motivo de consulta y sintomatología y/o problemática principal

El inicio del tratamiento no es por iniciativa de Azalea, sino de sus hermanas, quienes señalaron la necesidad de abordar el presunto trauma derivado del maltrato paterno, físico y psicológico, sufrido durante su vida. Durante la explicación que da Adela sobre la necesidad de Azalea de acudir a psicoterapia, Azalea se mantiene en tensión y con una postura corporal coherente con el miedo, sin embargo, ni confirma ni desmiente lo que ésta dice. Azalea no tiene

¹ Azalea es un nombre ficticio similar al real con el fin de ser fieles con la realidad familiar sin comprometer la confidencialidad. Este y todos los nombres del presente trabajo son ficticios.

claridad sobre el propósito de la terapia y los beneficios que le puede proporcionar, pero sí manifiesta sentir ansiedad constante y un estado de terror continuo desde hace años, especificando que no recuerda vivir sin sentir miedo. Hace tres años, su sintomatología se agravó, ya que, tras el periodo de confinamiento del covid-19, Azalea deja de ir a la escuela y comienza a padecer ataques de ansiedad ante la idea de salir sola de casa. El conjunto de síntomas que presenta (ansiedad, miedo, ataques de pánico, etc), le genera agotamiento físico y emocional. Carece de rutinas, proyectos de vida, planes o amistades, y pasa la mayor parte del tiempo en casa (saliendo solo a la calle acompañada de algún familiar). Azalea comenta que muchos días no sale de su habitación, dibujando o haciendo manualidades en el mejor de los casos y tumbada en la cama viendo series en el peor.

Al finalizar la primera sesión, expresa como objetivos el recuperar la capacidad de salir sola, establecer relaciones sociales fuera de su familia, continuar y finalizar sus estudios y desarrollar proyectos personales.

9. Antecedentes

Azalea asiste a todas las sesiones de terapia acompañada de su hermana Adela. En muchas ocasiones, la información inicial es proporcionada por Adela en presencia de Azalea, siendo a lo largo del proceso terapéutico, gracias al trabajo en la alianza terapéutica y reducción de sintomatología, cuando Azalea puede añadir información desde su perspectiva y recuerdos.

9.1 Antecedentes personales

9.1.1 Línea de vida

Según se observa en la línea de vida, que se adjunta en el APÉNDICE 1, Azalea presenta una narrativa de vida poco elaborada. Tiene dificultades para recordar acontecimientos pasados, como sus amistades durante la escuela primaria y secundaria. Azalea relata haber crecido en el

barrio de Arganzuela en Madrid y haber asistido a un colegio local, donde, aunque no tiene un amplio círculo social, mantiene buenas relaciones de amistad. Sin embargo, experimenta dificultades el último año de la escuela primaria debido a un conflicto con su grupo de amigas, en el que se siente traicionada y, a partir de entonces, su confianza en sus iguales queda muy afectada, hecho que marca significativamente su bienestar emocional.

Al ingresar al instituto, debido a sus dificultades para conocer a personas nuevas, comienza el desarrollo de ansiedad en entornos sociales más amplios y el desvanecimiento gradual de las amistades que conservaba del colegio. Azalea muestra lagunas importantes en su memoria autobiográfica y solo recuerda dejar de asistir al instituto tras el caos generado por la pandemia de COVID-19. Inicialmente, al preguntar por los desencadenantes de su referida ansiedad social y abandono de la escuela, Azalea no es capaz de dar una respuesta distinta a “no lo sé”. Cabe destacar que, cuando se le cuestiona por alguna parte de su vida que, se hipotetiza que tiene bloqueada o disociada su actitud se vuelve más rígida y su postura corporal se tensa, por lo cual, es necesario abandonar la exploración de esa área de forma rápida para que no se paralice. Después de este evento, permanece en casa durante casi un año, es a partir de ese momento cuando empieza a recibir tratamiento psicológico domiciliario durante los siguientes tres años. Aunque inicialmente no reconoce la utilidad de la terapia anterior, más adelante reconoce que le ayudó a salir de su casa, acompañada, así como le permitió salir de la burbuja en la que se había metido.

Azalea nunca ha utilizado medicación psicotrópica, aunque ha considerado recurrir a medicación ansiolítica de su hermana (sin prescripción médica). Refiere que su madre nunca la llevó al médico para tratar su incapacidad para salir de casa, su ansiedad o su estado anímico depresivo. Azalea comenta que su madre no cree en la psicología y no está a favor de la medicación psicotrópica, así como reconoce que ella misma siente aversión hacia la idea de buscar atención

médica, aunque últimamente está cambiando de opinión. Según Azalea, lo que le impide ir a la consulta del médico es la idea de salir de casa a hablar con una persona desconocida.

9.1.2 *Antecedentes familiares*

La información sobre el historial familiar se presenta de manera fragmentada y confusa a lo largo del proceso terapéutico.

La familia materna reside en Madrid, aunque la madre de Azalea nació y pasó sus primeros años en Francia durante la dictadura española. Tanto Azalea como Adela dicen no tener clara la razón de la migración, puesto que lo que les han contado es que los motivos fueron solamente económicos, mientras que la forma en la que vivieron en Francia, así como el periodo de tiempo en el que estuvieron, parece que hace referencia a razones políticas. Por otro lado, la familia paterna vive en Irlanda, donde nace y crece el padre de Azalea. Azalea apenas tiene contacto con el padre de sus hermanos, e incluso ha olvidado su nombre en varias ocasiones.

Respecto a la familia materna, su abuelo era minero y su abuela trabajaba como empleada doméstica. Azalea describe una relación compleja entre su madre y sus abuelos, marcada por la distancia emocional y conflictos intergeneracionales. Azalea relata que su abuelo no quería tener más hijas, por lo que, cuando nació su madre, Carmen, su abuelo la rechazó durante su infancia. No obstante, en la juventud de Carmen se reconcilian, manteniendo muy buena relación durante los últimos años de vida de su abuelo. Azalea comenta que su abuela tiene una relación muy conflictiva con todas sus hijas, debido a su mal carácter y sus exigencias. Además, desde la muerte de su abuelo, Azalea describe el estado anímico de su abuela como un estado depresivo, en el que ella no tiene ningún pasatiempo ni hábito, así como, tampoco sale de casa. Cabe destacar que la exigencia de su abuela está solo dirigida hacia las mujeres de la familia, según comentan tanto Adela como Azalea, lo cual juzgan como injusto y acentúa el conflicto. Azalea comenta que su

relación con su abuelo era muy buena y con su abuela distante. Entre su madre y sus hermanas, existe una relación más estrecha, siendo estas últimas sus principales apoyos. Además, Azalea tiene un tío por parte de madre, al que prácticamente no conoce pues migra a un país de Centroamérica tras robarle dinero a su madre y su tía. Refiere saber que tiene primos y primas de su parte, mas no sabe ni sus nombres, ni cuantas personas son.

Azalea manifiesta no tener mucha claridad sobre los antecedentes psiquiátricos de su familia materna y ninguna información sobre la paterna. Dice saber que una de sus tías presenta un diagnóstico de personalidad, al igual que una de sus primas. Además, comenta que dos de sus primos han tenido en algún momento diagnósticos de Trastornos Emocionales. Durante el proceso terapéutico refieren haberse enterado de un intento de suicidio por parte de su prima, no obstante, manifiestan no sentirse muy afectadas porque ya se lo esperaban.

En cuanto a la familia paterna, Azalea tiene poca información debido a la distancia espacial entre ellos. En sus anteriores visitas a Irlanda, ha mantenido buena relación con sus tías, uno de sus tíos y sus primos, puesto que, éstos, tienen muy buena relación con su padre. Sin embargo, tras la expulsión de su padre del hogar, tanto Azalea como Adela han perdido contacto y no saben qué relación mantienen en la actualidad. Además, en la familia paterna también tienen un tío que le robó dinero a sus familiares, por lo cual, existe también, una relación conflictiva.

En relación con su familia nuclear, Azalea menciona la falta de creencia en la psicología y la medicación psicotrópica por parte de sus padres, aunque sus hermanas han recibido tratamiento psicológico y psiquiátrico por síntomas de ansiedad y depresión. Además, Azalea ha recibido terapia domiciliaria durante tres años, desde los 15 a los 18 años.

Carmen tiene a sus dos primeros hijos con su anterior pareja, Paul, de origen inglés. El hijo mayor, Carlos, tiene 32 años y ha sido diagnosticado con esquizofrenia desde hace 6 años.

Recientemente, ha experimentado un empeoramiento de sus síntomas. Al inicio del proceso psicoterapéutico de Azalea, Carlos se encuentra viviendo con su padre en Francia, donde participa en un retiro espiritual con el propósito de que pueda canalizar sus experiencias auditivas como un don en lugar de percibir las como una enfermedad. Tanto Azalea como sus hermanas consideran que Carlos no acepta su condición y que la falta de tratamiento está exacerbando sus síntomas.

La relación entre Azalea y Carlos es distante, ya que Azalea admite sentir cierto temor hacia él, atribuyendo este sentimiento a su preocupación por las experiencias auditivas de Carlos, aunque no puede profundizar en esta situación.

Mara, la hermana mayor, ha vivido independiente en ciertos periodos, pero actualmente reside en el hogar familiar, donde ejerce un papel parental. Es la única integrante de la familia con empleo y está cursando estudios universitarios en Trabajo Social. Aunque Azalea no interactúa mucho con Mara debido a sus compromisos académicos y laborales, la considera junto con Adela como uno de sus principales apoyos. Mara ha sido clave en el proceso terapéutico de Azalea al ayudarlas a encontrar un programa de prácticas con terapia a bajo coste para poder costear las sesiones. Tanto Azalea como Adela perciben a Mara como una figura de protección, a pesar de su ausencia física en algunas ocasiones. Azalea relata que la relación entre Mara y su padre es distante, así como mantiene una relación conflictiva con John, el padre de Azalea y Adela. Se cree que los conflictos con su madre son una de las razones por las cuales Mara no está muy presente en el hogar.

Adela, por su parte, refiere mantener una relación conflictiva con ambos progenitores, sin embargo, con su madre dice que también tiene una relación cercana. Adela refiere haberse enfrentado a su padre en muchas de las ocasiones en las que se ponía agresivo. Además, dice haber

tenido que enfrentarse a los prejuicios de su madre sobre la psiquiatría y haber tenido que educarla en su sintomatología. Actualmente, siente la necesidad de proteger a su madre.

Azalea, por su parte, describe una relación muy fusionada con su madre y distante con su padre, aunque no puede explicar por qué se percibe esta dinámica. Azalea considera a sus hermanas como sus principales apoyos y disfruta pasando el tiempo con ellas, sintiéndose muy cómoda en su compañía.

9.2 *Antecedentes sociales*

Como se evidencia en la línea de vida, Azalea tiene pocos recuerdos de su infancia y adolescencia. Recuerda tener un pequeño grupo de amigas en la escuela primaria, pero pierde el contacto con ellas al ingresar al instituto. Del tiempo que estuvo en el instituto apenas tiene recuerdos y no puede explicar por qué, pero desde el primer año de secundaria comienza a sentirse incómoda en lugares cerrados y concurridos.

En la actualidad, Azalea afirma no mantener contacto con personas fuera de su familia y se siente incómoda entre individuos con los que no tiene mucha confianza, incluidos sus primos y primas. Comenta que las únicas personas de su edad con las que mantiene contacto continuo son sus hermanas.

10. Evaluación inicial

Se realiza una primera sesión de presentación, encuadre y motivo de la consulta tras la cual comienza el proceso de evaluación que consta de cuatro sesiones llevadas a cabo a lo largo de un mes natural.

10.1 *Observación clínica*

Azalea muestra una actitud temerosa y distante. Su postura es rígida y en tensión, no hace contacto visual y mantiene la mirada baja. Se observan dificultades en la conversación puesto que

Azalea presenta un lenguaje no espontáneo, de manera que solo responde si se le pregunta directamente a ella, dejando que sea su hermana la persona que aporta la mayor parte de información en las primeras sesiones. Además, muestra pobreza en el discurso y en el contenido del discurso, dando de esta manera respuestas muy breves e incluso monosílabos, así como información muy vaga. Su tono de voz es bastante bajo, aunque se le escucha sin problema.

En el plano emocional, Azalea parece encontrarse muy desconectada de sus emociones y muestra grandes dificultades en la identificación de las emociones, tanto de las suyas propias como de las ajenas. Ante las preguntas sobre su estado emocional, en determinadas situaciones cargadas de emocionalidad negativa, suele contestar con frases prototípicas como “no sé”. Al intentar indagar, responde de manera repetida “no sé, no sé, no se” (repetitivamente). Refiere no entender sus emociones y da signos de temor ante la idea de enfrentarse a ellas. Cuando en terapia, se aborda algún tema que para Azalea está cargado de emocionalidad, parece desconectarse de la sesión, dando muestras de disociación. Azalea expresa vivir constantemente aterrorizada y refiere no recordar un momento en el que no haya tenido miedo. Así mismo, puede verbalizar sentirse triste en muchas ocasiones y asocia la tranquilidad con la felicidad.

En el nivel motor no se observa ninguna dificultad a pesar de ser una persona que se mueve de manera un poco más lenta que la media.

Respecto a las habilidades sociales, se puede percibir que es una persona tímida a la que le cuesta entablar conversaciones con otras. Refiere ser una persona a la que le cuesta mucho enfrentarse al conflicto, y que tiene grandes tendencias a la sumisión para evitarlos. Se percibe a sí misma como alguien a la que le gusta agradar y cuidar a quienes tiene alrededor, puesto que es la manera en la que se siente útil.

Respecto a su regulación emocional, se puede percibir que es una persona con baja tolerancia a la intensidad de las emociones, de manera que, o bien evita las situaciones que se las puedan provocar, o se disocia (apaga sus emociones, deja de estar en el presente y responde de manera automática) si no ha podido evitarlas.

En el plano cognitivo se observa rigidez en la forma de pensamiento, así como dificultades para entender el mundo emocional de los otros, hacer inferencias o predecir los comportamientos que pueden tener los demás. Refiere sentirse constantemente exhausta y se puede apreciar que tiene baja energía mental.

La actitud de Azalea en terapia muestra que se percibe a sí misma como a una persona pasiva, con bajo locus de control interno. Parece que es dependiente de lo que su entorno quiera hacer, tanto en sus proyectos de vida como en su propia persona.

10.2 *Entrevista semiestructurada*

La entrevista estructurada se lleva a cabo durante las primeras tres sesiones con el propósito de recopilar la mayor cantidad de información posible. Sin embargo, la información explícita proporcionada verbalmente por Azalea es bastante limitada. Sus respuestas, cuando las ofrece, son breves y concisas. Se obtiene más información a través de su postura corporal, sus silencios, los momentos de desconexión y su forma de relacionarse que mediante sus respuestas verbales.

En la primera sesión, inicialmente se indaga sobre el motivo de consulta, como se detalla en el apartado 8.2. Adela explica los episodios recientes y las razones por las cuales consideraba que Azalea necesitaba psicoterapia. Posteriormente, Azalea añade sus propios motivos, incluyendo su preocupación por no poder salir sola de casa, la ausencia de amistades y su incapacidad para completar la ESO y continuar con estudios superiores que le permitan trabajar en el futuro. También se pregunta por sus expectativas del proceso psicoterapéutico. Azalea informa que sus

expectativas de mejora son muy bajas, comenta que lleva siendo así toda la vida, que no sabe por qué está así, ni qué puede hacer para cambiar. Al concluir la sesión, se establece el encuadre terapéutico, se discuten los horarios, el pago, la comunicación entre sesiones, las normas de la terapia, la confidencialidad y el marco psicoterapéutico.

En la segunda sesión, se exploran los hábitos y la rutina de Azalea, su higiene del sueño y alimentaria, sus proyectos de vida y su vida social. Durante la evaluación, se indaga sobre las emociones que experimenta en relación con cada tema abordado y cómo responde a dichas emociones. A lo largo de la evaluación, persisten la rigidez postural, la falta de contacto visual y las respuestas escuetas o la ausencia de respuesta por parte de Azalea. Esta última refiere carecer de rutinas, tanto de sueño, como alimentarias y laborales. Atribuye su irregularidad horaria a la falta de estructura y a la mudanza familiar en curso, la cual implica diversas tareas domésticas. Aunque expresa sentirse agotada, encuentra cierto consuelo en la ocupación física.

Azalea comunica la falta de discernimiento emocional tanto en ella como en su familia. Muestra conformismo y pasividad ante la situación y no manifiesta resentimiento o injusticia. Las emociones predominantes durante las sesiones son tristeza, estrés, agotamiento y miedo, siendo este último el más evidente y preocupante, ya que teme que sus propios miedos la paralicen o afecten a su familia.

Para finalizar la sesión, se solicita a Azalea identificar las fortalezas familiares y las oportunidades derivadas de la situación, a pesar de su dificultad y estrés. Aunque le cuesta, destaca la fortaleza y unión de las mujeres de su familia. Esta respuesta está acompañada de un cambio en su postura, mostrando una menor rigidez.

En la tercera sesión Azalea comenta que esta semana se ha encontrado mucho más activa, piensa que ha sido una mejora la mudanza y poder vivir juntas y solas las cuatro mujeres de la

familia, puesto que Carlos consume mucha energía y recursos familiares y reconoce que cuando su padre estaba en casa todas se encontraban más tensas. A pesar de ello, refiere sentir que tanto ella como su familia están en estado de alarma desde el último episodio agresivo de su padre. Asocia su agotamiento al cúmulo de cambios que se están efectuando en sus vidas, así como las múltiples tareas que deben hacer para normalizar sus vidas. Azalea tiene la sensación de que no tienen ni energía, ni recursos para poder llegar a todo.

Azalea describe a su madre como a una persona sensible, estresada, intensa y energética. Tras una exploración más profunda, la describe como una persona que fácilmente se siente juzgada y culpable y reacciona gritando y culpando a los demás. Refiere nunca haberla visto beber, no obstante, sabe que ha estado en un CAID. Actualmente se encuentra de baja laboral por presentar una sintomatología coherente con la depresión nerviosa. Tras la expulsión del padre del hogar, dicen ver a su madre muy triste y sola. Azalea piensa que su madre querría que el padre volviera a casa.

Respecto a su padre, lo describe como a una persona deprimida, introvertida y reservada. Dice que no expresa sus emociones ni suele expresar su cariño hacia ellas, aunque dice saber que las quiere. En la evaluación inicial, Azalea muestra muchas dificultades a la hora de hablar de su padre, siendo Adela quien termina diciendo que en los últimos años le ven beber alcohol y en estado de embriaguez a menudo, siendo estos momentos en los que se suele ponerse más agresivo. En el último episodio agresivo, Adela llamó a la policía, que acudió junto a los bomberos. Adela describe esa situación como una de las más angustiosas de su vida. Según explica Adela, su padre, al ver a la policía, comienza a tener un ataque y es ingresado durante un mes en el hospital, del cual escapa el primer día, siendo otra vez Adela la que tiene que volver a llamar a la policía. Después del ingreso vuelve a vivir a Irlanda con su familia de origen. Ambas dicen verle muy triste

y arrepentido por lo ocurrido, así como está en rehabilitación para dejar el alcohol. No obstante, ninguna de las dos confía en que no lo vuelva a hacer.

Al preguntar por sus fortalezas, recursos y pasatiempos favoritos, Azalea muestra grandes dificultades para responder, y no es capaz de rescatar sus fortalezas. Es Adela quien acude a su rescate, diciendo que es una persona muy creativa y hábil con las manualidades, una persona que se preocupa mucho por lo demás y que cuida mucho la casa. Azalea afirma que ella solo se siente realizada si puede ayudar y cuidar el resto de miembros de la familia.

10.3 *Cuestionario SENA*

En la cuarta sesión de la evaluación, se administra el cuestionario SENA a Azalea y Adela de manera presencial. En el segundo y tercer APÉNDICE se incluyen las tablas que detallan los resultados del autoinforme SENA para personas de entre 12 y 18 años, completado por Azalea y los resultados del cuestionario SENA para la familia de la persona entre 12 y 18 años, que, en este caso, responde Adela.

Los resultados del autoinforme de Azalea revelan puntuaciones elevadas en todos los índices de la escala de índices globales, destacando especialmente en el índice de problemas emocionales y el índice global de problemas. Dentro de la escala de problemas interiorizados, resaltan las puntuaciones en ansiedad social, depresión, ansiedad generalizada, sintomatología postraumática y quejas somáticas. Respecto a la escala de problemas exteriorizados, se observan puntuaciones elevadas en problemas de conducta antisocial, seguidas por problemas de atención.

Además, se identificaron puntuaciones elevadas en problemas de conducta alimentaria, regulación emocional, falta de autoestima, así como una integración social deficiente y escasa competencia social. Azalea también muestra tener poca conciencia de sus problemas y expresa dificultades significativas tanto en el ámbito escolar como en las relaciones con sus compañeros.

En los resultados del autoinforme Azalea obtiene ítems críticos en diferentes conceptos:

- Riesgo de autolesión: Azalea responde con “siempre o casi siempre” en los ítems que dicen “sufro mucho”, “siento que nada me importa”, “pienso que mi vida no tiene sentido”. También responde con “pocas veces” el ítem con el enunciado “quiero morirme”.
- Estresores traumáticos: Respondiendo con “siempre o casi siempre” y “muchas veces” a los enunciados “me siento cansado”, “tengo pocas energías”, “me vienen imágenes desagradables con cosas que me han pasado”, “tengo miedo de quedarme a solas con alguna persona”, “siento como si me viera a mí mismo desde fuera, como en una película”, “me vienen pensamientos o imágenes a la cabeza que se repiten una y otra vez” o “se me olvidan las cosas”.
- Alteraciones de pensamiento o percepción: Respondiendo con “siempre o casi siempre” a ítems tales como “Creo que otras personas pueden leer mis pensamientos”, “Siento como si me viera a mí mismo desde fuera, como en una película”, “Creo que provoco desgracias solo con pensarlas”, “Me vienen pensamientos o imágenes a la cabeza que se repiten una y otra vez”.
- Riesgo de acoso escolar: Respondiendo “siempre o casi siempre” a ítems como “lo paso mal en el colegio o instituto”, “algunos compañeros me obligan a hacer cosas que no quiero”, “odio el colegio o instituto”.
- Riesgos relacionados con la imagen corporal y conducta alimentaria: Respondiendo con “siempre o casi siempre” o “muchas veces” a ítems como “Cuando me siento mal pienso en darme un atracón de comida”, “Cuando empiezo a comer siento que no puedo parar”, “me aterroriza la idea de ganar peso”.

- Evasión de la realidad: Respondiendo negativamente a ítems relacionados con problemáticas familiares.

Los resultados de cuestionario que se le pasa a Adela son similares en la escala de índices globales y en la escala de problemas exteriorizados. En esta línea, muestra resultados coherentes con Azalea en la escala de problemas interiorizados, sin embargo, las puntuaciones de Adela son más altas, es decir, ve más graves los problemas interiorizados que Azalea. Resaltan las puntuaciones del cuestionario de Adela en la rigidez y el aislamiento, estableciéndolos como un ámbito muy problemático. Finalmente, es importante destacar que Adela no tiene constancia de los problemas de Azalea con problemas relacionados con la alimentación. En esta línea, Adela responde “pocas veces” al ítem sobre si se autolesiona a sí mismo, así como “muchas veces” al ítem “pierde el control cuando se enfada o se enoja”. Estos dos ítems contradicen las respuestas de Azalea en su autoinforme, lo que aporta información acerca de la conciencia que tiene Azalea de sí misma o de la información que está preparada para dar.

10.4 *Cuestionario STAI*

Azalea responde al cuestionario STAI en la propia sesión, justo después de terminar de contestar al autoinforme SENA. Cabe destacar que la actitud con la que termina de realizar el autoinforme de SENA era bastante tensa, presentando un estado de anhedonia.

Se adjunta en el APÉNDICE 4 la tabla con la corrección del cuestionario. Los resultados del cuestionario muestran que Azalea sufre un grado muy elevado de ansiedad rasgo, estando situada en el centil 97 respecto a la población estudiada. Esto significa que tiene una alta y estable propensión a percibir situaciones (no peligrosas) como amenazadoras. Tener una tendencia estable a percibir los sucesos como amenazadores favorece que la ansiedad estado sea alta. En este caso, se puede observar que Azalea está en el momento en el que realiza el cuestionario con el Sistema

Nervioso Autónomo en estado de alerta, hiperactivo, es decir, muestra que en el presente está sufriendo ansiedad, de hecho, su puntuación en ansiedad-estado es más elevado que el de ansiedad rasgo, lo cual puede deberse a haberlo hecho después del cuestionario SENA.

10.5 *Evaluación de la alianza terapéutica*

Construir una alianza terapéutica es crucial en cualquier proceso psicoterapéutico. Sin embargo, en el caso de Azalea, este trabajo es más complicado debido a que ha desarrollado un estilo de apego desorganizado con sus figuras de cuidado. Además, es una persona desconfiada, que experimenta sensaciones de peligro y miedo en presencia de otras personas. Como se refleja en los resultados de los cuestionarios, presenta niveles muy elevados de ansiedad rasgo y estado, así como ansiedad social.

Por consiguiente, establecer un vínculo terapéutico seguro es una tarea que comienza desde la primera sesión y se extiende a lo largo de toda la fase inicial del tratamiento, siendo importante su evaluación continua durante todo el proceso. La evaluación cuantitativa de la calidad del vínculo se realiza mediante la asistencia de Azalea a las sesiones y su cumplimiento de las tareas asignadas. Además, la observación clínica continua constituye otro instrumento de evaluación esencial.

Hasta la fecha de esta investigación, se han programado 21 sesiones, de las cuales Azalea ha asistido a 20. Es relevante tener en cuenta que su participación en la terapia implica un considerable esfuerzo. Azalea menciona que necesita levantarse dos horas antes de salir de casa para prepararse mentalmente, ducharse y vestirse, y en ocasiones ha venido sin haber dormido debido a su falta de rutina de sueño. Además, cada vez que asiste a la sesión, lo hace acompañada de su hermana, lo que supone un facilitador para Azalea, pero un esfuerzo añadido para Adela.

En cuanto a las tareas asignadas, Azalea las ha cumplido diariamente, incluso durante las semanas en las que no había sesiones debido a las vacaciones. Es importante destacar que estas tareas le suponen un esfuerzo y requieren tiempo, por lo que su cumplimiento es valorable.

Además, a través de la observación clínica, se ha podido notar que cada día llega un poco menos tensa a la sesión (excepto en situaciones específicas que la han afectado especialmente), y al final de las sesiones se muestra considerablemente menos rígida, más comunicativa y colaboradora. En el transcurso del proceso terapéutico, cuando se evidencia una mejora en la relación terapéutica, se le pregunta a Azalea si percibe dicha mejora, a lo que responde negativamente (mostrando una postura más rígida). Sin embargo, su hermana Adela también refiere haber notado los cambios y percibe a Azalea cada vez más relajada.

11. Formulación de caso

La formulación del caso se realiza mediante la recopilación de información obtenida durante las sesiones. Tanto Azalea como su hermana Adela aportan información, estando Azalea presente en todo momento.

Azalea presenta síntomas consistentes con el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC), derivado del maltrato psicológico y físico sufrido durante su infancia y adolescencia por parte de su padre. Se postulan hipótesis sobre el origen del TEPTC, los mecanismos implicados y las hipótesis de mantenimiento.

Según la evaluación realizada, se describe a un padre con dificultades para expresar emociones propias o ajenas, con un estado de ánimo deprimido que ha afectado su capacidad para brindar apoyo emocional a sus hijas. Ambas hijas señalan su preocupación por el consumo de alcohol de su padre, afirmando que se vuelve agresivo cuando bebe, ejerciendo maltrato hacia

ellas. Azalea reconoce el consumo de alcohol y la agresividad paterna, pero no logra verbalizar todas las formas de maltrato. Esta descripción proviene principalmente de Adela a lo largo del proceso terapéutico. Ellas perciben que su padre se preocupa por ellas, y las quiere, sin embargo, perciben que es una persona con poca inteligencia emocional y no sabe cómo hablar con ellas o ayudarlas emocionalmente. Además, después de haber tenido conductas agresivas, se muestra más distante con ellas, y creen que es debido a sentimientos de culpa y vergüenza por su conducta agresiva.

Azalea expresa sentimientos ambivalentes hacia su padre, sintiendo pena por él y extrañándolo cuando no está presente, pero siendo incapaz de expresar afecto emocional hacia él. Describe su relación con él de manera racional y desconectada de la emoción.

La madre es descrita como una persona cariñosa y creativa, pero también ansiosa, con dificultades para regular sus emociones y propensa a descontrolarse, llegando a agredir verbalmente a quienes la rodean, aunque en menor medida que el padre. Azalea tiene una relación conflictiva con su madre, a quien ve como refugio, pero también como fuente de agresión y falta de protección. Inicialmente, Azalea y Adela no reconocen el problema de alcoholismo de su madre, pero más tarde admiten que asistía a un CAID y que su comportamiento se veía afectado por el alcohol.

El entorno de Azalea carecía de recursos para abordar el maltrato, lo que dificultó el desarrollo de esquemas cognitivos y emocionales adaptativos para enfrentar la situación. Además, la desregulación emocional y muestra de emociones intensas y negativas disparaban entonces (al igual que ahora) el sentimiento de culpa en la madre, cuyo mecanismo de defensa era (y sigue siendo) ponerse en una postura defensiva. Esto supuso un modelado para que Azalea inhiba sus respuestas emocionales, desarrollando más sintomatología asociada a problemas internalizados.

Azalea crece en un entorno caracterizado por la ausencia de figuras de cuidado, quienes en muchas ocasiones son incapaces de satisfacer sus necesidades, y en otros casos, contribuyen a su desregulación y sufrimiento. Estas circunstancias propiciaron el desarrollo de un estilo de apego desorganizado en Azalea. Además, la falta de cuidadores capaces de proporcionar consuelo o atender sus necesidades emocionales impidió que Azalea adquiriera habilidades de autorregulación emocional. En lugar de ello, aprendió a suprimir sus emociones dado que percibía que no serían recibidas ni tratadas.

Azalea relata sentir que no podía anticipar ni controlar los episodios violentos de su padre, lo cual parece estar en línea con su actual falta de locus de control interno. La sensación de inseguridad, combinada con la falta de control sobre la situación y la percepción de no contar con herramientas para gestionarla, pueden ser responsables del constante estado de alerta en el que se encuentra Azalea. En consonancia con esto, la falta de protección, la ambivalencia parental y la ausencia de un locus de control interno, contribuyen a una baja tolerancia a la incertidumbre. Esto a su vez puede provocar que, ante emociones negativas intensas, Azalea pase de un estado de alerta (activación del sistema nervioso simpático) a una paralización (activación del sistema nervioso vago primitivo). Todo ello favoreció el desarrollo de una indefensión aprendida en Azalea, quien no se percibe como agente activa en su propia vida, lo que conduce a un estilo de afrontamiento evitativo y fóbico, caracterizado por un rol pasivo y de sumisión interpersonal.

Como resultado, Azalea desarrolló miedo intenso hacia las emociones y sensaciones internas percibidas como desagradables, al haber aprendido que estas podrían ser peligrosas. Su mecanismo de defensa consiste en evitar estas sensaciones a través de la activación del sistema nervioso autónomo vago no mielinizado, lo que denominamos fobia a las sensaciones internas. Esta estrategia de evitación puede manifestarse de diversas formas, como pensamientos mágicos

del tipo "tengo una familia perfecta", en dejar la mente en blanco, evitar conversaciones o expresar emociones con otras personas.

Este patrón de respuesta tiene importantes consecuencias en varias áreas, especialmente en la falta de procesamiento adecuado del trauma. Azalea tiende a negar la mayor parte de los sucesos relacionados con el maltrato, solo aceptando una mínima parte de lo que su hermana Adela refiere haya ocurrido. El costo energético y la carga mental de evitar los recuerdos, pensamientos y emociones asociados al trauma son significativos, lo que contribuye a un constante estado de agotamiento en Azalea y dificulta la gestión adaptativa de su sintomatología. Además, cada vez que Azalea se enfrenta a estímulos asociados al trauma, experimenta flashbacks y pesadillas, lo que aumenta su agotamiento y retroalimenta la situación.

Esta falta de conciencia y procesamiento del trauma conlleva a la disociación estructural de la personalidad de Azalea, donde no todas sus partes disociadas tienen conocimiento de los hechos traumáticos que ha vivido. Además, hay una parte disociada que experimenta vergüenza al aceptar el maltrato sufrido, mientras que otra parte experimenta culpa por considerar desleal hablar mal de sus padres y otra vive aterrorizada de que se vuelva a producir otra agresión.

En momentos de sobrecarga y fatiga, Azalea no tiene la energía ni la capacidad para mantener sus partes disociadas, lo que desencadena una reexperimentación del trauma y un estado emocional intenso que ella percibe como peligroso, activando el sistema nervioso autónomo vago y provocando parálisis emocional e incluso física.

Esta situación se ve agravada por un acontecimiento que ocurre en el centro escolar cuando Azalea tenía 11 años. Aunque no se detalla el suceso, Azalea describe un evento traumático para ella, por el cual, se sintió traicionada y abandonada por su grupo de amistades. Refiere haberse quedado con una única amiga, y que, mientras que esta última pudo expandir su círculo social,

Azalea se vio incapaz de hacerlo, alejándose progresivamente de su entorno social. Esto lleva a Azalea a sentirse amenazada por sus compañeros y a ser incapaz de establecer vínculos seguros en el futuro.

Azalea percibe su entorno como peligroso e incontrolable, adoptando una perspectiva rígida y distorsionada de su entorno, basada en numerosas ideas irracionales desadaptativas. Al creer que el mundo exterior es hostil y que las personas representan una amenaza indiscriminada, Azalea vive aislada, sin establecer relaciones fuera de su familia y sin la oportunidad de experimentar relaciones que supongan experiencias emocionales correctivas. Aunque se siente sola, no se considera capaz de relacionarse con otras personas o de ser aceptada por ellas.

Teniendo en cuenta lo anterior, Azalea presenta una sintomatología coherente con el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC), según los criterios del CIE-11 de 2019. Este trastorno se caracteriza por la reexperimentación de eventos traumáticos que desencadenan emociones abrumadoras de terror, ansiedad y fuertes sensaciones físicas. Además, Azalea muestra una estrategia de afrontamiento basada en la evitación de pensamientos y recuerdos relacionados con el evento traumático, así como de situaciones o personas que le recuerden el maltrato. Permanece en un constante estado de alerta e hipervigilancia, sintiéndose continuamente amenazada. También presenta dificultades significativas en la regulación emocional y un autoconcepto negativo, caracterizado por sentirse poco valiosa, derrotada y fracasada, con la creencia de que nunca podrá cambiar su situación actual.

Además, Azalea experimenta grandes dificultades para relacionarse con los demás, lo que ha resultado en la ausencia de vínculos sociales fuera de su familia. Estos síntomas han estado presentes durante varios años y han causado un deterioro significativo en diversas áreas de su vida, incluyendo lo personal, familiar, social y educativo.

Es crucial comprender que esta sintomatología forma parte del cuadro clínico del TEPTC. Sin embargo, si no se tiene en cuenta el trauma subyacente, podría llevar a un diagnóstico erróneo y a un tratamiento inadecuado. Por ejemplo:

- Síntomas coherentes con el Trastorno depresivo persistente o Distimia.

Azalea muestra síntomas que cumplen con los criterios diagnósticos de este trastorno, tales como estado de ánimo deprimido, insomnio de conciliación e hipersomnias, fatiga y pérdida de energía, disminución de la capacidad para pensar, concentrarse y tomar decisiones y un gran sentimiento de desesperanza. Además, presenta otros síntomas asociados a un trastorno depresivo como la disminución importante de interés o placer por todas o casi todas las actividades, retraso psicomotor apreciable por otras personas, sentimiento de inutilidad y culpabilidad excesiva (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

- Síntomas coherentes con la ansiedad:

- o Síntomas coherentes con la fobia asociado al trauma: Azalea presenta los criterios diagnósticos de fobia al apego y a las sensaciones y emociones internas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

- o Síntomas coherentes con la ansiedad social: Azalea presenta todos los criterios diagnósticos del DSM V para la ansiedad social. Lo que afecta significativamente su capacidad para asistir al instituto u otros eventos sociales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

- o Síntomas coherentes con la agorafobia. Azalea presenta síntomas consistentes con la agorafobia, afectando su capacidad para estar en lugares concurridos, salir sola de casa o utilizar el transporte público (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

- Síntomas coherentes con la ansiedad generalizada. Azalea también presenta síntomas consistentes con la ansiedad generalizada, como preocupación excesiva, irritabilidad, tensión muscular y dificultades para concentrarse (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

12. Tratamiento y curso

Como se explica en la introducción, el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo tiene unas características, sintomatología asociada y necesidades de tratamiento específico que hacen que los tratamientos con evidencia científica del Trastorno de Estrés Postraumático no resulten útiles. Por ello, se ha seguido un modelo de intervención integradora por fases, basada en la teoría de trauma.

En este caso, evaluamos que Azalea presenta un cuadro coherente con un TEPTC en el que se observan los siguientes síntomas: Fobia al apego y miedo a la pérdida de apego, grandes dificultades para relacionarse con otras personas, dificultades comunicativas, baja regulación emocional, ansiedad, ansiedad social, conducta antisocial, miedo intenso a salir de casa sola o ir a lugares muy concurridos acompañada, estado de ánimo deprimido, anhedonia, alexitimia, baja energía mental, poca eficacia mental, quejas psicósomáticas, flashbacks, insomnio, hipersomnio, terrores nocturnos, falta de rutinas diarias, falta de proyectos vitales, baja autoestima y desesperanza. Todos ellos son predictores de un proceso terapéutico largo. Debido a las contingencias temporales de esta investigación, este trabajo expone la intervención psicológica realizada sobre la primera fase del tratamiento. Esta primera fase, establecimiento de apego seguro con la terapeuta, evaluación y reducción de sintomatología, se vuelve imprescindible para el éxito de la terapia.

Los objetivos que se establecen para el proceso terapéutico de ocho meses de duración son los siguientes:

- Confirmar la seguridad de la paciente y aumentar su sensación de seguridad.
- Establecer un vínculo de apego seguro entre terapeuta y paciente
 - o Disminuir la fobia al apego
 - o Disminuir la fobia a la pérdida de apego
- Mejorar la eficiencia mental y aumentar la energía mental
 - o Aumentar el ingreso de energía mental
 - o Reducir los gastos de energía mental
- Fomentar la estimulación terapéutica (emocional, cognitivo y conductual).
 - o Fomentar la activación conductual
 - o Aumentar su sensación de control y agencia
 - o Aumentar su autoestima
- Promover la adquisición de habilidades y capacidades
- Comenzar a trabajar en la superación de las fobias consecuentes del trauma

Las sesiones tienen una duración de 50 minutos, mayoritariamente de forma presencial, no obstante, existe la opción de hacer alguna sesión online, principalmente si su hermana no puede acompañarle. La periodicidad de las sesiones es semanal, exceptuando los periodos de vacaciones. A continuación, se expone el trabajo terapéutico realizado durante 20 sesiones.

Debido a la cronicidad de la sintomatología de Azalea, unido a la falta de conciencia de la existencia de su trauma y sus consecuencias, así como la falta de expectativas, confianza en la posibilidad de mejorar y motivación por el proceso terapéutico, los objetivos a trabajar no están

estructurados en un número de sesiones concretas, sino que van a estar presentes durante todas las intervenciones mientras se trabaja con lo que Azalea trae a la sesión.

En el APÉNDICE 5 se adjunta una tabla resumiendo los objetivos, las técnicas y procedimientos utilizados en cada sesión. No obstante, es importante tener en cuenta que la fase 1 de la terapia, incluyendo los objetivos a alcanzar, requieren de mucho tiempo, así como toman una forma espiral en el que se avanza y retrocede en las mejoras durante un tiempo hasta que se afianzan. Por ello, a continuación, se describe el proceso terapéutico que se ha tenido a lo largo de la psicoterapia, destacando algunas cuestiones específicas de este caso:

Sesión 1.

Debido a la desconexión emocional de Azalea, su fobia a las sensaciones internas y, como resultado, su alexitimia y pobreza de discurso, se opta por establecer un canal de comunicación, confianza y apego con Adela. En este sentido, Adela se convierte en la portavoz para explicar el motivo de consulta, describir la dinámica familiar y señalar los síntomas observados en Azalea. Azalea adopta un rol de observadora en la interacción entre su hermana y yo, sin confirmar ni refutar la información proporcionada. Esta dinámica le permite observar mi estilo de relación con su hermana, con la hipótesis de que esto facilitará el establecimiento de un vínculo posterior con ella, al ofrecerle un ambiente predecible y seguro.

Una vez establecido un buen vínculo con Adela, se comienza a dirigir preguntas específicamente a Azalea sobre su situación actual, sus síntomas percibidos, su estado emocional y sus expectativas respecto a la psicoterapia. Azalea responde a las preguntas logísticas o aquellas que no involucran sus emociones de manera directa. Sin embargo, cuando se le pregunta sobre sus emociones en relación con eventos significativos, como la expulsión de su padre o el cambio de

domicilio, muestra una respuesta de desconexión emocional, indicando simplemente "no sé". Esta reacción proporciona información sobre su nivel de tolerancia emocional, lo que me permite evaluar las áreas que Azalea puede o no puede tolerar, así como permite conocer qué partes disociadas están presentes en la terapia.

Para iniciar el trabajo de seguridad, se identifican las oportunidades que los recientes cambios les ofrecen y las fortalezas tanto de los miembros de su familia como de Azalea misma, con el objetivo de desarrollar estas fortalezas. Durante estas sesiones, se involucra a su hermana Adela como colaboradora, siendo esta última la que rescata las fortalezas de Azalea.

Posteriormente, se acuerdan objetivos psicoterapéuticos conjuntos y se procede a explicar el marco terapéutico de manera clara para Azalea, de modo que pueda anticipar el tipo de interacción y contacto que tendremos, así como comprender los límites, la metodología y el enfoque terapéutico de la terapia. Finalmente, se acuerda establecer una terapia semanal de metodología presencial. Para que Azalea comprenda la importancia del contacto y para ser coherente con el objetivo de ayudarla a volver a salir sola, se proporciona una intervención de psicoeducación sobre la terapia presencial. Al concluir la sesión, se sugiere que realicen juntas alguna actividad placentera como técnica de estimulación emocional y activación conductual que favorezca el condicionamiento de la terapia a experiencias positivas.

Semana 2, 3 y 4

Durante las siguientes 4 semanas, que corresponden al proceso de evaluación, se procede a explorar todas las áreas de la vida de Azalea utilizando los instrumentos de evaluación previamente mencionados. A lo largo de este proceso, Azalea muestra desconexiones en varias ocasiones. En esos momentos, se cambia el enfoque de la evaluación hacia sus fortalezas, intereses, pasatiempos y otros aspectos positivos de su vida para facilitar su reconexión. Además, se

comienza a abordar su fobia hacia sus sensaciones corporales, con el objetivo de ampliar su tolerancia emocional y corporal.

Se evalúa con precisión la sensación de seguridad actual de Azalea. Con su padre fuera de casa, la tensión en el hogar ha disminuido considerablemente, lo que le permite a Azalea sentirse más tranquila y estar más presente en las zonas comunes. Aunque la madre muestra poca disponibilidad para protegerlas, en ese momento la seguridad de Azalea no está en peligro, lo que permite trabajar en el desarrollo de su pensamiento reflexivo, que en caso contrario sería imposible.

Durante estas cuatro sesiones de evaluación, se mantiene como objetivo principal el desarrollo de un buen vínculo terapéutico. Para lograrlo, se evita en todo momento presionar a Azalea para que experimente emociones para las que no está preparada. También se evita cuestionar sus relatos inconclusos o confrontar sus ideas sobre la familia feliz que expone, en contraste con la descripción que ofrece Adela.

Al finalizar la segunda sesión, se le asigna la tarea de crear una línea de vida que se puede ver en el APÉNDICE 1 para reflexionar sobre su vida en casa. Esto permitirá evaluar si las lagunas de memoria y las explicaciones escasas sobre su vida son generales o se limitan al espacio terapéutico, además de observar su compromiso con el proceso psicoterapéutico y su relación con la terapeuta.

En la tercera sesión, se revisa la línea de vida de Azalea, la cual resulta ser muy básica y carente de detalles. Al intentar profundizar, Azalea muestra dificultades para recordar eventos significativos. Por lo tanto, se evalúa su situación familiar y su relación con los miembros de su familia, necesitando esquematizar la información presentada para poder ordenarla.

En la cuarta sesión, luego de discutir su semana y su estado de ánimo, se procede a administrar los cuestionarios SENA y STAI para completar la información recopilada y comparar los resultados de los autoinformes con la información previa.

A partir de esta sesión, se comienza a asignar tareas semanales que serán revisadas al inicio de cada sesión. Estas tareas, diseñadas para ser realizadas diariamente, tienen como objetivo mantener presente el proceso terapéutico en la vida cotidiana de Azalea y estimular su actividad conductual y emocional. Durante las siguientes 6 sesiones, la tarea consiste en llevar un registro diario de todas las actividades realizadas a lo largo del día, junto con detalles sobre con quién estuvo y cómo se siente antes, durante y después de cada actividad. Esta tarea tiene como objetivo aumentar la conciencia de las actividades realizadas y promover el desarrollo de la conciencia emocional de Azalea. Para facilitar su cumplimiento, se le proporciona un documento con un glosario emocional y un ejemplo de la tabla a completar, ambos adjuntos en el APÉNDICE 6. Además, se adjunta en el APÉNDICE 7 un ejemplo de las tareas presentadas por Azalea, que pueden mostrar cómo las llevó a cabo.

Sesión 5

Tras la evaluación, se elaboran hipótesis sobre el origen y mantenimiento de los problemas de Azalea, se recopila información sobre su sintomatología y línea de vida, así como se analiza su estilo relacional y de apego, y se realiza un análisis de su personalidad. Sin embargo, se desaconseja compartir los resultados de la evaluación con Azalea en este momento, ya que no ha informado de los hechos traumáticos que ha experimentado y parece ser inconsciente de la totalidad de su sintomatología. Además, evita aceptar la realidad sobre su familia, lo que genera incoherencias en su discurso sobre ellos. A través de la observación clínica, se observa cómo reacciona ante críticas, mostrando una respuesta marcada por el terror y la culpa. Por lo tanto, es

crucial establecer un vínculo terapéutico seguro, aumentar su energía y eficiencia mental, y elevar su grado de consciencia antes de comunicar los resultados de la evaluación.

Dado su desafío para expresarse verbalmente y su postura coherente con el miedo durante las sesiones, se comienza con una técnica de activación que implica moverse por el espacio, mirándonos a los ojos, y actuando diferentes estados emocionales (alegría, tristeza, enfado, miedo, esperanza). A pesar de mantener una postura, ritmo y mirada similar en todos los estados emocionales, se pueden observar ligeros cambios en las emociones de alegría y esperanza. Luego, se brinda una psicoeducación sobre las emociones (para qué sirven, cómo se expresan y qué significan) para ampliar su conocimiento y fomentar su apertura emocional. Aunque muestra dificultades para reconocer las diferencias entre las emociones, logra distinguir las que considera negativas o positivas por las sensaciones que le producen

En esta sesión, se aborda el tema de las navidades, durante las cuales no habrá sesiones. Se trabaja el duelo por la ausencia del padre, las emociones relacionadas con pasar las navidades sin él y se proporcionan herramientas para la gestión emocional. Se utilizan técnicas de estimulación terapéutica, como la activación conductual y la regulación emocional, para realizar actividades placenteras que ha dejado de hacer y para gestionar las emociones que la paralizan. Hasta ahora, Azalea ha utilizado la autorregulación emocional a través del aletargamiento y la parálisis. Se propone que, inicialmente, aprenda a autorregularse a través de la conducta, como centrar su atención en otra cosa durante un ataque de ansiedad. También se sugieren técnicas artísticas para expresarse emocionalmente, como hacer un póster para su padre y tío paterno durante las navidades, con el fin de mitigar la culpa por no estar con él.

El objetivo final de estas intervenciones es aumentar su umbral de tolerancia emocional y trabajar en la superación de su fobia a las sensaciones y emociones internas. Por último, se exploran

las expectativas de Azalea sobre las navidades para evaluar su realismo. Aunque inicialmente no tiene expectativas y piensa que no harán nada, o como mucho cenar juntos un día, al preguntarle a Adela si se ajustan a sus expectativas, ella responde afirmativamente. Azalea también reconoce que cree que estarán mejor sin su padre, lo que sugiere una primera vez en que puede nombrar la ausencia paterna como algo positivo para ella y su familia.

Sesión 6

Durante el período vacacional, se establece una comunicación por correo electrónico con Azalea, solicitándole que elaborara semanalmente una lista de las tres canciones que hubiera escuchado con mayor frecuencia, de entre las cuales seleccionaría una para ser presentada durante la sesión terapéutica. Al inicio de cada sesión, se emplea una de las canciones elegidas como estímulo para la activación conductual y emocional. Este ejercicio se complementa con una técnica activa que implica movimiento o baile en concordancia con la música. El propósito de esta práctica es fomentar terapéuticamente la actividad emocional y conductual del individuo, con miras a facilitar el desarrollo del trabajo terapéutico en sesión, y por consiguiente, del proceso terapéutico en su totalidad. A partir de este momento, todas las sesiones inician con este ejercicio, seguido del abordaje de las tareas asignadas entre sesiones.

En el transcurso de esta sesión terapéutica, se presentó una considerable cantidad de información concerniente al funcionamiento familiar, la cual inicialmente no había sido expuesta por las pacientes. El relato acerca de sus experiencias durante las festividades navideñas se centra en la descripción de las múltiples disputas acontecidas durante dicho período, así como en sus reacciones emocionales. Las pacientes manifiestan su preocupación por la conducta de su madre, quien ha aumentado su consumo de alcohol desde la salida del padre del hogar. Mientras Azalea solo puede expresar tristeza, Adela señala sentirse culpable y enojada, atribuyendo su culpa a la

expulsión del padre y su enojo al hecho de tener dos figuras paternas con problemas de alcoholismo. Además, revelan que su madre está padeciendo mucha ansiedad, que se manifiesta en forma de agresividad hacia ellas. Sin embargo, manifiestan su incapacidad para abordar este tema con su madre, ya que rápidamente se sumerge en un discurso victimista cargado de culpa. Adela menciona un incidente en el cual cuestiona el consumo de alcohol de su madre, quien responde con la frase: “Así, si me muero, lo haré contenta”. Además, expresan su inquietud por un bulto que ha aparecido en el pecho de su madre, aunque ellas piensan que podría tratarse de un lipoma, están a la espera de los resultados de las pruebas médicas.

Azalea manifiesta sentimientos de rechazo y desprecio hacia su hermana mayor, Mara. Tras una exploración más detallada, asocia estos sentimientos con la tristeza que le genera la inminente independencia de Mara en un nuevo piso y el temor a su abandono. Azalea refiere sentirse una carga para su hermana y piensa que se va de la casa para no tener que hacerse cargo de ellas.

Se procede a trabajar con estas distorsiones cognitivas, analizando su veracidad y explorando estrategias para su manejo. La sesión concluye con la preparación de Azalea y Adela para una conversación con Mara, en la que expresarían sus preocupaciones y deseos respecto a su relación.

Sesión 7

En esta sesión, el objetivo es abordar el cuidado y el autocuidado. Para ello, se emplea una técnica proyectiva basada en el cuento "El jardín de Violeta" escrito por Alicia González en 2019. Esta técnica utiliza el lenguaje metafórico para explorar la diferenciación del Self, el mundo emocional de Azalea, los peligros a los que se enfrenta y las herramientas con las que puede defenderse. Además, se trabajan herramientas de autocuidado. Por primera vez, Azalea expresa su

enfado hacia su madre y hermano durante el abordaje de sus relaciones sociales. Se centra especialmente en la relación con su madre, explorando sus emociones y exponiéndose a su fobia a las emociones. De esta manera, puede reconocer que a veces se siente invadida e incomprendida por su madre, lo que le genera enfado, y se considera la posibilidad de establecer límites. Se trabajan habilidades para establecer límites con el objetivo de reducir el gasto de energía y aumentar la eficiencia mental al limitar relaciones abusivas.

Durante la sesión, Azalea comparte que su hermano mayor volverá a vivir con ellos debido a que el padre de éste pagará el alquiler de una habitación para ayudar económicamente a la familia. Se discuten los antecedentes de su hermano, su comportamiento, las dificultades de vivir con él y cómo esto afecta emocionalmente a Azalea (miedo y tristeza).

Por último, se trabaja en fortalecer las figuras de cuidado y apoyo de Azalea, en particular, sus hermanas, para promover el cuidado mutuo y fomentar el desarrollo adecuado de todos en su entorno.

En esta sesión, predominan emociones como el miedo, el terror, la tristeza extrema, la soledad y la desesperación. Sin embargo, a través del trabajo terapéutico, se rescata una leve esperanza en el cambio, el amor por su familia, sus fortalezas y un mínimo orgullo por su capacidad de cuidar y sus habilidades artísticas.

Sesión 8

En esta sesión, ambas llegan con un estado emocional muy contenido, especialmente de miedo. Azalea se muestra incapaz de hablar y le pide a Adela que explique lo sucedido. Adela cuenta que a su madre le han diagnosticado cáncer de mama y que necesita más pruebas para evaluar la posible presencia de metástasis. Esperan que se haya detectado a tiempo, ya que en septiembre se hizo una mamografía rutinaria.

El trabajo en esta sesión se centra en la exploración y el apoyo emocional, así como en proporcionar herramientas de autorregulación para que Azalea pueda encontrar un espacio para expresar sus emociones. Finalmente, Azalea logra expresar que se siente en estado de shock y que no puede sentir nada, aunque cree que está experimentando miedo. Además, menciona sentirse muy asustada porque su padre ha decidido regresar a casa para apoyar emocionalmente a su madre y hacerse cargo de la familia. Aunque considera que su regreso puede ser algo positivo, teme que vuelva a beber y se vuelva agresivo.

Azalea siente que no puede manejar la situación y que si muestra fuerza una vez, le resulta muy costoso y termina pasando días en la cama sin poder levantarse. La gravedad de esta situación ha incrementado enormemente el agotamiento de Azalea, disminuyendo su capacidad de afrontamiento y eficiencia mental. Se siente amenazada y desprovista de recursos, lo que la ha llevado a un estado de shock y disociación para poder seguir adelante.

Se exploran las expectativas que tienen, sin negar ninguna posibilidad, identificando las fortalezas y desarrollando las capacidades para enfrentar el futuro.

Sesión 9, 10, 11, 12

Al comienzo de la sesión 9, ambas hermanas entran a sesión paralizadas, Azalea incapaz de hablar y Adela con evidentes muestras de tristeza. Adela explica que a su madre le han diagnosticado cáncer en fase 4, es decir, cáncer terminal con metástasis. Esta noticia aumenta la sensación de amenaza de Azalea, lo que dificulta su capacidad de pensamiento reflexivo. Su mayor temor es que su madre fallezca y tengan que quedarse con su padre. Aunque su padre no ha vuelto a beber ni ha mostrado agresividad desde su regreso, Azalea sigue temiendo que vuelva a sus antiguos comportamientos. Sugiere que su padre asista a terapia o a Alcohólicos Anónimos, pero él se niega.

En las siguientes cuatro sesiones, Azalea se muestra en estado de shock, incapaz de experimentar emociones. Afirma sentirse completamente agotada y exhausta, pasando la mayor parte del tiempo en la cama. Aunque en las sesiones 9 y 10 realiza la tarea entre sesiones, deja de hacerlo en las siguientes. En el registro, indica que pasa la mayor parte del día sola, saliendo solo para realizar tareas domésticas. A pesar de quedar reflejadas en el registro emociones como tranquilidad y felicidad, estas emociones no se reflejan en la terapia, donde muestra rigidez postural, escasez de discurso y alexitimia. Esta discrepancia entre sus palabras y su comportamiento, junto con el retroceso en la realización de actividades, sugiere que su Sistema Nervioso Autónomo está en estado de parálisis. Esta teoría se confirma cuando Azalea menciona en la sesión 10 que cree estar en shock, ya que de lo contrario estaría sumida en el terror.

Durante estas sesiones, el objetivo es fortalecer el vínculo con Azalea y aumentar su sensación de seguridad, así como desarrollar herramientas para afrontar las dificultades futuras. Se abordan sus miedos y se piensan estrategias para afrontarlos. Al principio, Azalea cree que es imposible superar estas adversidades, pero con el trabajo terapéutico y la identificación de sus fortalezas, poco a poco va recuperando la confianza en sí misma.

Azalea expresa temor por la decisión de su hermano de dejar la medicación, piensa que van a aumentar sus voces y la convivencia con él se va a volver mucho peor, describiéndole como a una persona egoísta que quiere acaparar todos los recursos familiares, cuando, en este momento, están centrados en su madre.

En la sesión 12, Azalea expresa sentirse culpable por no poder acercarse a su madre, puesto que refiere sentir un gran bloqueo y angustia al pensar siquiera en ello. Reconoce haber sentido alivio cuando su madre fue llevada al hospital por un posible trombo, lo que indica una disociación emocional. Es un indicativo de que esta emocionalidad le resulta demasiado intensa y angustiada

para poder procesarla. La técnica utilizada es la devolución empática, sin quitarle importancia ni problematizarlo.

Ante esta situación, se propone la posibilidad de que Azalea consulte a un médico de familia para obtener ayuda para acceder al psiquiatra y considerar la posibilidad de medicación para ayudar a gestionar su profundo agotamiento. Aunque Azalea se muestra interesada, considera que no puede hacerlo en ese momento. Acordamos revisar esta opción en un mes.

Dado que las tareas entre sesiones han dejado de ser útiles debido a los recientes acontecimientos, se decide cambiar la tarea prescrita. Ahora, Azalea debe realizar 20 actividades al día para aumentar su energía mental y eficacia, se adjunta un ejemplo de esta tarea en el APÉNDICE 8.

A pesar de su baja actividad, Azalea sigue asistiendo a todas las sesiones de terapia, alternando entre sesiones presenciales y en línea debido a las dificultades para salir de casa.

Sesión 13

La sesión es online porque Azalea dice encontrarse muy cansada ya que no ha dormido en toda la noche. Menciona haber experimentado mucho estrés esta semana y haberse sentido triste, lo cual puede ser un buen indicio de que está desarrollando una mayor capacidad para tolerar emociones negativas. Informa que ha completado la tarea asignada, y aunque le resultó muy difícil, considera que fue útil y le hizo bien.

Azalea comenta que ha pasado mucho tiempo en su habitación, aunque esta semana ha estado realizando dos manualidades que aún tiene que terminar. Se siente abandonada ya que nadie entra en su cuarto ni le pregunta cómo está cuando pasa una semana entera sin salir. Ha pasado tiempo con su hermana viendo series juntas, pero se siente muy aburrida y sin energía para realizar muchas más actividades.

El objetivo de esta sesión es proporcionar apoyo emocional, seguir fortaleciendo el apego seguro, aumentar la energía y la eficiencia mental, y evaluar su sensación de seguridad. Respecto a esto último, Azalea menciona que su padre parece muy cansado, pero no ha vuelto a mostrar agresividad ni a beber. Describe a su padre como una persona deprimida que no se comunica con los demás, pero que parece estar intentando cambiar.

Al finalizar la sesión, se aborda el hecho de que de las últimas cinco sesiones, tres han sido online. Se le explica la importancia de la presencialidad en su caso particular y se la anima a intentar acudir en persona.

Sesión 14

Al revisar la tarea, se observa que las actividades realizadas son principalmente logísticas, pero destaca que ha salido a la calle un par de días con su hermana Adela, lo cual es significativo ya que en el último mes no había salido de casa excepto para ir a terapia. En esta sesión, se observan pequeñas mejoras en su estado de ánimo. Aunque menciona un enfrentamiento con su hermana Adela, donde se sintió tratada con paternalismo, también muestra interés en tener un papel más activo en casa. Se trabaja en los roles familiares y las consecuencias de la sobreprotección de Adela sobre Azalea.

Al finalizar la sesión, se nota un cambio significativo en su postura y comunicación no verbal, mostrándose más relajada y abierta.

Sesión 15

Durante esta semana, Azalea ha tomado algunas decisiones importantes, como ir al gimnasio con su hermana Mara, lo que implica salir sola de casa y viajar en metro. Refiere haber realizado el viaje en metro sola para apuntarse al gimnasio y, a pesar de que le generó mucho estrés, fue capaz de realizarlo, sintiéndose muy orgullosa de ello. Además, ha podido acercarse a

su madre, abrazarla y sentirse bien. La mayoría de las actividades que ha realizado están relacionadas con el autocuidado. En sesión, se exploran las emociones que experimenta durante la semana, que van desde el agobio y el estrés hasta el orgullo y la felicidad.

Se trabaja en el desarrollo de habilidades para gestionar el estrés y la ansiedad, así como en la exposición para abordar la fobia a salir de casa y relacionarse con otras personas. También se continúa trabajando en el apoyo emocional y el desarrollo del apego seguro, abordando la fobia a las sensaciones internas.

Sesión 16

Durante esta semana, se mantienen los cambios positivos en Azalea, quien está saliendo varias veces a la semana sola de casa para ir al gimnasio con Mara. Además, se observa en los registros de las tareas que esta semana combina actividades de autocuidado con tareas domésticas como limpiar la cocina y cocinar. Se aborda el terror que le producen los conflictos, aprovechando varias discusiones que ha presenciado su madre durante la semana. Se exploran los peligros y amenazas que ella percibe en estas situaciones, centrándose en sus mayores miedos, como que sus padres comiencen a gritarse o que su madre se vuelva agresiva. Se profundiza en las posibilidades de acción y en cómo protegerse en estas circunstancias. Aunque Azalea refiere sentirse igual de asustada y alerta que siempre, también reconoce la presencia de otras emociones que le permiten hacer más cosas, aunque no puede identificarlas claramente.

Sesión 17

En esta sesión se evalúa la estabilidad de la situación en la que están. Parece que ya han podido procesar la nueva situación y Azalea está pudiendo gestionar poco a poco las emociones que esta le producen. Ha pasado un mes desde que se le propone ir al médico, se expone que se ha percibido una mejora en su estado anímico y su actividad, pero a pesar de ello, se sigue

considerando que sería útil que pudiera pedir cita médica. Azalea refiere haberlo pensado y cree que es algo que tiene que hacer pero que, si es sincera consigo misma, cree que aún no puede. Dice verse capaz de hacerlo a corto plazo, pero primero tiene que hablar con su madre que sabe que se va a enfadar. Azalea piensa que su madre está en contra de las psicólogas o psiquiatras porque lo ve como una prueba de que ha sido mala madre.

Se trabajan las bajas expectativas de cambio que tiene Azalea, imaginando un futuro sin su sintomatología, cómo se comportaría, como lo notaría ella y como lo notarían los demás. Se le pregunta a esa Azalea futura cómo consiguió realizar ese cambio. Esto último le resulta especialmente difícil de responder, aunque finalmente se consigue esbozar una hoja de ruta de ese cambio, dividiendo la mejora en pequeños cambios y ordenándolos de los más cercanos a los más lejanos.

Sesión 18, 19 y 20

La sesión 18 tiene lugar después del periodo vacacional de Semana Santa, por lo que han pasado dos semanas entre sesiones. Aunque Azalea no menciona nada especial de estas semanas, al revisar el registro de actividades se observa que ha mantenido la actividad del gimnasio, ha realizado tareas domésticas y ha retomado actividades artísticas como pintar o jugar con maquillaje. También ha vuelto a escuchar música habitualmente y no solo para seleccionar canciones para las sesiones.

Se observa a Azalea más tranquila desde el principio de las sesiones 18 y 19, mostrándose animada y habladora. Durante estas dos sesiones, se proporciona una cantidad significativa de información sobre la historia transgeneracional de su familia, lo que permite completar los antecedentes familiares y los antecedentes personales de Azalea. Este cambio se considera un avance significativo en el tratamiento de su fobia a las sensaciones internas y un indicador de

aumento de energía y eficiencia mental. Además, para abordar el conflicto de roles en la casa, que resulta en la sobreprotección de Azalea, han decidido redistribuir las tareas domésticas.

En la sesión 19, Azalea menciona por primera vez el episodio de violencia de su padre que llevó a su expulsión de casa, exponiendo el miedo que sintió en ese momento y cómo su hermana Adela tuvo que intervenir. Aunque cree que no podría haber actuado de manera diferente en ese momento, confía en que su hermana sí tendría la capacidad para hacerlo si fuera necesario.

En la sesión 20, Azalea destaca los cambios positivos que está experimentando en sí misma, sintiéndose más ágil y rápida gracias al trabajo en el gimnasio y a salir de casa regularmente. Además, expresa que ha acompañado sola a su madre al Ikea a comprar cosas para la casa, lo cual es significativo dado su previo malestar al estar cerca de ella. Aunque sigue mencionando su fatiga y estrés al salir de casa, comienza a notar mejoras que antes no percibía.

13. Resultados del tratamiento

Durante este proceso terapéutico se han alcanzado los siguientes objetivos:

- Confirmar la seguridad de la paciente y aumentar su sensación de seguridad:

Al comienzo de la terapia, Azalea se encuentra en un estado de seguridad óptimo para el desarrollo del pensamiento reflexivo. Además, se trabaja en el aumento de su sensación de seguridad, lo que permite comenzar a trabajar en el resto de los objetivos. Sin embargo, Azalea ve amenazada su seguridad cuando diagnostican a su madre de cáncer terminal y su padre vuelve a convivir con ellas, lo cual se refleja en todos los aspectos que se están trabajando, así como en la detención del pensamiento reflexivo. Durante los siguientes meses, se trabaja en volver a un estado de relativa seguridad y en desarrollar herramientas para defenderse ante las amenazas que se presentaban.

Azalea ha podido aumentar su sensación de seguridad al incrementar su confianza en la capacidad de sus hermanas para enfrentarse a su padre en caso de agresión. También ha comenzado a confrontar a su madre cuando esta les agrede verbalmente, lo que contribuye a su sensación de seguridad al expresar sus límites y necesidades.

- Establecer un vínculo de apego seguro entre terapeuta y paciente:

Se ha asegurado y evaluado el vínculo terapéutico en cada sesión, lo que ha contribuido a disminuir la fobia al apego. Aunque Azalea no ha verbalizado sentirse más segura en las sesiones ni ha expresado gratitud hacia el terapeuta, esto puede atribuirse a su fobia al apego y miedo a la pérdida del mismo, áreas que aún requieren trabajo en fases posteriores del tratamiento.

Se evalúa este vínculo a través de la realización de tareas que hace semanalmente, su asistencia a la terapia de manera presencial en la mayoría de casos y su asistencia online cuando no le es posible acudir en persona.

Señalar que dos sesiones posteriores a la realización de este TFM, Azalea acude sola a la sesión de psicoterapia presencial por primera vez en todo el proceso. Se evalúa como una señal del buen vínculo terapéutico establecido y un comienzo de la superación de fobia al apego y avance en la exposición a salir sola a la calle y estar en presencia de alguien externo a su familia.

- Mejorar la eficiencia mental y aumentar la energía mental:

A pesar de un retroceso después de navidades debido a situaciones familiares estresantes, Azalea ha demostrado mayor energía para generar deseos de realizar actividades y ha sido más eficiente en llevarlas a cabo. Esto se evidencia en su capacidad para establecer límites con su madre y participar en actividades tanto dentro como fuera de casa. Otra evidencia se observa durante las sesiones, donde las reflexiones de Azalea son más extensas y profundas que al inicio del proceso psicoterapéutico (a pesar de seguir siendo escuetas).

- Fomentar la estimulación terapéutica (emocional, cognitivo y conductual):

Se han observado mejoras significativas en la activación conductual, con Azalea participando en más actividades diarias, incluyendo salir sola a la calle y usar el transporte público, acompañar a su madre al médico e ir al gimnasio. Además, ha demostrado una mayor capacidad para enfrentarse a sus emociones internas, lo que indica un aumento en su ventana de tolerancia emocional. Estas mejoras se relacionan con el fomento de la estimulación emocional y conductual durante la terapia.

- Promover la adquisición de habilidades y capacidades:

Azalea ha mostrado progreso en la regulación emocional, asertividad y exposición al conflicto en su relación con su hermana Adela, lo que indica la adquisición de habilidades para comunicar sus necesidades y resolver problemas interpersonales de manera constructiva.

- Comenzar a trabajar en la superación de las fobias consecuentes del trauma:

A lo largo del proceso terapéutico, Azalea ha mostrado una mayor capacidad para enfrentarse a sus miedos y fobias. Específicamente se ha visto mejora en relación a la fobia de las sensaciones internas, la fobia a salir sola de casa y la fobia a encontrarse rodeada de personas desconocidas. Esto se refleja en su aumento de la energía para realizar actividades y en su progreso en la regulación emocional.

En resumen, Azalea ha alcanzado la mayoría de los objetivos terapéuticos establecidos, lo que indica un progreso significativo en su proceso de recuperación. Sin embargo, se reconoce que estas mejoras son el inicio del tratamiento y que aún queda trabajo por hacer, dentro de la primera fase y en fases posteriores, para consolidar los avances logrados, seguir cumpliendo los objetivos terapéuticos indicados en el apartado cuatro.

14. **Discusión**

Al inicio del proceso terapéutico con Azalea, durante el establecimiento del vínculo y la evaluación, la psicoterapeuta carecía de formación específica sobre el TEPTC. Me encontré frente a una persona que expresaba, tanto verbal como no verbalmente, miedo de estar en sesión con dos desconocidas, sin saber por qué o para qué iba a terapia y presentando graves problemas de memoria respecto a su historia de vida, pero también en relación a su presente. Fue gracias a las supervisiones y la orientación de mis tutoras del centro, así como al trabajo en equipo con mis compañeras de prácticas, que pude abordar mis emociones (miedo, angustia, etc.), comprender las necesidades de Azalea, ajustar mis expectativas y preparar la intervención psicológica adecuada. Más adelante, cuando inicié la investigación sobre Trauma y TEPT, encontré propuestas de intervención que no se ajustaban al caso de Azalea. Inicialmente me sentí perdida, ya que las intervenciones que yo estaba llevando a cabo no guardaban relación con las propuestas de intervención científicamente validadas (intervención cognitivo conductual para trauma o EMDR), sin embargo, al leer dichas propuestas veía imposible intervenir de esa forma con Azalea teniendo en cuenta sus circunstancias. Fue a través de la investigación, donde se tenía en cuenta la perspectiva de género y la violencia de género, que encontré el término Trauma Complejo y TEPTC y llegué a hallar propuestas teóricas de intervención con propuestas de intervención que no solo podía aplicar, sino que describían los primeros pasos que yo ya había dado. Con esto quiero resaltar la importancia de tener una mirada en las opresiones del sistema, en este caso, una mirada de género, tanto en la investigación como en el trabajo clínico de psicología. Previo a la realización de las prácticas en Nara Psicología, ya valoraba como esencial aplicar a nuestra formación e intervención clínica la mirada de género, no obstante, tras realizar esta intervención, no solo reitero mis pensamientos sino que he podido ver lo imprescindible que es tener formación específica en

género aplicada a los casos que presentan sintomatología postraumática para poder hacer un diagnóstico diferencial y tener herramientas adecuadas de intervención.

Una de las ventajas que tiene este programa de prácticas es la oportunidad que representan para pacientes que no pueden costear los precios de la psicología clínica privada, pudiendo acceder de esta forma a una terapia psicológica semanal y de calidad (gracias a la continua supervisión que hemos tenido).

También quiero señalar las limitaciones del proceso de intervención, especialmente la finalización anticipada debido al fin del período de prácticas. A pesar de ofrecerle la oportunidad de seguir el tratamiento psicológico a un costo reducido conmigo como psicóloga, es posible que la paciente no pueda acceder a este recurso, por problemas económicos. También se le han proporcionado otros recursos gratuitos, sin embargo, me siento preocupada por la posibilidad de que, al finalizar el programa de prácticas, Azalea finalice su propio proceso psicoterapéutico.

Este proceso psicológico ha sido un proceso más lento de lo que yo esperaba según la formación previa que tenía y parte de la literatura que he leído para llevar a cabo esta intervención, ha tenido bastantes implicaciones emocionales, que, en muchas ocasiones tuve que tratar no solo en las horas de supervisión sino con mis compañeras de prácticas. En varios momentos tuve dudas sobre mi capacidad para tratar adecuadamente un caso tan complejo, así como, a partir de la décima sesión, estuve un mes un poco abrumada con los desafíos a los que se tuvo que enfrentar Azalea con el diagnóstico de cáncer terminal de su madre y el retorno de su padre y hermano a su casa. Durante ese mes, observé cómo Azalea volvía a estar en un estado de anhedonia y alexitimia, al ver cómo se veía amenazada su seguridad. Durante ese mes, el repaso de la semana se reduce a cinco minutos, ya que Azalea no aporta ningún contenido. El tiempo de preparación de las sesiones y las supervisiones se multiplicó, y se observó un retroceso en los avances alcanzados. Esta forma

de espiral que tiene la intervención puede conllevar al cuestionamiento de la psicoterapéutica respecto a la eficacia del tratamiento e incluso a sus propias capacidades. Por eso, veo esencial generar bibliografía que permita entender este proceso y la necesidad de tener mecanismos de evaluación constantes que nos permitan supervisar los casos de manera más objetiva.

Quiero agradecer el trabajo realizado por mis dos tutoras de prácticas, quienes supervisaron este caso continuamente. Supieron calmar mis miedos y prisas, así como guiarme a lo largo de este proceso. Por último, quiero agradecer a mis compañeras de prácticas el inmenso apoyo que me brindaron. Entre nosotras creamos grupos de supervisión colectiva y horizontal en los que pudimos expresar nuestras emociones, miedos e inseguridades. Sin este equipo, no habría podido sentirme segura y respaldada en mi intervención psicológica, así como no habría podido desahogarme en los momentos en los que lo necesitaba.

El trabajo de la psicología clínica es muy gratificante, pero también es agotador y solitario, por lo que, tras la experiencia vivida este curso, considero esencial crear grupos de apoyo colectivo en los que poder sostenerse para no llevar el trabajo a casa, pero también para poder seguir ofreciendo un servicio de calidad.

- Águila-Escobedo, D. (2015). Violencia y estrés infantil: ¿está en juego nuestro futuro? *Acta Médica Peruana*, 32(2), 71-83.
- Aguilar, M. (2018) Desafíos en psicoterapia: Trauma complejo, apego y disociación. *UNIFÉ, avances en psicología, revista de la facultad de psicología y humanidades* 26(2). <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1186>.
- Aideuis, D. (2007) Promoting Attachment and emotional regulation of children with Complex Trauma Disorder. *International journal of behavioral consultation and therapy* 3(4).
- Alvarez Machuca, Militza, Tacca Huamán, Daniel Rubén, Zuñiga Villegas, María Elena, & Díaz Buendía, Anne. (2023). Conductas internalizantes y externalizantes en jóvenes universitarios peruanos afectados por violencia familiar. *Revista de Investigacion Psicologica*, (29), 9-28. Epub 00 de junio de 2023. <https://doi.org/10.53287/dfyn6241gj57w>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., y Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(sup.1), 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Becker, D. (2000). When she was bad: Borderline personality disorder in a posttraumatic age. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(4), 422-432. <https://doi.org/10.1037/h0087769>
- Benavides, S. (2021) El trauma infantil y sus consecuencias psicológicas a largo plazo. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España].
- Boreu, Q. F., Alonso, M. J. A., López, J. M. S., Baños, J. P., y Pons, F. X. A. (2009). Trauma infantil y esquizofrenia. *Psiquiatría Biológica*, 16, 137-139.

- Casado, J. (2024) Intervención psicológica grupal, basada en Terapia EMDR, con pacientes con Trauma Complejo [Trabajo de Fin de Master, Universitat Ramon Llull, Barcelona, España]
- Cervera, I., López-Soler, C., Alcántara-López, M., Castro, M., Fernández-Fernández, V. y Martínez, A. (2020) Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: Trauma del desarrollo. *Papeles del psicólogo*, 41(3): <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2934>.
- Cyrulnik, B. (2013) *Los patitos feos. La resiliencia. Una infancia infeliz no determina la vida*. DEBOLS!LLOclave. ISBN:978-84-9032-199-7
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Liataud, J., Olafson, E., Kagan, R. Mallah, K., Van der Kolk, B. (2005) Complex trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric annals* 35(5).
- Courtois, C. (2008) Complex trauma complez reacción: Assesment and treatmen. *Phychological Trauma:: Theory, Research, Practice, and Policy* 41(4): 412-425. <https://www.researchgate.net/publication/232559922>.
- Díaz-Benjumea, L. (2008) Conceptualización y clínica de los fenómenos disociativos: una revisión detallada de las diferentes posturas. *Aperturas psicoanalíticas* 29, p307. <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000541>
- Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J., Freitag, J., Emmelkamp P. (2014) Meta-analysis of psychological treatmennts for posttraumatic stress disorder in adult survivors os childhood abuse. *Clinical psychology Review* 34, 645-657. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2014.10.004>
- Espinosa, R. (2015) El diagnóstico del trastorno por estrés postraumático en infancia y adolescencia y aportaciones para el trauma complejo. [Tesis doctoral, universidad de Murcia].
- Fernández, P (2019) El trauma complejo y sus consecuencias en la personalidad adulta. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid].

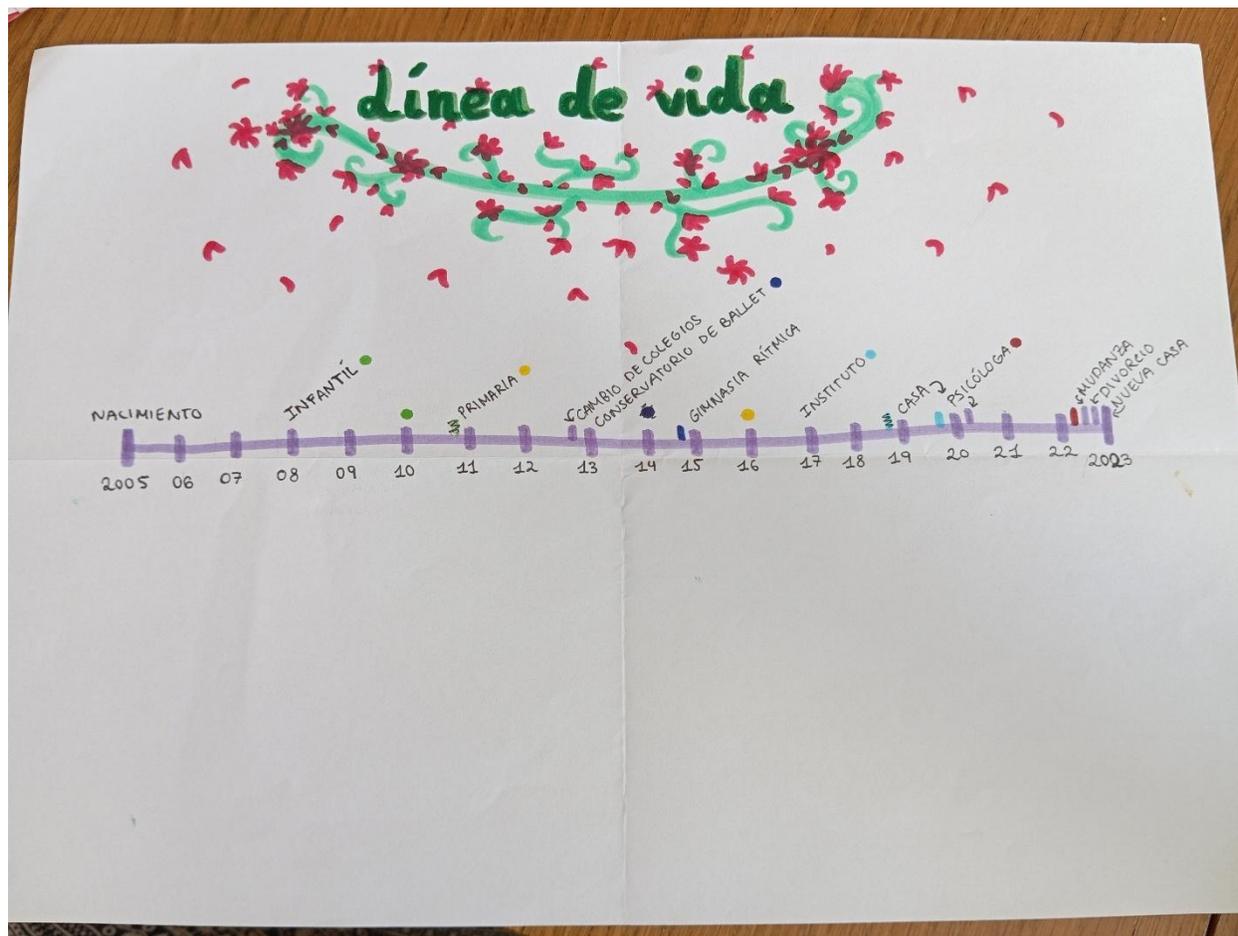
- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M. A., & del Barrio, V. (2015a). SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual técnico. Madrid: TEA Ediciones.
- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M. A., & del Barrio, V. (2015b). SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual de aplicación, corrección e interpretación. Madrid: TEA Ediciones
- Forero, L. C. A., Reyes, A. P. A., Díaz, A. P. G., y Rueda, M. E. V. (2010). Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo. *MedUNAB*, 13(2), 103-115.
- Gallach, E., Bermejo, M., Robledo, R., Izquierdo, R., y Canos, M. (2020). Determinantes de género en el abordaje del dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor (SED)*, 27(4), 253-257. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3802/2020>
- González, A. (2008) Disociación y trauma. *Cadernos de psicología*, 32, 63-78.
- González, A. (2019) *El jardín de Violeta*. Emonautas. ISBN: 978-84-949999-8-7.
- Granados, A. (2019) Trauma complejo en niños, niñas y adolescentes: propuesta y uso de un etograma centrado en el comportamiento no verbal de regulación emocional y respuesta al estrés. [Candidata a Magister en Psicología, línea de profundización en psicología clínica, Universidad Nacional de Colombia].
- Guzmán, M., Reynoso, K., Gurrola, P., Maldonado, C. y Linares, O. (2022). La línea de vida como recurso metodológico. Dos ejemplos en el contexto universitario. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 12(1), e105. <https://doi.org/10.24215/18537863e105>.
- Herman, J (1997) Trauma and recovery: The aftermath of violence. From domestic to political terror. New York: Basic Books.
- Herman, J. (2004) *Trauma y recuperación: Como superar las consecuencias de la violencia*. Espasa. ISBN: 9788467014730.

- Howell, E (2005) *The dissociative mind*. Mahwah, NJ: Analytic Press.
- Kepner, J (1995) *Healing tasks: Psychotherapy with adults survivors of childhood abuse*. San Francisco: Jossey-Bass. DOI:10.4324/9780203767344
- Liotti, G. (1999b) Understanding the dissociative process: the contributions of attachment theory. *Psychoanalytic Inquiry*, 19,, 757-783.
- Lockett, M. (2019) Little Red: práctica clínica y visión integradora en un caso de trauma complejo con acento en lo vincular. *Aperturas psicoanalíticas: revista internacional de psicoanálisis* 61(5): 1-21.
- López-Castilla, C. (2022) Psicoterapia de Personas Adultas que han sufrido Abuso Sexual en la Infancia. *Escritos de Psicología – Psychological Writings*, 15(1), 40-49. <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v15i1.14030>
- López-Soler, C. (2008) Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El trauma complejo. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 13(3): 159-174.
- Maldonado, M. (2020) Trastorno de estrés postraumático complejo: Una revisión teórica. [Trabajo de investigación, Escuela profesional de psicología. Universidad Católica San Pablo, Perú].
- Marty, C., y Carvajal, C. (2005). Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(3), 180-187.
- Modeste, C. N. (2020). Clinician perspectives on gender bias in diagnosis of borderline personality disorder [Tesis doctoral, Universidad de Walden]. ProQuest Dissertations Publishing.
- Nieto, I. y López M. (2016) Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica Contemporánea* 7(2), 87-104. DOI: <http://dx.doi.org/10.5093/cc2016a7>.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados* (11ª ed.). <https://icd.who.int/>

- Ruiz-Cantero, M. T., Blasco-Blasco, M., Chilet-Rosell, E., y Peiró, A. M. (2020). Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico: de la investigación a la atención sanitaria. *Farmacia Hospitalaria*, 44(3), 109-113. <https://doi.org/10.7399/fh.11394>
- Ruiz, M., y Vairo, M. C. (2008). Trastorno Límite de la Personalidad. Reino de mujeres, tierra sin hombres. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 19(81), 303-308. <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex81.pdf#page=64>
- Sáenz-Herrero, M. (Ed.). (2019). *Psychopathology in Women: Incorporating Gender Perspective Into Descriptive Psychopathology*. Springer.
- Serruya, C. (2023) Abordaje psicoterapéutico de un caso de trauma complejo. [Trabajo de Fin de Máster, Universidad Europea, Madrid, España].
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *STAI Manual for the State-Trait anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*, Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1986). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Manual* (2.a ed.), Madrid: TEA Ediciones.
- Steel, K (2009) The road is made by walking: A quarter century of being with dissociation. *Voices: Journal of the American Academy of Psivhoterapists*, 42(2), 6-12.
- Steel, L y Colrain, J. (1990) Abreactive work with sexual abuse survivors: Concepts and techniques. En M.A. Hunter (Ed.), *The sexually abused male*, 11K, 1-55. Lexington, MA: Lexington Press
- Steele, K., Van der Hart, O. y Nijenhuis, E. (2001) Dependency in the tratment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma Dissociation*, 2(4), 79-116.

- Tseris, E. (2013) Trauma theory without feminism? Evaluating Contemporary Understanding of Traumatized Women. *Afilia: Joournal of women and social work* 28(2): 153-164. DOI: 10.1177/0886109913485707.
- Van der Kart, O., Brown, P. y Van der Kolk, B. (1989) Pierre Janet's Treatment of Post-Traumatic Stress. *Journal of Traumatic Stress* 2(4). DOI: 10.1007/978-1-4899-1034-9_12
- Van Der Hart, O. Nijenhuis, E. y Steel (2006) *El yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Biblioteca de psicología. Desclée De Brouwer. ISBN: 978-84-330-2217-2.
- Van Der Hart, O., Steel, K y Boon, S. (2014) *Vivir con disociación traumática. Entrenamiento de habilidades para pacientes y terapeutas*. Biblioteca de psicología Desclée De Brouwer ISBN:978-84-330-2702-3.
- Van Der Hart, O., Steel, K y Boon, S. (2017) El tratamiento de la *disociación traumática relacionada con el trauma*.. Biblioteca de psicología Desclée De Brouwer ISBN:978-84-330-3017-7.

APÉNDICE 1: Línea de vida.



APÉNDICE 2: Resultados del cuestionario SENA para adolescentes de 12 a 18 años.**Tabla 2***Índices globales del autoinforme SENA para adolescentes de 12 a 18 años*

	Índice global de problemas	Índice de problemas emocionales	Índice de problemas conductuales	Índice de problemas en las funciones ejecutivas	Índice de problemas contextuales	Índice de recursos personales
Puntuación T	62	67	54	51	60	34

Nota: T, escala típica con media = 50 y desviación típica = 10.

Tabla 3*Resultado de la escala de problemas interiorizados*

	Depresión	Ansiedad	Ansiedad social	Quejas somáticas	Sintomatología postraumática	Obsesión-Compulsión
Puntuación directa	4	4.5	4.8	2.8	3.6	2.3
Puntuación T	71	65	72	57	67	52

Nota: T, escala típica con media = 50 y desviación típica = 10.

Tabla 4*Resultado de la escala de problemas exteriorizados*

	Problemas de atención	Hiperactividad Impulsividad	Problemas de control de ira	Agresión	Conducta desafiante	Conducta antisocial
Puntuación directa	3.1	1.9	2.2	1	2	1.5

Puntuación T	54	45	49	43	53	66
-------------------------	----	----	----	----	----	----

Nota: T, escala típica con media = 50 y desviación típica = 10.

Tabla 4

Resultados de la escala de otros problemas

	Consumo de sustancias	Esquizotipia	Problemas de la conducta alimentaria
Puntuación directa	1	2	3.4
Puntuación T	43	54	64

Nota: T, escala típica con media = 50 y desviación típica = 10.

Tabla 5

Resultado de la escala de problemas contextuales

	Problemas familiares	Problemas con la escuela	Problemas con los compañeros
Puntuación directa	1.9	3.4	1.6

Puntuación T	52	65	54
---------------------	----	----	----

Nota: T, escala típica con media = 50 y desviación típica = 10

Tabla 6

Resultado de la escala de vulnerabilidades

	Problemas de regulación emocional	Búsqueda de sensaciones
Puntuación directa	3	1.2
Puntuación T	54	40

Nota: T, escala típica con media = 50 y desviación típica = 10

Tabla 7

Resultado de la escala de recursos personales

	Autoestima	Integración y competencia social	Conciencia de los problemas
Puntuación directa	2.7	2.7	4.4
Puntuación T	40	35	66

Nota: T, escala típica con media = 50 y desviación típica = 10

APÉNDICE 3: Resultados del cuestionario SENA hecho por la familia

Tabla 8

Resultados de la escala en índices globales en el cuestionario SENA hecho por la Familia.

	Índice global de problemas	Índice de problemas emocionales	Índice de problemas conductuales	Índice de problemas en las funciones ejecutivas	Índice de recursos personales
Puntuación T	61	69	49	57	53

Nota: T, escala típica con media = 50 y desviación típica = 10

Tabla 9

Resultado en la escala de problemas interiorizados en el cuestionario SENA hecho por la Familia.

	Depresión	Ansiedad	Ansiedad social	Quejas somáticas
Puntuación directa	3.3	4.5	4.7	1.9
Puntuación T	63	75	72	49

Nota: T, escala típica con media = 50 y desviación típica = 10

Tabla 10

Resultado en la escala de problemas exteriorizados en el cuestionario SENA hecho a la familia

	Problemas de atención	Hiperactividad Impulsividad	Problemas de control de ira	Agresión	Conducta desafiante	Conducta antisocial
--	------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-----------------	----------------------------	----------------------------

Puntuación directa	3.4	1.6	2.3	1	1.8	1.5
Puntuación T	57	39	50	41	45	59

Nota: T, escala típica con media = 50 y desviación típica = 10

Tabla 11

Resultado en la escala de otros problemas en el cuestionario SENA hecho a la familia

	Consumo de sustancias	Problemas de la conducta alimentaria	Comportamiento inusual
Puntuación directa	1	1.2	1.3
Puntuación T	46	43	46

Nota: T, escala típica con media = 50 y desviación típica = 10

Tabla 12

Resultado en la escala de vulnerabilidades en el cuestionario SENA hecho a la familia

	Problemas de regulación emocional	Rigidez	Aislamiento
Puntuación directa	3.4	4.7	4.3
Puntuación T	55	70	70

Nota: T, escala típica con media = 50 y desviación típica = 10

Tabla 13*Escala de recursos personales en el cuestionario SENA hecho a la familia*

	Integración y competencia social	Inteligencia emocional	Disposición al estudio
Puntuación directa	3.6	3.9	3.6
Puntuación T	49	56	51

Nota: T, escala típica con media = 50 y desviación típica = 10

APÉNDICE 4: Resultados del cuestionario STAI**Tabla 14***Resultados del cuestionario STAI*

	Ansiedad estado	Ansiedad rasgo
Puntuación directa	52/60	51/60
Puntuación ponderada	97	87
Centil	99	97

APÉNDICE 5: Descripción del proceso de intervención

Tabla 15

Descripción del proceso de intervención

N° de sesión	Objetivos	Técnicas y procedimientos
1	1. Establecimiento de vínculo de apego seguro 2. Establecimiento de encuadre terapéutico y límites 3. Evaluación clínica	Entrevista clínica
2, 3 y 4	1. Establecimiento de vínculo de apego seguro 2. Evaluación clínica 3. Disminuir la fobia a sensaciones internas	Entrevista clínica Cuestionario SENA y STAI Línea de vida <u>Tareas para casa:</u> Autorregistro de actividades diarias y emocionalidad asociada
5	1. Establecimiento de vínculo de apego seguro 2. Expectativas sobre las navidades 3. Comenzar a realizar el Duelo por la ausencia del padre en navidades	Técnica activa de movilidad Psicoeducación sobre las emociones Técnicas de relajación <u>Tareas para casa:</u> Autorregistro de actividades diarias y emocionalidad asociada

	4. Desarrollar estrategias de regulación emocional y gestión de la ansiedad	
		Técnica activa de movilidad asociada
	5. Establecimiento de vínculo de apego seguro	a música
		Desarrollo de habilidades para la
6	6. Mejorar la gestión del conflicto familiar	gestión del conflicto y aprendizaje a poner límites a relaciones abusivas
	7. Aumentar la comunicación entre las hermanas	<u>Tareas para casa</u> : Autorregistro de actividades diarias y emocionalidad asociada
	8. Establecimiento de vínculo de apego seguro	Técnica activa de movilidad asociada
	9. Aumentar la diferenciación del Self	a música
	10. Aumentar el autoconocimiento	Técnica proyectiva “ <i>El jardín de</i>
7	11. Aumentar el autocuidado	<i>Violeta</i> ” (González, 2019).
	12. Disminuir la fobia a las sensaciones internas y emociones	<u>Tareas para casa</u> : Autorregistro de actividades diarias y emocionalidad asociada
	13. Reducir gasto de energía y aumentar la eficiencia mental	asociada
8	14. Establecimiento de vínculo de apego seguro	Técnicas de relajación

	15. Exploración y sostén emocional	Técnicas para mejorar la
	16. Desarrollo de herramientas de regulación emocional	comunicación <u>Tareas para casa:</u> Autorregistro de actividades diarias y emocionalidad asociada
	17. Establecimiento de vínculo de apego seguro	
9, 10, 11 y 12	18. Aumentar la sensación de seguridad	Trabajar las emociones de terror,
	19. Sostén y ventilación emocional	culpa y tristeza.
	20. Desarrollo de herramientas y recursos para la situación actual	Desarrollo de habilidades logísticas
	21. Establecimiento de vínculo de apego seguro	
13	22. Sostén y ventilación emocional	Técnicas narrativas
	23. Fomentar el incremento de energía y eficiencia mental y disminuir el gasto de energía innecesario	<u>Tareas para casa:</u> 20 actividades diarias
14	24. Establecimiento de vínculo de apego seguro	Técnicas narrativas Técnicas de activación conductual
	25. Sostén y ventilación emocional	<u>Tareas para casa:</u> 20 actividades diarias

	26. Fomentar el incremento de energía y eficiencia mental y disminuir el gasto de energía innecesario	
	27. Reestablecer un rol activo	
	<hr/>	
	28. Establecimiento de vínculo de apego seguro	Técnica activa de movilidad asociada a música
	29. Aumentar la energía y eficiencia mental	Activación conductual
15	30. Disminuir la fobia a las emociones y sensaciones internas	Técnicas de exposición Técnicas narrativas
	31. Aumentar las capacidades de gestión emocional	<u>Tareas para casa</u> : 20 actividades diarias
	<hr/>	
	32. Establecimiento de vínculo de apego seguro	Técnica activa de movilidad asociada a música
	33. Aumentar la energía y eficiencia mental	Activación conductual Técnicas de exposición
16	34. Disminuir la fobia a las emociones y sensaciones internas	Técnicas narrativas
	35. Aumentar las capacidades de gestión emocional	<u>Tareas para casa</u> : 20 actividades diarias

	36. Establecimiento de vínculo de apego	
	seguro	Técnica activa de movilidad asociada
	37. Aumentar la energía y eficiencia	a música
	mental	Activación conductual
17	38. Disminuir la fobia a las emociones y	Técnicas de exposición
	sensaciones internas	Técnicas narrativas
	39. Aumentar las capacidades de gestión	
	emocional	<u>Tareas para casa</u> : 20 actividades
	40. Aumentar las expectativas al cambio	diarias

	41. Establecimiento de vínculo de apego	
	seguro	Técnica activa de movilidad asociada
	42. Aumentar la energía y eficiencia	a música
	mental	Activación conductual
18, 19	43. Disminuir la fobia a las emociones y	Técnicas de exposición
y 20	sensaciones internas	Técnicas narrativas
	44. Aumentar las capacidades de gestión	Desarrollo de asertividad y límites
	emocional	
	45. Completar la evaluación	<u>Tareas para casa</u> : 20 actividades
	46. Mejorar la comunicación familiar	diarias

19 y 20	47. Establecimiento de vínculo de apego seguro	Técnica activa de movilidad asociada a música <u>Tareas para casa:</u> 20 actividades diarias
---------	--	--

APÉNDICE 7: Ejemplo de una semana de Autorregistro de Azalea

Figura 4: primeros dos días de Autorregistro

Día de la semana	Hora	Qué hago	Con quién	Qué siento
Jueves	7:00 AM	levantarme y prepararme.	Sola	Mientras: Nerviosa, cansada. Después: Estres.
	9:00 AM	Salir de casa para ir a terapia.	Mami	Mientras: Ansiedad. Después: Alivio, Felicidad.
	11:00 AM	Desayunar fuera.	Mami	Mientras: Entretenida, Feliz. Después: Tristeza.
	17:00 PM	Ayudar a Anaibe a organizar su habitación.	Mami	Mientras: Cansancio, sueño. Después: Tristeza, Agotamiento.
	20:00 PM	Descansar.	Sola	Mientras: Sueño y Después: Tristeza.
	20:30 PM	Cenar en mi habitación.	Sola	Mientras: Cansancio, hambre. Después: Tristeza, sueño.
	20:45	Dormir.	Sola	Mientras: Agotamiento. Después: Sueño.
Viernes	9:00 AM	Despertarme.	Sola	Mientras: Cansancio. Después: Nervios.
	10:00 AM	Ir a la casa de una amiga de Anaibe a ducharnos.	Mami	Mientras: Nerviosos, incómoda. Después: vergüenza.
	12:00 AM	Montar mi silla nueva.	Sola	Mientras: Ilusión, concentración. Después: Orgullosa, Feliz.
	17:00 PM	Mami me corta y hila el pelo.	Mami	Mientras: Entretenida, Feliz, nerviosa. Después: Tristeza, Ilusión, Feliz.
	22:00 PM	Cenar en mi habitación.	Sola	Mientras: Tranquilidad. Después: Saciada.
	23:00 PM	Probarme ropa para la boda.	Sola, Mami, Anaibe.	Mientras: Nervios, Estres. Después: Cansancio, Ansiedad.
	00:00 AM	Dormir.	Sola	Mientras: Entretenida. Después: Sueño.

Figura 5: Tercer y cuarto día de autorregistro

Día de la semana	Hora	Qué hago	Con quién	Qué siento
Sábado	9:00 AM	levantarme y prepararme	Sola	Mientras: Cansancio, Nervios. Después: Estres.
	1:45 PM	Salir de casa para ir a la boda.	Mami, Mami, Pedro, yo.	Mientras: Nervios, Entretenida. Después: Feliz, Cansada.
	18:30 PM	Colgar la estantería de Maya.	Mami, Mami, yo.	Mientras: Concentración, Ilusión. Después: Estres.
	19:30	Organizar la habitación de Maya.	Mami, yo.	Mientras: Concentración, Entretenida. Después: Felicidad, Tranquilidad.
	22:00 PM	Colocar un poquito mi mesa.	Sola	Mientras: Aburrimiento, Pereza. Después: Tranquilidad.
	00:00 AM	Prepararme para ir a la cama.	Sola	Mientras: Aburrimiento, Borecha. Después: Tranquilidad.
	09:30 AM	Dormir.	Sola	Mientras: Entretenida. Después: Sueño.
Domingo	14:30 PM	levantarme y desayunar.	Sola	Mientras: Cansancio. Después: Entretenida.
	15:30 PM	Comer en familia.	Mami, Mami, Pedro, yo.	Mientras: Felicidad, Entretenida. Después: Aburrimiento, tristeza.
	17:30 PM	Prepararme para ir al centro comercial.	Sola	Mientras: Concentración. Después: Confianza.
	19:00 PM	Ir al centro comercial	Mami, yo.	Mientras: Entretenida. Después: Tranquila, Aburrida.
	22:00	Relajarme.	Sola	Mientras: Relajada. Después: Tranquilidad.
	00:00 AM	Dormir.	Sola	Mientras: Entretenida. Después: Sueño.

Figura 6: Quinto y sexto día de autorregistro

Día de la semana	Hora	Que hago	Con quién	Que siento
Dunes	12:30 AM	levantarme	Sola.	Mientras: Cansada. Después: Energética.
	13:30 PM	Hacer la comida para mi madre y yo.	Mamá, yo.	Mientras: Pereza, Aburrimiento. Después: Feliz, Saciada.
	14:45 PM	Limpiar el salón.	Sola.	Mientras: Energética, concentrada. Después: Tranquila.
	15:00 PM	Ducharme.	Sola.	Mientras: Pereza, aburrimiento. Después: Tranquila, Feliz.
	15:45 PM	Prepararme.	Sola.	Mientras: Concentración, Energética. Después: Confianza.
	17:30 PM	Ir a casa de mi abuela.	Mamá, yo.	Mientras: Estrés, Agobio. Después: Cansancio, Felicidad, Alivio.
	23:00 PM	Relajarme.	Sola.	Mientras: Feliz, Entretenida. Después: Sueño.
	00:00 AM	Prepararme para ir a la cama.	Sola.	Mientras: Pereza, Aburrimiento. Después: Cansancio, Tranquilidad.
	00:30 AM	Dormir.	Sola.	Mientras: Entretenida. Después: Sueño.
	Martes	15:00 PM	Despertarme y prepararme.	yo.
16:00 PM		Jugar a videojuegos.	Sola.	Mientras: Aburrimiento. Después: Tristeza.
17:30 PM		Limpiar Colocar un poquito mi habitación.	Sola.	Mientras: Aburrimiento, Pereza. Después: Tranquilidad.
19:30 PM		Cenar en mi habitación.	Sola.	Mientras: Entretenida. Después: Tranquila.
21:00 PM		Sacar un mueble a la calle para que lo recoja el OJO.	Mamá, yo.	Mientras: Cansancio, Entretenida. Después: Tranquila.
22:00		Relajarme.	Sola.	Mientras: Cansancio. Después: Tranquila, triste.
00:00 AM		Dormir.	Sola.	Mientras: Entretenida. Después: Sueño.

APÉNDICE 8: Ejemplo de la tarea "20 cosas que hacer" de Azalea

Figura 7: Hoja de Autorregistro de actividades realizadas de forma diaria

