



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de humanidades y ciencias de la educación

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DIRIGIDA A UNA
PACIENTE CON CONFLICTOS FILIOPARENTALES Y
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

Alumna:

Rodríguez Oña, María

Tutores:

Muela Martínez, José Antonio

Ruíz García, Inmaculada

Fecha: 03/03/2021

Resumen

Este Trabajo Fin de Máster (TFM) se centra en un programa de intervención psicológica dirigido a una mujer. El objetivo principal es minimizar el desgaste emocional de la paciente provocado por la mala relación con su hijo mayor y por sufrir ella misma un trastorno de estrés postraumático. La intención principal es dotarle de estrategias y herramientas para que pueda lograr una calidad de vida satisfactoria, evitando ante todo el desbordamiento emocional.

A lo largo del trabajo se expondrán las hipótesis surgidas de la evaluación inicial, los resultados extraídos de la misma, los objetivos a tratar en la intervención y el programa de intervención que se le ha realizado a la persona. Dicho programa consta finalmente de 14 sesiones llevadas a cabo desde el mes de febrero hasta el de agosto de 2020.

Tras la intervención psicológica administrada a la paciente, la cual se expondrá detalladamente en el trabajo se consiguió mejorar la calidad de vida y bienestar personal de la misma.

Palabras claves: Conflictos filioparentales, Estrés postraumático, habilidades de comunicación, estrategias de afrontamiento, evitación y programa de intervención.

Abstract

This Master's Dissertation focuses on a psychological intervention program that aims to minimize the emotional exhaustion of the patient caused by the diagnosis post-traumatic stress disorder and a kind of personality disorder of her son. The main intention is to give her strategies and tools so she can achieve a satisfactory quality of life, avoiding above all emotional overflow. Throughout the dissertation will be shown the hypotheses arising from the initial evaluation, the results extracted from it, the intervention's objectives and the intervention's program that has been carried out on the patient. This program is composed of 14 sessions carried out from February to August. After the psychological intervention to the patient, which will be explained in detail at the dissertation, the quality of life and personal well-being were improved.

Key words: Children-to-Parent violence, Post-traumatic stress, communication skills, coping strategies, avoidance and intervention program.

Índice

1. Descripción de la demanda del cliente	1
2. Antecedentes históricos	1
2.1. Antecedentes familiares.....	1
2.2. Historia del paciente	1
3. Hipótesis surgidas en la entrevista	4
4. Técnicas y procedimiento de evaluación	6
4.1. Técnicas.....	6
4.2. Procedimiento.....	8
5. Resultados de la evaluación y propuesta de intervención	8
6. Intervención.....	10
6.1. Objetivos y secuenciación.....	12
6.2. Programa de Intervención.....	13
6.3. Resultados y conclusiones.....	15
6.4. Seguimiento	17
7. Conclusiones y limitaciones.....	18
8. Referencia Bibliográfica	19
9. Anexos	23
Anexo I	23
Anexo II	24
Anexo III.....	25
Anexo IV	26
Anexo V.....	30
Anexo VI	31
Anexo VII.....	34
Anexo VIII.....	35
Anexo IX	36
Anexo X.....	38

Anexo XI	39
Anexo XII.....	40
Anexo XIII.....	41
Anexo XIV	42
Anexo XV	52
Anexo XVI	53
Anexo XVII.....	56
Anexo XVIII	57
Anexo XIX	58

Caso clínico

1. Descripción de la demanda del cliente

La paciente M.R.P. se queja de un nivel de ansiedad muy elevado e indica sentirse desbordada emocionalmente. Los síntomas principales que dice sentir son dolor de cabeza, agobio, estrés, mal descanso nocturno y falta de motivación. Por otra parte, indica tomar 20 mg de Fluoxetina, antidepresivo recetado por su médico desde que le fue diagnosticado cáncer de mama.

Refiere que la mala relación que tiene con su hijo mayor es lo que más le afecta, aunque también afirma presentar secuelas psicológicas a raíz de un maltrato psicológico que asegura haber sufrido por parte del padre de sus hijos. Por consiguiente, la paciente reafirma sentir miedo de su hijo mayor debido a que el comportamiento del mismo le recuerda a los malos tratos que asegura haber recibido por parte del padre de sus hijos.

2. Antecedentes históricos

2.1. Antecedentes familiares

M.R.P. es la segunda de tres hermanas, actualmente solo vive la madre y no existen patologías ni enfermedades graves precedentes.

2.2. Historia del paciente

La paciente M.R.P. de 58 años, relata que se casó a los 20 años con J.M., naciendo de su matrimonio sus dos hijos, M. y J. que cuentan en la actualidad con 37 y 32 años respectivamente.

Refiere que los primeros años de matrimonio fueron felices y que los problemas aparecieron cuando su hijo mayor fue diagnosticado de TOC (Trastorno Obsesivo Compulsivo) por su médico a los 17 años. Según relata, la mayoría de sus conflictos en el matrimonio surgieron a raíz de dicho diagnóstico, ya que su marido tenía opiniones distintas de cómo afrontar la situación respecto a ella, por lo que según indica, discutían con frecuencia.

M.R.P. manifiesta que la mayoría de sus fuertes peleas ocurrían en presencia de sus hijos. Según cuenta su hijo mayor le dice que se siente culpable del desastre familiar y, por otro lado, J. con quien expresa no tener problemas, decide alejarse de la familia y se marcha a Holanda donde establece su vida.

A los dos meses del diagnóstico de M., M.R.P. cuenta que, acudiendo a una de las sesiones terapéuticas, a las cuales iba junto a su hijo y su marido para tratar el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) de M. desde una corriente sistémica, la terapeuta, en una consulta individual le manifiesta observar unos comportamientos que evidencian malos tratos psicológicos de su marido hacia ella.

La paciente asegura que tras esta observación toma conciencia que había sido víctima de malos tratos psicológicos y que, hasta ese momento, según la paciente, no había sido capaz de reconocer.

M.R.P. afirma sufrir un malestar psicológico intenso al recordar sucesos de la época en la que asegura haber sido maltratada por el padre de sus hijos. Asimismo, recalca que cuando su hijo mayor se enfada con ella o acude a algún lugar al que solía ir con su exmarido reexperimenta sentimientos parecidos. Por lo que, afirma evitar dichas actividades, lugares o personas que le evocan malestar.

Pasado un tiempo de su separación, comenta que le fue diagnosticado un cáncer de mama del que cuenta que, siguiendo los consejos de sus médicos, afrontó con una actitud positiva.

M.R.P. comenta que se vuelve a enamorar una década después del divorcio, casándose nuevamente y tras 10 años de matrimonio afirma ser feliz con su nueva pareja.

Manifiesta que lo que le lleva a pedir ayuda psicológica es el desbordamiento emocional que le causa en la actualidad su hijo mayor, debido a la mala relación que tiene con él, puesto que constantemente dice sentirse chantajeada emocionalmente, manipulada y humillada. M.R.P. afirma que su hijo mayor es una de las pocas personas que consigue sacarla de sus casillas. Según relata, M. padece un trastorno de personalidad indefinido diagnosticado por su médico, además del trastorno obsesivo compulsivo (TOC), mencionado anteriormente.

M.R.P. cuenta que su hijo mayor ha tenido tres intentos de suicidio y aunque, ella los interpreta como llamadas de atención, ya que, según dice, él mismo es el que después de iniciar la tentativa, le llama a ella o directamente a los servicios de emergencia.

Manifiesta que su hijo mayor vive independizado, que tiene reconocida una minusvalía del 65% por la cual percibe 300 euros mensuales, y que con esta cantidad paga el alquiler del piso en el que vive, haciéndose ella cargo del pago y de la compra de alimentos.

En septiembre de 2019, afirma que empezó a sospechar que su hijo consume drogas, ya que la acosa constantemente pidiéndole dinero, (aunque tiene cubiertas todas sus necesidades), M. le confiesa su adicción a la cocaína, que lleva 17 años consumiendo y, reconoce que tiene una deuda de 2.000 euros con las personas que le suministran la sustancia. M.R.P. dice sentirse muy culpable por no haber sido consciente de este problema antes.

Aconsejada por su excuñada, por la que dice sentirse apoyada, acude a la asociación AL-Anon, que tiene como objetivo ayudar a familiares y amigos de los alcohólicos u otras adicciones, situada en la Calle Trinidad Grund, 21, Málaga. M.R.P. sigue acudiendo todos los miércoles desde noviembre de 2019, ya que indica sentirse bien y encontrar allí un círculo de amigos. M.R.P. también asistía a clases de yoga para relajarse, pero ya últimamente no va por faltarle las fuerzas, afirma.

La situación de su hijo dice sobrepasarle. Asegura encontrarse totalmente perdida; por un lado, señala comprender lo que conlleva la enfermedad de M. pero, por otro, sabe que no puede soportar el chantaje económico por parte de su hijo mayor y que darle ese dinero tampoco soluciona el problema, aunque a veces reconoce ceder a sus chantajes.

La paciente comenta que M. siente rechazo hacia su actual marido, puesto que, según comenta, su hijo siempre habla mal de él y le exige que cuando se vean ella y M. tiene que ser a solas.

Actualmente según relata M.R.P., M. acude desde noviembre de 2019 a la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM) en la plaza del hospital civil, Málaga. Donde la psicóloga de la fundación le pide a M.R.P. que participe en una terapia familiar, a la que la paciente no quiere acudir. Reconoce que no puede evitar sentir un rechazo hacia su hijo mayor por el daño que éste le provoca y a la vez, como se ha mencionado anteriormente, dice recordarle los malos tratos recibidos por el padre.

La paciente cuenta que en diciembre de 2019 el hijo mayor estuvo ingresado en la Unidad de Agudos de Salud Mental del hospital civil de Málaga por una crisis de inestabilidad emocional en la que se autolesionó. M.R.P. admite que no fue a verlo, suceso que según afirma M. le reprocha y no le perdona. En relación a ello, la paciente confiesa que a veces ha deseado que los medicamentos de los que su hijo hace ocasionalmente abuso acaben con su vida, como única solución a su problema.

El apoyo emocional dice encontrarlo en su hermana ya que su marido actual discrepa en cómo afrontar el problema. Según M.R.P. su actual marido opina que debe empatizar más con M. y ella reclama que la proteja más a ella de su hijo mayor y que se muestre más duro con él.

Desde que fue diagnosticada de cáncer de mama, comenta que toma un comprimido de fluoxetina (antidepresivo) de 20 mg por las noches recetado por su médico de cabecera.

3. Hipótesis surgidas en la entrevista

Seguidamente, se expondrán las hipótesis que derivan de la recogida de información recopilada en las sesiones de evaluación inicial:

Hipótesis de Semejanza

Hipótesis

La paciente se muestra como las personas diagnosticadas con trastorno de estrés postraumático. De dicha hipótesis se extraerá el próximo enunciado verificable:

Enunciado verificable

Sí a la paciente se le administrara la escala de gravedad de síntomas de estrés Postraumático de Odriozola et al. (1997) puntuará alto en todos los factores que mide: *Reexperimentación, evitación y aumento de la activación conductual.*

Hipótesis de Asociación predictiva

Hipótesis 1

Los problemas de interacción, en este caso, con su hijo mayor, suelen estar asociados a bajas habilidades de comunicación y malas estrategias de afrontamiento.

Enunciado verificable 1

Estas variables se manifestarán deficientes al evaluarse a través de la escala de observación hetero aplicada confeccionada para esta intervención. Además, también se mostrarán malas estrategias de afrontamiento en el inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de Cano et al. (2017).

Hipótesis 2

El hecho de padecer estrés postraumático se relaciona con emociones negativas, como tristeza, ansiedad y baja autoestima.

Enunciado verificable 2

Si se evalúan estas variables aparecerán en el cuestionario clínico general basado en cuestionario clínico MINI (Ferrando et al., 2000) y, ADIS-M (Valiente et al., 2003).

Una vez realizada la evaluación y corroboradas las hipótesis anteriores, se formularon las hipótesis de relación funcional:

Hipótesis de relación funcional

Hipótesis 1

El miedo a no poder controlar las emociones negativas consecuentes a la reexperimentación del suceso traumático, la conducta de evitación ante estímulos semejantes y la activación fisiológica suscitadas por el recuerdo del suceso es lo que le produce el estrés postraumático.

Enunciado verificable 1

Si la paciente aprende a controlar y a perder el miedo ante esos tres componentes, el TEPT mejorará o incluso desaparecerá por completo. Este aprendizaje puede producirse con técnicas de intervención basadas en la exposición al estímulo temido.

Hipótesis 2

La estrategia de evitación utilizada por la paciente incrementa el estrés postraumático que sufre y empeora también la relación con su hijo

Enunciado verificable 2

Si se modifica esta estrategia de afrontamiento, se mejorarán ambos problemas. Esta modificación puede producirse utilizando técnicas de reestructuración cognitiva.

Hipótesis 3

La errónea construcción cognitiva que la paciente hace sobre la relación con su hijo (provocándole sentimientos de culpa, de indefensión, de falta de control, etc.), las pobres

habilidades de comunicación, así como inadecuadas estrategias de afrontamiento provocan que la interacción con el hijo no sea la correcta.

Enunciado verificable 3

Si se mejoran la reconceptualización de su rol de madre, las habilidades de comunicación y las estrategias de la paciente mejorará la relación con su hijo. Este cambio puede producirse si se utilizan técnicas de reestructuración cognitiva y programas de adquisición de habilidades sociales y de comunicación.

4. Técnicas y procedimiento de evaluación

4.1. Técnicas

A continuación, se describen las técnicas utilizadas durante la evaluación psicológica:

- ***Ficha de primer contacto*** (Anexo II) del Gabinete de Psicología (GP), mediante la cual se adquirió información relacionada con el motivo de consulta, así como la intensidad y grado de malestar ante la situación.
- ***Entrevista inicial*** empleando un ***cuestionario clínico general*** (Anexo IV) para recabar información sobre el área familiar, laboral, personal/afectiva y social, además de cuestiones generales del problema, nivel de ansiedad, estrés postraumático, autoestima, asertividad, habilidades de comunicación, bienestar emocional, estrategias de afrontamiento, nivel de malestar y, por último, expectativa de la terapia.
- ***Escala de observación hetero aplicada*** acerca de las habilidades de comunicación y estrategias de afrontamiento confeccionada con la finalidad de observar con qué grado realizaba esas conductas (Anexo VIII).
- ***Autorregistro de pensamientos y emociones***, (Anexo V) en donde se recoge información acerca del día y la hora, la situación, los pensamientos, emociones, solución y malestar que ha sentido como problemáticos en la última semana.
- ***El inventario de estrategias de afrontamiento (CSI)*** (Anexo VII) de Cano et al. (2017), el cual consta de dos partes: Una primera donde la paciente debe relatar situaciones que les produzca estrés y/o le hacen sentir malestar y de una segunda la cual se constituye de 40 ítems que evalúan diferentes factores con relación a las estrategias de afrontamiento, dichos factores se agrupan según el manejo adecuado e inadecuado centrado en el problema o en la emoción:

Manejo adecuado centrado en el problema:

La resolución de problemas: Estrategias cognitivas y conductuales utilizadas para eliminar el estrés cambiando la situación que lo produce y *la reestructuración cognitiva:* Estrategia dirigida a modificar la perspectiva de la situación.

Manejo adecuado centrado en la emoción:

Expresión emocional: Estrategia dirigida a liberar las emociones suscitadas de la situación estresante y *apoyo social:* Estrategia centrada en buscar apoyo emocional.

Manejo inadecuado centrado en el problema:

Pensamiento desiderativo: Estrategia cognitiva que manifiesta el deseo de que la realidad no generará malestar y *evitación de problemas:* Estrategia que busca la evasión del problema.

Manejo inadecuado centrado en la emoción:

La autocrítica: Estrategia basada en la autoculpabilidad por las situaciones que generan estrés y *la retirada social:* Estrategia dirigida a el aislamiento con personas significativas.

La puntuación de los ítems oscila entre 0 y 4, siendo 0 en absoluto; 1 un poco; 2 bastante; 3 mucho y 4 totalmente.

- ***El cuestionario de Escala de gravedad de síntomas de estrés Postraumático*** de Odriozola et al. (1997) el cual evalúa la frecuencia e intensidad de los síntomas propios de un estrés postraumático. La escala consta de cuatro factores (reexperimentación, evitación, aumento de la activación y factor complementario), los cuales tienen diversas preguntas que deben ser contestadas con una puntuación de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas, siendo 0 “nada”, 1 “una vez por semana o menos”, 2 “de dos a cuatro veces por semana” y 3 “cinco o más veces por semana”.
- ***Termómetro de ansiedad***, el cual consistía en indicar el grado de ansiedad ante la tarea de exposición en un baremo subjetivo que iba de 0 (nada) a 10 (muchísima).
- ***Escala de satisfacción con el tratamiento***, el cual consta de 10 ítems, donde la paciente debe indicar el grado de satisfacción con la terapia siendo 0 (totalmente en desacuerdo) y 3 (muy de acuerdo).

- **Entrevista final**, conformadas por tres preguntas abiertas realizadas junto con el cuestionario de satisfacción para comprobar la relación con M.

4.2.Procedimiento

La persona que recibió la intervención del presente Trabajo de Fin de Máster (TFM) se presentó voluntariamente. En un primer momento, se le pidió que firmará el compromiso de confidencialidad (Anexo I) con la finalidad de cumplir con el artículo. Número 40 del Código Deontológico del Psicólogo. Posteriormente, se le administró la ficha de primer contacto (Anexo II) del Gabinete de Psicología (GP) para recabar información general sobre sus datos personales. Luego, tras tener que pasar las sesiones vía *online* debido a la Covid-19 se le solicitó que firmará el compromiso de confidencialidad en sesiones de videoconferencia (Anexo III).

Posteriormente, le fueron administradas las siguientes técnicas: **Ficha de primer contacto, cuestionario clínico general, escala de observación hetero aplicada, autorregistro de pensamientos y emociones, el inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) de Cano et al. (2017) y el cuestionario de escala de gravedad de síntomas de estrés postraumático de Odriozola et al. (1997)** y tras la evaluación y resultados obtenidos se comenzó la intervención psicológica que se señala a lo largo del Trabajo fin de Máster.

Más tarde, se realizó una reevaluación utilizando las siguientes medidas: **El inventario de estrategias de afrontamiento (CSI)** (Cano et al., 2017), **el cuestionario de Escala de gravedad de síntomas de estrés Postraumático** (Odriozola et al.,1997) y **la escala de observación hetero aplicada**, las cuales se cumplimentaron en dos ocasiones: la primera, al inicio de la intervención (febrero de 2020) y la segunda, en la décimo cuarta sesión (agosto de 2020) , mientras que **el termómetro**, se llevó a cabo durante 51 días, desde la cuarta sesión hasta la duodécima, ya que, se acordó con la paciente alcanzar una puntuación de 2 durante tres días seguidos para finalizar el termómetro. Y, por último, tuvo lugar **la escala de satisfacción con la terapia** al final del tratamiento y la **entrevista final**.

5. Resultados de la evaluación y propuesta de intervención

Los resultados cuantitativos procedentes de la evaluación son los siguientes:

La puntuación obtenida en la **escala de estrés postraumático** (Odriozola et al.,1997) (Anexo VI) se muestra cómo la paciente superó el punto de corte en todas las dimensiones del estrés postraumático; lo que verifica la hipótesis de semejanza.

Tabla 1

Resultados obtenidos en la Escala de estrés postraumático (Odriozola et al., 1997).

	<i>Factor de Reexperimentación</i>	<i>Factor de evitación</i>	<i>Aumento de la activación conductual</i>	<i>Escala global</i>
<i>P. D.</i>	10	7	11	28
<i>P.C.</i>	5	6	4	15

Nota. P.D.; puntuación directa y P.C.; punto de corte.

La puntuación alcanzada en el *Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)* de Cano et al. (2007) (Anexo VII) fueron la siguientes:

Tabla 2

Resultados del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de Cano et al. (2007).

	<i>Manejo adecuado centrado en el problema</i>		<i>Manejo adecuado centrado en la emoción</i>		<i>Manejo inadecuado centrado en el problema</i>		<i>Manejo inadecuado centrado en la emoción</i>	
	<i>REP</i>	<i>REC</i>	<i>AP</i>	<i>EEM</i>	<i>PSD</i>	<i>EVP</i>	<i>AUC</i>	<i>RES</i>
<i>P. D.</i>	2	5	15	14	19	7	20	5
<i>P.C.</i>	3	3	75	80	90	60	98	65

Nota. REP; resolución de problema, REC; reestructuración cognitiva, AP; apoyo social, EEM; expresión emocional; PSD; pensamiento desiderativo, EVP; evitación de problemas, AUC; autocrítica, RES; retirada social, P.D.; puntuación directa, P.C.; puntuación centil.

En esta tabla 2 se puede comprobar cómo la paciente no tiene unas buenas estrategias de afrontamiento frente a situaciones estresantes.

Por otro lado, M.R.P. en el **cuestionario clínico general** (Anexo IV) manifiesta utilizar la evasión como estrategia para escaparse de los problemas, emociones negativas, mantenerse en un estado de alerta constante, bajas habilidades de comunicación, bajas estrategias de afrontamiento y malestar general.

En **autorregistros de pensamientos y emociones** (Anexo V) M.R.P. narra enfrentamiento con M. donde no aplica habilidades de comunicación eficaces. Posteriormente, en la **escala de observación hetero aplicada** (Anexo VII) en relación a las habilidades de comunicación y estrategias de afrontamiento, siendo la mayoría de las veces la puntuación 0 que hace referencia a que nunca realiza dichas acciones M.R.P. obtuvo una media de 0,38 en estrategias de afrontamiento y un 0,5 en habilidades de comunicación sobre 3.

La primera hipótesis de asociación predictiva queda verificada mediante **el cuestionario clínico general, el autorregistro de pensamientos y emociones, la escala de observación hetero aplicada y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)** de Cano et al. (2007).

Por otra parte, M.R.P., también presenta tristeza, malestar emocional, ansiedad y baja autoestima derivado del trastorno de estrés postraumático, según queda manifestado en el **cuestionario clínico general** basado en el MINI (Ferrando et al., 2000) y, ADIS-M (Valiente et al., 2003).

La segunda hipótesis de asociación predictiva queda verificada a través del **cuestionario clínico general**.

6. Intervención

Después de la obtención de los resultados donde se manifiestan la relación que guardan dichos constructos se formuló la hipótesis de relación funcional reflejada en el *apartado 3*.

Con respecto a las malas relaciones interpersonales existen evidencias de que una intervención psicoeducativa en asertividad sobre qué es, qué estilos de comunicación existen, cuáles son sus componentes, qué pautas debe seguir la persona y posteriormente, emplear la técnica de *role playing* que se enmarca en la terapia cognitivo-conductual, para afianzar lo aprendido es crucial para mejorar las relaciones interpersonales, en este caso con M., García et al. (2019). La técnica de *role playing* consiste en una simulación en la que una o más personas escenifican una situación en concreto, (Trianes y Luque, 2012)

Por otro lado, para fortalecer los lazos afectivos con el hijo mayor y reducir la sintomatología del trastorno de estrés postraumático es necesario fomentar las estrategias de afrontamiento, Martínez et al. (2006).

Las estrategias de afrontamiento se relacionan con dos procesos: La evaluación cognitiva, proceso donde la persona juzga la situación en relación a sus capacidades de afrontamiento; y el afrontamiento, que son los esfuerzos conductuales y cognitivos utilizados para solventar las demandas tanto internas como externas de quien evalúa la situación (Castaño y Barco, 2020).

Para potenciar el primer proceso, evaluación cognitiva, se utilizó la *reestructuración cognitiva* que consiste en que la persona, con apoyo inicial del psicólogo/a, discrimine y cuestione sus pensamientos desadaptativos por otros más adaptativos. *“El modo en que las personas organizan cognitivamente sus experiencias ejerce influencia fundamental en cómo se sienten y actúan”*, (Bados y García, 2010).

Posteriormente, para mejorar el segundo proceso, el afrontamiento, se empleó la *técnica de exposición*, la cual consiste en exponer a la persona a las situaciones que le provocan malestar y con frecuencia evitan. *“La exposición es una técnica de contrastada eficacia en el tratamiento de respuestas de evitación”*, (Gimeno y Esquerro, 2006, p. 101).

Con relación a el trastorno de estrés postraumático *“el enfoque de la terapia cognitiva conductual tiene la evidencia científica más potente de la eficacia para el tratamiento de trastorno de estrés postraumático, es decir, la investigación muestra que el tratamiento es directamente responsable de la mejoría”*, (Rojas, 2016, p. 238).

Dentro de dicho enfoque encontramos diversas técnicas a resaltar como la técnica de exposición narrativa (TEN), la cual tiene la finalidad de reducir los síntomas traumáticos, así como mejorar el bienestar personal. La técnica de exposición narrativa pretende que la persona se exponga, no solo a un único suceso traumático, sino a toda su autobiografía, aumentando así el número de información traumática en la memoria (Rubio y Crespo, 2019). En dicha técnica la paciente debe revivir las experiencias mientras las va narrando, e ir apuntando el grado de ansiedad que le genere. La exposición al hecho traumático no termina hasta que la ansiedad no se reduzca de forma significativa, de forma que la paciente evaluase con una puntuación de 2 el grado de ansiedad en una escala Likert del 0 al 10 durante tres días seguidos.

Asimismo, también es importante resaltar que ante la exposición a los recuerdos los pacientes experimentan emociones negativas y malestar, que en algunos casos le es difícil de resistir, por lo que se ha visto que *“existen beneficios en la psicoeducación de entramientos en técnicas de relajación con pacientes de ansiedad”* (Sánchez et al., 2014).

Por lo que, las técnicas de respiración como puede ser la aplicación de la respiración diafragmática pueden proporcionarles control a las personas que se encuentran en un momento de tensión y malestar, (Ferrer, 2010).

Luego, en vista a lo anterior es evidente que una intervención psicológica puede mejorar la calidad de vida de la paciente, fomentando así su bienestar personal.

6.1. Objetivos y secuenciación

Objetivo general

Objetivo 1

El objetivo general que se pretende conseguir es mejorar el bienestar psicológico de la paciente frente a la situación que está viviendo con su hijo mayor dotándole de herramientas, estrategias y técnicas para optimizar la calidad de vida de la persona y del sistema familiar.

Objetivo 2

Disminuir los síntomas del trastorno de estrés postraumático que presenta la paciente.

Objetivos específicos

Objetivo específico 1:

1. Mejorar las habilidades de comunicación/asertividad, que quedarán reflejados en un aumento en la puntuación del factor habilidades de comunicación de la escala hetero-aplicada.
2. Mejorar las habilidades de estrategias de afrontamiento, que se mostrará un aumento en la puntuación del factor estrategias de afrontamiento de la escala hetero-aplicada, a su vez obtendrá un aumento en las puntuaciones de los factores: Resolución de problemas (REP), reestructuración cognitiva (REC), apoyo social (AP) y expresión emocional (EEM) y obtendrá puntuaciones negativas en los factores: Pensamiento desiderativo (PSD), evitación de problemas (EVP), autocrítica (AU) y retirada social (RES) en el inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) de Rodríguez y García, 2017.

Objetivo específico 2:

3. Disminuir las conductas de evitación, que se reflejará como una disminución en la puntuación del factor evitación de problemas (EVP) del inventario de estrategias de

afrontamiento (CSI) de Rodríguez y García, 2017. Así como una disminución en la puntuación obtenida en el factor 2 (evitación) de la escala de estrés postraumático de Odriozola et al. (1997)

4. Reducir el estrés postraumático, que se manifestará como una disminución en la puntuación total obtenida en la escala de estrés postraumático de Odriozola et al. (1997).

6.2. Programa de Intervención

Los resultados procedentes de la evaluación inicial indican que, en efecto, la paciente presenta un malestar frente a la situación que está viviendo con su hijo mayor, que deriva en un nivel bajo de habilidades de comunicación y estrategias de afrontamiento. Por otro lado, el hecho de tener estrés postraumático se relaciona con emociones negativas, como ansiedad, tristeza y baja autoestima

El programa de intervención se estructuró en una sesión por semana, sobre la misma hora (a partir de las 17:30) y con una duración de una hora. Las tres primeras sesiones se realizaron en un aula de la Universidad de Jaén y, el resto de las sesiones, por causa de la covid-19 se realizaron vía *online* a través de la plataforma Google Meet.

La intervención empezó el lunes 24 de febrero de 2020 y finalizó en agosto de 2020 (un total de 14 sesiones, descritas detalladamente) Anexo XIV.

La distribución general de las sesiones fue la siguiente: En primer lugar, se repasaban los contenidos vistos en la sesión anterior y las actividades enviadas para casa; Posteriormente, se introducían los nuevos conceptos y/o estrategias a tratar en la consulta y al finalizar, se acordaban las tareas a realizar para la próxima sesión.

En el trascurso de la intervención se fomentó un carácter participativo y flexible. Con la intención de proporcionar un buen ambiente en terapia. Durante el desarrollo de las sesiones se explicaba de manera detenida el tema a tratar y la importancia que este tenía en el proceso, para que, de esa manera mejorará el rendimiento de la intervención llegando a alcanzar los objetivos planteados favorablemente. A continuación, se refleja el programa de intervención en la siguiente tabla:

Tabla 3

Resumen de los contenidos tratados en cada sesión durante la intervención

Sesión 1	Lograr un clima positivo y realizar la evaluación general del problema.
Sesión 2	Psicoeducación sobre la mala relación con M. y trastorno de estrés postraumático. Planteamiento de los objetivos.
Sesión 3	Entrenamiento en Estrategias de afrontamiento. Técnica de reestructuración cognitiva.
Sesión 4	Trastornos de estrés postraumático. Práctica de Exposición continuada en imaginación y tareas para casa. Práctica de Relajación diafragmática.
Sesión 5	Entrenamiento en estrategias de afrontamiento mediante el diálogo socrático. Entrenamiento en habilidades de comunicación: Psicoeducación y la técnica <i>Role playing</i> .
Sesión 6	Entrenamiento en habilidades de comunicación: <i>Role playing</i> .
Sesión 7	Entrenamiento en estrategias de afrontamiento: Reestructuración cognitiva.
Sesión 8	Trastorno de estrés postraumático: Reestructuración cognitiva.
Sesión 9	Aumentar la motivación de la paciente por actividades placenteras
Sesión 10	Motivar a la paciente en la terapia.
Sesión 11	Evaluar cómo se encuentra la paciente.
Sesión 12	Evaluar los objetivos planteados.
Sesión 13	Seguimiento.
Sesión 14	Post Seguimiento.

Nota. Cada uno de los contenidos llevados a cabo en cada sesión están descritos detalladamente en el anexo XIV

6.3.Resultados y conclusiones

Tras la intervención tuvo lugar la post-evaluación para verificar que la terapia había conseguido alcanzar los objetivos propuestos, para ello se le facilitaron todos los instrumentos de evaluación incluidos en el apartado de técnicas de este TFM

Asimismo, se volvió a realizar **la escala de observación hetero aplicada** (Anexo XVII) pasando de nunca a siempre. En un primer momento, la paciente adquirió una media de 0,38 en estrategias de afrontamiento y un 0,5 en habilidades de comunicación, pasando a 2,13 y 2,38 respectivamente, por lo que se puede inferir que las habilidades de comunicación y estrategias de afrontamiento mejoraron considerablemente tras la intervención.

De igual modo, para observar si las estrategias de afrontamiento habían sido fomentadas a nivel cuantitativo, se le volvió a **pasar el inventario de estrategias de afrontamiento (CSI)** (Cano et al., 2007) (Anexo XVIII), obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 4

Resultados del inventario de estrategias de afrontamiento de Cano et al. (2007).

	Manejo adecuado centrado en el problema		Manejo adecuado centrado en la emoción		Manejo inadecuado centrado en el problema		Manejo inadecuado centrado en la emoción	
Febrero	REP	REC	AP	EEM	PSD	EVP	AUC	RES
P.D.	2	3	15	14	19	7	20	5
P.C.	3	5	75	80	90	60	98	65
Agosto	Manejo adecuado centrado en el problema		Manejo adecuado centrado en la emoción		Manejo inadecuado centrado en el problema		Manejo inadecuado centrado en la emoción	
	REP	REC	AP	EEM	PSD	EVP	AUC	RES
P.D.	17	16	20	18	6	5	1	4
P.C.	65	86	95	95	20	45	35	55

Nota. REP; resolución de problema, REC; reestructuración cognitiva, AP; apoyo social, EEM; expresión emocional; PSD; pensamiento desiderativo, EVP; evitación de problemas, AUC; autocrítica, RES; retirada social, P.D.; puntuación directa, P.C.; puntuación centil

En esta tabla se puede observar cómo la paciente ha mejorado las puntuaciones psicométricas con respecto a la primera vez que se le pasó, pasando así de puntuaciones que reflejaban unas malas estrategias de afrontamiento a puntuaciones que manifiestan lo contrario.

Posteriormente, para valorar si se había cumplido el objetivo de reducir el trastorno de estrés postraumático se le volvió a *pasar la escala de la escala de estrés postraumático (Odriozola et al., 1997)* (Anexo XVI) y, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Tabla 5

Puntuaciones de la escala de estrés postraumático de Odriozola et al. (1997) pre-test y pos-test.

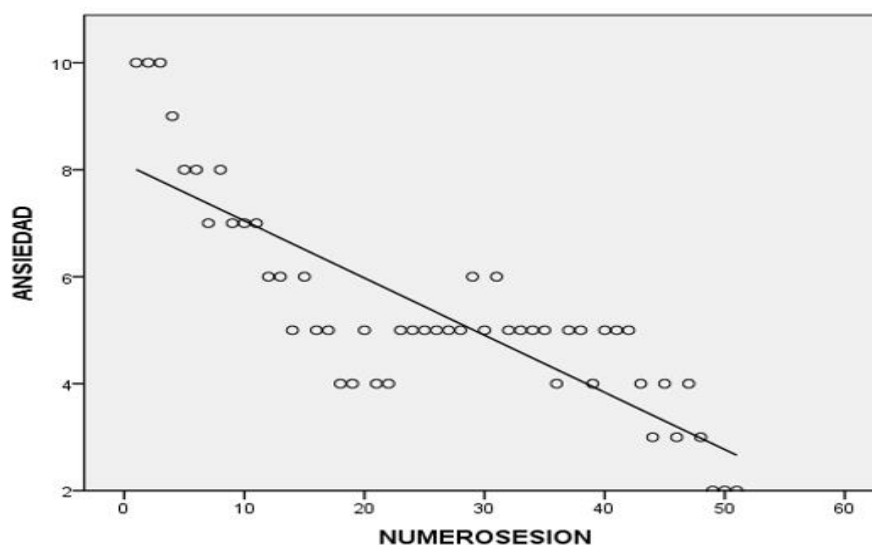
	<i>Factor de Reexperimentación</i>	<i>Factor de evitación</i>	<i>Aumento de la activación conductual</i>	<i>Escala global</i>
Febrero				
P.D.	10	7	11	28
P.C.	5	6	4	15
	<i>Factor de Reexperimentación</i>	<i>Factor de evitación</i>	<i>Aumento de la activación conductual</i>	<i>Escala global</i>
Agosto				
P.D.	2	2	4	5
P.C.	5	6	4	15
<i>Nota. P.D. y P.C. hacen referencia a puntuación directa y punto de corte respectivamente.</i>				

En la tabla 5 se muestra como M.R.P. ha bajado 8 puntos en el *factor de reexperimentación*, 5 en el *factor de evitación*, 7 en el de *aumento de activación conductual* y 23 en la *escala global*. Por lo que, M.R.P. ha mejorado sus síntomas respecto al maltrato psicológico sufrido por su expareja.

Por otro lado, también se revisó el **termómetro** (Anexo IX), en el cual se puede observar la evolución en el grado de ansiedad (0-10). En la gráfica de la *figura 1*, podemos ver cómo a partir del día 14 la paciente comienza a puntuar un nivel de ansiedad de 5 durante un largo periodo y, luego comienza a descender de forma considerada alcanzando el objetivo acordado con M.R.P.

Figura 1

Gráfica del termómetro elaborado durante 51 días por M.R.P.



Nota. En el eje Y vemos el nivel de ansiedad de 2 a 10 y en el eje X el número de días que M.R.P. realizó la exposición.

En la *figura 1* se puede observar cómo finaliza la autoevaluación denominada **termómetro** al haber un grado de ansiedad de 2 durante 3 días consecutivos.

En vista de la mejoría de los resultados obtenidos en **la escala de estrés postraumático (Odriozola et al., 1997)**, y alcanzados los objetivos acordados en el **termómetro** tras la intervención, quedan verificadas la primera y segunda hipótesis funcional.

Para observar la satisfacción que la paciente había tenido con la terapia se le solicitó que rellenará la **escala de satisfacción con la terapia** (Anexo XVIII), donde obtuvo una media de 2,38 sobre 3.

Por tanto, en base a todo lo anterior podemos ver como M.R.P. ha alcanzado todos los objetivos mencionados en el *apartado 7.1* de forma satisfactoria.

6.4. Seguimiento

Una vez culminada la intervención se concertó con la paciente realizar dos sesiones más correspondientes a las sesiones decimotercera y decimocuarta realizadas en julio y agosto respectivamente. En la primera se utilizó una **entrevista final** para comprobar la relación con M. donde queda verificada la tercera hipótesis de relación funcional, **la escala de observación hetero aplicada** y un **cuestionario de satisfacción con la terapia**. Y, en la siguiente le fueron

administrados *el inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) (Cano et al., 2007) y la escala de la escala de estrés postraumático (Odriozola et al., 1997).*

Luego, en base a los datos obtenidos, se puede comprobar que la paciente ha alcanzado los objetivos y, por ende, se ha visto mejorada su calidad de vida.

7. Conclusiones y limitaciones

El principal propósito de este Trabajo de Fin de Máster ha sido realizar una intervención psicológica a una paciente que presentaba diversas problemáticas: Malestar emocional debido a las situaciones que experimentaba con su hijo mayor y el trastorno de estrés postraumático.

Los resultados obtenidos muestran que la paciente ha conseguido alcanzar los objetivos que se programaron tras la evaluación, aumentando así sus estrategias de afrontamiento, evitando situaciones conflictivas con M., reconceptualizando dicha relación sin exigirse ella responsabilidades que no eran suyas y, al mismo tiempo, reduciendo las puntuaciones en las tres dimensiones del trastorno de estrés postraumático.

En conclusión, esta ha sido mi primera experiencia como psicóloga clínica, y a pesar de que la terapia se haya realizado de forma virtual a excepción de las tres primeras, pienso que eso no ha afectado negativamente en mi aprendizaje, incluso considero que ha sido todavía más enriquecedor, ya que el manejo de las nuevas tecnologías en el siglo en el que vivimos es clave para cualquier profesional.

8. Referencia Bibliográfica

- Andreo, A., Hilario, P. S., & Rivadeneira, F. J. O. (2020). Ansiedad y estrategias de afrontamiento. *European Journal of Health Research:(EJHR)*, 6(2), 213-225. Recuperado de Dialnet.
- Apfelbaum, S., & Gagliosi, P. (2004). El Trastorno Límite de la Personalidad: consultantes, familiares y allegados. *Revista argentina de psiquiatría*, 15, 295-302. Recuperado de <http://polemos.com.ar/docs/vertex/vertex58.pdf#page=56>
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Guía de consulta de los criterios diagnósticos*.
- Bados López, A., & García Grau, E. (2010). La Técnica de la reestructuración cognitiva.
- Buela, G., Guillén, A., & Seisdedos, N. (2011). Cuestionario de ansiedad estado-rasgo: Adaptación española. Madrid: TEA Ediciones
- Castaño, E. F., & del Barco, B. L. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of psychology and psychological therapy*, 10(2), 245-257. Recuperado de Redalyc
- Calderón, K. A. H., & Silva, A. K. L. (2018). La escucha activa como elemento necesario para el diálogo. *Revista Convicciones*, 5(9), 83-87. Recuperado de
- Cano García, FJ., Rodríguez Franco, L. & García Martínez, J. (2007). Adaptación española de Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 (1), 29-39.
- Ellis, A. (1979a). The theory of rational-emotive therapy. En A. Ellis y J.M. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy* (pp. 33-60). Monterrey, CA: Brooks/Cole.
- Ferrer-Pérez, J. (2010). Ansiedad y respiración diafragmática. *Enfermería Integral*, 89, 58-60.
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M., & Soto, O. (2000). 1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI). *Instrum. Detección Orientación Diagnóstica*.

- García Grau, E., Fusté Escolano, A., Ruiz Rodríguez, J., Arcos, M., Balaguer Fort, G., Guzmán Pérez, D., & Bados López, A. (2019). Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales. Barcelona: Dipòsit Digital Universitat de Barcelona.
- Gimeno, F. & Ezquerro, M. (2006). Intervención psicológica en un caso de evitación interoceptiva en el deporte. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 11(2), pp. 99-106.
- Gil-Iñiguez, A. (2016). Intervención en un caso de trastorno de estrés postraumático por violencia sexual. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 3(1), 75-80.
- Gunderson, J. G. (2002). Trastorno Límite de la Personalidad. Guía clínica [Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide]. Barcelona: Ars XXI de Comunicación.
- López Jiménez, M. T., Barrera Villalpando, M. I., Cortés Sotres, J. F., Guines, M., & Jaime, M. (2011). Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. *Salud mental*, 34(2), 111-120.
- López, A. B. (2008). La intervención psicológica: características y modelos. *Universidad de Barcelona*, 1-48.
- Rojas, M. (2016). Trastorno de estrés postraumático. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 73(619), 233-240.
- Rubio, M. J. C., & Crespo, M. (2019). La Terapia de Exposición Narrativa como alternativa terapéutica para el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo. *Revista de Victimología/Journal of Victimology*, (9), 5-29.
- Martínez-Correa, A., Del Paso, G. A. R., García-León, A., & González-Jareño, M. I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18(1), 66-72.
- Macías, M. A., Orozco, C. M., Amarís, M. V., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145.
- Madariaga, C. (2002). Trauma psicosocial, trastorno de estrés postraumático y tortura. *Serie Monografías*, 11, 1-32.

- Montes, J. M. G., Soriano, M. C. L., López, M. H., & Basurto, F. Z. (2004). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*, 16(1), 117-124.
- Odriozola, E. E., de Corral Gargallo, P., Andrés, P. J. A., Anguera, I. Z., & Sanz, B. S. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y modificación de conducta*, 23(90), 503-526.
- Organización Mundial de la Salud. (9 de octubre de 2017). Día Mundial de la Salud Mental. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/es/
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez Martínez, O., Valdivia-Salas, S., & Luciano Soriano, M. D. C. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica.
- Palacios, L., & Heinze, G. (2002). Trastorno por estrés postraumático: una revisión del tema (primera parte). *Salud mental*, 25(3), 19-26.
- Pérez, J. F. (2010). Ansiedad y respiración diafragmática. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, (89), 16-18.
- Pirooz, G. (2007). Terapia familiar. En J.M. Oldham, A.E. Skodol y D.S. Bender, Tratado de los trastornos de la personalidad. Barcelona: Masson.
- Rodríguez Moya, L., & Peláez, J. C. (2013). Terapia familiar en los trastornos de personalidad. *Acción psicológica*, 10(1), 75-84.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2005). La alianza terapéutica. *Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3), 249-280
- Sánchez, A. R., Calderón, C. E., Montenegro, A. F. H., Calderón, E. E., & Moyano, A. R. (2014). Beneficios de la psicoeducación de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con ansiedad. *Enfermería Docente*, 1(102), 7.
- Schauer, M., Neuner, F. & Elbert, T. (2011). Narrative Exposure Therapy. A shortterm treatment for traumatic stress disorders. Göttingen: Hogrefe.

- Soriano, C. L., Martínez, O. G., & Valverde, M. R. (2005). Análisis de los contextos verbales en el trastorno de evitación experiencial y en la terapia de aceptación y compromiso. *Revista latinoamericana de psicología*, 37(2), 333-358.
- Trianes, M. V., & Luque, D. J. (2012). Psicología de la Educación para Psicólogos. *Málaga. Universidad de Málaga*.
- Valiente, R. M., Sandín, B., & Chorot, P. (2003). *Entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad:(Anxiety disorders interview schedule-modificada) :(ADIS-M)*. Klinik.

9. Anexos

Anexo I



Universidad de Jaén
Gabinete de Psicología

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

D./Dña. *Maña Rodríguez Oña*, con D.N.I. nº *77226059V*, alumno/a de Prácticas Externas (o TFT) en el Gabinete de Psicología de la Universidad de Jaén durante el curso académico

DECLARA QUE:

Conoce el sistema de funcionamiento del Gabinete de Psicología de la Universidad de Jaén y, en cumplimiento con el art. N° 40 del Código Deontológico del Psicólogo, que manifiesta:

Toda la información que el Psicólogo recoge en el ejercicio de su profesión, sea en manifestaciones verbales expresas de sus clientes, sea en datos psicotécnicos o en otras observaciones profesionales practicadas, está sujeta a un deber y a un derecho de secreto profesional, del que, sólo podría ser eximido por el consentimiento expreso del cliente. El Psicólogo velará porque sus eventuales colaboradores se atengan a este secreto profesional.

SE COMPROMETE A:

Mantener en la **más absoluta confidencialidad** todas las informaciones referentes a las personas que acuden al servicio. Ello implica no hacer ningún tipo de comentario sobre el caso fuera del contexto de intervención, no difundir la información (apuntes o cualquier otro tipo de material de la sesión), ni fotocopiarla, ni usarla para ningún fin ajeno al propio Gabinete de Psicología.

Además, custodiará la información que le sea confiada (informes, pruebas psicológicas, cuestionarios de evaluación inicial, etc.), evitando que su contenido sea visto por personas ajenas al Gabinete de Psicología o que pueda divulgarse de alguna forma.

Jaén,

V.B. José Antonio Muela Martínez
Director del Gabinete de Psicología

Fdo.: *Maña*

Universidad de Jaén - Edificio Usos Múltiples (C4) - Dependencias 207
Paraje de las Lagunillas, 23071 JAÉN (ESPAÑA) (+34) 953 213528 Email: gpsicologia@ujaen.es

Anexo II

Nº de Historia							



FICHA DE PRIMER CONTACTO

DATOS PERSONALES:

Nombre: _____ Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: _____ NIF: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Provincia: _____ Teléfono(s): _____

Correo electrónico: _____ Fecha: _____

Afiliación:

- ☐ Estudiante de _____
☐ PAS
☐ Familiar de PAS _____
☐ PDI
☐ Familiar de PDI _____

DATOS GENERALES:

Medicación actual: _____

¿Ha consultado a otro profesional por el mismo problema? SÍ NO

Enfermedades físicas destacables (especificar): _____

Horario en el que le es más fácil acudir al gabinete: _____

Edo: _____

En cumplimiento con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de Carácter Personal, así como del nuevo Reglamento Europeo de Protección de Datos (RGPD) de 25 de mayo de 2016, le informamos de que sus datos personales serán tratados y quedarán incorporados en ficheros de responsabilidad del Gabinete de Psicología de la Universidad de Jaén -registrados en la Agencia Española de Protección de Datos- con la finalidad de dar cumplimiento a las funciones propias del mismo (asistencia, docencia e investigación). Los datos de carácter personal que figuran en los archivos del Gabinete de Psicología sólo podrán ser administrados por los psicólogos participantes del mismo y no serán cedidos a terceros sin el previo consentimiento del interesado.

Por otra parte, usted consiente en que, cuando sea necesario, sus sesiones puedan ser grabadas para una mejor recogida de sus datos. Dichas grabaciones poseen un carácter absolutamente confidencial y se sujetan a las mismas condiciones expresadas más arriba.

Los datos que se solicitan resultan necesarios, de manera que de no facilitarlos no será posible su asistencia, en este sentido, usted consiente expresamente en la recogida y el tratamiento de los mismos para la citada finalidad. En todo caso, usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose al Gabinete de Psicología de la Universidad de Jaén (psicologia@ujaen.es), sito en Paraje de Las Lagunillas s/n de Jaén.

Finalmente, se le informa de que toda información aportada por usted a lo largo de todo el proceso de actuación en este Gabinete está sujeta a la normativa vigente reflejada en el Código Deontológico del Psicólogo (editado por el Colegio Oficial de Psicólogos) referente a la confidencialidad de la misma y a las condiciones legales que obligarán a no divulgar el secreto profesional. Por favor, si tiene alguna duda, pregunte al profesional que le ha entregado esta hoja.

Mediante la firma del presente escrito, declaro haber leído y comprendido los derechos y deberes que en él se detallan.

Universidad de Jaén - Edificio Usos Múltiples (C4) - Dependencias 207
Paraje de las Lagunillas, 23071 JAÉN (ESPAÑA) (+34) 953 213528 Email: psicologia@ujaen.es



Universidad de Jaén
Gabinete de Psicología

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD EN SESIONES DE VIDEOCONFERENCIA

D./Dña. **María Rodríguez Oña**, con D.N.I. nº **77226059-V**
como terapeuta del Gabinete de Psicología de la Universidad de Jaén y

D./Dña. _____, con D.N.I. nº _____,
como usuario(a) del mismo,

DECLARAN QUE:

Acceptan realizar sesiones de evaluación y/o intervención psicológica por medio de videoconferencia por lo que

SE COMPROMETEN A:

Salvaguardar la seguridad de las comunicaciones no grabando ni difundiendo a otras personas ajenas al proceso, parte o la totalidad de los contenidos tratados en dichas sesiones.

Jaén, de de 20

Fdo.: 
Terapeuta del Gabinete de Psicología

Fdo.:
Usuario/a del Gabinete de Psicología

Universidad de Jaén - Edificio Usos Múltiples (C4) - Dependencias 207
Paraje de las Lagunillas, 23071 JAÉN (ESPAÑA) (+34) 953 213528 Email: gpsicologia@ujaen.es

Anexo IV

Cuestionario clínico general

Con el objetivo de realizar la entrevista lo más breve posible se ha elaborado un cuestionario clínico estructurado, en el cual se van a realizar preguntas sobre información general y diferentes problemas psicológicos que requieren una respuesta de la persona.

ÁREA FAMILIAR

¿Con qué personas convive?

Con mi novio actual.

¿Cuántos hermanos tienes?

Dos hermanas.

¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?

La mediana.

¿Qué relación tienes con tu familia?

En general bien, con quien mejor me llevo es con mi hermana pequeña y con quien peor está claro que es con mi hijo mayor y con el padre. Con los demás puedo decir que tengo una relación bastante buena tanto con mis hermanas como con mi otro hijo y mi madre.

ÁREA LABORAL/ACADÉMICO

¿A qué te dedicas?

Soy ama de casa, antes vendía cosas de cosmética porque era mi pasión, pero, ahora mismo no tengo ganas de nada.

MEDICACIÓN

¿Tomas medicación actualmente?

Si, Fluoxetina.

¿Alguna vez has tenido problemas con la medicación como efecto secundario?

No.

¿Desde hace cuánto tiempo la estas tomando?

Desde que tuve cáncer de mama.

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROBLEMA

¿Qué te ha llevado a pedir ayuda?

No puedo más con la situación que vivo, mi hijo no para de “dar por culo” está metido en las drogas y nada más que hace pedirme dinero. Me duele la boca de decirle que si se droga da igual la medicación que tomé, pero, no me hace caso.

¿Cuándo apareció el problema por primera vez?

Pues es que antes de este problema tuve cáncer de mama y mi marido me maltrataba, la verdad que no se hace cuanto estoy mal, pero hace mucho.

ANSIEDAD

¿Te has sentido alguna vez súbitamente ansiosa, asustada o incómoda?

Si, la mayor parte del tiempo lo paso así.

¿Alguna vez has tenido un ataque de ansiedad?

Que yo recuerde un par de veces y siempre es desencadenado por mi hijo, no puedo más con esta situación me siento desbordada.

¿Se te presentan preocupaciones casi todos los días? Y, ¿Te resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarte en lo que hacer?

Un montón de veces, no sé controlarlas y eso me agobia mucho.

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático?

Si, sufrí maltrato psicológico por mi exmarido, pero eso ya forma parte del pasado.

¿Alguna vez has revivido ese momento?

Cuando mi hijo y yo nos peleamos.

Y, ¿Suele tener dificultades para dormir?

Si, de hecho, tomo 20 mg de fluoxetina.

¿Te sientes en alerta con las cosas que suceden con tu entorno?

Si, suele ser parte de mi personalidad.

AUTOESTIMA

¿Consideras que tienes una actitud positiva hacia ti misma?

No.

¿Te sientes satisfecha contigo misma?

No sé.

¿Cuándo cometes errores te sueles castigar mucho?

Si.

ASERTIVIDAD

¿Suele evitar contactos sociales por miedo a decir algo que no debería?

Si, sobre todo con mi hijo. Si lo veo sé que le voy a decir algo que no debería, pero, no puedo resistirme.

¿Consideras que conocer a muchas personas con las que te sientes tranquila y relajada o a pocas?

Si te soy sincera en esta vida me siento relajada con muy pocas personas todo me altera.

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

¿Cuándo comienzas una discusión que tono sueles utilizar?

Me altero muchísimo, insulto y grito. Luego me siento mal, pero, no puedo evitarlo muchas veces pienso que no sé cómo tengo que hacerlo. La verdad que no sé qué decir.

BIENESTAR EMOCIONAL

¿En estos últimos meses te has sentido intranquila?

Si.

¿Y sin fuerzas?

Constantemente.

¿Con que frecuencia te sientes triste?

La mayoría de los días.

¿Tienes motivación por algo actualmente?

No, antes me gustaba mucho el mundo del maquillaje y de hecho trabajaba ahí pero ahora no tengo ganas de absolutamente nada, no me maquillo, no quiero hacer nada de la casa, etc.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

¿Qué es lo que haces cuando aparece el problema?

La mayoría de las veces me evado, por ejemplo, si me llama mi hijo y sé que es para discutir no cojo el teléfono e intento evitar a mi hijo en la medida de lo posible.

¿Qué resultado obtienes con esa actitud?

Ninguna mi hijo sigue llamándome y buscándome y yo tengo más ansiedad.

Anexo V

	SITUACIÓN Detallada	¿QUÉ ME PASA ANTES? Sentimientos, emociones y pensamientos.	¿QUÉ HAGO? Conductas que llevo a cabo (No hacer nada también es hacer algo)	¿QUÉ ME PASA DESPUÉS? Sentimientos, emociones y pensamientos.	CONSECUENCIAS Qué pasa cuando me comporto así en la situación citada.
DÍA 1					
DÍA 2					
DÍA 3					
DÍA 4					
DÍA 5					
DÍA 6					
DÍA 7					

Nota. Este autorregistro fue empleado para registrar las situaciones que M.R.P. tenía con M.

Anexo VI

Escala Síntomas TEPT

A continuación, leerá una serie de preguntas que tendrá que responder de forma sincera con una puntuación de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma.

0: NADA

1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/POCO

2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/BASTANTE

3: 5 O MÁS VECES POR SEMANA/MUCHO

Nombre: M.^a Ángeles Romero Perpiñán

Suceso traumático: Malos tratos 1º matrimonio

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió (meses/años) ?: 14 años

¿Desde cuándo experimenta el malestar?: Desde entonces

FACTOR 1: REEXPERIMENTACIÓN

Pregunta	Puntuación
1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?	2
2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?	1
3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	2
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?	3
5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?	2
	10/15

FACTOR 2: EVITACIÓN

Pregunta	Puntuación
1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso?	1
2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?	3
3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0
4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas?	1
5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extraña respecto a los demás?	0
6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)?	2
7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)?	0
	7/21

FACTOR 3: AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

Pregunta	Puntuación
1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?	1
2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira?	2
3. ¿Tiene dificultades de concentración?	2
4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	3
5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	3
	11/15

Puntuación total de la gravedad del trastorno de estrés postraumático

(rango 0-51): 28/51

FACTOR COMPLEMENTARIO:

Afirmación	Puntuación
1. Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo	0
2. Dolores de cabeza	2
3. Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia)	0
4. Dolor o malestar en el pecho	0
5. Sudoración	2
6. Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo	0
7. Náuseas o malestar abdominal	0
8. Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad	1
9. Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestesias)	1
10. Sofocos y escalofríos	2
11. Temblores o estremecimientos	0
12. Miedo a morir	0
13. Miedo a volverse loco o a perder el control	2
	10

Trastorno de estrés postraumático

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3, en el de evitación; y de 2, en el de aumento de activación .SI

Gravedad del trastorno de estrés postraumático

	PUNTO DE CORTE	PUNTUACIÓN OBTENIDA
ESCALA GLOBAL (rango 0-51)	15	28
Reexperimentación (rango 0-15)	5	10
Evitación (rango 0-21)	6	7
Aumento de la activación (Rango 0-15)	4	11

Anexo VII

NOMBRE:	EDAD:	FECHA EVAL:	
1	Luché para resolver el problema	0 1 2 3 4	
2	Me culpé a mí mismo	0 1 2 3 4	
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0 1 2 3 4	
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0 1 2 3 4	
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema	0 1 2 3 4	
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0 1 2 3 4	
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0 1 2 3 4	
8	Pasé algún tiempo solo	0 1 2 3 4	
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0 1 2 3 4	
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0 1 2 3 4	
11	Expresé mis emociones, lo que sentía	0 1 2 3 4	
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0 1 2 3 4	
13	Hablé con una persona de confianza	0 1 2 3 4	
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0 1 2 3 4	
15	Traté de olvidar por completo el asunto	0 1 2 3 4	
16	Evité estar con gente	0 1 2 3 4	
17	Hice frente al problema	0 1 2 3 4	
18	Me criticqué por lo ocurrido	0 1 2 3 4	
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir	0 1 2 3 4	
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0 1 2 3 4	
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano	0 1 2 3 4	
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0 1 2 3 4	
23	Quitó importancia a la situación y no quise preocuparme más	0 1 2 3 4	
24	Oculté lo que pensaba y sentía	0 1 2 3 4	
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0 1 2 3 4	
26	Me reprimí por permitir que esto ocurriera	0 1 2 3 4	
27	Dejé desahogar mis emociones	0 1 2 3 4	
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0 1 2 3 4	
29	Pasé algún tiempo con mis amigos	0 1 2 3 4	
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0 1 2 3 4	
31	Me comporté como si nada hubiera pasado	0 1 2 3 4	
32	No dejé que nadie supiera como me sentía	0 1 2 3 4	
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0 1 2 3 4	
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0 1 2 3 4	
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0 1 2 3 4	
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0 1 2 3 4	
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0 1 2 3 4	
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	0 1 2 3 4	
39	Evité pensar o hacer nada	0 1 2 3 4	
40	Traté de ocultar mis sentimientos	0 1 2 3 4	
	Me consideré capaz de afrontar la situación	0 1 2 3 4	
FIN DE LA PRUEBA			

FIN DE LA PRUEBA

Anexo VIII

Observación hetero aplicada (febrero)	
Siendo 0: nunca, 1: casi nunca, 2: casi siempre y 3: siempre.	
Escala de habilidades de comunicación	
1. Tener un buen estilo de comunicación	0
2. Ser asertiva	1
3. Hacer un buen uso de los componentes verbales en la comunicación (argumentar, expresarse de forma clara, etc.)	0
4. Hacer un buen uso de los componentes no verbales (mirada, postura, etc.)	0
5. Decir no y expresar sus derechos	1
6. Mantener un diálogo pausado	1
7. Mantener la calma a lo largo de la conversación	0
8. Empezar un tema de conversación y terminarlo	0
Escala de estrategias de afrontamiento	
1. Suele afrontar las situaciones.	0
2. Tiene una actitud positiva.	1
3. Suele identificar sus pensamientos y emociones	0
4. Suele reflexionar sobre las cosas que le ocurren	0
5. Con frecuencia suele relajarse y ver desde otras perspectivas la situación.	0
6. El estilo de afrontamiento suele ser adaptativo	1
7. No suele utilizar la evitación como estrategia.	0
8. Recurre a su entorno social	2

Anexo IX

DÍA	Grado de ansiedad (0-10)	Observaciones
1	10	Me he sentido agitada y en algunos momentos he tenido que parar, gracias a la relajación he podido continuar.
2	10	Me cuesta escucharlo, antes de empezar me he sentido muy agobiada y cuando he terminado me he sentido muy agitada y he tenido que hacer relajación.
3	10	He sentido agobio y me he sentido como si me estuviera pasando en la actualidad. En algunos momentos he tenido que parar el audio. Además, me he ido a dormir fatal
4	9	Me sigo sintiendo agitada pero quizás un poco menos que ayer, porque seguí el consejo de no escucharlo justo antes de irme a dormir ni al final del día.
5	8	
6	8	
7	7	
8	8	Hoy me ha generado más ansiedad que ayer porque me he tenido una discusión con mi hijo y estaba más triste
9	7	En algunas partes me siento con ansiedad
10	7	
11	7	
12	6	
13	6	
14	5	En algunos momentos siento ansiedad y en otros simplemente no siento nada
15	6	
16	5	
17	5	
18	4	
19	4	Esta vez tras trabajar contigo la parte que me generaba más ansiedad he estado mejor pero no como para decir que no me produce ansiedad escucharlo.
20	5	
21	4	
22	4	
23	5	
24	5	
25	5	
26	5	
27	5	

28	5	
29	6	Mi hijo se ha ido a vivir con el padre
30	5	
31	6	
32	5	
33	5	
34	5	
35	5	
36	4	
37	5	
38	5	
39	4	
40	5	
41	5	
42	5	
43	4	
44	3	
45	4	
46	3	
47	4	Me produce malestar, pero no como antes
48	3	No llega a producirme gran malestar
49	2	La historia ya me aburre
50	2	Lo mismo que ayer siento aburrimiento, ahora puedo escuchar, leer etc. mi relato y no me produce nada.
51	2	

Anexo X

Cómo respirar con el diafragma

1. Póngase en una posición cómoda. Puede ser de pie, sentado o acostado boca arriba.

2. Póngase una mano en el pecho y la otra en el estómago.

La mano en su pecho no debe moverse. La mano encima de su estómago permitirá que sienta su estómago subir y bajar al respirar.

3. Inhale por la nariz si puede, por 3 a 5 segundos o tanto como se sienta cómoda. Permita que el estómago suba conforme el aire entra a sus pulmones.

4. Exhale por la boca si puede por 3-5 segundos o tanto como se sienta cómoda. Permita que su estómago baje conforme el aire sale de sus pulmones.

5. Repita cada paso hasta que su cuerpo se sienta relajado.

Posición de las manos para la respiración diafragmática



Consejos útiles

- Concéntrese en la exhalación para mayor relajación.
- Use un reloj con segundero para llevar cuenta de su respiración.
- Nunca aguante la respiración ni jadee buscando aire.
- Si se siente mareado o se va a desmayar, regrese a su patrón normal de respiración.

[Respiración diafragmática]. Recuperado de

<https://www.uncmedicalcenter.org/app/files/public/9909ae9f-8f46-41d0-a1c7-e48b0ed83e41/pdf-medctr-rehab-diaphbreathingspanish.pdf>.

Anexo XI

Metáfora de la Ola

Existe una gran diferencia entre resignarnos ante las emociones y los pensamientos que nos surgen cuando tenemos un problema y aceptarlos. A través de esta metáfora se intenta enseñar a las personas a que los acepten y no luchen contra ellos, ya que no son el enemigo a abatir. Las personas podemos cambiar nuestra forma de actuar pero de nada nos vale luchar contra algo que es natural en nosotros (recuerdos, imágenes, pensamientos, emociones, sensaciones físicas, etc.).

El objetivo de esta metáfora es brindar la posibilidad de considerar la aceptación como una alternativa al control. Distinguir la aceptación del mero hecho de tolerar e incluso de querer.

Otro modo de presentar la aceptación es como disponer de una gran playa de arena en la que las olas del mar acaban rompiendo paulatina y mesuradamente unas tras otras. Tengan la altura o fuerza que tengan, siempre acaban deshaciéndose como si nunca hubieran sido tan enormes. Para ello sólo hay que estar dispuesto a tener una gran playa que acoja todas las olas mientras uno no trata de controlarlas, sino que "ve las olas como si estuviera en el paseo marítimo" y se implica en lo que le importa en la vida. Hacer espacio para ver las olas desde el paseo, tanto las más pequeñas como las que se ven "amenazantes", es justo lo contrario a luchar o soportar los pensamientos, las sensaciones y otros eventos privados. Esto último sería como bajar a la playa a tratar de controlar el curso de las olas, sería hacer algo para interrumpir el proceso de disolución natural, intentando eliminarlas, sujetándolas o rompiéndolas. Implicarse en tales acciones es como estar en el corazón de la ola, es peligroso, la ola envuelve, y desde ahí no podemos ver nada, sólo quedar a sus expensas. Sin embargo, haciendo el hueco preciso, o sea, sin intentar nada para controlarlas, todas las olas entran en la playa y terminan por deshacerse con más o menos dulzura mientras uno se ocupa, por ejemplo, del cuidado de las plantas de su jardín, es decir, de construir las cosas que son importantes para uno en su vida.

Anexo XII

1. Situación	2. Emoción	3. Pensamiento automático	4. Distorsión cognitiva	5. Respuesta racional	6. Nueva emoción	7. Acción

Nota. Este autorregistro se empleó para registrar los pensamientos automáticos que M.R.P. tenía y pudiera identificar si existía distorsión cognitiva o no.

Anexo XIII

Hoy voy a hacer (ir al gimnasio, ir a tomar algo, etc.) por mí.

Soy bueno resolviendo (tal cosa)

Soy (+ cualidades positivas que tengas)

Hoy voy a terminar (tal cosa)

Doy gracias por (algo que agradezca)

“Recuerda que conectar contigo y trabajar tu aceptación y diálogo interno es el primer paso para conseguir una relación buena contigo mismo”

Anexo XIV

Primera sesión

Objetivo:

Crear un clima positivo y realizar la evaluación inicial.

Descripción:

En la primera sesión, se hizo mucho hincapié en conseguir una buena relación psicólogo-paciente, *Rapport*, factor más importante del proceso terapéutico (Safran y Muran, 2005) con la intención de que la intervención se desarrollase en un entorno agradable y de confianza que le permitiera a la paciente sacar el mayor beneficio de la terapia.

Una vez culminado el primer paso se le facilitaron los documentos necesarios para poder comenzar con la intervención: El compromiso de confidencialidad (Anexo I), el compromiso de confidencialidad en sesiones de videoconferencia (Anexo III) y la ficha de primer contacto (Anexo II) del Gabinete de Psicología (GP), ya mencionado en el *apartado 4*.

El objetivo principal del resto de la sesión fue conocer qué era lo que más le preocupaba ante la situación que estaba viviendo y que nivel de malestar tenía en su día a día, para esto se utilizó un cuestionario general clínico (Anexo IV) el cual incluye preguntas abiertas de diferentes ámbitos. A lo largo de toda la sesión se practicó la escucha activa, elemento esencial en terapia, mediante la escucha activa se crea un espacio de confianza en donde la persona se siente libre expresando lo que piensa y siente, siendo esta escuchada atentamente, (Calderón y Silva, 2018). Luego, observando que la paciente presentaba pocas habilidades de comunicación, se le solicitó que rellenará para en su casa el inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) de Rodríguez y García, 2017.

Y, además a medida que avanzaba la sesión se complementó la escala hetero aplicada con ítems en relación con las habilidades de comunicación y estrategias de afrontamiento (Anexo VIII).

Al ser conocedora mediante la escucha activa de un maltrato psicológico provocado por su primer marido, se le pidió que respondiera al cuestionario de Escala de gravedad de síntomas de estrés Postraumático de Odriozola et al. (1997) (Anexo VI), el cual evalúa la frecuencia e intensidad de los síntomas propios de un estrés postraumático para así comprobar si la paciente presentaba o no dicho trastorno debido al suceso.

Por último, al finalizar la sesión con la intención de recibir la máxima información posible sobre el tipo de situaciones que les generaban malestar, conocer qué emociones experimentaba, qué conductas realizaba, qué sentimientos tenía y las consecuencias que todo lo anterior ocupaba en su bienestar personal se le mandó como tarea para casa la realización de un autorregistro de situaciones (Anexo V).

Segunda sesión

Objetivo:

Psicoeducación sobre la posible causa de la mala relación con su hijo mayor y síntomas del estrés postraumático y plantear los objetivos a tratar.

Descripción:

Esta sesión, se centró en utilizar la técnica psicoeducativa, ya que, según Rodríguez y Peláez, (2013), *“La desinformación de los familiares respecto a la psicopatología, a la adicción y en especial a los TP (trastorno de personalidad), puede provocar conflictos difíciles de resolver puesto que la familia generalmente no interpreta las conductas molestas en términos sintomáticos”*.

El objetivo de la psicoeducación fue otorgar a la paciente información sobre la importancia que tiene las estrategias de afrontamiento y habilidades de comunicación en la relación que tiene con M.

Asimismo, también se realizó psicoeducación sobre el trastorno de estrés postraumático siguiendo el DSM-5 (APA, 2013) para que fuera conocedora de por qué sentía ese malestar al recordar el maltrato psicológico que afirmaba haber sufrido por parte de su exmarido.

Seguidamente, para poder trabajar las siguientes sesiones con situaciones que le generarán malestar se le pidió para casa que fuera rellenando a lo largo de la semana el autorregistro (Anexo V).

Luego, tras realizar la psicoeducación, se comentaron los primeros objetivos que íbamos a trabajar en terapia los cuales fueron discutidos junto con la paciente. Los objetivos fueron:

1. Mejorar habilidades de comunicación.
2. Mejorar estrategias de afrontamiento.
3. Reducir estrés postraumático.

Tercera sesión

Objetivos:

Entrenamiento en estrategias de afrontamiento

Descripción:

En esta sesión, se dejó la primera parte para analizar las situaciones que había descrito en el autorregistro. Una vez fueron tratadas todas las situaciones, M.R.P. recalcó consecutivamente que la situación que más le incomodaba era decirle a M.: “*No te puedo dar dinero*”, porque decía sentirse chantajeada, aunque sabía que debía decirle que no porque, si no iba a ser empleado en droga. M.R.P. afirmó evitar coger el teléfono porque sabía que la persona que le llamaba era su hijo mayor

Por lo tanto, a raíz de lo anterior se le explicó cómo la evasión de algún modo puede hacer que perdure el problema, puesto que no nos enfrentamos a lo que nos da miedo, siendo esto característico de un estilo de afrontamiento evitativo. Luego, cómo estrategia se le empleó la *técnica de exposición*, que consiste en exponer a las personas a las situaciones que le generan malestar y evitan, (Gimeno y Esquerro, 2006). Debido a que las situaciones que más evitaba solían ser las llamadas telefónicas de su hijo mayor por no saber que decir, se le ofreció la *técnica del disco rayado*, la cual consiste en crear frases para cada situación, con el objetivo de emplearla en el momento que hiciera falta de manera repetida evitando así que el chantaje surgiera efecto. Por lo tanto, se utilizó el compromiso conductual para que M.R.P. se comprometiese a llevarse el teléfono y cogerlo.

Se indagó, también sobre los tipos de pensamientos que tenía respecto a la relación con su M., los cuales eran irracionales por lo que, se trabajó con la técnica cognitiva de reestructuración, la cual consiste en ayudar al paciente a identificar y cuestionar los pensamientos irracionales, de forma que pueda cambiarlos por otros más racionales reduciendo así su malestar, (Bados y García, 2010).

Al hilo de lo anterior se le explicó el **modelo ABC** de Ellis, 1979 con la finalidad de que lo pusiera en práctica en su día a día. Para que pudiese llegar a entenderlo mejor se le expuso el modelo ABC con un pensamiento irracional suyo, el cual fue “El padre va a tratar fatal a M. y se van a pegar”.

En primer lugar, se le explicó que **A** hacía referencia a la situación, en este caso a que el hijo mayor estaba viviendo con el padre. Y se le recalcó que la situación es algo que no depende de la persona.

Luego, **B** sería los pensamientos hacia la situación, es decir “Mi exmarido va a tratar fatal a mi hijo y se van a pega”, una vez hayan surgido los pensamientos se deben de hacer las siguientes cuestiones: ¿Son racionales o irracionales? ¿Me están aportando algo positivo estos pensamientos o no?

Y, por último, **C** serían las emociones frente a la situación y en este apartado se deben de hacer estas preguntas: ¿Cómo me siento ante esta situación? ¿Tiene algo que ver la perspectiva con la que lo estoy viendo?

Al finalizar la sesión, se le solicitó que lo pusiera en práctica a lo largo de la semana para que así fuese identificando, cuestionando y cambiando los pensamientos irracionales por otros más racionales y que lo fuese reflejando en un autorregistro (Anexo XII).

Cuarta sesión

Objetivo:

Trastornos de estrés postraumático a través de la técnica de exposición narrativa y relajación diafragmática.

Descripción:

Se pasó a trabajar el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Dicho tema fue tratado en esta sesión y no en las anteriores, puesto que se esperó a que la relación terapéutica fuera fuerte.

Se utilizó la técnica de exposición narrativa introducida por Schauer et al. (2011). La terapia de exposición narrativa (TN) comprende toda la autobiografía de la persona fomentando así la integración de la información en la memoria, Cáceres y Crespo (2019). Además, dicha terapia favorece la recuperación de eventos traumático que se encuentren en la memoria alterada, reproduciendo los sucesos traumáticos de nuevo tanto a nivel cognitivo como emocional.

En sesión, M.R.P. narró de manera muy detallada aquellas experiencias traumáticas vividas durante el maltrato psicológico sufrido por su expareja, en primera persona. Luego, una vez finalizó lo anterior, se le pidió que escribiera su autobiografía y, posteriormente para reducir el nivel de ansiedad le fue administrada la relajación diafragmática. Dicha relajación fue empleada ya que, “*existen beneficios en la psicoeducación de entramientos en técnicas de*

relajación con pacientes de ansiedad” (Sánchez et al., 2014). Con la intención de que pudiera realizarla de manera individual, se le facilitó un documento en el cual venían ejemplificados los pasos a seguir (Anexo X).

Por otro lado, al finalizar la sesión se le mandó como tarea que se expusiera una vez al día al texto realizado en sesión, con el objetivo de observar el nivel de ansiedad que le generaba, se le pidió que rellenara un termómetro (Anexo IX). A continuación, se le solicitó que rellenará un autorregistro (Anexo V) donde anotar cada una de las interacciones con su hijo mayor, para trabajar la asertividad.

Quinta sesión

Objetivo:

Fomentar las estrategias de afrontamiento (Rodríguez y Peláez, 2013) y entrenamiento en asertividad.

Descripción:

Al comienzo de dicha sesión se dedicó un tiempo a observar el autorregistro rellenado sobre la exposición narrativa que había estado realizando a lo largo de la semana, en este momento se creó en sesión un espacio en el cual se le intentó transmitir a la paciente tranquilidad, calma y confianza, para que pudiese hablar libremente sobre cómo se sintió realizando la exposición, por lo tanto, en esta primera parte de la sesión lo que más se utilizó fue la escucha activa.

Luego, la sesión se fue centrando en trabajar la culpabilidad debido a que la paciente acudió a sesión con un conflicto que había tenido recientemente con M. por tema de dinero. Según mencionaba la paciente, el hijo mayor le pedía dinero a ella y a la abuela porque, no tenía para comer. M.R.P. comentó que lo que más daño le hacía era que la madre y M. le dijeran “mala madre”, provocándole así sentimientos de culpa, según señaló.

Por lo que, a raíz de lo anterior se trabajó la culpabilidad mediante el diálogo socrático, ya que es una técnica cognitiva que provoca principalmente la disonancia cognitiva (Partarrieu, 2011). Es importante tratar las creencias irracionales ya que, *“las creencias racionales llevan a conductas de autoayuda, mientras que las creencias irracionales provocan conductas destructivas al individuo”* (Ellis y Bernard, 1990).

En la segunda parte de la sesión, se le ofreció Psicoeducación y técnicas en asertividad (Rodríguez y Peláez, 2013) siguiendo el manual de García et al. (2019).

Posteriormente, se entrenó la asertividad a través de *role-playing*; donde se presentaban las situaciones que había descrito M.R.P. en el autorregistro (Anexo V) y se interpretaban de forma que M.R.P. expresase sus opiniones con confianza, validando sus emociones, escuchando activamente y respetando la opinión de M. (rol interpretado por la terapeuta). En el momento que a la paciente no se comunicaba de forma asertiva, se procedía a trabajar con modelado, es decir se ejemplificaba para que, ella, luego lo representara. Al finalizar la sesión se le pidió que intentara poner en práctica lo aprendido en consulta y volviese a rellenar el autorregistro (Anexo V) de cara a futuras interacciones con su hijo mayor. También, se le pidió que prosiguiera rellenando el autorregistro de la exposición narrativa, debido a los altos niveles de ansiedad.

Sexta sesión

Objetivo:

Entrenamiento en asertividad.

Descripción:

En dicha sesión se siguió trabajando asertividad mediante *role playing* sobre las situaciones que la paciente había reflejado en el autorregistro (Anexo V) durante la semana posterior a la cuarta sesión. Una vez finalizado el *role playing* y en vista a que M.R.P. se encontraba desasosegada debido a los enfrentamientos que había tenido con su hijo mayor durante la semana anterior, se puso en práctica la relajación diafragmática.

Al finalizar la sesión se le pidió que siguiera rellenando el autorregistro de exposición narrativa (Anexo IX).

Séptima sesión

Objetivo:

Entrenamiento en estrategias de afrontamiento

Descripción:

En esta sesión se trabajó la autoestima, para ello se le pidió que cogiera papel y boli para realizar el siguiente ejercicio: La paciente debía de apuntar aquellos aspectos positivos y negativos tanto a nivel físico, como la relación con los demás, su personalidad, la creencia de cómo creía que le veían las personas y sobre su rendimiento.

Una vez completado lo anterior se le pidió que hiciera un listado separando los aspectos positivos de los negativos y, luego se le solicitó que se dijera a sí misma esos aspectos negativos escritos, los cuales fueron: “No sé hablar sin pensar”, “Soy una mala madre”, “Soy débil”, “Soy cruel”, etc. Una vez finalizado lo anterior se le sugirió que si en vez de decir “Soy mala madre” podría indicar “A veces no puedo ser la madre ideal porque tengo mis motivos para no serlo” o en vez de “Soy débil” “A veces me siento débil porque es normal”, entre otros ejemplos. Tras realizar esta objeción, lo que se pretende es que la persona considere sus aspectos negativos de manera sana.

Para finalizar la sesión se le mandó para casa de nuevo el autorregistro de exposición, continuar siendo asertiva con M. y rellenar unas frases con aspectos positivos (Anexo XIII).

Octava sesión

Objetivo:

Trastorno de estrés postraumático

Descripción:

Se indagó sobre porque M.R.P. no reducía su nivel de ansiedad puntuado con un 5 en el *termómetro*. El motivo era la culpabilidad ya que, M.R.P. se sentía avergonzada de haber permitido que su exmarido le hubiese tratado tan mal. Y afirmaba que tras la lectura se sentía “mal consigo misma por no haberlo visto antes”.

Por lo tanto, en vista de lo anterior se utilizó la técnica de *reestructuración cognitiva* para modificar dichos pensamientos desadaptativos por otros más adaptativos.

Novena sesión

Objetivo:

Aumentar la motivación

Descripción:

Se trabajó la clarificación de valores ya que, conocer los valores es primordial para que una persona cambie su actuación ante la vida (Páez et al., 2006). Para ello se utilizó un ejercicio en el cual expresa cómo le gustaría ser dentro de 5 años; según Montes et al. (2004) hacer a las personas pensar cómo se ven en un futuro lejano les facilita darse cuenta de lo que quieren y

valoran, frecuentemente llevan largos periodos de tiempo centrándose en sus sentimientos, dejando de lado el rumbo que quieren tomar en sus vidas.

Luego, una vez abordado lo anterior, nos centramos en el compromiso de valores. La finalidad es hacer ver a la paciente que debe aceptar los problemas y dificultades, y seguir avanzando a pesar de los inconvenientes que puedan ocurrir llegando así aceptar el malestar. Para ello, se empleó la metáfora de la ola (Anexo XI), a través de ella se pretendió enseñar a M.R.P. a que no luchar contra los problemas, no es la solución puesto que no son el enemigo.

En esta sesión, se realizó principalmente escucha activa y se llevó a cabo un seguimiento sobre los temas tratados en las sesiones anteriores para observar si la terapia avanzaba de manera idónea.

Décima sesión

Objetivo:

Motivar a la paciente a seguir trabajando.

Descripción:

En dicha sesión se revisaron las tareas mandadas; El autorregistro de exposición y el de distorsiones cognitivas. En el primero se observó que la paciente había tenido una puntuación de cinco durante varios días seguidos, por lo que la ansiedad no se vio alterada en ese largo periodo de tiempo, de manera que se le preguntó cómo se había sentido esas semanas y si había ocurrido algún suceso que quisiera resaltar, por lo que la paciente afirmó sentirse más estresada en general.

Por ese motivo, se llevó a cabo la relajación diafragmática con la finalidad de reducir dicho malestar. Luego, con el objetivo de motivar a la paciente a seguir trabajando en ello se utilizó la “metáfora del dentista”, para resaltar así la importancia que tiene el cuidado de la salud, a pesar de ser algo costoso y que requiere de tiempo y esfuerzo.

A través de estas metáforas lo que se pretendía era conseguir que la paciente siguiera con ganas de seguir avanzado y, por otro lado, que no olvidara hacia dónde se quería dirigir. “*Las metáforas sirven para hacer reflexionar sobre la lógica*”, Luciano, Gutiérrez y Rodríguez, (2005).

Posteriormente, en vista a que era una paciente a la cual le funcionaban las relajaciones, se le pidió que después de realizar la exposición intentará llevar a cabo la relajación diafragmática expuesta en sesiones (Anexo X).

Por otro lado, se le preguntó cómo le había ido el autorregistro de distorsiones cognitivas a lo largo de la semana y si le había funcionado el modelo ABC explicado en la sesión anterior como estrategias para racionalizar los pensamientos negativos.

Por último, se le mandó para casa que continuará realizando el ejercicio de exposición continua, pero, añadiendo la relajación al final y que continuará empleando aquellas estrategias que considerará de utilidad.

Undécima sesión

Objetivo:

Evaluar cómo se encuentra la paciente.

Descripción:

El objetivo de esta sesión fue observar en qué punto se encontraba la paciente, por lo que se abarco la situación con el hijo, el trastorno de estrés postraumático y el bienestar consigo misma. Con respecto a lo primero, la paciente afirmó sentirse contenta, pues había experimentado un gran avance y se sentía con herramientas necesarias para hacerle frente a la situación.

Por otro lado, en relación a el trastorno de estrés postraumático la paciente decía sentirse aburrida y habituada a lo que le ocurrió habiendo experimentado bajos niveles de ansiedad durante esa última semana.

Y, haciendo referencia al bienestar personal, consiguió volver a realizar actividades y se introdujo de nuevo en el mundo de la belleza promocionando productos que es lo que le apasionaba.

Por lo tanto, se le mandó cómo tarea para casa reflexionar sobre todo lo que habíamos visto en sesiones anteriores y se le solicitó que apuntará aquellas dudas que le surgieran para así tener la posibilidad de solucionarlas en la siguiente sesión.

Duodécima sesión

Objetivo:

Evaluar los objetivos planteados.

Descripción:

El proposito de dicha sesión fue exponerle cada uno de los objetivos que fueron establecidos en la primera sesión, con la intención de que ella diera su punto de vista sobre si creía que se habían cumplido o no. En vista de que todos los objetivos fueron culminados y de

que la paciente se sentía orgullosa y feliz con el trabajo realizado se concluyó terminar con las sesiones semanales y pasar al seguimiento.

Decimotercera sesión

Para realizar el seguimiento se evaluó cómo se encontraba la paciente tras haber realizado la intervención psicológica, solicitándole que rellenara el cuestionario de satisfacción (Anexo XV) volviendo a cumplimentar la escala hetero-aplicada (Anexo XVII) y manteniendo una entrevista final (Anexo XIX) para reevaluar la relación con M.

Decimocuarta sesión

Objetivo:

Reevaluar las variables medidas.

Descripción:

Con el objetivo de conocer si las puntuaciones habían disminuido o aumentado, y por lo tanto inferir una mejoría de forma objetiva en base a las puntuaciones, se le solicitó que volviera a rellenar las siguientes escalas: La escala de estrés postraumático de Odriozola et al., 1997 (Anexo XVI) y el inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) de Cano et al., 2007 (Anexo XVII).

Anexo XV

Cuestionario de Satisfacción

(0= totalmente en desacuerdo, 1= en desacuerdo, 2= de acuerdo, 3= muy de acuerdo)

	<u>0-3</u>
1. Grado de satisfacción con la terapia	3
2. Me he sentido escuchado en todo momento	3
3. Mis objetivos se han alcanzado	2
4. Me he sentido cómodo/a a lo largo de cada sesión	3
5. Considero que ha existido flexibilidad en la terapia	3
6. He recibido estrategias y herramientas útiles a lo largo de la terapia	2
7. Me siento bien tras haber realizado la terapia	3
8. Mi calidad de vida ha mejorado	3
9. Le han dado importancia a lo que me preocupaba	3
10. Le recomendaría a otra persona acudir a psicoterapia	3

Anexo XVI

Escala Síntomas TEPT

A continuación, leerá una serie de preguntas que tendrá que responder de forma sincera con una puntuación de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma.

0: NADA

1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/POCO

2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/BASTANTE

3: 5 O MÁS VECES POR SEMANA/MUCHO

Nombre: M.^a Ángeles Romero Perpiñán

Suceso traumático: Malos tratos 1º matrimonio

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió (meses/años) ?: 14 años

¿Desde cuándo experimenta el malestar?: Mi malestar se ha visto muy reducido

FACTOR 1: REEXPERIMENTACIÓN

Pregunta	Puntuación
1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?	0
2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?	1
3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?	1
5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?	0
	2/15

FACTOR 2: EVITACIÓN

Pregunta	Puntuación
1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso?	0
2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?	1
3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0
4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas?	1
5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extraña respecto a los demás?	0
6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)?	0
7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)?	0
	2/21

FACTOR 3: AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

Pregunta	Puntuación
1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?	1
2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira?	1
3. ¿Tiene dificultades de concentración?	0
4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	1
5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	1
	4/15

Puntuación total de la gravedad del trastorno de estrés postraumático

(rango 0-51): 28/51

FACTOR COMPLEMENTARIO:

Afirmación	Puntuación
1. Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo	0
2. Dolores de cabeza	1
3. Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia)	0
4. Dolor o malestar en el pecho	0
5. Sudoración	1
6. Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo	0
7. Náuseas o malestar abdominal	0
8. Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad	0
9. Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestias)	0
10. Sofocos y escalofríos	2
11. Temblores o estremecimientos	0
12. Miedo a morir	0
13. Miedo a volverse loco o a perder el control	1
	5

Trastorno de estrés postraumático

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3, en el de evitación; y de 2, en el de aumento de activación. SÍ

Gravedad del trastorno de estrés postraumático

	PUNTO DE CORTE	PUNTUACIÓN OBTENIDA
ESCALA GLOBAL (rango 0-51)	15	8
Reexperimentación (rango 0-15)	5	2
Evitación (rango 0-21)	6	2
Aumento de la activación (Rango 0-15)	4	4

Anexo XVII

Observación hetero aplicada (febrero)	
Siendo 0: nunca, 1: casi nunca, 2: casi siempre y 3: siempre.	
Escala de habilidades de comunicación	
9. Tener un buen estilo de comunicación	2
10. Ser asertiva	2
11. Hacer un buen uso de los componentes verbales en la comunicación (argumentar, expresarse de forma clara, etc.)	3
12. Hacer un buen uso de los componentes no verbales (mirada, postura, etc.)	2
13. Decir no y expresar sus derechos	2
14. Mantener un diálogo pausado	2
15. Mantener la calma a lo largo de la conversación	2
16. Empezar un tema de conversación y terminarlo	2
Escala de estrategias de afrontamiento	
9. Suele afrontar las situaciones.	3
10. Tiene una actitud positiva.	3
11. Suele identificar sus pensamientos y emociones	2
12. Suele reflexionar sobre las cosas que le ocurren	2
13. Con frecuencia suele relajarse y ver desde otras perspectivas la situación.	2
14. El estilo de afrontamiento suele ser adaptativo	2
15. No suele utilizar la evitación como estrategia.	2
16. Recurre a su entorno social	3

Anexo XVIII

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

NOMBRE:	EDAD:	FECHA EVAL:
1	Luché para resolver el problema	0 1 2 3 4
2	Me culpé a mí mismo	0 1 2 3 4
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0 1 2 3 4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0 1 2 3 4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema	0 1 2 3 4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0 1 2 3 4
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0 1 2 3 4
8	Pasé algún tiempo solo	0 1 2 3 4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0 1 2 3 4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0 1 2 3 4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía	0 1 2 3 4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0 1 2 3 4
13	Hablé con una persona de confianza	0 1 2 3 4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0 1 2 3 4
15	Traté de olvidar por completo el asunto	0 1 2 3 4
16	Evité estar con gente	0 1 2 3 4
17	Hice frente al problema	0 1 2 3 4
18	Me criticqué por lo ocurrido	0 1 2 3 4
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir	0 1 2 3 4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0 1 2 3 4
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano	0 1 2 3 4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0 1 2 3 4
23	Quitó importancia a la situación y no quise preocuparme más	0 1 2 3 4
24	Oculté lo que pensaba y sentía	0 1 2 3 4
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0 1 2 3 4
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0 1 2 3 4
27	Dejé desahogar mis emociones	0 1 2 3 4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0 1 2 3 4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos	0 1 2 3 4
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0 1 2 3 4
31	Me comporté como si nada hubiera pasado	0 1 2 3 4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía	0 1 2 3 4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0 1 2 3 4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0 1 2 3 4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0 1 2 3 4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0 1 2 3 4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeta	0 1 2 3 4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	0 1 2 3 4
39	Evité pensar o hacer nada	0 1 2 3 4
40	Traté de ocultar mis sentimientos	0 1 2 3 4
	Me consideré capaz de afrontar la situación	0 1 2 3 4

FIN DE LA PRUEBA

	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EMP	RES
PD								
PC								
A cumplimentar por el evaluador								

Anexo XIX

¿Sigues sintiendo sentimientos de culpa, indefensión y con falta de control como me comentaste en la primera sesión?

No, ya entiendo todo mejor.

¿En qué punto se encuentra la relación con tu hijo?

Mucho mejor que antes, me veo con más habilidades y estrategias para afrontar la situación y a la hora de hablar con él me siento bien.

Con respecto a las conductas de evitación que relataste en las primeras sesiones ¿Crees que las sigues realizando?

No, ahora afronto todo.