



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso: 2018-2019

Trabajo Fin de Máster

Propuesta de intervención en un caso de estrés postraumático y su efectividad sobre el estilo parental

Autora: María Cárceles Mateo

Tutora: Antonia Pelegrín Muñoz

Convocatoria: JUNIO.

Resumen

En este artículo se presenta un caso de un supuesto trastorno de estrés postraumático con síntomas disociativos, de acuerdo con el DSM-5 y su reciprocidad sobre el estilo parental, desarrollado y mantenido por un déficit en estrategias de afrontamiento, adquirido desde la infancia. Una mujer de 42 años, divorciada hace 2 años, acude a consulta sin conciencia de enfermedad, preocupada por sus hijos, porque cree firmemente que están siendo utilizados por su exmarido para seguir maltratándola, con una gran angustia y frustración, con signos evidentes de sobre activación fisiológica, bloqueo mental y emocional, mayormente la quincena de cada mes que tiene a sus hijos. Los instrumentos para la evaluación son: (EGEP-5) Evaluación Global del Estrés Postraumático; (BDI-II) Inventario de Depresión de Beck-II; (STAI) Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo; (EPQ-R) Cuestionario de Personalidad de Eysenck-R; (EHS) Escala de Habilidades Sociales y autorregistros. Las técnicas empleadas fueron: la conceptualización del problema que incide sobre la cronicidad, forma, desarrollo y mantenimiento del trastorno; la terapia cognitivo conductual basada en el modelo de condicionamiento; y las teorías de indefensión aprendida y procesamiento de la información. La duración de la terapia fue de 8 sesiones, cada sesión de 60 a 90 minutos, durante 6 meses. El post-test se realizó a los 2 meses de la última sesión. Los resultados expuestos sobre el efecto del cambio de la línea base han sido excelentes. Se han valorado variables como la personalidad, consiguiendo al tiempo la efectividad esperada sobre la mejora de un estilo parental más sano y adecuado.

Palabras-clave: caso único, estrés postraumático, estilo parental, violencia de género, violencia psicológica.

Abstract

This article presents a case of an alleged post-traumatic stress disorder with dissociative symptoms, according to the DSM-5 and its reciprocity on the parental style, developed and maintained by a deficit in confrontation strategies, acquired since childhood. A 42-year-old woman, divorced two years ago, goes to the clinic without awareness of illness, worried about her children, because she firmly believes that they are being used by her ex-husband to continue mistreating her, with great anguish and frustration, with obvious signs of physiological over activation, mental and emotional block, mostly during the fortnight of each month that she has her children. The instruments for evaluation are: (EGEP-5) Global Evaluation of Posttraumatic Stress; (BDI-II) Beck-II Depression Inventory; (STAI) State-Trait Anxiety Questionnaire; (EPQ-R) Eysenck-R Personality Questionnaire; (EHS) Scale of Social Skills and self-records.

The techniques used were: the conceptualization of the problem that affects the chronicity, form, development and maintenance of the disorder; cognitive behavioral therapy based on the conditioning model; and theories of learned helplessness and information processing. The duration of the therapy was 8 sessions, each session from 60 to 90 minutes, for 6 months. The post-test was carried out 2 months after the last session. The results presented on the effect of the change of the baseline have been excellent. Variables such as personality have been valued, while at the same time achieving the expected effectiveness on the improvement of a healthier and more adequate parental style.

Keywords: unique case, post-traumatic stress, parental style, gender violence, psychological violence.

Introducción

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEP), surge cuando la persona se haya expuesta en una experiencia ante la muerte, de lesión grave, violencia física o sexual y en la que vea amenazada su integridad, tanto física como psicológica, sea real o interpretada como tal, intensamente emocional, dando lugar a una respuesta de miedo, horror o indefensión (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Báguena, 2003; Echeburúa, De Corral y Amor, 2014; Samper, 2016). Se dan con síntomas de intrusión asociados a la experiencia, evitación constante a estímulos relacionados con el suceso, alteraciones negativas cognitivas y emocionales que empeoran en el tiempo, con vigilancia reactiva y síntomas disociativos (APA, 2014).

Las causas que favorecen el TEP son las agresiones intencionadas, por su incuestionable finalidad sobre provocar daño o sufrimiento, con una crueldad que genera pérdida sobre la confianza del ser humano (Amor, Echeburúa, De Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002; Echeburúa et al., 2014; Martín y de Paúl, 2004). Factor que se cumple en los casos de mujeres que han sufrido algún tipo de Violencia de Género (VG), con una prevalencia de más de un 60% de algún tipo de los trastornos de estrés (Aguirre et al. 2010; Labrador, Fernández y Rincón, 2006; Echeburúa et al. 2014). No obstante, el 100 % presenta cierto tipo de esta sintomatología y un 21% presenta un TEP crónico según Aguirre, et al. (2010).

En este perfil, mujeres de VG, existe una variabilidad entre los estudios en la prevalencia del TEP, que puede ser debido a características individuales, como la personalidad, la intensidad del suceso, la duración y el nivel de proximidad del agresor (Paris, 2002; Samper, 2016; Santandreu y Ferrer, 2014). Por lo que los antecedentes familiares, experiencias en la etapa infantil y personalidad, es también, decisivo para un TEP (Labrador, Rincón, De Luis y Fernández, 2004; Paris, 2002; Santandreu y Ferrer, 2014).

Entonces, los rasgos individuales propios de la personalidad en estas mujeres que son víctimas de VG, pueden marcar diferencias entre unos niveles adecuados a otros deficientes de afrontamiento, estos últimos, añaden un cúmulo de problemas, conductas de riesgos o sesgos en creencias, además de resistencias al tratamiento (Bermúdez, Pérez, Ruiz, Sanjuán y Rueda, 2011; Echeburúa et al. 2014; Moscoso, 2014).

Así mismo, la relación de estas mujeres con sus hijos también está sensiblemente afectada, puesto que, las características del TEP y el bloqueo emocional, suman dificultades para poder amar, repercutiendo negativamente sobre un estilo parental adecuado (Alcántara, López-Soler, Castro y López, 2013; Asensi, 2007; Echeburúa et al. 2014; Ordóñez y González, 2012; Patró y Limiñana, 2005). Este es un déficit potencialmente destructor que trasciende a las generaciones (Sánchez, 2017).

Marco teórico que explica el tratamiento

La terapia psicológica (TP) es el tratamiento de primera elección (Alderman, McCarthy y Marwood, 2009). Entre las TP, se hallan la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular (EMDR), terapias psicodinámicas, grupales, maritales y familiares, de rehabilitación social, hipnosis... (Astin y Resick, 2007; Báguena, 2003; Echeburúa et al., 2014).

Por lo que el tratamiento farmacológico debe ser indicado sólo en casos en los que se detecte una grave afectación, sobre la funcionalidad de la vida diaria o alteraciones graves dentro de los síntomas del trauma. Donde los antidepresivos, los inhibidores de la recaptación de la serotonina, son los más utilizados, como la sertralina (Alderman, et al. 2009; Echeburúa et al. 2014).

Justificación del interés del estudio

Es importante centrar y dar un espacio significativo a los rasgos característicos de la personalidad junto a las experiencias previas desde la infancia, porque por un lado, se explican diferencias sobre los estilos de afrontamientos adquiridos y el modo de percibir los sucesos amenazantes, al tiempo que se obtienen técnicas de afrontamiento adecuadas que refuercen las deficientes, por lo que aportan una visión actual importante en el estudio del TEP y sobre cómo ha llegado a fomentar respuestas fisiológicas, motoras, emocionales, recursos materiales, sociales...(estrés percibido) y por el otro, su incidencia inmediata sobre su bienestar, mantenimiento del problema y tipo de relación parental.

Objetivo del estudio

Por lo que el objetivo de este trabajo está dirigido a llevar una secuencia de estrategias estructuradas sobre la valoración y estudio de un caso único, mediante el conocimiento, desarrollo y comprensión de su historia previa, componentes propios de su personalidad, así como situación actual y nivel de afectación sobre el estilo parental, que derive en una elección de tratamiento aplicado a una relación secuencial y eficaz, sobre los cambios deseables partiendo de una línea base (A-B) obtenida con las técnicas estandarizadas, seleccionadas sobre la hipótesis del caso y el análisis funcional.

Anamnesis

Identificación del caso y motivo de consulta

I.R. es una mujer de 42 años, divorciada con dos hijos, de 10 y 15 años, vive en un pueblo distinto pero cercano al de su exmarido, por lo que no implica cambios significativos en la rutina de sus hijos, en los 15 días de cada mes que están con ella (custodia compartida), su trabajo es eventual.

Acude a consulta con el motivo de participar en un programa de estilos parentales, en el que está muy interesada, a lo largo de la conversación se le detecta una gran preocupación por conseguir demostrar el maltrato, sobre todo psicológico, que según refiere, ha sido sometida por parte de su exmarido durante 22 años.

Al relatar sobre los días que tiene a sus hijos, se aprecia un malestar que trasciende a las visitas y mensajes realizados para comunicarse con ellos los días que están con su padre, porque está convencida y quiere demostrar, que sus hijos están siendo influidos por su padre, ya que asegura que sigue queriendo manipularla por medio de ellos.

Relata que el pequeño tiene problemas somáticos, dolores de cabeza y dolor de tripa (ha intentado que los médicos certifiquen su teoría), el mayor se encuentra en constante enfrentamiento contra ella, echándole en cara cosas que ha hecho o ha decidido sin contar con él.

En su encrucijada por demostrar su verdad y liberarse de sus miedos, lleva años envuelta en actividades, según afirma, le ayudan a cambiar su injusticia, las que comenzaron coincidiendo con el nacimiento de su primer hijo, como ser miembro del AMPA del colegio de sus hijos, en la que conoció una psicóloga y empezó a tomar conciencia de su situación. Después intentó varias veces ir a terapia con su marido, pero él decía que no le hacía falta, lo que le llenaba más de angustia. En la actualidad, ha conocido una asociación feminista que refiere no haberle gustado nada. Y desde hace un año aproximado, es voluntaria en una ONG de índole internacional, en la que ha encontrado apoyo, formación y muchos ámbitos en los que desarrollarse personalmente, pero sigue sin sentirse bien, “está agotada de tanto luchar”.

Tabla 1

Sintomatología significativa de I.R., psicológica, fisiológica y variables sociales, que dan respuesta a los criterios del TEP según DSM-5, 309.81 (F43.10).

<u>Psicológica</u>	<p>– Temor y angustia desde distintas perspectivas:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Sus hijos y relación con el padre.▪ Conseguir justicia para aliviarse del pasado.▪ Bloqueo mental, intenso sentimiento de indefensión y nula capacidad de reacción, asustada a la vez con rabia por como se percibe. <p>– La relación con sus hijos contaminada con creencias:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ “Intenta dominarme por medio de mis hijos”▪ “No estoy segura”▪ “Tiene a mis hijos en contra”▪ “Sigue actuando”▪ “Haga lo que haga no puedo demostrar todo lo que ha hecho”▪ “Temo que aproveche cualquier cosa para poder dominarme”
<u>Fisiológica.</u>	<p>– Alto grado de tensión muscular, hipervigilante, ansiosa, angustiada, sueño irregular, nutrición y actividad física deficiente.</p>
<u>Variables sociales.</u>	<p>– Incapacidad en reaccionar ante las situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Vida diaria, más intensa cuando está con sus hijos.▪ Recibir e-mails del padre.▪ En lugares en los que lo ha visto anteriormente (según le espía y graba en el móvil). <p>– Diversos contextos sociales:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Se siente extraña en grupo.▪ Dificultad para expresarse verbalmente, pero por escrito se desenvuelve muy bien (falta de habilidades asertivas en los dos contextos).▪ Incapacidad sobre:<ul style="list-style-type: none">Conducir en lugares nuevos.Trabajos nuevos.Organización en sus tareas diarias.Organizar actividades con sus hijos, sean tareas necesarias como de ocio.

A continuación, se muestra en la Figura 1 el genograma de I.R., desde su infancia hasta la actualidad, con los eventos más significativos, etapas y tipo de relación junto a las consecuencias que han marcado los déficit y refuerzos sobre su forma de afrontamiento a eventos estresantes. Seguido de la Figura 2, la que muestra una breve descripción de predisposiciones y eventos que reportan en maltrato durante 22 años.

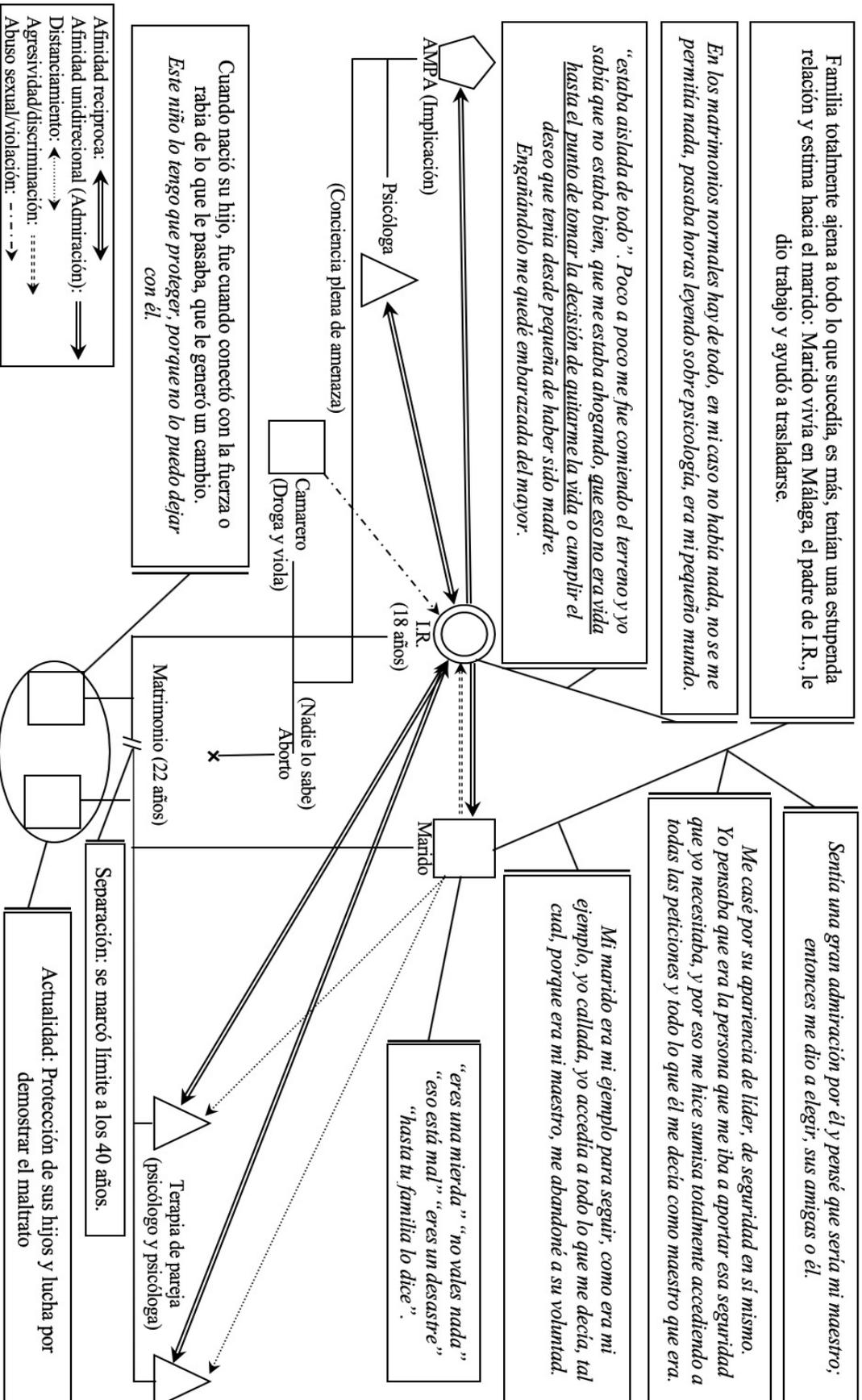


Figura 2. Exposición descriptiva sobre formas en la relación que reflejan maltrato psicológico sufrido durante 22 años de matrimonio de I.R.

Hipótesis funcional del caso

Historia previa

En base a una deficiente figuras de referencia y seguridad en su infancia, abusos, discriminación (bullying), escasez de apoyo social y características de personalidad, I.R. adquirió supuestamente una creencia de autoprotección sobre sí misma y todo lo que le rodeaba, reconociendo su soledad como lugar seguro. Por este motivo obtuvo deficientes herramientas de afrontamiento, mostrándose indefensa y con incapacidad de reacción ante el maltrato. Y terminó ejerciendo estrategias de supervivencia y de protección, posteriormente sobre sus hijos hasta la actualidad. Por lo que se aplica el siguiente análisis funcional en la Tabla 2, en la que muestra las situaciones que le crean malestar y mantienen el TEP.

Tabla 2
Análisis funcional de la conducta problema de I.R.

E.*	O. **	COND. ***	CONS. ****
- Días antes de la quincena que empiece y los que está con sus hijos	<p><u>R. cognitivas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - “intenta dominarme por medio de mis hijos” - “no estoy segura” - “tiene a mis hijos en contra” - “sigue actuando como antes” - “haga lo que haga no puedo demostrar todo lo que ha hecho” - “temo que aproveche cualquier cosa para poder dominarme” - “utiliza a mis hijos y sufren” - “cuando vienen hablan influenciados por él” <p><u>R. fisiológicas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tensión muscular. - Ansiedad y confusión. - No duerme bien. - Cuidado nutricional empobrecido. - Actividad física nula. - Rabia por como se percibe. 	<p><u>Evitación/escape</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Recurrir a amistades para aclarare mentalmente. - Leer libros de autoayuda para saber que hacer. - No frecuentar lugares donde puede verla su exmarido. - Desinhibe mentalmente. <p><u>Defensa.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - “tengo que conseguir demostrar que fui maltratada para que deje de hacerlo” - Acudir al: Abogado para demostrar maltrato. Médico con su hijo para demostrar efecto de la influencia del padre. Urgencias con crisis de ansiedad para certificar maltrato. 	<p><u>Alivio de:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad. - Frustración. - Sentimiento de injusticia. - Rabia. - Indefensión. <p><i>Se cronifican todas las respuestas y conductas de escape/evitación y defensa.</i></p> <p><u>+Fisiológico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento de todas las reacciones fisiológicas que pretende aliviar. <p><u>+Cognitivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Reafirmación en todas las creencias que mantienen el TEP. - Mayor sentimiento de incapacidad y control. <p><u>+Conducta:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad para: Organizarse en casa. Conducir en lugares nuevos. Relacionarse en grupo y compañeros de trabajo. Dificultad para expresarse oralmente.

*ESTÍMULO, son situaciones que le producen malestar.

** ORGANISMO, es la respuesta que él hace en relación con el estímulo aversivo.

*** CONDUCTA, lo que hace para aliviar ese malestar.

**** CONSECUENCIAS, resultado a corto, medio y largo plazo del resultado de esa conducta.

Grado de conciencia de enfermedad y motivación hacia el tratamiento

I.R., en principio no tenía conciencia de enfermedad, puesto que el motivo de la consulta se hallaba enfocada sobre la dificultad en la relación con sus hijos y solucionar lo que ella pensaba que era el problema, la mala influencia de su exmarido, pero con una motivación y perspectiva muy alta hacia la terapia, porque tiene conocimientos de psicología y cree en su efectividad.

Estrategias de evaluación

I.R. supuestamente cumple con los criterios del DSM-5 (APA, 2014) de un TEP con síntomas disociativos sin expresión retardada que repercute sobre su estilo parental, para ello se utilizaron dos sesiones dedicadas a su análisis y a la conceptualización de los síntomas y problema.

Instrumentos

Las técnicas utilizadas para la evaluación son:

- Entrevista con preguntas abiertas: motivo de la consulta, duración del problema, historia previa, familia y relación con ellos, trabajo, educación y ambiciones, consumo de sustancias, previas consultas médicas y psicológicas, expectativas de recuperación.

A continuación, se exponen las escalas y cuestionarios utilizados, en función de las variables que intervienen en el TEP (EGEP-5, BDI-II y STAI), así como de personalidad, que pueda explicar la predisposición y modo de solventar problemas (EPQ-R), por último, sobre habilidades sociales asertivas (EHS), que influyan en un buen estilo parental. Aplicación individual en papel y lápiz.

- Escalas:

— EGEP-5. Evaluación Global de Estrés Postraumático.

Autoras: Crespo, Gómez y Soberón (2017).

Evaluación de la sintomatología postraumática y diagnóstico del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en víctimas de distintos acontecimientos traumáticos.

Compone 58 Ítems agrupados en 3 *secciones* que evalúan el TEPT de acuerdo con el DSM-5 (APA, 2014):

1. Acontecimientos traumáticos de acuerdo con los criterios: A1 a A4, evalúa la experimentación del suceso (ítems 1-26), con 11 tipos de eventos traumáticos que debe señalar (me sucedió/lo presencié directamente pero no me sucedió/le sucedió a alguien cercano), una respuesta abierta a los siguientes ítems de elección según coincida: de tipo Likert con elección de leve a extrema (13); elección cuando en el tiempo sufrió el acontecimiento (ítems 14), las veces que ocurrió (15) y con preguntas dicotómicas SI/NO (16-26).

2. Síntomas de acuerdo con los criterios D, C y E (ítems 27-46), agrupados en escalas, con ítems de tipo dicotómico (Si/No), otras que debe señalar si le sucedió y otras de tipo Likert de 0 a 4 (donde 0= ninguna y 4= es extrema):

- *Síntomas intrusivos* (I), criterio B (ítems 27-31).

- *Evitación* (E), criterio C (ítems 32-33).

- *Alteraciones Cognitivas y del Estado del Ánimo* (C), criterio D (ítems 34-40).

- *Alteraciones de la activación y reactividad* (A), criterio E (ítems 41-46).

En los 5 últimos ítems, tres evalúan presencia e intensidad de los síntomas de *Despersonalización y Desrealización* (47-49), del nuevo subtipo de TEPT en el DSM-5 y dos (50 y 51), para la duración de la sintomatología (criterio F) y si es con *expresión retardada*, respectivamente.

3. *Funcionamiento* (F) de acuerdo con los criterios G, evalúa el funcionamiento en general y el grado en que la sintomatología influye en este, (ítems 52-58), con ítems de tipo dicotómico (Si/No).

Con una fiabilidad interna de presencia de un α Cronbach = .56 a .87, de intensidad un α Cronbach =.71 a .91, en sus escalas superiores con un α Cronbach=.91., cada ítem con la escala a la que pertenecen de un α Cronbach = .72 a .86, con cada ítem y la puntuación total de síntomas, con un α Cronbach = .91 en todas y una validez de constructo superior a $r = .60$.

— BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II.

Autor: Beck, Steer y Brown (1996).

Adaptación española: Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández. Última revisión (2011).

Compuesto por 21 ítems de tipo Likert.

Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima de la prueba son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, *mínima depresión*; 14-19, *depresión leve*; 20-28, *depresión moderada* y 29-63, *depresión grave*.

El coeficiente de fiabilidad se basa exclusivamente en la consistencia interna, los coeficientes son elevados superiores a $r = 0.85$. Desde la perspectiva de la validez convergente, la correlación con la evaluación clínica de la depresión oscila de $r = .62$ a $.66$.

— EHS. Escala de Habilidades Sociales.

Autor. Gismero (2010).

Compuesta por 33 ítems, 28 de los cuales están relacionados con la falta de aserción o de habilidades sociales y 5 en sentido positivo. Con 4 alternativas de respuesta, desde “No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría” a “Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos”, a mayor puntuación, mayor habilidades sociales y capacidad asertiva.

Evalúa 6 factores: *Autoexpresión en Situaciones Sociales (I)*, *Defensa de dos Propios Derechos como Consumidor (II)*, *Expresión de Enfado o Disconformidad (III)*, *Decir No y Cortar Interacciones*, *Hacer Peticiones (V)*, *Iniciar Interacciones Positivas con el Sexo Opuesto (IV)*, y una puntuación *Global (Glo.)*.

Su fiabilidad es de α Cronbach =.88 y una validez con una correlación de $r = .74$ a .80.

▪ Cuestionarios:

— EPQ-R y EPQ-RS. Cuestionario de Personalidad de Eysenck – Revisado.

Autor: Eysenck y Eysenck (1991).

Adaptadores: Ortet, Ibáñez, Ipola y Silva (2008).

Su finalidad es la evaluación de tres dimensiones básicas de la personalidad:

Extraversión, escala *E*; *Emotividad*, escala de *Neuroticismo o N* y *Dureza*, escala de *Psicoticismo o P*; una escala de *Disimulo/Conformidad (escala L)*.

Respuestas dicotómicas, emplea la técnica de la elección forzada: (SI - NO) y consta de 83 ítems.

Su índice de fiabilidad es de α Cronbach=.71 a .86; su validez es de un $r = .74$.

— STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo.

Autor: Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970).

Adaptadores: Buela-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos, 9ª ed. revisada (2015).

Autoevaluación de la ansiedad:

Como estado transitorio, *Ansiedad Estado (A/E)*, que evalúa un estado emocional temporal, con sentimientos subjetivos y conscientes, con una focalización aprensiva y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo.

Como rasgo latente *Ansiedad Rasgo (A/R)*, señala una preferencia ansiosa, relativamente estable, la tendencia diferencial entre las personas respecto a su percepción de las situaciones como amenazadoras.

Compuesto por 40 ítems tipo Likert, con una escala que va desde 0 a 60 puntos y de 0 a 3 puntos por cada elemento. En la A/E, la escala va de 0 (Nada) a 3 (Mucho), mientras que en la A/R comprende de 0 (Casi nunca) a 3 (Casi siempre).

El punto de corte elegido para la población femenina en el STAI -E/R es de 31 (correspondiente al percentil 75). La consistencia interna de esta escala varía de α *Cronbach*=.83 a .92. Por otra parte, la validez convergente con otras medidas de ansiedad oscila entre $r = .58$ y $.79$.

Tratamiento

Elección del tratamiento

La elección del tratamiento es la TCC con exposición, coincidiendo con la evidencia encontrada en los estudios y resultados sobre intervenciones en el TEP (Alderman et al., 2009; Astin y Resick, 2007; Báguena, 2003; Echeburúa et al., 2014).

Se ha elegido en base a la etiología del TEP explicada por el modelo y las teorías siguientes (Astin y Resick, 2007; Báguena, 2003; Echeburúa et al. 2014):

–*Modelo de condicionamiento*, explica la ansiedad ante el recuerdo del trauma y emplea técnicas para el control de la ansiedad.

–*Las teorías:*

De la indefensión aprendida, que explica los síntomas invasivos y se utiliza *la terapia de exposición combinada en imaginación* de los recuerdos y los estímulos que se temen o evitan del trauma.

El procesamiento de la información, en la que se expone la distorsión cognitiva de base a la disfuncionalidad en nuevas adaptaciones, *la terapia de procesamiento cognitivo*.

Debido a las peculiaridades del caso: rasgos característicos de personalidad, duración del suceso, supuestas técnicas de afrontamiento adquiridas desde la infancia y el estímulo que actualmente le activa el TEP (sus hijos), con síntomas disociativos y resistencia hacia la terapia de exposición (Echeburúa et al. 2014). Se ha trabajado prioritariamente la conceptualización, se incluye e insiste sobre las técnicas de respiración y Mindfulness (Siegel, 2011), seguido de la Terapia Racional Emotiva Conductual [(TREC) Ellis, 2000] y la exposición en último lugar (Meichenbaum, 1985).

Hipótesis

I.R. supuestamente sufre de un Trastorno de Estrés Postraumático de acuerdo con el DSM-5, 309.81 (F43.10) con síntomas disociativos, adquirido por maltrato psicológico sufrido durante 22 años, con un grado de cronicidad, persistencia y forma, altamente condicionadas por un déficit de estrategias de afrontamiento, adquiridas aparentemente en la infancia y su inmediata repercusión sobre la relación con sus hijos.

Objetivo general

Trabajar la reducción progresiva del estrés postraumático mediante el tratamiento de elección, que produzca una mejora significativa y congruente sobre el estilo parental.

Objetivos que alcanzar según el análisis funcional

1. Aprender y entrenar técnicas de relajación y atención plena (Mindfulness).
2. Recobrar la sensación de autocontrol, separación mental y física, de los hechos estresantes y responsabilidad de cada persona implicada en esos sucesos.
3. Recuperar y fortalecer estrategias cognitivas que beneficien el bienestar mental con conciencia centrada en el presente.
4. Aprender el refuerzo positivo a modo de elogios, atenciones... inmediatamente al esfuerzo sobre los cambios conductuales o exposiciones para reforzar el cambio.
5. Manejar los estresores que superan la autoevaluación sobre el poder que se tiene en ese acontecimiento, eliminando bloqueo mental, sentimiento de rabia o indefensión.
6. Incorporar hábitos de sueño y descanso.
7. Recuperar actividades agradables con sus hijos.
8. Establecer normas de orden, planificación de tareas y nuevas distribuciones más funcionales en casa, saber delegar tareas y compartir.
9. Poner en práctica estrategias aprendidas mediante exposición de los eventos estresantes.

Aplicación del tratamiento

La duración de la terapia fue de 8 sesiones. Una vez cada semana las primeras 4 sesiones, las 4 siguientes cada mes.

Una última sesión a los dos meses (10/04/2019), para el repaso de los avances conseguidos, del entrenamiento en las técnicas empleadas y atención a las necesidades que pudiera tener, así como también, empleo de los cuestionarios y escalas estandarizadas con los que se consiguen los datos del post-tratamiento.

Por último, elaboración de un esquema de puntos concretos, que le recuerde el trabajo a seguir en la consolidación del entrenamiento y como prevención de recaídas.

La duración de cada sesión fue de 60 a 90 minutos aproximadamente.

En la primera sesión, aparte de la entrevista inicial y la aplicación de las escalas y cuestionarios estandarizados, se le dio a I.R., herramientas de respiración y atención plena (Mindfulness), indicando su importancia sobre los beneficios en el organismo y la facilitación de los aprendizajes, por lo que debía practicar hasta aprender y añadirlas a las demás técnicas posteriores.

En la Tabla 3, se muestran las fechas junto al número de las sesiones, el objetivo que se trabajó en cada una y una breve descripción de las herramientas, técnicas y entrenamiento que dieron lugar

Tabla 3

Descripción de las sesiones, fecha, número, objetivo/s (...) y plan de intervención.

11/09/2018	<p>1ª Sesión: [1.]. Motivo consulta. Alianza terapéutica. Técnicas de respiración y atención plena (TR y AP). Consentimiento informado. Aplicación de las escalas y cuestionarios estandarizados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista con preguntas abiertas. ▪ Uso del DRIVE y e-mail para: la documentación, comunicación e información necesaria a lo largo de la terapia. ▪ Alianza terapéutica y firma consentimiento informado.
18/09/2018	<p>2ª Sesión: [1. y 2.]. Conceptualizar el TEPT y efecto sobre el estilo parental, rasgos de personalidad, aprendizajes y sucesos en la infancia posibilitaron la forma y cronificación del problema. Establecer plan de intervención. Practicar TR y AP.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipótesis sobre el problema y explicación (Figura 8, Tabla 2 y Figura 3): - Dimensiones de personalidad. Análisis funcional. Esquema del origen. Mantenimiento del problema. ▪ Conceptualización del TEP y estilos parentales adecuados (responsabilidad en la educación afectiva).
25/09/2018	<p>3ª Sesión: [1. y 3.] Repaso de la semana y TR y AP. Atención a las necesidades que surjan. Conocer la Terapia Racional Emotiva (TREC) y registrar pensamientos irracionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicoterapia cognitiva: explicación del A-B-C de la TREC. ▪ Uso del e-mail como registro de pensamientos, situaciones estresantes y niveles de ansiedad (porque le resulta más fácil). ▪ Recomendación lectura (Ellis, 2000) y para desarrollar la atención para alcanzar la excelencia (Goleman, 2013).
09/10/2018	<p>4ª Sesión: [1., 3., 4. y 5.]. Repaso de la semana y atención a las necesidades que surjan. Tarea de las TREC, TR y AP. Aprender como funciona el sistema de defensa y evitación. Aplicar la TREC, TR y AP en situaciones de alarma. Explicar la indefensión aprendida y su efecto, manejo de situaciones estresantes y puesta en práctica de lo aprendido.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicación de los registros recibidos vía e-mail. ▪ Vídeos: <ul style="list-style-type: none"> - Sistema de afrontamiento psicofisiológico ante situaciones amenazantes y efecto a corto y largo plazo, de modo desadaptativo, sistema regulado mediante el aprendizaje (Pérez, 2014; Prado, 2010). - Refuerzos adecuados y utilización de los premios sobre la educación de los hijos (Ser Padres, 2013).
13/11/2018	<p>5ª Sesión: [1., 6., 7. y 8.]. Repaso de la semana, la TR y AP. Atención a las necesidades que surjan. Estrategias para la higiene del sueño y gestión de tiempo para ordenar tareas domésticas, compartidas y sola.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Feedback de información y experiencias incluyendo técnicas aprendidas. ▪ Planear tareas de actividades agradables (con hijos y sola). ▪ Implicación de los hijos en tareas de la casa. ▪ Planificación programa de higiene del sueño. ▪ Establecer estrategias de planificación y orden para conseguir funcionalidad diaria en casa.
18/12/2018	<p>6ª Sesión: [1. y 9.]. Repaso de la semana y atención a las necesidades que surjan, la TR y AP. Repaso de la TREC. Exposición: concepto, explicación del sistema de retroalimentación y necesidad de exposición, empleo de las técnicas aprendidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicación de la exposición en imaginación y en vivo, realización de un listado de situaciones y niveles de ansiedad a la exposición (sub = 0-100). ▪ Conceptualización y aprendizaje de la terapia de exposición en imaginación y en vivo. ▪ Repaso de los focos atencionales y resultados sobre el trabajo de las actividades planteadas. ▪ Actuar sobre activaciones interoceptivas para emplear la exposición en imaginación. ▪ Compromiso para dejar de utilizar las amistades como reafirmación sobre las decisiones importantes, que estén directamente asociadas a trabajar la exposición.
15/01/2019	<p>7ª Sesión: [1., 3., 8. y 9.]. Repaso de la semana y atención a las necesidades que surjan, la TR y AP.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Repaso de las actividades que I.R. ha puesto en práctica, beneficios prácticos de la exposición. ▪ Concienciación sobre la iniciativa en la educación de sus hijos. ▪ Libros de lectura: El cerebro del niño explicado a los padres (Bilbao, 2015).
19/02/2019	<p>8ª Sesión: Repaso de la semana y atención a las necesidades. Prevención de recaídas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Repaso de reforzadores positivos y demás técnicas aplicadas a experiencias de I.R. ▪ Dejar abiertas los medios de comunicación para la recogida de cualquier necesidad o información. ▪ Pautas para la prevención de recaídas.

A continuación, en la Figura 3 se muestra el esquema creado y utilizado en la 2ª sesión para representar el origen, desarrollo, mantenimiento y las variables en las que se trabajará para realizar el cambio y eliminación de la conducta problema.

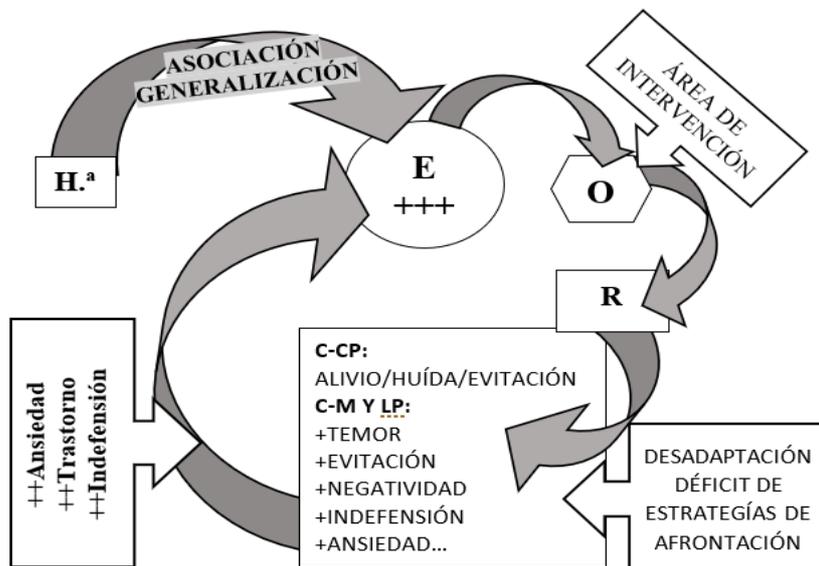


Figura 3. Esquema explicación de origen, desarrollo, mantenimiento y variables objeto de intervención sobre problema y su cambio

- H.a:** historia previa de eventos estresantes/traumáticos/aprendizaje desadaptativo
E: estímulo de evento amenazante subjetivamente.
O: lo referente al organismo de la persona, pensamientos, emociones, fisiológico/motor.
R: respuesta desde lo cognitivo, fisiológico y conductual.
C: consecuencias a corto, medio y largo plazo.

Diseño del estudio

El modelo básico del diseño de caso único está compuesto por dos fases, A - B.

En la FASE A se toman medidas en ausencia de tratamiento PRE-TEST, mientras que en la FASE B, se toman las medidas del POST-TEST, terminado este.

La intervención se realiza después de establecerse la línea base, se espera un efecto que provoque cambio en la orientación de la conducta. Si se produce este cambio de nivel o de tenencia, se puede deducir que así es.

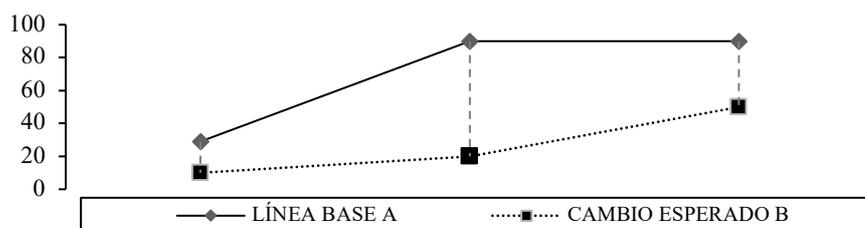


Figura 4. Ejemplo de caso único cumpuesto de dos fases: A-B

Inconvenientes: el diseño A-B puede tener algunos problemas con respecto a la validez interna. Factores que posiblemente enmascaren el efecto del tratamiento como su historia previa, la madurez o la reactividad experimental, es decir, el efecto de deseabilidad a ser aprobado. Por eso, se ha de tener criterio y basarse en otras variables, contar con la que puedan influir negativamente sobre esta validez.

Resultados

En este apartado se expone los resultados de las técnicas estandarizadas (Tabla 5) del pre y post-test de acuerdo con el diseño (N=1), excepto el cuestionario EPQ-R, puesto que se utiliza para determinar rasgos de personalidad, con lo que explicar el curso de estrategias adquiridas tras los acontecimientos estresantes.

Tabla 5
Descriptiva de los resultados en el pre y post test de las técnicas estandarizadas del modelo A-B, estudio experimental caso único.

	EGEP 5		BDI-II		STAI		EPQ-R/POS-TEST			EHS			
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	D***	T***	PC***	PRE	POST		
TEPT	SI	NO	15	0	A/E	75	5	E	42	20	I	5	90
D*	SI	SI			A/R	17	13	N	32	4	II	15	45
ER**	NO	NO						P	57	75	III	65	99
I	50	10						L	49	45	IV	35	99
E	45	10									V	75	96
C	70	1									VI	5	99
A	70	1									Glo	25	98
Total	65	2											
F	35	10											

*Despersonalización/desrealización (síntomas disociativos)

**Con Expresión retardada

***Dimensiones (D), puntuaciones transformadas (T) y percentiles (PC)

A continuación, se exponen los resultados de la escala EGEP-5 (ver Tabla 5), que evalúa la sintomatología y diagnóstico del trastorno de estrés postraumático. Por un lado, vemos que I.R. cumple los criterios para el TEP (pre = SI y un post = NO), siguiendo con las especificaciones, ha obtenido sobre el criterio síntomas disociativos de despersonalización y desrealización (pre = SI y un post = NO), sin expresión retardada (pre y post= NO).

Por otro lado, en la Figura 5, se aprecia los siguientes datos, sobre la intensidad de los síntomas: *Intrusivos I* (pre = 50; post = 10), *Evitación E* (pre = 45; post = 10), *Alteraciones Cognitivas y de Estado del Ánimo C* (pre = 70; post = 1), *Alteraciones en la Activación y Reactividad A* (pre = 70; post = 1), *Puntuación Total T* (pre = 65; post = 2) y *Funcionamiento F* (pre = 35; post = 10).

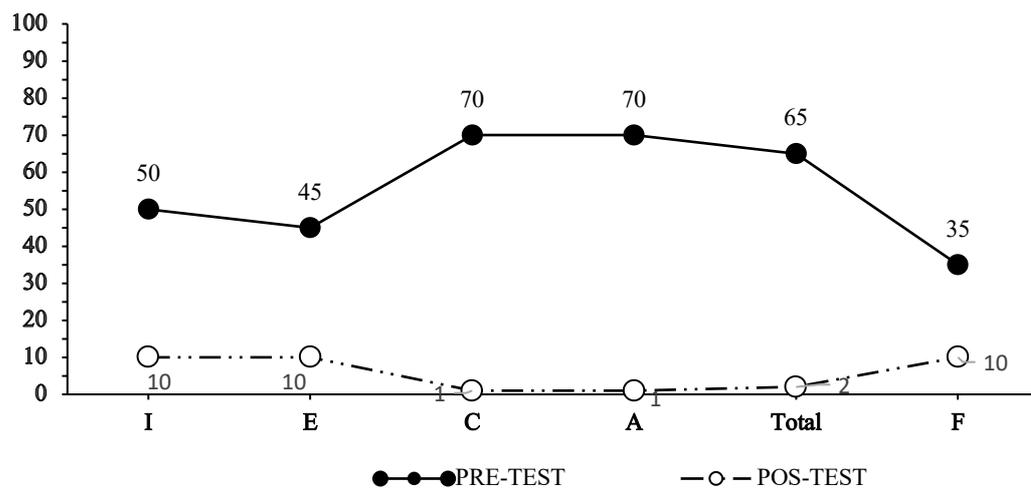


Figura 5. Gráfico de la intervención sobre la línea base y el efecto de cambio en el EGEP-5

Seguidamente, en la Figura 6, se encuentran los resultados de las puntuaciones directas del cuestionario BDI-II, donde en la gráfica se puede apreciar una línea base con pre-test = 15 (según el punto de corte 15 está en una depresión leve) mientras que en el post-test ha resultado sin ningún valor.

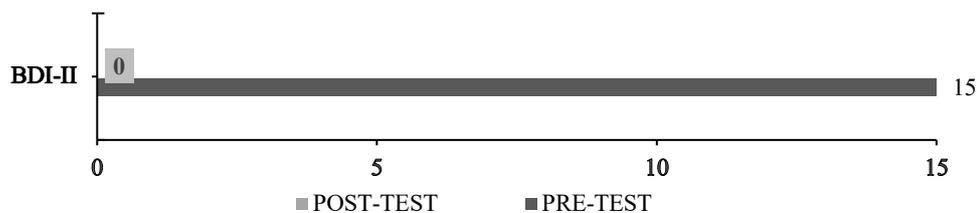


Figura 6. Gráfico de la intervención sobre la línea base y el efecto de cambio en el BDI-II

Continuando con el STAI, en la siguiente Figura 7 se muestran gráficamente los resultados sobre la *Ansiedad Rasgo* (A/R) con un (pre-test = 17 y post-test = 5), a la vez que en la *Ansiedad Estado* (A/E) con un (pre-test = 75 y post-test = 1).

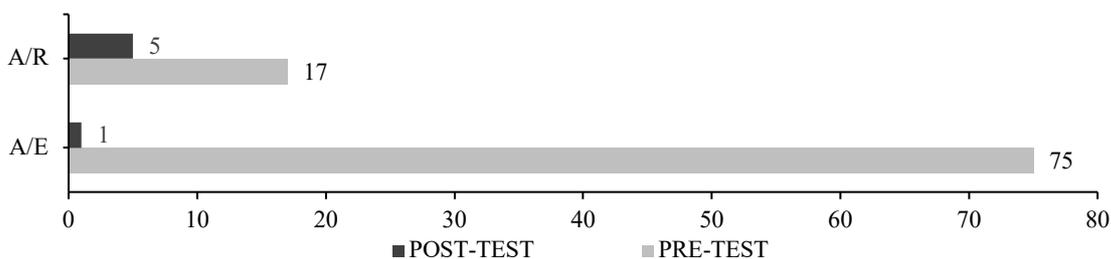


Figura 7. Gráfico de la intervención sobre la línea base y el efecto de cambio en el STAI

En la Figura 8, el gráfico del EPQ-R (Eysenck y Eysenck, 1985), utilizado sólo en el pre-test, con el que se miden las dimensiones: *Extraversión* (E = 42), *Emotividad* [Neuroticismo (N = 32)] y *Dureza* [Psicoticismo (P = 57)] y en la escala de *Veracidad* (L = 49).

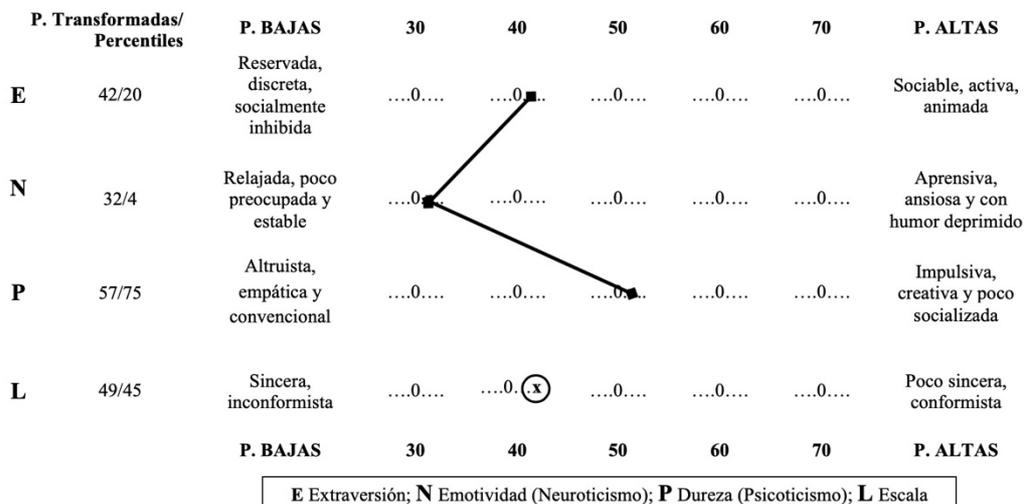


Figura 8. Gráfico de las dimensiones de personalidad de I.R. del cuestionario EPQ-R

Por último, en la Figura 9 se muestra una gráfica con los percentiles de los 6 factores y puntuación Global de la escala EHS, con un resultado *Autoexpresión en Situaciones Sociales* (I = pre de 5; post de 90), en *Defensa de los Propios Derechos como Consumidor* (II = pre de 15; post de 45), en la *Expresión de Enfado o Disconformidad* (III = pre de 65; post de 99), seguido de un resultado en *Iniciar Interacciones Positivas con el Sexo Opuesto* (IV= pre de 35; post de 99), en el factor *Decir No y Cortar Interacciones, Hacer Peticiones* (V= pre de 75; post de 96) y una puntuación *Global* (Glo. = pre de 25; post de 98).

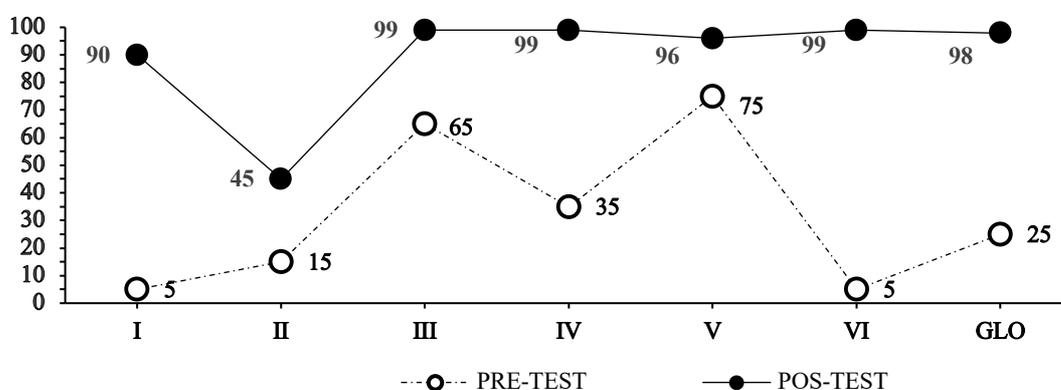


Figura 9. Gráfico de la intervención y el efecto de cambio sobre la línea base en el EHS

Valorar el tratamiento en cuanto su efectividad y eficiencia

Los resultados de la escala EGEP-5 en su línea base, muestran que I.R. cumplía los criterios para sufrir TEP con síntomas disociativos, mientras en el post existe un significativo receso en estos síntomas y deja de cumplir los criterios para el TEP, los síntomas menos acusados también han remitido (*Intrusivos, Evitación y su Funcionalidad*).

En donde más destaca este efecto, es en el de *Alteraciones Cognitivas y de Estado del Ánimo*, en *Alteraciones en la Activación y Reactividad* y en la puntuación *Total*, porque existía una alteración muy acusada (C y A= de 70 inicial a 1 y T = de 65 inicial a 2).

Sobre el BDI II, I.R. muestra un excelente resultado respecto a los síntomas depresivos con los que partía en su línea base.

Sobre el STAI, en la A/E se ha producido un significativo cambio llegando a un apreciado 1% sobre su ansiedad actual. Pero destaca su A/R (de 17% a 5%), la que en principio no suele esperarse un cambio tan destacado, aun así, puede ser comprensible, debido a la repercusión que supuestamente haya estado ejerciendo la acusada sintomatología del TEP junto a la disociación, que como se aprecia han sido suprimidas. Además, el A/R final está más en consonancia con los rasgos individuales de personalidad mostrados a continuación.

El cuestionario de personalidad EPQ-R, ha dado un aporte significativo ante la comprensión y conocimiento de los rasgos característicos de I.R. Como se puede apreciar, obtiene una media en cuanto a sinceridad e inconformismo; en *Extraversión* es una persona reservada, discreta y socialmente inhibida, correspondiente a una persona introvertida, con un rasgo *Emocional* relajado, poco preocupado y estable; en la dimensión de *Dureza* obtiene puntuación alta, con la que indica que es más bien una persona impulsiva, creativa y poco socializada. *Por lo que I.R. es introvertida, con semblante relajado y tranquilo, con poca necesidad de socializarse, es creativa e impulsiva.*

Sobre los resultados de la escala EHS, se muestran porcentajes con unas excelentes mejorías de habilidades sociales asertivas. Predominan los cambios sobre los factores de *Autoexpresión en Situaciones Sociales e Iniciar Interacciones Positivas con el Sexo Opuesto*, ya que eran los que más requerían atención porque partía de una línea base frágil de I y IV = pre de 5, a una mejoría sorprendente en su post de I = 90 y de un IV= 99. Se supone que estos factores pueden tener mucho que ver con los aprendizajes desadaptativos en la infancia y que la eliminación de la sintomatología del TEP, haya potenciado sus fortalezas. Ya que en su comienzo contaba con porcentajes altos, favorables y reforzadores, sobre los factores de *Expresión de Enfado o*

Disconformidad y Decir No y Cortar Interacciones, Hacer Peticiones, aún así, también en ellos se han dado progresos (III= de 65 a 99 y V = de 65 a 96).

Sólo persiste un factor que no sigue el efecto, el de *Defensa de Los Propios Derechos como Consumidor* (II = pre de 15; post de 45), que se ha dejado en una puntuación media a falta de mejora. Sin embargo, la puntuación *Global* que en inicio también estaba relativamente baja ha llegado a casi el máximo (Glo = 25 a 98). *Por consiguiente, se considera el valor del efecto positivo sobre las habilidades asertivas que tiene una excelente consecuencia sobre los estilos parentales.*

Discusión

En base a los resultados mostrados, se acepta el hecho de que el efecto de cambio sobre la línea base de partida, ha resultado efectivo sobre el propósito del objetivo general, ya que I.R., ha logrado transformar sus interpretaciones sobre el trauma y el rol que en él ha ejercido, en esquemas cognitivos congruentes, cambiando creencias previas sobre sí misma y su percepción, en situaciones estresantes o amenazantes (Astin y Resick, 2007; Báguena, 2003; Echeburúa et al. 2014), adaptándolas a una funcionalidad idónea sobre la relación con sus hijos.

La evolución tan favorable fue inducida gracias a la buena disposición de I.R. hacia la terapia y la confianza en la profesional. Cada vez se fue reconduciendo a ser independiente sobre su propia seguridad, capacidad y sensación de control, lo que ha afectado enormemente a la eliminación del TEP (Romero, Álvarez, Czalbowski, Soria y Villota, 2015), con una correlación positiva en habilidades sociales asertivas, por lo que el estilo parental se ha ido ajustando a uno más sano y adaptativo. Toda la queja sobre sus hijos se ha transformado en comunicación coherente en situaciones de afectividad y convivencia.

El caso de I.R. coincidía con la particularidad de que no sólo poseía una fuerte resistencia hacia la exposición de situaciones que asociaba al trauma, sino que, sus hijos formaban parte directa

de ese contexto tan extremadamente estresante (Sánchez, 2017), supuestamente es derivado de una suma de circunstancias, como son, la duración e intensidad del suceso traumático, más el empleo de fuertes estrategias de lucha, huida e indefensión, con un acusado bloqueo mental [disociación] (Echeburúa et al. 2014).

Por lo que las técnicas de relajación y meditación que se le señalan como imprescindibles desde el principio, mostraba una fuerte resistencia, pero inconsciente, ya que acudía a otras no útiles aprendidas, porque eran de escape/evitación (Labrador et al., 2006; Echeburúa et al. 2014). Sin entrar en oposición, su entrenamiento se ha dirigido por medio de conceptualizar los síntomas y consecuencias derivadas de sus deficientes técnicas de afrontamiento, de este modo, al tiempo que notaba cambios en su vida y con sus hijos, iba cediendo y adoptando esas estrategias nuevas de relajación/respiración que le ayudaban a limar las dificultades a la transformación.

Por lo expuesto, la conceptualización e insistencia en las respiraciones y relajaciones han resultado eficaces y definitivas en las primeras sesiones. Posteriormente, se pudo incorporar la terapia cognitiva, donde su avance fue significativo al tiempo que se incorporaba la técnica de exposición, alcanzando la efectividad decisiva para el cambio.

La comunicación no se ha limitado a las de las sesiones, sino también, vía mail, DRIVE y contacto por WhatsApp (muy selectivamente y con fines concretos).

En este caso, el *e-mail* resultó una herramienta clave, puesto que I.R. se expresaba excelentemente por escrito, pero verbalmente le era muy difícil dar la información sin sesgos y lagunas en su contenido, por lo que se utilizó como registro de pensamientos y emociones con las que trabaja la Terapia Relacional Emotiva Conductual (TREC) y las conceptualizaciones de los síntomas. Este medio se eliminó después de las cuatro primeras sesiones, ya que su mejoría en centrarse y desarrollar con coherencia su experiencia, estaba más formada.

Desde el enfoque que plantea este trabajo, la correlación positiva que existe entre la efectividad del tratamiento sobre el TEP y los estilos parentales, tiene su particularidad, porque tocante a los hijos de mujeres víctimas de VG, se le está dando una atención mas concreta, ya que los hijos son víctimas también, por lo que se sugiere seguir dando la importancia que merecen estos perfiles tan desprotegidos y sensibles a padecer en el futuro grandes problemas en su psicodesarrollo (Alcántara et al., 2013; Asensi, 2007; Ordóñez y González, 2012; Patró y Limiñana, 2005). Esto requiere la necesidad de plantear trabajos eficaces con el mínimo de sesiones, dónde el objetivo principal parta de la mejora del TEP al tiempo que repercuta directa y positivamente en atender a una educación sana y equilibrada de los hijos. Asimismo, es preciso seguir introduciendo los rasgos de personalidad, como una herramienta clave que explique el modo de adquisición, tanto de estrategias deficitarias como fortalezas, excluyendo sesgos posibles sobre el efecto en el trabajo de un caso único (A-B).

Estas líneas de intervención deben seguir avanzando y destacando, ya que como se ha mostrado, recupera en la persona la percepción de autocontrol y seguridad, crea un enorme aumento sobre su motivación, autonomía sobre su trabajo y cambio. De esta forma se aseguran terapias breves, no muy extensas, mucho más eficientes y eficaces desde enfoques multifactoriales.

Referencias

- Aguirre, P., Cova, F., Domarchi, M. P., Garrido, C., Mundaca, I., Rincón, P.... Vidal P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48(2), 14-122.
- Alcántara, M. V., López-Soler, C., Castro, M., y López, J. J. (2013). Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: prevalencia y diferencias de género y edad. *Anales de Psicología*, 29(3), 741-747. Recuperado en: http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Las_victimas_invisibles_de_la_violencia_de_genero.pdf

- Alderman, C. P., McCarthy, L. C. y Marwood, A. C. (2009). Farmacoterapia para el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). *RET, Revista de Toxicomanías*, 58, 3-11.
- Amor, P. J., Echeburúa, E., de Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(2), 227-246.
- Asensi, L. F. (2007). Violencia de género: consecuencias en los hijos. *Revista Psicología Científica.com*, 9(4). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/violencia-familiar>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª Ed.). Arlington, Va: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Astin, M. A. y Resick, P. A. (2007). *Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático*. En V. E. Caballo (Ed.). *Manual para el Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos Vol. 1: trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos* (p. 171-209). Madrid, España: Siglo XXI de España Editores, S. A.
- Báguena, M. J. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de estrés postraumático*. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández y I. Amigo (Coor.) *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces I Adultos*. Madrid, España: Pirámide.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual BDI-II, Inventario de Depresión de Beck-II*. Adaptación Española: J. Sanz, C. Vázquez (2011, 2ª ed.). Madrid, España: Pearson Educación, S.A.
- Bermúdez, J., Pérez-García, A. M., Ruiz, J. A., Sanjuán, P. y Rueda, B. (2011). *Psicología de la personalidad*. Madrid, España: UNED.
- Bilbao, A. (2015). *El Cerebro del niño explicado a los padres*. Barcelona, España: Plataforma Editorial S.L.
- Crespo, M. Gómez, M. M. y Soberon, C. (2017). *EGEP-5. Evaluación Global de Estrés Postraumático*. Madrid, España: TEA Ediciones S.A.U.

- Echeburúa, E., de Corral, P. y Amor, P. J. (2014). *Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés*. En V. E. Caballo, I. C. Salazar & J. A. Carrobbles (Ed.). *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos* (2ª ed.) (p. 290-309). Madrid, España: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.).
- Ellis, A. (2000). *Usted puede ser feliz: terapia racional emotiva conductual para superar la ansiedad y la depresión*. Barcelona, España: Paidós, S.A.
- Eysenck, H. J. & Eysenck, S. B. G. (1985). *Eysenck Personality Questionnaire – Revised (EPQ-R) and Short Scale (EPQ-RS)*. London, Englan: Hodder & Stoughton. Adaptación española realizada por: G. Ortet, M. I. Ibáñez, M. Moro y F. Silva (2008, 3ª ed. Revisada). Madrid, España: TEA.
- Gismero, E. (2010). *EHS Escala de Habilidades Sociales* (3ª ed.). Madrid, España: TEA Ediciones S.A.U.
- Goleman, D. (2013). *Focus, desarrollar la atención para alcanzar la excelencia*. Barcelona, España: Kairós S.A.
- Labrador, F. J., Rincón, P. P., De Luis, P. y Fernández, R. (2004). *Mujeres víctimas de violencia doméstica*. Madrid, España: Pirámide.
- Labrador, F. J. Fernández-Velasco, M. R. y Rincón, P. P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 527-547.
- Martín, J. L. y de Paúl, J. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*, 16(1), 45-49.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. Headington Hill Hall, England: Pergamon Books Ltd.
- Moscoso, M. S. (2014). Avances en la Medición Psicométrica de la Depresión. *Liberabit*, 20(1), 29-39.
- Ordóñez, M. del P., & González, P. (2012). Las víctimas invisibles de la violencia de género. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(1), 30-36.

- Paris, J. (2002). Predisposiciones, rasgos de personalidad y trastorno por estrés postraumático. *RET, Revista de Toxicomanías*, 31, 21-32.
- Patró, R. y Limiñana, R. M. (2005). Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de Psicología*, 21(1), 11-17.
- Pérez, T. (Productor). (2014). *¿Qué es y por qué sufro ansiedad?*. [Archivo de vídeo]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=0mS9ks8OnUs>.
- Prado, J. (Productor). (2010). *AMIGDALA VS. LOBULO FRONTAL.AVI*. [Archivo de vídeo]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=NAw8hhfNzNg>.
- Romero, I., Álvarez, R., Czalbowski, S., Soria, T. N. y Villota, M. T. (2015). *Guía de intervención de casos de violencia de género: una mirada para ver*. Madrid, España: Editorial Síntesis S.A.
- Samper, E. (2016). Personalidad ante el trauma en el siglo XXI: fragilidad y antifragilidad ante el trauma. *Sanidad Militar*, 72(3), 209-215. Recuperado el 13 de marzo de 2019, en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712016000300007&lng=es&tlng=es.
- Sánchez, L. (2017). Transmisión intergeneracional del evento traumático. *Cuadernos de Neuropsicología Panamerican Journal of Neuropsychology*, 11(2), 109-125.
- Santandreu, M. y Ferrer, V. A. (2014). Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género. *Psicología Conductual*, 22(2), 239-256.
- Ser Padres (Productor). (2013). *Carlos González: "Dar premios a los niños es contraproducente e inmoral"*. [Archivo de vídeo]. Recuperado de: <https://youtu.be/Z4u3PpK97mE>.
- Siegel, R. D. (2011). *La solución Mindfulness: prácticas cotidianas para problemas cotidianos*. Bilbao, España: Desclée de Brower S.A.
- Spilberger, C. D. Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1970). STAI, *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. Adaptación Española: G. Buela-

Casal, A. Guillén- Riquelme, y N. Seisdedos (2015, 9ª ed. revisada). Madrid, España:
TEA Ediciones S.A.U.