

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Trabajo Fin de Máster

Curso 2023 – 2024

**Intervención mediante terapia EMDR en un caso único de  
Trastorno por Estrés Postraumático por muerte fetal  
intrauterina**



Autora: Rosa Bonet Asensio

Tutora: María José Quiles Sebastián

Co-Tutor: José Antonio Piqueras Rodríguez

Código de Investigación Responsable (COIR): 240521113327

Convocatoria: Junio



## ÍNDICE

Resumen .....	4
Abstract .....	5
Introducción .....	6
Método .....	13
Identificación de la paciente .....	13
Motivo de consulta .....	13
Evaluación del caso .....	13
Variables e instrumentos .....	14
Resultados evaluación .....	17
Historia del problema .....	18
Análisis de las conductas problema y formulación clínica del caso.....	19
Tratamiento .....	20
Objetivos, elección y aplicación.....	20
Resultados y valoración de la eficacia del tratamiento .....	25
Discusión y conclusión.....	27
Referencias .....	29
ANEXOS.....	38
Anexo 1.....	38
Anexo 2.....	39
Anexo 3.....	42
Anexo 4.....	45

Anexo 5.....	53
Anexo 6.....	55
Anexo 7.....	58
Anexo 8.....	60
Anexo 9.....	61



## **Resumen**

En la sociedad actual, la pérdida perinatal sigue siendo un tema tabú, así como los duelos y trastornos psicopatológicos derivados de las mismas, como es el trastorno de estrés postraumático (TEPT). La terapia por desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) es una de las técnicas centradas en trauma que ha mostrado ser efectiva para el TEPT. El propósito de este caso único es la realización de un tratamiento psicológico en una clínica de psicología privada con una mujer de 38 años que presenta sintomatología postraumática crónica desde la muerte intrauterina de su primera hija hace 14 años. Para ello se realiza una evaluación inicial y otra final, y un tratamiento con terapia EMDR compuesto por 15 sesiones semanales de cincuenta minutos. Se realizó una entrevista informativa inicial, seguida de una evaluación posterior mediante la Entrevista Diagnóstica para el TDAH en Adultos (DIVA 2.0), el Test de los 90 Síntomas (SCL-90-R), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el inventario Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI), el Inventario del TEPT según el DSM-5 (PCL-5) y la Escala de Experiencias Disociativas (DES). Los resultados finales tanto en el PCL-5 como en las mediciones finales del grado de perturbación asociado a las memorias traumáticas y validez de la cognición positiva instaurada en las mismas, sugieren que la intervención fue satisfactoria y tuvo como resultado la correcta integración de las memorias traumáticas de la paciente con su consiguiente resultado negativo en TEPT.

**Palabras clave:** EMDR, muerte intrauterina, TEPT, caso único, propuesta de intervención.

## **Abstract**

Today, perinatal loss continues to be a taboo topic, as well as grief and psychopathological disorders derived from it, such as post-traumatic stress disorder (PTSD). Eye movement desensitization and reprocessing therapy (EMDR) is one of the trauma-focused techniques that has been shown to be effective for PTSD. The purpose of this unique case is to carry out a psychological treatment in a private psychology clinic with a 38-year-old woman who presents chronic post-traumatic symptoms since the intrauterine death of her first daughter 14 years ago. To this end, an initial and final evaluation is carried out, and a 15 weekly sessions of fifty minutes treatment with EMDR therapy. An initial informational interview was conducted, followed by a subsequent assessment using the Diagnostic Interview for ADHD in Adults (DIVA 2.0), the 90 Symptom Test (SCL-90-R), the Beck Depression Inventory (BDI), the Personality Assessment Inventory (PAI), the DSM-5 PTSD Inventory (PCL-5), and the Dissociative Experiences Scale (DES). Final results of both the PCL-5 and the final measurements of the degree of disturbance associated with traumatic memories and the validity of the positive cognition established in them, suggest that the intervention was satisfactory and resulted in the correct integration of the patient's traumatic memories with its consequent negative result in PTSD.

**Key words:** EMDR, intrauterine death, PTSD, single case, intervention proposal.

## Introducción

La maternidad es un momento vital importante para muchas mujeres, que suele asociarse socialmente a momentos y emociones agradables, a pesar de que la realidad y las investigaciones muestran que la perinatalidad también conlleva emociones y experiencias complicadas e incluso trastornos emocionales asociados, que son ignorados e invalidados (Ayers et al, 2016). Cuando se da uno de estos trastornos se ve afectada toda la familia y los vínculos de pareja y materno/paterno filiales (Ayers et al., 2006; Zheng et al., 2018). Sin embargo, solo el 10-15% de las mujeres acceden a tratamientos psicológicos eficaces durante el periodo perinatal o posnatal (Rodríguez-Muñoz et al., 2023).

Entre los trastornos psicológicos perinatales encontramos: depresión y ansiedad en el embarazo y/o posparto, los trastornos de pánico posparto, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) posparto, el trastorno de psicosis posparto y TEPT posparto (Kendell, 1987).

Según Rodríguez-Muñoz et al. (2023), entre el 14% y el 23.4% de las embarazadas españolas sufren de síntomas depresivos, aumentando en el posparto a un rango del 21.7% y el 30.3%. En cuanto a la depresión mayor, el 5% de las embarazadas la sufren y el 7.7% al 14.8% durante el posparto. Entre la diversa sintomatología, podemos encontrar sentimientos tales como son culpa, enfado o miedo, dificultad para vincularse con el bebé, desregulación del sueño y el apetito o pensamientos perturbadores, entre los más comunes (Postpartum Support International s.f.).

En cuanto al trastorno de pánico posparto, se da en un 11% de las mujeres primerizas, compartiendo la preocupación y el miedo junto a los síntomas somáticos como palpitaciones e hiperventilación, entre otros (Wisner et al., 1996).

Respecto al TOC posparto, su prevalencia es del 2 al 9%, y su sintomatología se compone por la presencia de pensamientos intrusivos e involuntarios, así como impulsos,

recuerdos y deseos, seguidos de compulsiones o rituales que las mujeres realizan como intento de neutralización del malestar generado por las obsesiones. Puede ser especialmente perturbador y dañar el vínculo madre-bebé cuando las imágenes o pensamientos son relativos a generar un daño en sus bebés, si bien no es un daño que se quiera consumir (Mulcahy et al., 2020).

En lo relativo a la psicosis posparto, que se inicia en las 4 semanas después del parto, la prevalencia es de 1 o 2 casos por cada 1000 nacidos (VanderKruik et al., 2017), y consiste en percibir la realidad de forma alterada.

Por último, respecto al trastorno en el que se centra el presente estudio de caso, el TEPT, según Leienweber et al. (2022) del 30 al 40% de las mujeres reportan experiencias traumáticas durante el parto.

La vivencia de un parto traumático tiene una gran influencia en la psicopatología posnatal materna, incrementando la prevalencia de TEPT, trastornos del vínculo, y dificultando la lactancia y la adaptación psicosocial (Reed et al., 2017). Según Cheryl Beck (2004), “El trauma obstétrico -más allá de los síntomas clínicos que lo acompañan- se define por la calidad de la experiencia, así como la madre la vive y la percibe en las circunstancias en las que se produce y en el transcurso del tiempo.”

La investigación demuestra tasas de 3,3% para el TEPT durante el embarazo (Yildiz et al., 2017), TEPT posparto entre el 4 y el 8%. (Andersen et al., 2012; Dekel et al., 2017; Olde et al., 2006; Yildiz et al., 2017). Un estudio transversal con una muestra de más de 1500 mujeres españolas en 2020 observó una prevalencia de síntomas de estrés postraumático del 7.2%. (Hernández-Martínez et al., 2020). Según este estudio, 10% desarrollará TEPT en las cuatro a 6 semanas siguientes al parto. Según Un metaanálisis sistemático realizado por Yildiz et al. en 2017 el 15-19% de las mujeres en las muestras de alto riesgo desarrollará TEPT. Acerca de un 18% de las mujeres en EE. UU. presentan



síntomas de TEPT post-parto (Beck et al., 2011) y entre el 25% y el 50% de las mujeres informan que sus partos fueron traumáticos (Allen, 1998; Creedy et al., 2000; Soet et al., 2003; O'Donovan A. et al., 2014; Sramrood & Paarlberg, 2011).

La muerte fetal se da en un veinticinco por ciento de los embarazos, y su impacto emocional puede suponer un factor de riesgo más para padecer TEPT además de otros trastornos del estado del ánimo (Farren et al., 2016). Algunos estudios señalan una prevalencia de entre el veintinueve y el treinta tres por ciento de las mujeres víctimas de pérdida perinatal desarrollan TEPT (Odóñez, 2021). Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), si una persona tiene los siguientes síntomas durante más de un mes cumpliría los criterios diagnósticos del TEPT: recuerdos y sueños angustiosos, reacciones disociativas en las que el sujeto siente que revive el suceso, malestar psicológico, reacciones fisiológicas intensas, evitación persistente de estímulos asociados al suceso, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo y alteración de la alerta y la reactividad (furia, hipervigilancia, problemas de concentración y alteración del sueño).

La evidencia científica actual incide en la necesidad de utilizar terapias centradas en el trauma, siendo una de las que ha probado su eficacia la terapia EMDR (Taylor Miller et al., 2021; Malik et al., 2023; Sonis & Cook, 2019; Semerci & Uzun, 2023). Además, la evidencia sugiere que es un tratamiento indicado para el trauma perinatal y, en comparación con el enfoque cognitivo conductual, la guía National Institute for Health and Care Excellence [NICE] (2018) señala que el EMDR tiene un menor coste y un mayor beneficio, destacando esta brevedad del tratamiento también otros metaanálisis (Davidson y Parker, 2001; Lewey et al., 2018; Rodenburg et al., 2009; Scelles y Bulnes, 2021). A su vez, la combinación de Terapia Cognitivo Conductual EMDR mejora la sintomatología postraumática y depresiva de la población en duelo (Alves-Costa et al., 2021). Sin embargo,

aún es necesaria mucha más investigación de los efectos de esta técnica en los traumas perinatales (Fernández Clemente, Olza Fernández, 2018).

Por todo ello este estudio de caso clínico pretende contribuir a la visibilización de los traumas por duelo perinatal así como el impacto positivo de la terapia EMDR en la salud mental y bienestar de las mujeres con TEPT. El estudio se basa en el DSM-5 (APA, 2013) y los factores de riesgo y protección para el TEPT, entre los que encontraremos las conductas problema de la paciente.

Si bien puede ser complicado aproximar la prevalencia del TEPT en la etapa perinatal, en un estudio transversal con una muestra de más de mil quinientas madres españolas el 7,2% de éstas presentaban sintomatología compatible (Hernández-Martínez et al., 2020). Por lo tanto, según este 1 de cada 10 podría desarrollar TEPT semanas después del parto. No obstante, es importante tener en cuenta que existen una serie de factores de riesgo que predisponen más a ciertas mujeres a padecerlo. Entre estos factores se encuentran factores psicosociales, genéticos y neurohormonales, primando los primeros. Podrían destacarse los siguientes (Simpson et al. 2018; Burden et al. 2016):

### **Tabla 1**

#### *Factores de Riesgo asociados al TEPT por duelo Perinatal*

\*Factores que cumple la paciente.

Embarazo adolescente y sin pareja, problemas psicológicos o
Relacionados con la físicos previos*, nivel socioeconómico bajo, autoimagen
historia vital previa al negativa*, pérdida perinatal anterior, trauma previo*, apego
embarazo evitativo, ausencia de hijos vivos, antecedentes de abuso
sexual o físico*, desempleo.

Relacionados con el embarazo Embarazo no deseado, periodo breve entre embarazos, ser primípara\*, complicaciones en el embarazo\*, falta de información perinatal\*.

Relacionados con el parto Violencia obstétrica\*, pérdida de control\*, dolor\*, falta de apoyo\*, disociación\*, percepción de miedo o amenaza\*, problemas con la anestesia, parto instrumental\* o vaginal espontáneo, complicaciones neonatales\*, complicaciones con la retirada de la placenta, cateterización urinaria.

Relacionados con el posparto Alteraciones del sueño\*, sintomatología ansiosa o depresiva\*, dolor\*, complicaciones en la lactancia, edad materna elevada, falta de información acerca de la pérdida o complicaciones\*, percepción negativa del bebé\*, falta de apoyo social\*, baja satisfacción con el desempeño propio o de los profesionales\*, supresión del duelo\*, duelo prolongado\*, no despedirse del bebé\*, no concebir en el futuro, dificultades en los trámites para el funeral, causa de muerte desconocida\*.

Factores de vulnerabilidad	Factores de riesgo durante el	Factores mantenedores
- Depresión durante	parto	posparto
la gestación.	- Experiencia de parto.	- Depresión y otras
- Temor al parto.	- Instrumentalización del	comorbilidades.
- Complicaciones	parto.	- Estrés y
durante la	- Ausencia de apoyo.	estrategias de
gestación.	- Disociación.	

- Antecedentes psicológicos previos o de TEPT
- afrentamiento  
pobres.

RESPUESTA SINTOMÁTICA AL TRAUMA → Resolución o cronificación del TEPT

---

**Tabla 2.** Modelo de diátesis-estrés revisado sobre la etiología del TEPT posparto (Ayers et al., 2016).

Si bien los criterios diagnósticos recogen las manifestaciones típicas del TEPT, se ha relacionado una sintomatología típica cuando este se da en la etapa perinatal (Rodríguez-Muñoz, 2019, mostrando la paciente del presente estudio todas estas manifestaciones:

- Hiperactivación: Alteraciones del sueño, ansiedad elevada ante recordatorios de la experiencia, problemas de concentración, cansancio, respuestas de sobresalto o hipervigilancia.
- Reexperimentación: Revivir el trauma en el aniversario u otros días señalados, recuerdos automáticos e intrusivos, irritabilidad, dolor asociado con el parto durante el coito, pesadillas de morir durante el parto, elevada ansiedad ante un nuevo embarazo.
- Evitación: Tensión muscular, rechazo al contacto sexual, ira, ligadura de trompas por miedo a un nuevo embarazo, rechazo a conectar con el suceso, aborto inducido en embarazos posteriores o solicitud de cesárea, uso de varios métodos anticonceptivos.

Muzik (2016) expone cuatro posibles evoluciones del TEPT, hablando de resiliencia, recuperación, TEPT crónico (si continúa a lo largo de todo el periodo perinatal) y TEPT demorado, siendo este último cuando los síntomas persisten y empeoran con el tiempo.

La neurociencia del trauma pone el sistema nervioso simpático como eje central explicativo de la respuesta traumática, activándose al percibir amenazas, imaginarias o reales, para asegurar así la supervivencia. Esta activación supone una segregación de norepinefrina y epinefrina por parte de la médula adrenal, predisponiendo al cuerpo para luchar o huir. Además, también se segrega la llamada “hormona del estrés”, el cortisol, dada la hiperactivación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA), lo que compromete al sistema inmune e hiperactiva el arousal, modificando así nuestra capacidad para relacionarnos adaptativamente con el entorno (Solomon y Heide, 2005) y regular nuestros afectos y relaciones sociales (Schoore, 2002; Van der Kolk, 2020).

Según Van der Kolk (2020), si bien normalmente nuestro cuerpo es capaz de volver a su estado inicial de forma progresiva una vez finalizada la amenaza, si esta se prolonga demasiado, es demasiado intensa o supera nuestros recursos, se produce una cronocidad en la hiperactivación que complica la regulación de las respuestas autónomas a los estímulos.

Las situaciones traumáticas comprometen el procesamiento de la información, almacenando los recuerdos inadecuadamente y haciendo que estos permanezcan a lo largo del tiempo en el sistema límbico y que se complique su integración en el neocórtex. De acuerdo con Solomon y Heide (2005) es esta la causa de la sintomatología típica asociada al TEPT como las pesadillas, las reexperimentaciones, los flashbacks, los trastornos emocionales... Es la correcta integración del evento traumático lo que permite al sistema volver a funcionar de forma adaptativa y dejar de reexperimentar el trauma cada vez que la persona se expone a un estímulo que su cerebro asocia al evento original.

En definitiva, las personas supervivientes de trauma ven afectados sus sistemas nerviosos, endocrinos, musculares, cardíacos... y no solo su salud mental (Castellanos, 2022).

## **Método**

### **Identificación de la paciente**

P. es una mujer de 38 años de edad con una sospecha diagnóstica de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Actualmente teletrabaja como administrativa para una gran compañía. Cuando se inicia la intervención la paciente no refería ningún otro diagnóstico ni había hecho ninguna adaptación en su vida respecto al primero. P. es madre dos hijos y una hija que falleció a los nueve meses de embarazo. Vive con ambos hijos y con su actual pareja, con quien contrajo matrimonio hace un año. Se trata de una familia con un nivel económico y sociocultural medio.

### **Motivo de consulta**

La paciente del presente estudio de caso acude a terapia inicialmente por síntomas ansiosos, olvidos frecuentes, problemas para conciliar el sueño, ... Confiesa que siempre ha sido olvidadiza y nerviosa, pero que durante las últimas semanas está especialmente preocupada porque no es capaz de retener la información que le proporcionan en las llamadas telefónicas de su trabajo, además de sentirse especialmente agotada y ansiosa.

### **Evaluación del caso**

Pese a que P. relaciona toda su sintomatología con el TDAH, se realiza una evaluación inicial completa para hacer un diagnóstico diferencial y una evaluación más profunda. Dicha evaluación muestra también sintomatología compatible con un TEPT, sin embargo ya que el motivo de consulta inicial de la paciente era distinto y tampoco se sentía preparada para abordar el tema, se opta por iniciar con otros objetivos terapéuticos para así mejorar la alianza terapéutica y la regulación emocional de la paciente, quien tras diversas sesiones tratando aspectos de su convivencia familiar, crianza y relación marital, se muestra abierta a abordar el TEPT. Esta hipótesis cobra especial relevancia cuando la paciente se desborda al hablar de la

muerte intrauterina de su hija hace catorce años. Desde entonces, padece reexperimentaciones, pesadillas, autoconcepto desadaptativo, fuertes sentimientos de culpa, síntomas de hiperactivación de su sistema nervioso.... Se realiza de nuevo una evaluación del TEPT, además de psicoeducación acerca del trauma psicológico, el maltrato psicológico, la pérdida perinatal y la terapia EMDR, para posteriormente iniciar un tratamiento en este sentido.

### **Variables e instrumentos**

Se implementaron las siguientes estrategias de evaluación:

- Entrevista informativa (Ver anexo 1).

Se realiza una sesión inicial de 30 minutos para regular las expectativas de la paciente acerca del proceso terapéutico, así como indagar su motivo de consulta, resolver dudas e iniciar el vínculo terapéutico.

- DIVA 2.0:

La Diagnostic Interview for ADHD in Adults 2.0. (2022), es una entrevista semiestructurada para la evaluación del TDAH, que aborda en tres bloques la sintomatología característica de esta neurodivergencia: la falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad. Con esta entrevista se pueden analizar todos los criterios del DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría), así como su afectación en las diferentes esferas vitales (académica / laboral, relaciones sociales, tiempo libre, relaciones de pareja / familia y autoestima). Esta escala tiene una buena validez concurrente con otras escalas de autoinforme como la WURS (Pettersson et al., 2018; Ramos-Quiroga et al., 2019). Según Pettersson et al., los valores de sensibilidad y especificidad para el diagnóstico general utilizando DIVA 2.0 son altos (90.0 y 72.9 respectivamente).

- SCL-90-R (Ver anexo 2).

La Symptom Checklist-90-R (1994) es un inventario para hacer una una evaluación sintomática amplia. Consta de 90 ítems con una escala linkert que va del 0 al 4, siendo 0 nada/en absoluto y 3 mucho/extremadamente. Este instrumento evalúa la presencia e intensidad de noventa síntomas distintos, lo cual nos permitió no solo ajustar mejor la evaluación y el plan de tratamiento sino medir el progreso de la paciente. Las dimensiones sintomáticas que valora son las siguientes: Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensitividad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo. El total de síntomas positivos (TSP) serían todos aquellos ítems en los que el sujeto haya respondido más de un 0. El instrumento presenta una buena validez convergente y discriminante. La consistencia interna demostró ser alta, estando entre .77 y .90, y su fiabilidad es mayor a .80 (Rytilä-Manninen et al., 2016).

- BDI (Ver anexo3).

Dado que la paciente muestra cierta sintomatología compatible con un cuadro depresivo se decide pasar esta prueba, BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996) la cual mide con veintiún ítems la gravedad de los síntomas depresivos adultos. Tanto la consistencia interna como la fiabilidad de este inventario son elevadas, con un coeficiente alfa de .87. Está compuesto por una escala tipo Likert de 21 ítems, que han de ser puntuados del 0 al 3 en función de con qué frase se identifica el paciente, siendo 0 una menor gravedad que 3. La puntuación total se calcula mediante el sumatorio de las respuestas, indicando un grado de depresión mínima una puntuación entre 0 y 13, leve del 14 al 18, moderada del 19 al 27 y grave del 28 al 63.

- PAI (Ver Anexo 6).

En lo referente a la personalidad, se utilizó el inventario de evaluación de la personalidad (Boone, 1998), que además permite ampliar la información en lo referente a la psicopatología. Para ello, utiliza veintidós escalas, entre las que se encuentran:



- 4 escalas de validez (Inconsistencia, Infrecuencia, Impresión negativa e Impresión positiva).
- 11 escalas clínicas (Quejas somáticas, Ansiedad, Trastornos relacionados con la ansiedad, Depresión, Manía, Paranoia, Esquizofrenia, Rasgos límites, Rasgos antisociales, Problemas con el alcohol y Problemas con las drogas).
- 5 escalas de consideraciones para el tratamiento (Agresión, Ideaciones suicidas, Estrés, Falta de apoyo social y Rechazo al tratamiento).
- 2 escalas de relaciones interpersonales (Dominancia y Afabilidad).

La obtención de resultados se realiza mediante la introducción de los datos en el programa informático de PAI y su web. Respecto a su fiabilidad, según Ortiz-Tallo, Santamaría, Cardenal y Sánchez (2011), es de .83 y la consistencia interna .75. Por todo ello, PAI es un inventario eficaz para la evaluación de la personalidad.

- PCL-5 (Ver anexo7).

Se utilizó este cuestionario para el diagnóstico del TEPT basado en los criterios del DSM-5. Un resultado de entre 17 y 85 indica estrés postraumático. El PCL-5 tiene una alta consistencia entre sus ítems, con un alfa de cronbach mayor que 0.90. Además, sus puntuaciones han demostrado permanecer estables con el paso del tiempo, siendo sus coeficientes de fiabilidad de entre .85 y .96. Por último, su validez es positiva ya que distingue correctamente entre personas con y sin TEPT, también en relación con otros instrumentos (González, Fernández y Navarro, 2017).

- DES (Ver anexo2).

Dado que es necesario que la sintomatología disociativa, de haber existido, esté bajo control para poder iniciar la desensibilización, es conveniente explicar este aspecto previamente. Es por ello que se utilizó la escala de experiencias disociativas DES

(Bernstein & Putnam, 1986), donde la paciente debió seleccionar del 0 al 100 con qué frecuencia le sucedían un conjunto de once experiencias que pueden estar relacionadas con la sintomatología disociativa. La escala ha demostrado ser válida y fiable, con un coeficiente de correlación superior a .80 y un alfa de Cronbach mayor de .90 (Boán et al., 2017).

### **Resultados evaluación**

La contextualización del caso fue realizada mediante el sumatorio de información obtenido de la entrevista inicial y los diferentes instrumentos de evaluación.

En la entrevista informativa, la paciente manifestó sentirse aturdida en su día a día, con sensación de ahogo, reexperimentaciones, falta de concentración, nerviosismo...

La entrevista DIVA 2.0. reveló que la paciente tenía TDAH, al igual que su hermana y su pareja, y se procedió a su derivación al psiquiatra para iniciar tratamiento farmacológico en caso de ser necesario.

La batería SCL-90-R, encontramos que la mayoría de las escalas se encuentran en un perfil elevado, por encima de la media, aunque cabe destacar las somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ideación paranoide, el índice total de severidad, el total de síntomas positivos y el índice de malestar sintomático positivo. Todo ello nos indica que la paciente tiene un alto nivel de malestar en la actualidad y que mucha de la sintomatología psicológica se traduce en una fuerte somatización.

Respecto al BDI, podemos decir que con un resultado de once estaríamos ante una depresión leve, probablemente derivada del malestar sostenido a lo largo del tiempo. En lo que al PAI se refiere, cabría destacar el apartado de TEPT, que, con una puntuación entre 69-60, indica la existencia de experiencias pasadas relacionadas con acontecimientos perturbadores y traumáticos que continúan generando malestar y ansiedad de forma recurrente. Pueden encontrarse destacadas otras áreas en el anexo 4.

La escala PCL-5 muestra una puntuación de 57, por lo que podemos decir que la paciente muestra claramente un TEPT, siendo la puntuación de corte 33.

La escala DES no reflejó disociación en la actualidad, tan solo en los días relacionados con la pérdida perinatal.

### **Historia del problema**

La paciente proviene de un núcleo familiar compuesto por un padre, una madre y su hermana dos años mayor que ella, con unas dinámicas familiares marcadas por el autoritarismo y la exigencia, además de la presencia de violencia de género por parte de su padre a su madre. Esta última presenta de forma continuada cuadros ansiosos y depresivos. Ambas hermanas están diagnosticadas de TDAH, sin embargo, la paciente refiere que su hermana ha tenido más problemas relacionados con trastornos del estado de ánimo y ella ha tenido una manifestación más positiva y resolutiva en ese sentido.

A los 24 años de edad se casa con su exmarido, con quien tiene una relación caracterizada desde un inicio por la intermitencia y el maltrato psicológico. Tras su matrimonio, la paciente queda embarazada de su primera hija, y debe permanecer en reposo absoluto e ingreso hospitalario desde la mitad de su embarazo por un riesgo alto de aborto. Desde el inicio de su ingreso sus apoyos sociales son escasos, a excepción de su madre y su hermana que la visitan de vez en cuando. Su marido y padre de su hija acude con regularidad al hospital y pasa algún tiempo allí, pero no le brinda apoyo emocional, se muestra frío, pasivo ante el proceso y culpabiliza a la paciente de la situación en la que se encuentra su hija. Por otro lado, la madre de este interviene con un papel también hostigante y culpabilizador, e insiste de forma continuada en la necesidad de “sacar a la niña” del vientre de su madre al igual que su hija con un embarazo complicado hizo los meses anteriores, a pesar de que la recomendación médica es la de esperar. La noche de la muerte de su hija, la paciente nota unos fuertes dolores y

movimientos en el vientre por lo que pide de forma insistente ayuda a las enfermeras, quienes invalidan sus síntomas y emociones y la obligan a permanecer en silencio, insistiendo en que nada malo está ocurriendo. A la mañana siguiente, cuando le realizan una ecografía rutinaria, la bebé no presenta latido y le comunican que deben provocarle el parto. No obstante, dado que la paciente se encuentra en estado de shock y con sintomatología disociativa, deciden realizarle una cesárea de urgencia. Es en el momento previo a la cesárea, aún en shock, cuando preguntan a la paciente si desea ver a su hija cuando nazca. En ese momento ella manifiesta no haber sido del todo consciente de la propuesta ni de lo que respondía ni haber sido bien informada, rechazó la oferta. A lo largo de todo este proceso, la paciente no solo no recibe apoyo emocional, sino que la agreden verbalmente, la culpabilizan de la muerte... Además, tras un mes aproximadamente de la pérdida, su exmarido y su suegra continúan el hostigamiento e insisten en que debe recuperarse ya, inhibir su expresión emocional y “pasar página” o “se quedará sola”. El hostigamiento continúa durante años hasta el punto en que nunca le permiten ver los resultados de la autopsia y cuando se los comunica su exmarido simplemente le dice que la muerte se debió a un problema sanguíneo suyo, culpabilizándola de nuevo. No fue hasta años después que la paciente a través de otro médico descubrió que el problema sanguíneo lo tenía su marido, aunque eso no le sirvió para reducir su sintomatología y malestar.

### **Análisis de las conductas problema y formulación clínica del caso**

En la actualidad, la paciente manifiesta una sensación de ahogo constante, reexperimentaciones, imposibilidad para quedar con algunas amigas y sus hijos (debido a que compartieron el periodo de embarazo juntas), insomnio, agitación, incapacidad de hablar acerca de la pérdida y paralización cuando se le habla de la misma. La terapia EMDR integra tres ramas: eventos pasados que produjeron síntomas que se mantienen en la actualidad, pero también eventos actuales y futuros (Shapiro, 2004). Todo ello se aborda mediante un protocolo

estandarizado compuesto por ocho fases. Las dianas de trabajo establecidas para este caso fueron las siguientes:

Experiencias de pasado:

- Un día antes del fallecimiento de su hija, cuando percibe que hay una mosca en la habitación y recuerda que le habían dicho que las moscas entraban cuando iba a morir alguien.
- Noche de la muerte perinatal, cuando siente un fuerte dolor, la enfermera la invalida y se marcha y al día siguiente su hija a muerto y es culpabilizada por diversas personas.

Experiencias de presente:

- Quedada con sus amigas con las que compartió embarazo.
- Ver una foto de su exmarido con su suegra (recuerdo de la fuerte violencia e invalidación).

Experiencias de futuro:

- Visualización de la plantación de un árbol en homenaje a su hija fallecida.

## **Tratamiento**

### **Objetivos, elección y aplicación.**

La intervención se basó en un objetivo principal, mejorar la sintomatología postraumática de la paciente mediante la terapia EMDR.

Para ello, este objetivo se concretó en los siguientes objetivos específicos:

- Mejorar las marcas de grado de perturbación (SUD) y validez de la cognición positiva (VOC) para las dianas propuestas.
- Desensibilizar la experiencia traumática de forma que la paciente no cumpla con los criterios de TEPT.

- Medir el progreso de la paciente antes del tratamiento y después.

Los materiales que se precisaron para implementar las sesiones de EMDR fueron los siguientes:

- Hoja de trabajo EMDR (Anexo 7).
- Una habitación privada, tranquila y silenciosa para las sesiones presenciales.
- Dispositivos electrónicos con una pantalla amplia y buena conexión a internet para las sesiones online.
- Mapa de trabajo EMDR previamente diseñado junto a la paciente.
- Entre una hora y cincuenta minutos para la sesión.

A lo largo del tratamiento, tal y como se ha mencionado anteriormente, se han integrado las tres ramas de eventos en el protocolo EMDR de ocho fases, repitiendo de la fase cuatro a la ocho para cada una de las dianas trabajadas.

### **Tabla 3**

#### *Fases del Protocolo EMDR*

1. Registro del Historial.	<p>En esta primera fase es primordial el establecimiento de la alianza terapéutica, así como la recopilación de historiales de salud física y psicológica y evaluación de la sintomatología. Todo ello servirá para realizar un plan inicial de tratamiento en el que se incluyan las diversas dianas a reprocesar en los tres niveles: (a) sucesos pasados etiológicos para los síntomas actuales, (b) detonantes actuales y (c) objetivos futuros.</p>
----------------------------	--

- La tercera fase se compone del refuerzo de la alianza terapéutica con el paciente y la obtención de su consentimiento informado para el tratamiento. Además, se ofrece al paciente psicoeducación acerca de la terapia EMDR y se aportan las metáforas para la observación consciente durante el reprocesamiento, así como recopilar y practicar los métodos de autocontrol que más le ayudan, los cuales se obtienen del diario que este debe escribir.
- En la tercera fase es necesario que la persona acceda a aspectos primarios del objetivo seleccionado del plan de tratamiento para reprocesamiento con EMDR y así obtener las medidas iniciales de SUD (Unidades Subjetivas de Perturbación) y VOC (Validez de la Cognición).
- La cuarta fase se centra en la reprocesamiento de las dianas hasta una resolución adaptativa/VOC 0. Esto se logra mediante series separadas de estimulación bilateral y se va evaluando progresivamente a través de los informes breves del paciente, que reportará al volver a la diana para evaluar los cambios e identificar el material residual. También se utilizan intervenciones adicionales (entretnejidos cognitivos) solamente cuando el reprocesamiento se bloquea.
- En la quinta fase se incluye ya la creencia positiva deseada en las series separadas de estimulación bilateral, hasta que el paciente la integra totalmente en su red de recuerdos (VOC 7).
2. Preparación.
  3. Evaluación.
  4. Desensibilización.
  5. Instalación.

Es necesario en esta fase comprobar el reprocesamiento total de cualquier perturbación residual asociada con la diana mediante series separadas de estimulación bilateral al tiempo que el paciente se centra en reprocesar cualquier sensación física residual hasta que sólo haya sensaciones neutras o positivas.

6. Exploración del Cuerpo.

Se debe garantizar siempre la estabilidad del paciente y su orientación al concluir cada sesión de reprocesamiento. De ser necesario, se pueden utilizar las técnicas de autocontrol para garantizar la estabilidad y la orientación. También debe informarse al paciente de los efectos del tratamiento y pedirle que mantenga un diario de observaciones de sí mismo entre sesiones.

7. Cierre.

El tratamiento debe ir ajustándose a lo largo del mismo basándose en los apuntes del diario del paciente y su feedback, comprobando así que se estén abordando todos los aspectos necesarios. Además, se volverá a la diana para garantizar los efectos estables del tratamiento.

8. Reevaluación.

*Leeds (2013).*

A lo largo del proceso de desensibilización sistemática se pidió a la paciente que diera un feedback acerca del SUD (Unidades Subjetivas de Perturbación) y VoC (Validez de la Cognición), esta primera al conectar con el recuerdo traumático y las palabras negativas y la segunda al tratar de instalar la creencia positiva. La fase cinco solo se inició cuando, en una escala del cero al diez, las unidades subjetivas de perturbación eran 0. La escala de validez de



la cognición va del uno al siete, siendo siete el punto en el que el paciente siente como totalmente cierta para él la creencia positiva instalada respecto al evento traumático (Shapiro, 2001).

El tratamiento se compuso de un total de 15 sesiones de unos 50-60 minutos, que incluían la fase de tratamiento correspondiente y la vuelta a la calma previa a la finalización de la sesión. Las sesiones se realizaron de forma individual por parte de la terapeuta EMDR en una periodicidad semanal, 13 de ellas de forma presencial y dos telemática. La estructura del tratamiento se resume en la tabla siguiente:

**Tabla 4**

*Plan de tratamiento*

Protocolo	EMDR	
Sesión 1	Fase	1
		<a href="https://open.spotify.com/episode/5T9gPjamsJf2Otdctem4HD?si=b3pRqDLdTFSmjQYb-APNIA">https://open.spotify.com/episode/5T9gPjamsJf2Otdctem4HD?si=b3pRqDLdTFSmjQYb-APNIA</a>
Sesión 2	Fase 1	
Sesión 3	Fase 2	
Sesión 4	Fase 2	
Sesión 5	Fase 3	
Sesión 6	Fase 4 Sesión incompleta (SUD no llega a 0) de una diana de pasado: Día previo a la muerte intrauterina.	
Sesión 7	Fase 4 Sesión incompleta (SUD no llega a 0) de una diana de pasado: Día previo a la muerte intrauterina.	

- Sesión 8 Fase 4 Sesión incompleta (SUD no llega a 0) de una diana de pasado: Día previo a la muerte intrauterina.
- Sesión 9 Fase 8
- Sesión 10 Fase 8
- Sesión 11 Sesión completa (hasta la fase 8) de una diana de presente: Quedada con sus amigas con las que compartió embarazo.
- Sesión 12 Sesión completa (SUD no llega a 0) de una diana de presente: Ver una foto de su exmarido con su suegra (recuerdo de la fuerte violencia e invalidación).
- Sesión 13 Sesión incompleta (SUD no llega a 0) de una diana de presente: Ver una foto de su exmarido con su suegra (recuerdo de la fuerte violencia e invalidación).
- Sesión 14 Sesión completa (hasta la fase 8) de una diana de futuro: Visualización de la plantación de un árbol en homenaje a su hija fallecida.
- Sesión 15 Creación del ritual a su hija: plantación de un árbol, lista de invitados, lugar y música escogidos... Cierre del proceso terapéutico.
- Reevaluación PCL-5

Además de las correspondientes mediciones del SUD y el VOC en las diversas fases correspondientes, se realizó una evaluación del TEPT previa al inicio de las sesiones y una final, donde la paciente ya no cumplía los criterios diagnósticos para el TEPT (*Ver Anexo 5*).

### **Resultados y valoración de la eficacia del tratamiento**

Tras 15 sesiones de tratamiento la terapia EMDR resultó efectiva para el tratamiento del trauma perinatal por muerte fetal intrauterina, mejorando la sintomatología asociada y

dejando así de cumplir los criterios diagnósticos según el DSM-5 (APA, 2013) para el TEPT. Si bien algunas experiencias presentes relacionadas con la traumática le seguían generando malestar, este era menos intenso y no afectaba a su funcionalidad ni le generaba un sufrimiento clínico. A pesar de que el miedo a enfrentar la experiencia hizo que estuviera a punto de no acudir a consulta, desde la primera sesión de desensibilización (Fase 4) la paciente refirió un gran alivio de la perturbación y una sensación de relajación y de “poder respirar tranquila tras catorce años”. A partir de ahí la paciente mostró una elevada motivación para el tratamiento y se interesó en conectar con su experiencia también fuera de las sesiones mediante un grupo de apoyo, podcasts y creando un ritual de plantación de un árbol en honor a su hija fallecida. La paciente es ahora capaz de hablar acerca de lo ocurrido con sus personas de confianza e incluso de visitar el cementerio con sus hijos, los cuales tuvo unos años después del primer embarazo. Se resumen los resultados en la siguiente tabla:

**Tabla 5**

*Puntuaciones pretratamiento y post tratamiento*

	Pre – tratamiento	Post - tratamiento
PCL5	60	7
SUD “ <i>Tendría que haber hecho algo</i> ”	10	0
VOC “ <i>Lo hice lo mejor que pude</i> ”	2	7

Además, las medidas post test y pretest han resultado ser fiables ya que el error estándar de diferencia (EDD) es de 0.32 y la diferencia pre y post test es de 2.65, superando el 1.96 (Vélez, 2023). Se puede decir, por tanto, que con un índice de cambio fiable (IFC) de -8.37 el

cambio en los resultados de la prueba PCL-5 ha sido fuertemente significativo y no puede deberse a un error en la medición (Ver Anexo 8).

La intervención se basó en un objetivo principal, mejorar la sintomatología postraumática de la paciente mediante la terapia EMDR.

Para ello, este objetivo se concretó en los siguientes objetivos específicos:

- Mejorar las marcas de SUD y VOC para las dianas propuestas.
- Difundir la técnica EMDR como herramienta para la mejora de la sintomatología derivada de duelos perinatales.
- Verificar la eficacia de la técnica EMDR para el TEPT por muerte perinatal.
- Medir el progreso de la paciente antes del tratamiento, después y tres meses más tarde.

## **Discusión y conclusión**

El presente estudio de caso se ha propuesto un tratamiento basado en la terapia EMDR para una mujer de 38 años con TEPT por muerte fetal intrauterina. La intervención tiene como objetivo principal la mejora de la sintomatología postraumática. Una vez transcurridas las 15 sesiones terapéuticas, los resultados indican que dicho objetivo ha sido logrado.

Se puede apreciar una mejora significativa de la sintomatología de la paciente con tan solo quince sesiones de tratamiento, a pesar de haber estado años siendo crónica. P. refiere volver a conciliar el sueño de forma fácil y sin interrupciones, encontrarse más descansada y sin reexperimentaciones acerca de lo sucedido. Además, los pensamientos automáticos e intrusivos que acompañaban a los sentimientos de miedo y de culpa han sido desplazados por una narrativa autocompasiva que le permite estar en calma junto con la ampliación de la visión de lo ocurrido, su rol y el de los otros integrantes de la experiencia traumática y la integración de esta en la red de memoria, antes aislada de redes positivas. A nivel somático también refiere

una menor tensión muscular y sintomatología estomacal, y refiere una libido y autoestima mayores.

Todo ello se evidencia mediante el incumplimiento de los criterios diagnósticos tras el tratamiento debido a la significativa mejora de la sintomatología postraumática, medida mediante la escala PCL-5 y las marcas de VOC y SUD asociadas a las diferentes experiencias traumáticas.

Respecto a los objetivos específicos, según lo propuesto, se atendió mediante el EMDR a elementos perceptivos, cognitivos, emocionales y somáticos del recuerdo y los reprocessa a través de la estimulación bilateral, poniendo en marcha el modelo PAI de Shapiro (1995, 2001, 2006) para que se almacenaran de manera que no causaran disfunción mientras que se instalaba la nueva creencia adaptativa y positiva sobre el yo (Shapiro, 2010). Así, las marcas de SUD y VOC alcanzaron sus valores máximos, 0 y 10 respectivamente, en todas las experiencias tratadas, no apareciendo más material perturbador (ver anexo 9). Además, los resultados finales de la escala PCL-5 revelaron que ya no cumplía criterios diagnósticos, al obtener una puntuación de 7. Las mediciones fueron tomadas pre y post tratamiento según lo propuesto sin mayor dificultad.

Es importante también matizar entre el trauma con “T” mayúscula y el trauma con “t” minúscula. La “T” mayúscula se referiría a desastres naturales, atentados, accidentes de tráfico graves, etcétera; mientras que la “t” minúscula incluye traumas mucho más sutiles, como un contexto inseguro o inestable, pero que impactan igualmente en la visión que la persona tiene de sí misma, de los demás y del mundo (Hensley, 2010). En el caso de la paciente, se aunó la pérdida de su hija (“T”) con la violencia en la infancia y de género sufrida (“t”).

Otros factores a tener en cuenta han sido la impredecibilidad e instrumentalización del parto, la hospitalización previa, la ausencia de apoyo y la presencia de violencia y disociación

a lo largo del evento traumático. El tratamiento ha posibilitado a P. la integración de la pérdida de su hija en su historia de vida y brindado estrategias y psicoeducación acerca del duelo y las experiencias traumáticas para un mejor afrontamiento de futuras pérdidas. Ha resultado crucial el reconocimiento de su hija como miembro de la familia así como su inclusión en el momento presente mediante los rituales y la disminución de estrategias evitativas y de escape en lo relacionado con el duelo.

Entre las limitaciones presentadas por la intervención, se encuentra la utilización de percepciones cualitativas de la paciente a la hora de registrar el SUD y el VOC, las cuales pueden estar condicionadas por factores como la discapacidad social, si bien se ha corroborado de forma posterior la desensibilización de las experiencias en posteriores fases y se ha utilizado una prueba estandarizada para la evaluación del TEPT (PCL-5).

Se recomienda la realización de un seguimiento longitudinal de la paciente durante al menos un año para valorar que la mejora continúa siendo clínicamente significativa y que los resultados perdurar en el tiempo, no apareciendo nuevos disparadores en el presente debido a la buena integración de la experiencia traumática.

En definitiva, se ha expuesto un caso de cómo la terapia EMDR es efectiva en la mejora de pacientes con TEPT (Scelles y Bulnes, 2021) y permite avanzar en el bienestar y la salud mental de las familias que han sufrido una pérdida perinatal.

## **Referencias**

- Allen, J. G., Coyne, L., & Huntoon, J. (1998). El trauma eleva de manera generalizada los perfiles del Inventario Breve de Síntomas en mujeres hospitalizadas. *Psychological Reports*, 83(2), 499-513. <https://doi.org/10.2466/pr0.1998.83.2.499>
- Alves-Costa, F., Hamilton-Giachritsis, C., Christie, H., van Denderen, M., & Halligan, S. (2021). Intervenciones psicológicas para individuos en duelo por homicidio: Una

revisión sistemática. *Trauma, Violencia y Abuso*, 22(4), 793–803.

<https://doi.org/10.1177/1524838019881716>

American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.

Andersen, L. B., Melvaer, L. B., Videbech, P., Lamont, R. F., & Joergensen, J. S. (2012). Factores de riesgo para desarrollar trastorno de estrés postraumático después del parto: una revisión sistemática. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 91, 1261–1272.

Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., y Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological medicine*, 46(6), 1121-1134.

Ayers, S., Eagle, A., y Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychology, health & medicine*, 11(4), 389-398.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual para el Inventario de Depresión de Beck-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck, C. T. (2004). Trastorno de estrés postraumático debido al parto: las secuelas. *Nursing Research*, 53(4), 216–224.

Beck, C. T., Gable, R. K., Sakala, C., & Declercq, E. R. (2011). Trastorno de estrés postraumático en nuevas madres: resultados de una encuesta nacional en dos etapas en los Estados Unidos. *Birth*, 38(3), 216-227. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2011.00475.x>

- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Desarrollo, confiabilidad y validez de una escala de disociación. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727–735.  
<https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00004>
- Boán, F., Álvarez-Iglesias, A., Roca, E., & Carral, M. J. (2017). Adaptación y validación de la Escala de Experiencias Disociativas (DES) en población española. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(3), 221-230.  
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.18600>
- Burden, C., Bradley, S., Storey, C., Ellis, A., Heazell, A. E. P., Downe, S., Cacciatore, J., & Siassakos, D. (2016). De la aflicción, culpa, dolor y estigma a la esperanza y el orgullo: una revisión sistemática y metaanálisis de investigación de método mixto sobre el impacto psicosocial de la muerte fetal. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 1–12.  
<https://doi.org/10.1186/s12884-016-0800-8>
- Castellanos, N. (2022). *Neurociencia del cuerpo: cómo el organismo esculpe el cerebro*. Editorial Kairós.
- Creedy, D. K., Shochet, I. M., & Horsfall, J. (2000). El parto y el desarrollo de síntomas agudos de trauma: incidencia y factores contribuyentes. *Birth*, 27(2), 104-111.  
<https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2000.00104.x>
- Davidson, P. R., y Parker, K. C. H. (2001). Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR): un metaanálisis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 305–316. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.2.305>
- Dekel, S., Stuebe, C., & Dishy, G. (2017). Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors. *Frontiers in Psychology*, 8, 560.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00560>
- Farren, J., Jalbrant, M., Ameye, L., Joash, K., Mitchell-Jones, N., Tapp, S., Timmerman, D., & Bourne, T. (2016). Estrés postraumático, ansiedad y depresión después de un aborto



- espontáneo o embarazo ectópico: un estudio de cohorte prospectivo. *BMJ Open*, 6(11), e011864. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011864>
- Farren, J., Jalmbrant, M., Falconieri, N., Mitchell-Jones, N., Bobdiwala, S., Al-Memmar, M., Tapp, S., Van Calster, B., Wynants, L., Timmerman, D., & Bourne, T. (2020). Estrés postraumático, ansiedad y depresión después de aborto espontáneo y embarazo ectópico: un estudio de cohorte prospectivo, multicéntrico. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(4), 367.e1–367.e22. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.10.102>
- Fernández Clemente, L., & Olza Fernández, I. (2018). Revisión sistemática del tratamiento del trastorno de estrés postraumático posparto. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 2018(5), 29-39. Recuperado de [https://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/IMAGES\\_12/psicosom-psiquiatr-2018-5.pdf](https://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/IMAGES_12/psicosom-psiquiatr-2018-5.pdf)
- Fernández-Ordoñez, E., González-Cano-Caballero, M., Guerra-Marmolejo, C., Fernández-Fernández, E., & García-Gámez, M. (2021). Dolor perinatal y trastorno de estrés postraumático en el embarazo después de una pérdida perinatal: un protocolo de estudio longitudinal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 1-7.
- González, R., Fernández, S., & Navarro, E. (2017). Evaluación del trastorno de estrés postraumático con el PCL-5 en una muestra de población clínica en España. *Psicothema*, 29(1), 42-47. <https://doi.org/10.7334/psicothema2017.110>
- Hensley, B. J. (2010). *Manual básico de EMDR: desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos*. Biblioteca de Psicología.
- Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Molina-Alarcón, M., Infante-Torres, N., Rubio-Álvarez, A., & Martínez-Galiano, J. M. (2020). Factores perinatales relacionados

- con los síntomas de trastorno de estrés postraumático de 1 a 5 años después del parto. *Women and Birth*, 33(2), 129-135. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.008>
- Kendell, R. E., Chalmers, J. C., & Platz, C. (1987). Epidemiología de las psicosis puerperales. *Revista Británica de Psiquiatría*, 150, 662-673.
- Leeds, A. M. (2013). *Guía de protocolos estándar de EMDR para terapeutas, supervisores y consultores*. Desclée de Brouwer.
- Leinweber, J., Fontein-Kuipers, Y., Thomson, G., Karlsdottir, S. I., Nilsson, C., Ekström-Bergström, A., Olza, I., Hadjigeorgiou, E., & Stramrood, C. (2022). Desarrollando una definición centrada en la mujer e inclusiva de experiencias de parto traumático: Un documento de discusión. *Birth*, 49(4), 687-696. <https://doi.org/10.1111/birt.12634>
- Lewey, J. H., Smith, C. L., Burcham, B., Saunders, N. L., Elfallal, D., y O'Toole, S. K. (2018). Comparación de la efectividad del EMDR y el TF-CBT para niños y adolescentes: un metaanálisis. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11(4), 457-472. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0212-1>
- Malik, N., Facer-Irwin, E., Dickson, H., Bird, A., & MacManus, D. (2023). La efectividad de las intervenciones centradas en el trauma en entornos carcelarios: una revisión sistemática y un metaanálisis. *Trauma, Violence & Abuse*, 24(2), 844–857.
- Mota González, C., Bello, N. C., Calva, E. A., López, M. E. G., & Pichardo, M. A. S. (2011). Escala de duelo perinatal: Validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(3), 419-428.
- Mulcahy, M., Rees, C., Galbally, M. et al. Health practitioners' recognition and management of postpartum obsessive-compulsive thoughts of infant harm. *Arch Womens Ment Health* 23, 719–726 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01026-y>
- Muzik, M., McGinnis, E. W., Bocknek, E., Morelen, D., Rosenblum, K. L., Liberzon, I., Seng, J., & Abelson, J. L. (2016). Síntomas de TEPT a lo largo del embarazo y el posparto

- temprano entre mujeres con diagnóstico de TEPT durante toda la vida. *Depression and Anxiety*, 33(7), 584-591.
- O'Donovan, A., Alcorn, K. L., Patrick, J. C., Creed, D. K., Dawe, S., & Devilly, G. J. (2014). Predicción del trastorno de estrés postraumático después del parto. *Midwifery*, 30(8), 935-941. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.011>
- Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., Ferragut, M., & Santamaría, P. (2017). Fiabilidad del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) en contextos chilenos y diferencias entre población general y clínica. *Revista Mexicana de Psicología*, 34(2), 110-124.
- Ortiz-Tallo, M., Santamaría, P., Cardenal, V., & Sánchez, M. P. (2011). Adaptación española del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) [Adaptación del PAI de Leslie C. Morey, 1991, 2007]. Madrid: TEA Ediciones.
- Perinatal Support International. (s.f.). Trastornos psicológicos perinatales. Recuperado de <https://www.postpartum.net/es/en-espanol/trastornos-psicologicos-perinatales/>
- Reed, R., Sharman, R., & Inglis, C. (2017). Descripciones de las mujeres sobre el trauma del parto relacionado con las acciones e interacciones de los proveedores de atención. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17, 21. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1197-0>
- Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A. M., y Stams, G. J. (2009). Eficacia del EMDR en niños: un metaanálisis. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 599-606. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.008>
- Rodríguez-Muñoz, M. F., Motrico, E., Miguez, C., Chaves, C., Suso-Ribera, C., Duque, A., Salinas, M. G., Caparrós-González, R. A., Martín-Agudiez, N., Kovacheva, K., García-López, H. S., Vázquez-Batan, P., Peñacoba, C., & Osma, J. (2). Depresión perinatal en el contexto español: Informe de consenso del Consejo General de Psicología de España. *Clínica y Salud*, 34(2), 51-63. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a15>

- Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quirós-García, J. M., Martínez-Galiano, J. M., & Gómez-Salgado, J. (2019). Percepciones de las mujeres sobre vivir una experiencia traumática de parto y factores relacionados con la experiencia de parto. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9), 1654. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091654>
- Rytilä-Manninen, M., Fröjd, S., Haravuori, H., Marttunen, M., Kettunen, K., & Lindberg, N. (2016). Propiedades psicométricas del "Symptom Checklist-90" en pacientes psiquiátricos adolescentes internados y jóvenes de la comunidad emparejados por edad y género. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10(23). <https://doi.org/10.1186/s13034-016-0111-x>
- Scelles, C., y Bulnes, L. C. (2021). El EMDR como opción de tratamiento para afecciones distintas al TEPT: una revisión sistemática. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.644369>
- Schore, A. N. (2002). Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 9-30.
- Semerci, M., & Uzun, S. (2023). La efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas post-desastre: un estudio de revisión sistemática y metaanálisis. *Asian J Psychiatr*, 85, 103615. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2023.103615>
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2006). *New Notes on Adaptive Information Processing*. Hamden, CT: EMDR Humanitarian Assistance Programs.

- Shapiro, F. (2010). *EMDR: Desensibilización y Reprocesamiento por Medio de Movimiento Ocular*. Editorial Pax México.
- Simpson, M., Schmied, V., Dickson, C., & Dahlen, H. G. (2018). Postnatal post-traumatic stress: An integrative review. *Women and Birth*, 31(5), 367-379.
- Soet, J. E., Brack, G. A., & DiIorio, C. (2003). Prevalencia y predictores de la experiencia de trauma psicológico de las mujeres durante el parto. *Birth*, 30(1), 36-46. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2003.00215.x>
- Solomon, E. P., & Heide, K. M. (2005). La biología del trauma: implicaciones para el tratamiento. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(1), 51-60.
- Sonis, J., & Cook, J. M. (2019). Medicación versus psicoterapia centrada en el trauma para adultos con trastorno de estrés postraumático: una revisión sistemática y un metaanálisis. *Psychiatry Res*, 282, 112637. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112637>
- Sramrod, C. A., Paarlberg, K. M., Huis In 't Veld, E. M., Berger, L. W., Vingerhoets, A. J., Schultz, W. C., & van Pampus, M. G. (2011). Estrés postraumático tras el parto en entornos hogareños y hospitalarios. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(2), 88-97. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2011.569801>
- Taylor Miller, P. G., Sinclair, M., Gillen, P., McCullough, J. E. M., Miller, P. W., Farrell, D. P., Slater, P. F., Shapiro, E., Klaus, P. (2021). Intervenciones psicológicas tempranas para la prevención y tratamiento del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y los síntomas de estrés postraumático en mujeres posparto: una revisión sistemática y un metaanálisis. *PLoS One*, 16(11), e0258170. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258170>
- Van der Kolk, B. A. (2020). *El cuerpo lleva la cuenta*. Barcelona: Eleftheria.

- VanderKruik, R., Barreix, M., Chou, D., Allen, T., Say, L., Cohen, L. S., et al. (2017). La prevalencia global de la psicosis posparto: una revisión sistemática. \*BMC Psychiatry\* [Internet], 17(1), 1–9. Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1427-7>
- Vélez, C.H. (2023). Calculadora del Índice de Cambio Fiable (ICF). [en línea]. [29/05/2024]. Recuperado de: <https://carloshvelez.github.io/icf/>
- Wisner, KL, Peindl, KS y Hanusa, BH (1996). Efectos de la maternidad en la historia natural del trastorno de pánico con trastorno del estado de ánimo comórbido. *Revista de Trastornos Afectivos*, 41, 173-180.
- Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). La prevalencia del trastorno de estrés postraumático durante el embarazo y después del parto: una revisión sistemática y metaanálisis. *Journal of Affective Disorders*, 208, 634-645.
- Zheng, X., Morrell, J., y Watts, K. (2018). A quantitative longitudinal study to explore factors which influence maternal self-efficacy among Chinese primiparous women during the initial postpartum period. *Midwifery*, 59, 39-46.

# ANEXOS

## Anexo 1

Página 1 de 3

### Cita informativa

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Adulto (A)  Padre/Madre de niño o adolescente (NA)  Hora: 12:14

Motivo de la consulta (¿en qué te puedo ayudar?)

\_\_\_\_\_

Ítems posibles para la recogida de información

- Datos de salud y/o sanitarios (SAD)<sup>1</sup>
- Situación familiar
- Convivencia y vida cotidiana
- Relaciones sociales y amistades
- Aficiones y tiempo libre
- Situación laboral/profesional (A)
- Entorno escolar y académico (NA)

¿Has recurrido con anterioridad a un profesional de la psicología? Sí  No

Indicar el motivo:

\_\_\_\_\_

¿Cuál ha sido el principal detonante que ha hecho que decidas acudir a consulta?

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> SAD: Salud, Alimentación y Deporte

Página 2 de 3

### Cita informativa

¿Qué parte de los síntomas que manifiestas afecta más a tu bienestar o es más molesta?

\_\_\_\_\_

¿Te habías sentido así antes de acudir a consulta? Sí  No  No lo sé

\_\_\_\_\_

¿Cómo sería tu vida mañana si no tuvieras este malestar o problemas que te afectan?<sup>2</sup>

\_\_\_\_\_

¿Qué esperas conseguir con este apoyo profesional?<sup>3</sup>

\_\_\_\_\_

Otros datos de posible interés:

\_\_\_\_\_

Tratamiento o evaluación recomendado:

\_\_\_\_\_

Conclusiones:

\_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Pregunta "Milagro"

<sup>3</sup> Informar al potencial paciente de los honorarios y del funcionamiento del proceso de atención y consulta.

## Anexo 2

# CUESTIONARIO DE 90 SINTOMAS

El presente cuestionario forma parte de su historia clínica y está sujeto a estricto secreto profesional.

### INSTRUCCIONES

Lea atentamente la lista que presentamos en las páginas siguientes. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.

Rodee con un círculo el cero si no ha tenido ninguna molestia en absoluto, el uno si la ha tenido un poco presente, el dos si la ha tenido moderadamente, el tres si la ha tenido bastante y el cuatro si la ha tenido mucho o extremadamente.

**HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR EL SINTOMA**

### RODEE CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA ELEGIDA

0	1	2	3	4
Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho/extremadamente

### RODEE CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA ELEGIDA

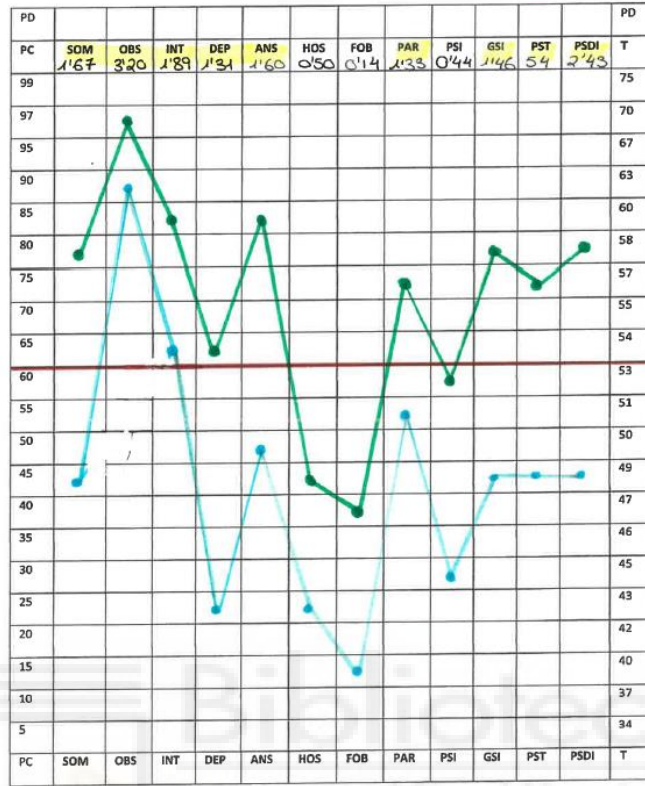
1. Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2. Nerviosismo o agitación interior	0	1	2	3	4
3. Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de la mente	0	1	2	3	4
4. Sensaciones de desmayo o mareo	0	1	2	3	4
5. Pérdida de deseo o placer sexual	0	1	2	3	4
6. Ver a la gente de manera negativa, encontrar siempre faltas	0	1	2	3	4
7. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
8. La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
9. La dificultad para recordar las cosas	0	1	2	3	4
10. Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización	0	1	2	3	4
11. Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado	0	1	2	3	4
12. Dolores en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4
13. Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
14. Sentirse bajo de energías o decaído	0	1	2	3	4
15. Pensamientos suicidas o ideas de acabar con su vida	0	1	2	3	4
16. Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
17. Temblores	0	1	2	3	4
18. La idea de que uno no se puede fiar de la gente	0	1	2	3	4
19. Falta de apetito	0	1	2	3	4
20. Llorar fácilmente	0	1	2	3	4
21. Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto	0	1	2	3	4
22. La sensación de estar atrapado o encerrado	0	1	2	3	4
23. Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
24. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
25. Miedo a salir de casa solo	0	1	2	3	4
26. Culparse a sí mismo de todo lo que pasa	0	1	2	3	4
27. Dolores en la parte baja de la espalda	0	1	2	3	4
28. Sentirse incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas	0	1	2	3	4
29. Sentirse solo	0	1	2	3	4
30. Sentirse triste	0	1	2	3	4
31. Preocuparse demasiado por todo	0	1	2	3	4
32. No sentir interés por nada	0	1	2	3	4
33. Sentirse temeroso	0	1	2	3	4
34. Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad	0	1	2	3	4
35. La impresión de que los demás se dan cuenta de lo que está pensando	0	1	2	3	4
36. La sensación de que los demás no lo entienden o no lo hacen caso	0	1	2	3	4
37. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	0	1	2	3	4
39. Que su corazón palpite o vaya muy deprisa	0	1	2	3	4
40. Náuseas o malestar en el estómago	0	1	2	3	4
41. Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
42. Dolores musculares	0	1	2	3	4
43. Sensación de que otras personas le miran o hablan de usted	0	1	2	3	4
44. Dificultad para conciliar el sueño	0	1	2	3	4
45. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4



46. Dificultad en tomar decisiones	0	1	2	3	4
47. Sentir temor de viajar en coche, autobús, metros o trenes	0	1	2	3	4
48. Ahogos o dificultad para respirar	0	1	2	3	4
49. Escalofríos, sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
50. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque me dan miedo	0	1	2	3	4
51. Que se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
52. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
53. Sentir un nudo en la garganta	0	1	2	3	4
54. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
55. Tener dificultad para concentrarse	0	1	2	3	4
56. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
57. Sentirse tenso o con los nervios de punta	0	1	2	3	4
58. Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
59. Ideas sobre la muerte o el hecho de morir	0	1	2	3	4
60. El comer demasiado	0	1	2	3	4
61. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla cerca de usted	0	1	2	3	4
62. Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
63. Sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
64. Despertarse de madrugada	0	1	2	3	4
65. Impulso de tener que hacer las cosas de manera repetida (tocar algo, lavarse)	0	1	2	3	4
66. Sueño inquieto o perturbado	0	1	2	3	4
67. Tener ganas de romper o estrellar algo	0	1	2	3	4
68. Tener ideas o creencias que los demás no comparten	0	1	2	3	4
69. Sentirse muy cohibido o vergonzoso entre los demás	0	1	2	3	4
70. Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en cines, tiendas, etc...	0	1	2	3	4
71. Sentir que todo requiere un gran esfuerzo	0	1	2	3	4
72. Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
73. Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público	0	1	2	3	4
74. Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
75. Sentirse nervioso cuando se queda solo	0	1	2	3	4
76. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus méritos	0	1	2	3	4
77. Sentirse solo aunque esté con más gente	0	1	2	3	4
78. Sentirse tan inquieto que no puede estar sentado	0	1	2	3	4
79. La sensación de ser inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
80. Presentimientos de que va a pasar algo malo	0	1	2	3	4
81. Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
82. Tener miedo a desmayarse en público	0	1	2	3	4
83. La sensación de que la gente intentaría aprovecharse si se lo permitiera	0	1	2	3	4
84. Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante	0	1	2	3	4
85. La idea de que debería ser castigado por sus pecados o sus errores	0	1	2	3	4
86. Pensamientos imágenes estremecedoras o que le dan miedo	0	1	2	3	4
87. La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo	0	1	2	3	4
88. Sentirse siempre distante, sin sensación de intimidad con alguien	0	1	2	3	4
89. Sentimientos de culpabilidad	0	1	2	3	4
90. La idea de que algo anda mal en su mente	0	1	2	3	4

### PERFIL

- Traslade las puntuaciones (PD) de la fila que se encuentra en la base al dorso de esta página a la fina PD de ésta.
  - Consulta el baremo que haya decidido emplear y trace las líneas del perfil. ■ Tabla 17  
■ Tabla 19
- BAREMO UTILIZADO: N° de tabla.



## BDI

DP=11

LEVE

**Instrucciones:** En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, máquela también. Asegúrese de haber leído las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

- 1.-  0) No me siento triste.
  - 1) Me siento triste.
  - 2) Siempre me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
  - 3) Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.
  
- 2.-  0) No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
  - 1) Me siento desanimado de cara al futuro.
  - 2) Siento que no hay nada por lo que luchar.
  - 3) El futuro es desesperanzador y las cosas no mejoran.
  
- 3.-  0) No me siento como un fracasado.
  - 1) He fracasado más que la mayoría de las personas.
  - 2) Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.
  - 3) Soy un fracaso total como persona.
  
- 4.-  0) Las cosas me satisfacen tanto como antes.
  - 1) No disfruto de las cosas tanto como antes.
  - 2) Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
  - 3) Estoy insatisfecho o aburrido respecto a todo.
  
- 5.-  0) No me siento especialmente culpable.
  - 1) Me siento culpable en bastantes ocasiones.
  - 2) Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
  - 3) Me siento culpable constantemente.
  
- 6.-  0) No creo que esté siendo castigado.
  - 1) Siento que quizá esté siendo castigado.
  - 2) Espero ser castigado.
  - 3) Siento que estoy siendo castigado.
  
- 7.-  0) No estoy descontento de mí mismo.
  - 1) Estoy descontento de mí mismo.
  - 2) Estoy a disgusto conmigo mismo.
  - 3) Me detesto.

# BDI

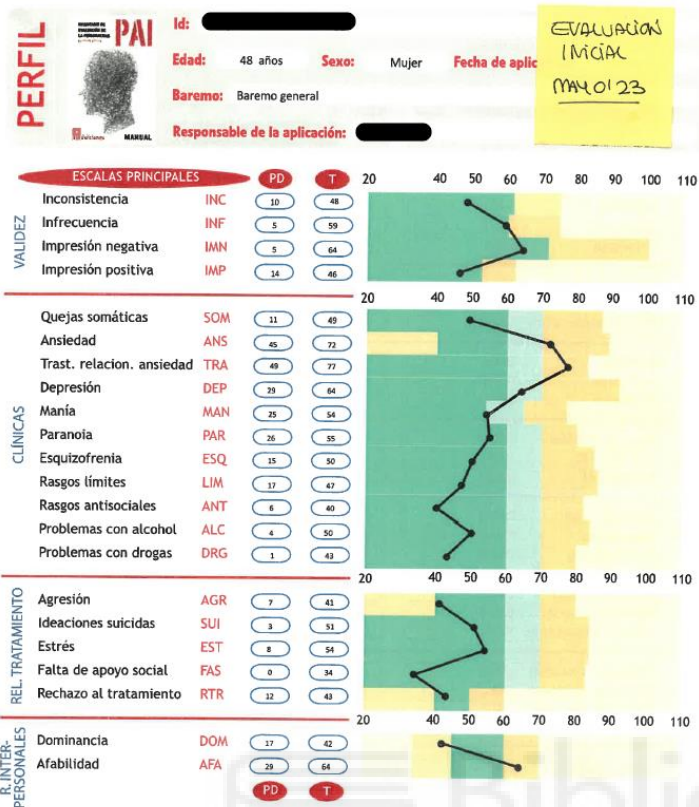
---

- 8.- 0) No me considero peor que cualquier otro.  
① Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.  
2) Continualmente me culpo por mis faltas.  
3) Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9.- 0) No tengo ningún pensamiento de suicidio.  
1) A veces pienso en suicidarme pero no lo haré.  
2) Desearía poner fin a mi vida.  
3) Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
- 10.- 0) No lloro más de lo normal.  
① Ahora lloro más que antes.  
2) Lloro continuamente.  
3) No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.
- 11.- 0) No estoy especialmente irritado.  
1) Me molesto o irrito más fácilmente que antes.  
2) Me siento irritado continuamente.  
3) Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.
- 12.- 0) No he perdido el interés por los demás.  
1) Estoy menos interesado por los demás que antes.  
2) He perdido gran parte del interés por los demás.  
3) He perdido todo el interés por los demás.
- 13.- 0) Tomo mis propias decisiones igual que antes.  
1) Evito tomar decisiones más que antes.  
② Tomas decisiones me resulta mucho más difícil que antes.  
3) Me es imposible tomar decisiones.
- 14.- 0) No creo tener peor aspecto que antes.  
1) Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.  
2) Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.  
3) Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15.- 0) Trabajo igual que antes.  
① Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.  
2) Tango que obligarme a mí mismo para hacer algo.  
3) Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

# BDI

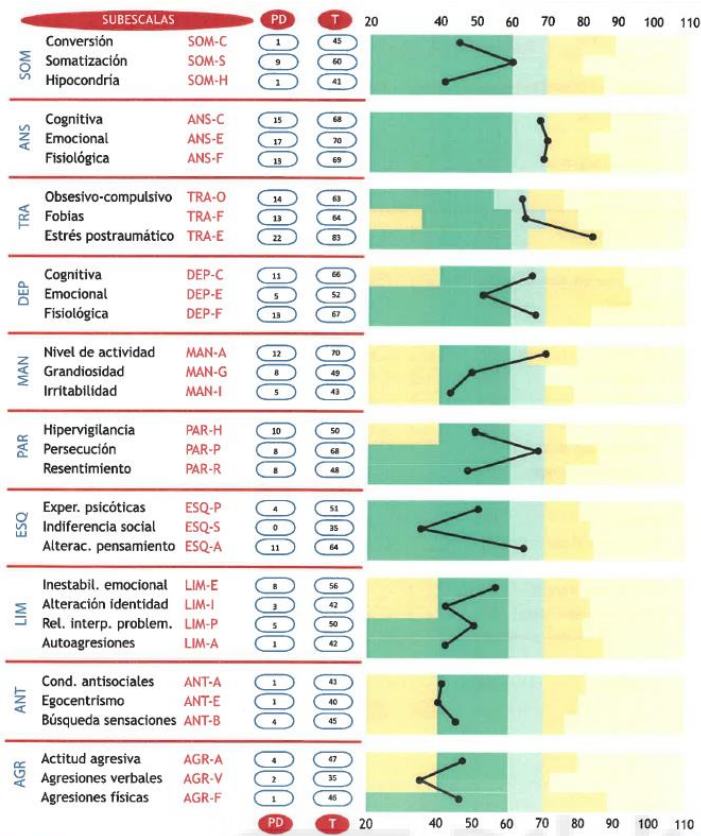
- 16.- 0) Duermo tan bien como siempre.  
1) No duermo tan bien como antes.  
2) Me despierto 1 ó 2 horas antes de la habitual y me cuesta volverme a dormir.  
3) Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
- 17.- 0) No me siento más cansado de lo normal.  
1) Me canso más que antes.  
2) Me canso en cuanto hago cualquier cosa.  
3) Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18.- 0) Mi apetito no ha disminuido.  
1) No tengo tan buen apetito como antes.  
2) Ahora tengo mucho menos apetito.  
3) He perdido completamente el apetito.
- 19.- 0) No he perdido peso últimamente.  
1) He perdido más de 2 kg.  
2) He perdido más de 4 kg.  
3) He perdido más de 7 kg.
- 20.- 0) No estoy preocupado por mi salud.  
1) Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc.,... el malestar de estómago o los catarros.  
2) Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.  
3) Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.
- 21.- 0) No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.  
1) La relación sexual me atrae menos que antes.  
2) Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.  
3) He perdido totalmente el interés sexual.

# Anexo 4



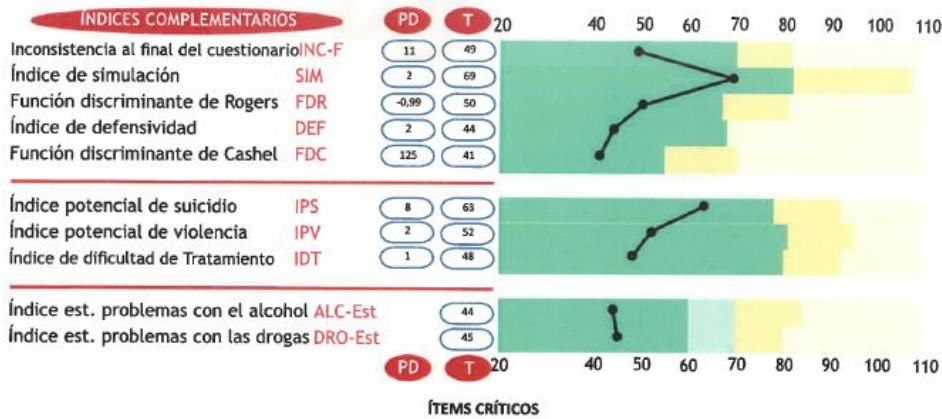
Nota PD: Puntuación directa  
 Nota T: escala típica con media=50 y Dt = 10.

Biblioteca  
UNIVERSITAS Miguel Hernández



Nota PD: Puntuación directa  
 Nota T: escala típica con media=50 y Dt= 10.

www.teeediciones.com



**ESTRESORES TRAUMÁTICOS:** 34. Sigo reviviendo algo horrible que me ocurrió. (BV) 194. He tenido algunas experiencias terribles que hacen que me sienta culpable. (BV) 234. Sigo teniendo pesadillas sobre el pasado. (CV) 274. Tuve una experiencia muy mala que me ha hecho perder el interés por algunas cosas con las que antes disfrutaba. (CV)

**Escalas de validez****Inconsistencia**

**INC** Rango menor o igual a 63. Ha contestado de forma consistente y ha prestado atención adecuada al contenido de los ítems.

**Infrecuencia**

**INF** Rango menor o igual a 59. La persona ha prestado la debida atención al contenido de los ítems.

**Impresión negativa**

**IMN** Rango menor o igual a 72. Baja distorsión negativa en las escalas clínicas, y posiblemente el evaluado no haya mostrado una impresión más negativa que la que sugeriría su situación clínica.

**Impresión positiva**

**IMP** Rango entre 44-54. Generalmente, sugieren que el sujeto no pretende presentar una impresión favorable irreal al completar el test, aunque las puntuaciones más altas del rango tienden a ser poco frecuentes en situaciones clínicas.

**Escalas y subescalas clínicas****Quejas somáticas**

**SOM** Rango menor o igual a 59. Persona con pocas quejas corporales. Estas personas son valoradas como optimistas, activas y eficaces.

**SOM-C Conversión**

Puntuaciones menores a 70. No hay presencia de conversión, es decir, síntomas propios de trastornos de conversión tales como dificultades perceptivas o motoras (problemas visuales, auditivos o parálisis).

**SOM-S Somatización**

Puntuaciones menores a 70. No presencia de rasgos de somatización.

**SOM-H Hipocondría**

Puntuaciones menores a 70. No hay presencia de rasgos de hipocondría, preocupación por la salud o el estado físico.

**Ansiedad**

**ANS** Rango entre 70-88. Niveles significativos de ansiedad y tensión. Probablemente esté en tensión la mayor parte del tiempo, con rumiaciones en las que presente desgracias. Puede ser percibido como impresionable, nervioso, tímido y dependiente.

**ANS-C Cognitiva**

Puntuaciones menores a 70. No hay presencia de rasgos de ansiedad cognitiva.

**ANS-E Emocional**

Puntuaciones mayores a 70. Gran cantidad de tensión y dificultades para relajarse, por lo que tiende a cansarse fácilmente debido a su alta percepción de estrés.

**ANS-F Fisiológica**

Puntuaciones menores a 70. No hay presencia de rasgos de ansiedad fisiológica.



#### Trastornos relacionados con la ansiedad

**TRA** Rango entre 70-82. Limitaciones asociadas con miedos específicos. Percibida como insegura y con dudas sobre sí misma, preocupada y especialmente incómoda en situaciones sociales.

##### *TRA-O Obsesivo-compulsivo*

Puntuaciones entre 55-64. Paciente percibido como obsesivo, orientado hacia los detalles, conformista, y con cierto grado de rigidez en actitudes y conductas.

##### *TRA-F Fobias*

Puntuaciones entre 60-70. Existencia de miedos específicos pero sin conductas excesivas de evitación. Puede indicar también una notable ansiedad social.

##### *TRA-E Estrés postraumático*

Puntuaciones mayores a 65. Existencia de alguna experiencia pasada relacionada con un acontecimiento traumático perturbador que continúa siendo fuente de malestar y produciendo episodios recurrentes de ansiedad.

#### Depresión

**DEP** Rango entre 60-69. Persona sensible, pesimista, con cierta predisposición a dudar de sí misma y que es infeliz al menos una parte del tiempo.

##### *DEP-C Cognitiva*

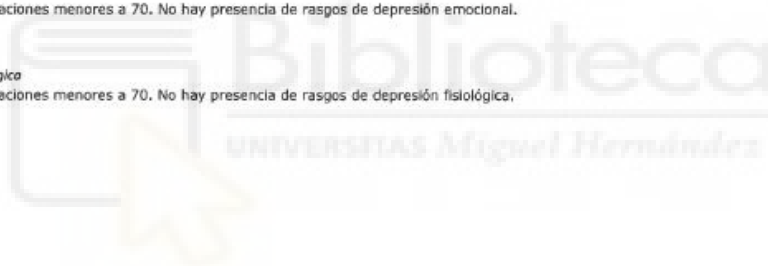
Puntuaciones menores a 70. No hay presencia de rasgos de depresión cognitiva.

##### *DEP-E Emocional*

Puntuaciones menores a 70. No hay presencia de rasgos de depresión emocional.

##### *DEP-F Fisiológica*

Puntuaciones menores a 70. No hay presencia de rasgos de depresión fisiológica.



**Manía**

**MAN** Rango menor o igual a 54. Pocas características de manía o hipomanía.

**MAN-A Nivel de actividad**

Puntuaciones mayores a 65. Hay un incremento de actividad motora con una reducción de la calidad, ya que tanto la ideación como las actividades son más apresuradas y desorganizadas. Realiza demasiadas actividades, siendo ineficaz para gestionar sus compromisos y sus obligaciones autoimpuestas.

**MAN-G Grandiosidad**

Puntuaciones menores a 60. No hay presencia de rasgos de grandiosidad.

**MAN-I Irritabilidad**

Puntuaciones menores a 60. No hay presencia de rasgos de irritabilidad.

**Paranoia**

**PAR** Rango menor o igual a 59. Persona que indica ser abierta y que generalmente perdona a los demás.

**PAR-H Hipervigilancia**

Puntuaciones menores a 60. No hay presencia de rasgos de hipervigilancia.

**PAR-P Persecución**

Puntuaciones menores a 70. No hay presencia de rasgos de ideación persecutoria.

**PAR-R Resentimiento**

Puntuaciones menores a 60. No hay presencia de rasgos de resentimiento.



#### Esquizofrenia

**ESQ** Rango menor o igual a 59. Informa ser eficaz en las relaciones sociales y que no tienen problemas de atención o concentración

##### *ESQ-P Experiencias psicóticas*

Puntuaciones menores a 60. No hay rasgos psicóticos.

##### *ESQ-S Indiferencia social*

Puntuaciones menores a 60. Persona que no muestra rasgos de indiferencia social.

##### *ESQ-A Alteración del pensamiento*

Puntuaciones entre 60-69. Evalúa el nivel de confusión en los procesos de pensamiento. Problemas en la concentración y en la toma de decisiones. Presenta ineficacia cognitiva con cierto nivel de confusión y desconcierto. Podría aparecer en personas deprimidas o ansiosas.

#### Rasgos límites

**LIM** Rango menor o igual a 59. Persona emocionalmente estable y con relaciones sólidas.

##### *LIM-E Inestabilidad emocional*

Puntuaciones menores a 70. No hay presencia de rasgos de inestabilidad emocional.

##### *LIM-I Alteración de la identidad*

Puntuaciones menores a 70. No hay presencia de signos de alteración de la identidad.

##### *LIM-P Relaciones interpersonales problemáticas*

Puntuaciones menores a 70. No hay presencia de relaciones interpersonales problemáticas.

##### *LIM-A Autoagresiones*

Puntuaciones menores a 70. No hay presencia de rasgos autolesivos.

#### Rasgos antisociales

**ANT** Rango menor o igual a 59. Persona que mantiene relaciones cálidas y cercanas con los demás. Muestra un control razonable sobre los impulsos y las conductas.

##### *ANT-A Conductas antisociales*

Puntuaciones menores a 60. No hay presencia de conductas antisociales.

##### *ANT-E Egocentrismo*

Puntuaciones menores a 60. No hay presencia de egocentrismo.

##### *ANT-B Búsqueda de sensaciones*

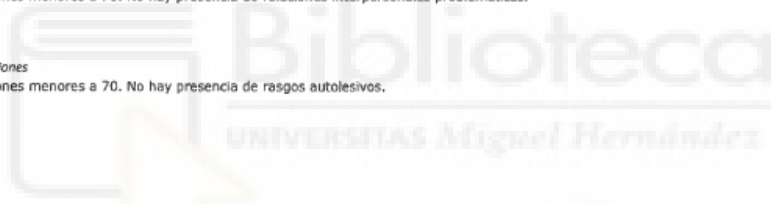
Puntuaciones menores a 60. No hay presencia de búsqueda de sensaciones.

#### Problemas con el alcohol

**ALC** Rango menor o igual a 59. Consumo bajo o moderado de alcohol con pocas o nulas consecuencias adversas asociadas con la bebida.

#### Problemas con las drogas

**DRG** Rango menor o igual a 59. Afirma consumir drogas de forma infrecuente si es que las consume.



## Escalas relacionadas con el tratamiento

### Agresión

**AGR** Rango entre 40-59. Control razonable de la ira y la hostilidad.

**AGR-A** *Actitud agresiva*

Puntuaciones menores a 60. No hay presencia de actitud agresiva.

**AGR-V** *Agresiones verbales*

Puntuaciones inferiores a 40. La persona prefiere no expresar verbalmente la ira cuando la siente. En lugar de ello, tiende a controlarla sobremanera, de la mejor manera que pueda.

**AGR-F** *Agresiones físicas*

Puntuaciones menores a 60. Ejerce generalmente autocontrol sobre sus sentimientos de ira y sus impulsos, y raramente tiene arrebatos de ira.

### Ideaciones suicidas

**SUI** Rango menor o igual a 59. Pocos pensamientos sobre la muerte o el suicidio.

### Estrés

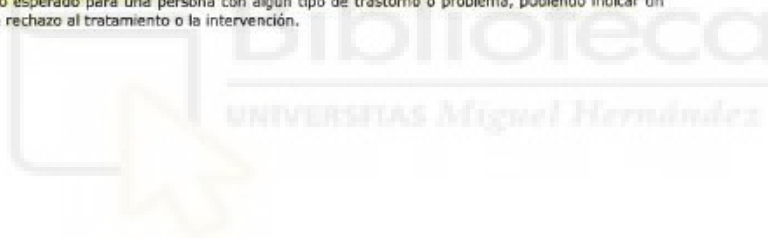
**EST** Rango menor o igual a 59. Vida estable, predecible y sin incidentes.

### Falta de apoyo social

**FAS** Rango menor o igual a 59. Indica vínculos estrechos, generalmente de apoyo, por parte de familiares y amigos.

### Rechazo al tratamiento

**RTR** Rango entre 40-49. Persona que reconoce las necesidades de efectuar algunos cambios, que tiene una actitud positiva hacia la posibilidad de cambio personal y que acepta la importancia de la propia responsabilidad. Puntuaciones hacia la mitad superior de este rango es algo mayor de lo esperado para una persona con algún tipo de trastorno o problema, pudiendo indicar un leve rechazo al tratamiento o la intervención.



## Escalas de relación interpersonal

### Dominancia

**DOM** Rango entre 35-44. Modesta y retraída, tiende a cohibirse en las relaciones sociales y a carecer de habilidades cuando sea necesario. Es probable que se sienta incómoda siendo el centro de atención.

### Afabilidad

**AFA** Rango entre 60-69. Cálida, cordial y empática. Valora especialmente las relaciones armoniosas y obtiene de ellas una gran satisfacción. Puede sentirse incómoda en confrontaciones o conflictos y tiende a evitarlos. Probablemente perdona fácilmente a los demás y no tiene dificultades para dar una segunda oportunidad.

## Índices complementarios

### Inconsistencia al final del cuestionario

**INC-F** Rango menor o igual a 69. Ha contestado de forma similar a la primera y segunda parte del cuestionario.

### Índice de simulación

**SIM** Rango menor a 82. No hay simulación.

### Función discriminante de Rogers

**FDR** Rango menor a 67. No exageración de síntomas

### Índice de defensividad

**DEF** Rango menor o igual a 67. Limitada sensibilidad del índice en ciertas condiciones, por lo que no debe considerarse una baja puntuación en este índice como exclusión de disimulación.

### Función discriminante de Cashel

**FDC** Rango menor o igual a 54. Puntuaciones bajas indican respuestas sinceras. Aunque las puntuaciones obtenidas entre 49 y 54 a veces se pueden observar en individuos levemente defensivos, también son frecuentes en adultos jóvenes.

### Índice potencial de suicidio

**IPS** Rango menor a 78. Sin riesgo potencial de suicidio

### Índice potencial de violencia

**IPV** Rango menor a 81. Sin riesgo potencial de violencia

### Índice de dificultad en el tratamiento

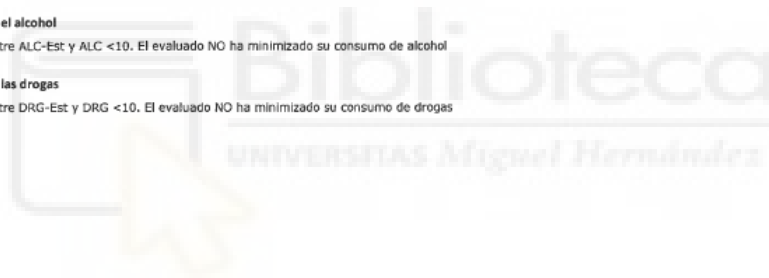
**IDT** Rango menor o igual a 60. Características personales que pueden favorecer el tratamiento.

### Índice estimado de problemas con el alcohol

**ALC-Est** Diferencia entre ALC-Est y ALC <10. El evaluado NO ha minimizado su consumo de alcohol

### Índice estimado de problemas con las drogas

**DRG-Est** Diferencia entre DRG-Est y DRG <10. El evaluado NO ha minimizado su consumo de drogas



## Anexo 5

### PCL-5

**Instrucciones:** A continuación hay una lista de problemas que a veces tienen las personas en respuesta a una experiencia muy estresante. Por favor, lea cada problema cuidadosamente y luego circule uno de los números a la derecha para indicar cuánto le molestó ese problema **durante el pasado mes**.

<i>Durante el pasado mes, ¿cuánta molestia ha sentido por:</i>	<i>Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Extremadamente</i>
1. recuerdos repetidos, perturbadores e indeseados sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. sueños repetidos y perturbadores sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
3. sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estresante estuviera sucediendo nuevamente (como si estuviera reviviéndola)?	0	1	2	3	4
4. sentirse muy angustiado cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
5. tener reacciones físicas intensas cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante (por ejemplo, latidos cardíacos muy fuertes, problemas para respirar, sudoración)?	0	1	2	3	4
6. evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
7. evitar claves o recordatorios externos de la experiencia estresante (por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?	0	1	2	3	4
8. dificultad para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
9. tener creencias negativas fuertes acerca de sí mismo, de otras personas o del mundo (por ejemplo, tener pensamientos como: soy malo, hay algo en mí que está muy mal, no se puede confiar en nadie, el mundo es completamente peligroso)?	0	1	2	3	4
10. culparse a sí mismo o a otros por la experiencia estresante, o por lo que sucedió después de ésta?	0	1	2	3	4
11. tener sentimientos negativos intensos, como miedo, terror, ira, culpa o vergüenza?	0	1	2	3	4
12. pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba?	0	1	2	3	4
13. sentirse distante o enajenado de otras personas?	0	1	2	3	4
14. dificultad para sentir emociones positivas (por ejemplo, ser incapaz de sentir alegría o sentimientos de amor por las personas cercanas a usted)?	0	1	2	3	4
15. irritabilidad, explosiones de rabia o actuar agresivamente?	0	1	2	3	4
16. tomar demasiados riesgos o hacer cosas que pudieron haberle causado daño?	0	1	2	3	4
17. estar "extremadamente alerta", o vigilante, o en guardia?	0	1	2	3	4
18. sentirse muy nervioso o sobresaltarse fácilmente?	0	1	2	3	4
19. tener dificultad para concentrarse?	0	1	2	3	4
20. tener dificultad para dormirse o mantener el sueño?	0	1	2	3	4

PCL-5

**Instrucciones:** A continuación hay una lista de problemas que a veces tienen las personas en respuesta a una experiencia muy estresante. Por favor, lea cada problema cuidadosamente y luego circule uno de los números a la derecha para indicar cuánto le molestó ese problema durante el pasado mes.

Durante el pasado mes, ¿cuánta molestia ha sentido por:	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1. recuerdos repetidos, perturbadores e indeseados sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. sueños repetidos y perturbadores sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
3. sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estresante estuviera sucediendo nuevamente (como si estuviera reviviéndola)?	0	1	2	3	4
4. sentirse muy angustiado cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
5. tener reacciones físicas intensas cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante (por ejemplo, latidos cardíacos muy fuertes, problemas para respirar, sudoración)?	0	1	2	3	4
6. evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
7. evitar claves o recordatorios externos de la experiencia estresante (por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?	0	1	2	3	4
8. dificultad para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
9. tener creencias negativas fuertes acerca de sí mismo, de otras personas o del mundo (por ejemplo, tener pensamientos como: soy malo, hay algo en mí que está muy mal, no se puede confiar en nadie, el mundo es completamente peligroso)?	0	1	2	3	4
10. culparse a sí mismo o a otros por la experiencia estresante, o por lo que sucedió después de ésta?	0	1	2	3	4
11. tener sentimientos negativos intensos, como miedo, terror, ira, culpa o vergüenza?	0	1	2	3	4
12. pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba?	0	1	2	3	4
13. sentirse distante o enajenado de otras personas?	0	1	2	3	4
14. dificultad para sentir emociones positivas (por ejemplo, ser incapaz de sentir alegría o sentimientos de amor por las personas cercanas a usted)?	0	1	2	3	4
15. irritabilidad, explosiones de rabia o actuar agresivamente?	0	1	2	3	4
16. tomar demasiados riesgos o hacer cosas que pudieron haberle causado daño?	0	1	2	3	4
17. estar "extremadamente alerta", o vigilante, o en guardia?	0	1	2	3	4
18. sentirse muy nervioso o sobresaltarse fácilmente?	0	1	2	3	4
19. tener dificultad para concentrarse?	0	1	2	3	4
20. tener dificultad para dormirse o mantener el sueño?	0	1	2	3	4

## Anexo 6

### D.E.S.

Eve Bernstein Carlson, Ph. D. & Frank Putnam, M. D.

Este cuestionario consiste en 28 preguntas acerca de experiencias que usted puede haber tenido en su vida diaria. Estamos interesados en la frecuencia con las que usted las ha tenido. Es importante de todas formas que sus respuestas muestren con qué frecuencia ocurren cuando no está bajo la influencia del alcohol o las drogas. Para responder a las preguntas, por favor, vea hasta qué grado la experiencia descrita se aplica a usted y marque un número que indique el porcentaje más apropiado

Nombre:.....

Fecha: .....

1. Algunas personas tienen la experiencia de conducir o viajar en coche, en autobús o en el metro y repentinamente se dan cuenta de que no recuerdan lo que pasó durante parte o todo el viaje. Marque un número para mostrar qué porcentaje del tiempo le pasa a usted:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

2. Algunas personas encuentran a veces que están escuchando hablar a alguien y se dan cuenta de que no han escuchado parte o todo lo que se dijo. Marque un número para mostrar qué porcentaje del tiempo le pasa a usted:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

3. Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse en un lugar sin tener idea de cómo llegaron allí. Marque un número para mostrar qué porcentaje del tiempo le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

4. Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse vestidas con ropa que no recuerdan haberse puesto. Marque un número para mostrar qué porcentaje del tiempo le pasa a usted:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

5. Algunas personas tienen la experiencia de encontrar cosas nuevas entre sus pertenencias que no recuerdan haber comprado. Marque un número para mostrar qué porcentaje del tiempo le pasa a usted:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

6. Algunas personas encuentran que se les aproxima gente que los llama por otro nombre e insiste en que se conocieron antes. Marque un número para mostrar qué porcentaje del tiempo le pasa a usted:



0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

7. Algunas personas tienen la experiencia de sentir como si estuvieran de pie cerca de ellos mismos o mirándose hacer algo como si vieran a otra persona. Marque un número para mostrar qué porcentaje del tiempo le pasa a usted:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

8. Algunas personas dicen que no reconocen a miembros de su propia familia o amigos. Marque un número para mostrar qué porcentaje del tiempo le pasa a usted:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

9. Algunas personas no recuerdan importantes momentos de su vida (por ejemplo su matrimonio o el día de su comunión). Marque un número para mostrar qué porcentaje del tiempo le pasa a usted:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

10. Algunas personas son acusadas de mentir cuando ellas no piensan que lo hagan. Marque un número para mostrar qué porcentaje del tiempo le pasa a usted:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

11. Algunas personas tienen la experiencia de mirar al espejo y no se reconocen a sí mismas. Marque un número para mostrar qué porcentaje del tiempo le pasa a usted:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

12. Algunas personas experimentan que el mundo que las rodea, objetos o personas no son reales. Marque un número para mostrar qué porcentaje del tiempo le pasa a usted:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

13. Algunas personas tienen la experiencia de sentir que su cuerpo no les pertenece. Marque un número para mostrar qué porcentaje del tiempo le pasa a usted:

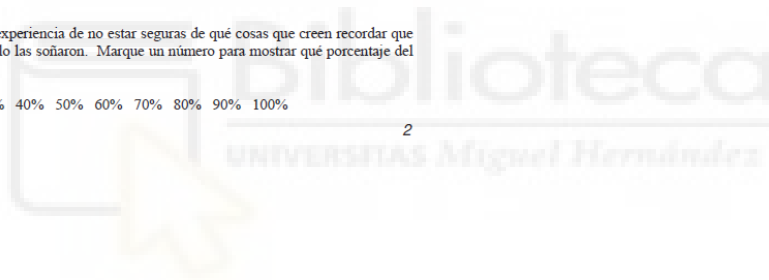
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

14. Algunas personas tienen la experiencia de revivir un suceso del pasado tan vívidamente como si estuviera pasando en este mismo momento. Marque un número para mostrar qué porcentaje del tiempo le pasa a usted:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

15. Algunas personas tienen la experiencia de no estar seguras de qué cosas creen recordar que pasaron, pasaron realmente o sólo las soñaron. Marque un número para mostrar qué porcentaje del tiempo le pasa a usted:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



16. Algunas personas tienen la experiencia de, al encontrarse en un lugar conocido, encontrarlo extraño y no familiar. Marque un número para mostrar qué porcentaje del tiempo le pasa a usted:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

17. Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse mirando la televisión o una película y se quedan tan absortos en la trama que no se dan cuenta de otras cosas que pasan alrededor de ellos. Marque un número para mostrar qué porcentaje del tiempo le pasa a usted:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

18. Algunas personas encuentran que se quedan tan envueltos en sueños o fantasías que sienten que realmente les están pasando. Marque un número para mostrar qué porcentaje del tiempo le pasa a usted:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

19. Algunas personas tienen la experiencia de que a veces pueden ignorar el dolor. Marque un número para mostrar qué porcentaje del tiempo le pasa a usted:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

20. Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse a veces sentados mirando un punto fijo en el espacio, pensando en nada y no se dan cuenta del paso del tiempo. Marque un número para mostrar qué porcentaje del tiempo le pasa a usted:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

21. A algunas personas le pasa que hablan solas en voz alta con ellas mismas. Marque un número para mostrar qué porcentaje del tiempo le pasa a usted:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

22. Algunas personas tienen la experiencia de actuar diferente frente a situaciones parecidas. Marque un número para mostrar qué porcentaje del tiempo le pasa a usted:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

23. Algunas personas, a veces, encuentran que en ciertas situaciones son capaces de hacer cosas con diversión y espontaneidad para las que a veces tienen dificultades (deportes, trabajo, situaciones sociales). Marque un número para mostrar qué porcentaje del tiempo le pasa a usted:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

24. Algunas personas a veces no pueden recordar cuando hicieron algo o pensaron hacerlo (por ejemplo, no saben si mandaron una carta o pensaron en mandarla). Marque un número para mostrar qué porcentaje del tiempo le pasa a usted:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

3

25. Algunas personas encuentran evidencias, pruebas, de haber hecho cosas que no recuerdan haber hecho. Marque un número para mostrar qué porcentaje del tiempo le pasa a usted:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

26. Algunas personas a veces encuentran escritos, dibujos o notas entre sus cosas que no recuerdan haber hecho. Marque un número para mostrar qué porcentaje del tiempo le pasa a usted:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

27. Algunas personas escuchan voces dentro de sus cabezas que les dicen cosas que tienen que hacer o que les comentan sobre cosas que hicieron. Marque un número para mostrar qué porcentaje del tiempo le pasa a usted:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

28. Algunas personas sienten como si vieran el mundo a través de una niebla de modo que la gente aparecen lejos o poco claros. Marque un número para mostrar qué porcentaje del tiempo le pasa a usted:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



## HOJA DE TRABAJO

**RECORDAR:** Terapeuta y paciente estarán de acuerdo en trabajar un problema como parte del plan de tratamiento global. El incidente representa el problema, y la imagen representa el incidente seleccionado. Escribir debajo las respuestas del paciente a las siguientes preguntas:

### Fase 3. Presentar el acontecimiento o recuerdo perturbador.

**Descripción del acontecimiento o recuerdo perturbador:**

.....

**Imagen:**

**La más perturbadora:** "¿Qué imagen representa la peor parte del recuerdo o experiencia?"

(Si NO hay imagen: "Cuando piensas en ese recuerdo ¿Qué notas?")

.....

**Creencia Negativa (CN):**

"¿Qué palabras concuerdan mejor con la imagen que expresan tu creencia negativa sobre ti mismo ahora?"

.....

**Creencia Positiva (CP):**

"Cuándo recuerdas la imagen ¿qué te gustaría creer sobre ti mismo ahora?"

.....

**VOC (Validez de la Creencia):**

"Cuando piensas en la imagen, ¿Cuánto de creíbles sientes ahora las palabras... (Repetir la CP), en una escala de 1 a 7, donde 1 es sentir las completamente falsas y 7 es sentir las completamente verdaderas?"

Completamente falsas	1	2	3	4	5	6	7	Completamente verdaderas
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

**Emociones/ Sentimientos:**

"Cuando piensas en ese hecho y en las palabras: Yo..... (Repetir la CN) ¿Qué emociones sientes ahora? .....

.....

**SUDs:**

"En una escala de 0 a 10, donde 0 es ninguna perturbación o neutro, y 10 es la perturbación más alta que puedas imaginar, ¿Cuánta perturbación sientes ahora?"

No perturbación o neutro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Perturbación más alta
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

**Sensación corporal (localización de la sensación)**

"¿En qué parte del cuerpo lo sientes?" .....

#### Fase 4. Desensibilización

Es una fase de observación, desensibilización y reprocesamiento, así como de chequeo de los canales que van surgiendo en relación con el recuerdo y otras experiencias.

##### Instrucciones específicas:

*“Lo que haremos es un simple chequeo sobre lo que estás experimentando. Necesito saber exactamente lo que sucede, tan claro como sea posible. A veces las cosas cambian y a veces no. No esperamos nada concreto, no hay nada que se suponga que tenga que pasar en este proceso. Así que lo que necesito es que me describas brevemente lo que ocurre, sin juzgar si debería estar sucediendo o no. Deja que pase lo que tenga que pasar”* (Recordar comentar al paciente la señal de STOP con la mano).

*“Trae a tu mente esa imagen, esas palabras negativas (repite la CN), nota donde lo estás sintiendo en el cuerpo y sigue mis dedos, con los ojos, sin mover la cabeza”.*

Pedir *feedback* después de cada tanda de estimulación bilateral, preguntando entre tandas: *“¿Qué te viene ahora?”*, *“¿qué estás notando ahora?”* o *“¿qué te llega ahora?”*

##### Procesamiento y chequeo de canales nuevos:

Continuar procesando con varias tandas de MO, (*tapping* o tonos), hasta que no surja material nuevo.

Preguntar: *“Cuando vuelves a la experiencia original, ¿Qué te llega ahora?”*

##### Examinar SUDs:

*“En una escala de 0 a 10, donde 0 es ninguna perturbación o neutro, y 10 es la perturbación más alta que puedas imaginar, ¿Cuánta perturbación sientes ahora?”*

- Si el SUD es 1 o mayor, continuar el procesamiento con tandas largas.
- Si el SUD es 0 hacer una tanda más de estimulación bilateral corta y pasar a la fase 5.

#### Fase 5 Instalación

Unir la **Creencia Positiva** deseada con el incidente/recuerdo original:

- 1) *“¿Las palabras... (repetir la Creencia Positiva original), todavía son adecuadas o hay otras palabras positivas que te parecen más adecuadas?”*
- 2) *“Piensa en el incidente original y en esas palabras... (repetir la Creencia Positiva seleccionada). De 1 (completamente falso) a 7, (completamente verdadero), ¿cómo las sientes de ciertas ahora?”*
- 3) *“Mantén juntas la experiencia y las palabras positivas...”.*  
Hacer MO, entre 3 y 4 tandas, antes de volver a comprobar el VOC.

- 4) "En una escala de 1 a 7, ¿cómo sientes de ciertas ahora esas palabras... (Creencia Positiva), cuando piensas en el incidente original?"
- 5) Continuar la instalación hasta que el material se vaya haciendo más adaptativo. Si el paciente informa de 6 o 7, hacer otra vez M.O. para fortalecer y continuar mientras haga falta para poder avanzar hacia el examen corporal.
- 6) Si el paciente informa de 6 o menos, comprobar la adecuación y localizar la creencia bloqueadora (si es necesario) con reprocesamiento adicional.

#### Fase 6 Examen Corporal.

"Cierra los ojos, concéntrate en el hecho y en las palabras... (Creencia Positiva) y mentalmente observa TODO tu cuerpo, y dime si tienes alguna sensación o tensión inusual en el cuerpo"

- Si informa de alguna sensación, hacer MO (tandas largas).
- Si hay sensación de bienestar o positiva, hacer MO (tanda corta y lenta) para fortalecerla.
- Si informa de sensación de malestar, reprocesar hasta que desaparezca.

#### Fase 7 Cierre: Supervisar la experiencia

##### Procedimiento para cerrar sesiones incompletas:

Una sesión incompleta es aquella en la que aún hay material no resuelto, por ejemplo: aún manifiesta malestar, el SUD es mayor de 0 o el VOC menor de 7.

A continuación, se presentan intervenciones para cerrar una sesión incompleta. El propósito es reconocer al paciente lo conseguido, y dejarle arraigado antes de abandonar la consulta.

- 1) Dar al paciente el motivo de parar. "Casi hemos agotado el tiempo y necesitaremos parar pronto".

Animar y dar apoyo por el esfuerzo realizado. "Has hecho un buen trabajo y aprecio el esfuerzo que has realizado. ¿Cómo te sientes?"

No pasar a las siguientes fases (Instalación de la Creencia Positiva, Examen Corporal) ya que es evidente que aún hay material a procesar.

- 2) Hacer un ejercicio de contención. Se puede recurrir al lugar seguro, sugerir una forma de relajación, el ejercicio del haz de luz, etc.

- 3) Leer siempre la sección de cierre de la experiencia al paciente:

"El reprocesamiento que hemos realizado hoy puede continuar después de la sesión. Puedes o no darte cuenta de más cosas, venírte pensamientos, recuerdos o sueños. Si es así, simplemente presta atención a lo que estás experimentando, saca una foto a lo que estás viendo, sintiendo, pensando y el disparador, y lleva un registro. Podemos trabajar sobre este nuevo material la próxima vez. Si sientes la necesidad, llámame."

## Anexo 8

Índice de Cambio Fiable (ICF) para este estudio de caso (Vélez, 2023).



## Anexo 9

	Sesión	Sesión	Sesión	Sesión	Sesión	Sesión	Sesión	Sesión	Sesión	Sesión
	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Inicio	SUD 10	SUD 10	SUD 8	SUD 4	SUD 2	SUD 0	SUD 8	SUD 8	SUD 4	SUD 7
Fin	SUD 10	SUD 8	SUD 5	SUD 0	SUD 0	SUD 0	SUD 0	SUD 4	SUD 0	SUD 0

