

# Estudio de caso clínico desde la Terapia Cognitivo-Conductual

Sintomatología ansiosa en el contexto de  
experiencias interpersonales con impacto  
traumático

**Estudiante:** Balderrama Mendez, Mauro Rodrigo

**Legajo:** 39361

**Director:** Dr. Casari, Leandro

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Especialista en Psicología Clínica  
Transdiagnóstica

2026

---

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

**RIUFLO** - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del **RIUFLO**. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

**Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO (seleccionar una opción):**

A partir del día de la fecha de aprobación del TFI [ ]

A partir de otra fecha, especificar: ... / ... / ...

Lugar y fecha: Formosa, abril 2026

Firma y aclaración del autor: Balderrama Mendez, Mauro Rodrigo



# **Estudio de caso clínico desde Terapia Cognitivo-Conductual en paciente con sintomatología ansiosa en contexto de experiencias interpersonales con impacto traumático**

A Cognitive-Behavioral Therapy Case Study of Anxiety Symptoms in the Context of Traumatic Interpersonal Experiences

**Mauro Rodrigo Balderrama Mendez**

Universidad de Flores, Buenos Aires

Argentina

## **Resumen**

Se presenta el estudio de caso de una paciente adulta con sintomatología ansioso-depresiva y antecedentes de experiencias interpersonales con impacto traumático, abordada desde un enfoque de Terapia Cognitivo-Conductual, utilizando como eje central el Entrenamiento en Inoculación del Estrés desarrollado por Donald Meichenbaum. El motivo de consulta se vinculó a la presencia de ansiedad persistente, síntomas depresivos, hipervigilancia, evitación y dificultades en la regulación emocional, asociados a experiencias de pérdida y situaciones vitales estresantes.

La evaluación clínica se realizó mediante entrevista semiestructurada y la administración de instrumentos psicométricos estandarizados (Inventario de Ansiedad de Beck – BAI, Inventario de Depresión de Beck-II – BDI-II y SCL-90-R), cuyos resultados evidenciaron niveles moderados de ansiedad y depresión, junto con puntajes elevados en dimensiones de somatización, ansiedad y sensibilidad interpersonal.

La intervención incluyó psicoeducación, entrenamiento en respiración y relajación, reestructuración cognitiva, exposición gradual y desarrollo de habilidades de afrontamiento, organizadas según las fases del modelo de Inoculación del Estrés. A lo largo del proceso se observaron mejoras progresivas en la sintomatología, mayor percepción de autoeficacia y fortalecimiento de recursos personales.

El caso ilustra la utilidad de los abordajes cognitivo-conductuales basados en la evidencia para el tratamiento de problemáticas asociadas a experiencias traumáticas, destacando la importancia de una formulación de caso individualizada y del uso integrado de técnicas validadas empíricamente.

**Palabras clave:** trauma, ansiedad, terapia cognitivo-conductual, inoculación del estrés, estudio de caso

## **1. Introducción, contextualización del caso y método**

El presente trabajo se inscribe en la modalidad de estudio de caso clínico, enmarcado dentro del enfoque cognitivo-conductual y centrado en el abordaje del trauma psicológico. Este tipo de diseño constituye una herramienta fundamental en psicología clínica, en tanto permite analizar en profundidad el funcionamiento de un paciente en su contexto natural, integrando evaluación, formulación e intervención en un mismo proceso (Eells, 2022).

A diferencia de los estudios grupales, el estudio de caso posibilita una comprensión detallada de la singularidad del paciente, favoreciendo la articulación entre teoría y práctica clínica y aportando evidencia relevante sobre la aplicabilidad de los modelos terapéuticos en situaciones concretas. En este sentido, resulta especialmente útil para el análisis de los procesos de cambio terapéutico, dado que permite observar la evolución del paciente a lo largo del tiempo, identificar los mecanismos de mantenimiento del malestar y evaluar el impacto de las intervenciones implementadas (Eells, 2022).

Asimismo, este tipo de abordaje facilita la integración de distintos tipos de información —clínica, conductual y psicométrica— desde una perspectiva multimétodo, lo cual contribuye a una comprensión más amplia y compleja del caso. Desde una lógica de psicoterapias basadas en la evidencia, el estudio de caso no constituye un recurso meramente descriptivo, sino una herramienta que permite vincular la formulación clínica con la toma de decisiones terapéuticas (Eells, 2022), así como con la evaluación del cambio observado a lo largo del proceso, en línea con los desarrollos contemporáneos sobre formulación de caso en psicoterapia.

El trauma psicológico representa un área prioritaria de intervención clínica, en tanto implica experiencias que exceden los recursos habituales de afrontamiento y generan un impacto significativo en el funcionamiento emocional, cognitivo y conductual. Las respuestas

postraumáticas pueden incluir reexperimentación, evitación, alteraciones en las cogniciones y el estado de ánimo, así como aumento de la activación fisiológica, con consecuencias relevantes en la vida cotidiana. En la práctica clínica, sin embargo, estas manifestaciones suelen presentarse de forma parcial o combinadas con sintomatología ansiosa y depresiva, lo que exige una mirada dimensional y una formulación individualizada, en consonancia con los criterios diagnósticos actuales para los trastornos relacionados con el trauma (American Psychiatric Association, 2022).

Diversos desarrollos dentro del enfoque cognitivo-conductual han señalado que las respuestas al trauma no dependen exclusivamente del acontecimiento en sí, sino de la interpretación que el individuo realiza del mismo, así como de los recursos de afrontamiento disponibles. Desde este modelo, se postula que las respuestas emocionales y conductuales están mediadas por estas interpretaciones, organizadas en pensamientos automáticos, creencias intermedias y esquemas, los cuales influyen en la forma en que las personas perciben y responden a las situaciones (Beck J. S., 2014). En este sentido, los modelos cognitivos destacan el papel de los esquemas disfuncionales en la consolidación de patrones de hipervigilancia, evitación y activación fisiológica persistente.

En particular, las experiencias interpersonales con impacto traumático se vinculan con dificultades en la regulación emocional, el desarrollo del autoconcepto y la configuración de los vínculos interpersonales, generando patrones persistentes de hipervigilancia, evitación y sensibilidad al rechazo. Estas manifestaciones tienden a mantenerse en la vida adulta, influyendo en la respuesta ante situaciones interpersonales y en la forma de afrontar el estrés, lo cual puede comprenderse a partir del papel de los esquemas y las interpretaciones disfuncionales en la regulación emocional (Beck J. S., 2014). En este marco, el presente trabajo analiza un caso

clínico en curso cuyo eje central se sitúa en experiencias interpersonales con impacto traumático, abordado desde la Terapia Cognitivo-Conductual mediante el Entrenamiento en Inoculación del Estrés (EIE). Este enfoque propone un entrenamiento progresivo en habilidades de afrontamiento, orientado a la regulación emocional, la modificación de patrones cognitivos disfuncionales y la reducción de conductas evitativas (Meichenbaum, 1985). La elección de este modelo se fundamenta en su pertinencia, desde el enfoque cognitivo-conductual, para cuadros caracterizados por elevada activación emocional, repertorios limitados de afrontamiento y dificultades para sostener la exposición a situaciones estresantes de manera adaptativa.

La metodología empleada corresponde a un estudio de caso único con seguimiento clínico. Este tipo de diseño resulta ampliamente utilizado en psicología clínica, en tanto permite un análisis en profundidad del funcionamiento del paciente en su contexto natural, integrando distintas fuentes de información y favoreciendo la comprensión de los procesos de cambio terapéutico. Asimismo, desde el campo de la formulación de caso, se destaca la relevancia de los enfoques multimétodo para la integración de datos clínicos, conductuales y psicométricos en la toma de decisiones terapéuticas (Eells, 2022).

La información se obtuvo a partir de entrevistas clínicas, observación clínica, registros de sesión y la administración de instrumentos psicométricos estandarizados, lo que permitió integrar los datos desde una perspectiva multimétodo de evaluación clínica. En relación con los aspectos éticos, se resguardó la confidencialidad de la paciente mediante la anonimización de los datos y la utilización de un nombre ficticio, procurando no interferir con el proceso terapéutico en curso.

## **1.2 Consideraciones éticas y resguardo de confidencialidad**

Se resguardaron los principios éticos fundamentales de la práctica psicológica a lo largo de todo el proceso. En este sentido, se modificaron nombres y datos potencialmente

identificatorios, utilizando un nombre ficticio y omitiendo información que pudiera permitir la identificación de la paciente.

El material se presenta con fines exclusivamente académicos, bajo estrictos criterios de confidencialidad. El encuadre terapéutico contempla el consentimiento informado para el uso académico de la información clínica, así como los límites habituales de la confidencialidad en situaciones que impliquen riesgo para la paciente o para terceros, en línea con los principios éticos de la práctica profesional.

Asimismo, se priorizó el principio de no maleficencia, procurando que la elaboración del presente trabajo no interfiera con el proceso terapéutico ni exponga a la paciente a riesgos adicionales. Estas consideraciones se enmarcan en los lineamientos éticos de la práctica profesional del psicólogo, particularmente en lo referido al respeto por la dignidad, los derechos de las personas y la confidencialidad (Federación de Psicólogos de la República Argentina, 2013).

### **1.3 Objetivo del estudio**

El objetivo del presente estudio es describir el proceso de evaluación, formulación e intervención desde el enfoque cognitivo-conductual en un caso clínico con sintomatología ansiosa en el contexto de experiencias interpersonales con impacto traumático, analizando los mecanismos de mantenimiento del malestar y el impacto del tratamiento implementado.

## **2. La consultante**

Los datos han sido modificados con el fin de resguardar la confidencialidad de la paciente.

La paciente “D.” (nombre ficticio) es una mujer adulta de 38 años, de nacionalidad paraguaya, casada y madre de dos hijos (una niña de 7 años y un niño de 4 años), con quienes convive junto a su pareja en la provincia de Formosa. Su esposo se desempeña en fuerzas de seguridad, lo que implica horarios variables y períodos de ausencia, incrementando la carga cotidiana que la paciente asume en el ámbito doméstico.

La consulta se produce en el marco de un abordaje interdisciplinario en salud. La paciente decidió iniciar estudios médicos a partir de la preocupación por su peso corporal y con el objetivo de mejorar sus hábitos de vida, especialmente luego de haber atravesado diabetes gestacional durante su último embarazo, experiencia que refiere como significativa y que no desea repetir. En este contexto, fue derivada al espacio psicológico por la profesional en nutrición, quien identificó dificultades vinculadas a la ansiedad y a patrones de alimentación emocional, caracterizados por episodios de ingesta en ausencia de hambre fisiológica. Cabe destacar que la paciente no presenta un cuadro de obesidad, sino que su consulta se enmarca en la búsqueda de prevención y mejora del bienestar general.

Actualmente se desempeña como ama de casa, dedicando gran parte de su tiempo al cuidado de sus hijos y a las tareas del hogar. Presenta estudios secundarios completos e inició formación terciaria como docente de nivel inicial durante su residencia en Buenos Aires, la cual fue interrumpida. Refiere que esta situación le genera frustración, en tanto implicó la discontinuidad de proyectos personales significativos.

En relación con su red de apoyo, señala que su familia de origen reside en Paraguay, contando en la actualidad principalmente con el apoyo de la familia de su esposo y de algunos vínculos sociales construidos en su lugar de residencia. Participa activamente en actividades escolares y deportivas de sus hijos, especialmente natación, espacio en el que mantiene contacto

frecuente con otros padres y madres. Asimismo, refiere que el gimnasio constituye una de sus principales estrategias de autorregulación emocional, aunque describe sentirse habitualmente sobrecargada y con escaso tiempo personal.

### **2.1 Motivo de consulta y demanda**

La paciente consulta por sintomatología ansiosa sostenida, caracterizada por un estado persistente de alerta, activación fisiológica intensa, dificultades en la regulación emocional y alteraciones del sueño, asociadas tanto a experiencias interpersonales previas como a estresores actuales.

La demanda explícita se orienta a “dejar de estar en alerta”, “calmar el cuerpo” y “sentirse más segura”. Refiere que, ante determinados estímulos —principalmente conflictos interpersonales, críticas, recuerdos o sensaciones corporales— experimenta una activación intensa (tensión, taquicardia, agitación), seguida de conductas de evitación o estrategias de control, tales como la búsqueda de certeza, la necesidad de revisar o la sobrepreparación, por ejemplo, refiere que durante discusiones con su pareja “empiezo a sentir que el corazón me late fuerte, me pongo muy nerviosa y necesito irme porque siento que no lo voy a poder manejar”. En paralelo, se identifican pensamientos asociados a vulnerabilidad y autocrítica.

Desde el punto de vista clínico, la demanda implícita se vincula con la necesidad de resignificar experiencias interpersonales con impacto traumático, reconstruir un sentido de seguridad personal y desarrollar estrategias de afrontamiento más adaptativas frente al estrés.

### **2.2 Antecedentes relevantes**

En relación con su historia personal, la paciente refiere haber atravesado experiencias significativas que impactaron en su funcionamiento emocional. Durante su infancia, vivió períodos de separación de su madre, quien se trasladó a otra ciudad por motivos laborales,

quedando al cuidado de sus abuelos maternos. Si bien recuerda a sus abuelos como figuras afectivas significativas, refiere haber vivido con profundo malestar la ausencia de sus padres, desarrollando sentimientos de abandono y desprotección desde temprana edad. En relación con la figura paterna, señala haber tenido conocimiento de su identidad, pero sin haber establecido vínculo con él, lo que refuerza la vivencia de ausencia y escaso sostén afectivo en sus figuras parentales.

Asimismo, refiere haber estado expuesta a situaciones de violencia intrafamiliar, en las cuales presencié episodios de agresión física y verbal hacia su madre por parte de su pareja. En una oportunidad, siendo niña, intentó intervenir durante una de estas situaciones, experiencia que recuerda con intenso miedo e impotencia. Señala que luego de estos eventos no recibió contención emocional, lo que contribuyó a la consolidación de una vivencia persistente de no ser cuidada ni escuchada.

En la adolescencia se trasladó a la ciudad de Buenos Aires para vivir con su madrina, a quien identifica como una figura significativa y reparadora. Durante este período logró mayor autonomía, inició estudios terciarios y comenzó a trabajar, describiendo esta etapa como un momento de crecimiento personal.

Sin embargo, en la adultez atravesó pérdidas relevantes, incluyendo el fallecimiento de su madre a causa de cáncer de mama y de su abuela, ambas figuras centrales en su historia, lo que reactivó sentimientos ambivalentes de tristeza, enojo y anhelo en relación al vínculo materno. En ese mismo período, atravesó una crisis vincular al tomar conocimiento de una relación paralela de su actual pareja, lo que derivó en una separación momentánea.

Estos acontecimientos, junto con el malestar emocional sostenido, motivaron su decisión de regresar a Paraguay, donde residía su familia de origen. Posteriormente, retoma el vínculo de pareja y se establece en la ciudad de Formosa, donde reside actualmente.

Como antecedente clínico, refiere haber realizado tratamiento psicológico previo por sintomatología ansiosa compatible con un cuadro de ansiedad generalizada.

Desde una perspectiva clínica, estos antecedentes permiten identificar factores predisponentes vinculados a experiencias tempranas de separación, invalidación emocional y exposición a dinámicas relacionales conflictivas, así como a pérdidas significativas en la adultez. Estos factores se articulan con estresores actuales y contribuyen a la comprensión del malestar presente, especialmente en relación con la reactivación de esquemas asociados a la desvalorización y la vivencia de no ser escuchada en contextos interpersonales.

### **2.3 Sintomatología actual y funcionamiento**

En la actualidad, la paciente describe un estado persistente de alerta, expresando: “siento que vivo en alerta permanente, como si algo malo fuera a pasar en cualquier momento”. Refiere episodios frecuentes de activación fisiológica, tales como taquicardia, tensión mandibular y sensación de nudo en la garganta, especialmente ante situaciones interpersonales que percibe como amenazantes. En estos momentos, tiende a interpretar dichas sensaciones como señales de peligro, señalando: “cuando me late fuerte el corazón siento que algo malo va a pasar y necesito irme”.

Asimismo, presenta dificultades en la conciliación y mantenimiento del sueño, variaciones en el nivel de energía y tendencia a evitar situaciones que incrementan su ansiedad. Refiere que, frente a discusiones o situaciones de conflicto, “prefiero no hablar porque sé que voy a terminar mal”, lo que favorece la evitación interpersonal. A nivel cognitivo, predominan

pensamientos automáticos asociados a vulnerabilidad, anticipación negativa y autocrítica, tales como “no voy a poder”, “esto se me va a ir de las manos” o “no tengo control”, los cuales contribuyen a estados emocionales de tristeza, frustración y enojo.

En el plano vincular, refiere dificultades para expresar necesidades y establecer límites, lo que frecuentemente deriva en sobrecarga emocional. Se observa una tendencia a priorizar el bienestar de los demás por sobre el propio, así como reacciones emocionales intensas en situaciones de conflicto, alternando entre el retiro y el desborde afectivo. En este sentido, señala que “a veces puedo calmarme, pero otras siento que me desbordo y termino llorando o alejándome”.

Este conjunto de manifestaciones impacta de manera significativa en su funcionamiento cotidiano, particularmente en la dinámica familiar, la regulación emocional y la participación en actividades sociales, motivando la búsqueda de tratamiento psicológico con el objetivo de comprender sus reacciones, reducir la ansiedad y recuperar una mayor sensación de control sobre su vida cotidiana.

### **3. Concepto orientador con apoyo de investigación y experiencia clínica**

El presente caso se aborda desde el marco de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), la cual postula que las respuestas emocionales y conductuales están mediadas por la interpretación que las personas realizan de los acontecimientos (Beck J. S., 2014). Estas interpretaciones se organizan en distintos niveles de procesamiento cognitivo, incluyendo pensamientos automáticos, creencias intermedias y esquemas, los cuales influyen de manera significativa en la experiencia emocional y en las respuestas conductuales del individuo.

Desde esta perspectiva, los esquemas constituyen estructuras cognitivas relativamente estables que organizan la percepción de la realidad, especialmente en contextos de alta carga emocional. Cuando estos esquemas se configuran en torno a experiencias adversas, pueden favorecer interpretaciones sesgadas de la información, orientadas hacia la amenaza, la vulnerabilidad o la desvalorización personal. De este modo, los esquemas no solo influyen en la interpretación de los eventos, sino también en la anticipación de escenarios futuros y en la selección de estrategias de afrontamiento (Beck J. S., 2014).

En el contexto de experiencias interpersonales con impacto traumático, las vivencias tempranas de invalidación emocional pueden contribuir a la consolidación de esquemas vinculados a la desvalorización personal y la desconfianza interpersonal. Estos esquemas tienden a activarse en situaciones interpersonales actuales, especialmente aquellas que implican conflicto o percepción de no ser escuchada, en continuidad con experiencias tempranas de separación, violencia y ausencia de contención emocional, generando respuestas de hipervigilancia, activación fisiológica intensa y dificultades en la regulación emocional.

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, la sintomatología ansiosa puede comprenderse como el resultado de un procesamiento sesgado de la información, en el cual tanto estímulos externos como sensaciones internas son interpretados como señales de peligro. Esta interpretación favorece la activación fisiológica, que a su vez refuerza la percepción de amenaza, generando un circuito de retroalimentación entre cognición, emoción y respuesta corporal (Beck et al., 2014). En el caso de la paciente “D.”, este circuito se manifiesta en la interpretación de sensaciones corporales como señales de peligro, lo que incrementa activación y favorece evitación.

En línea con estos desarrollos, distintos aportes en el campo del trauma han destacado el papel del cuerpo en la respuesta emocional frente a experiencias adversas. En particular, se ha señalado que las experiencias traumáticas pueden quedar registradas no solo a nivel cognitivo, sino también en sistemas de memoria implícita, manifestándose a través de respuestas fisiológicas automáticas, tales como hipervigilancia, activación sostenida y reactividad ante estímulos asociados. Desde esta perspectiva, la activación corporal no constituye únicamente una consecuencia del procesamiento cognitivo, sino que también puede operar como un disparador que influye en la interpretación de la experiencia, reforzando los circuitos de ansiedad y dificultando la regulación emocional (van der Kolk, 2015). Este patrón resulta consistente con lo observado en la paciente, quien presenta reactividad fisiológica intensa ante situaciones interpersonales que remiten a experiencias previas de invalidación.

En este marco, la evitación constituye un mecanismo central en el mantenimiento del malestar. Si bien permite reducir la ansiedad en el corto plazo, a largo plazo dificulta el afrontamiento de las situaciones temidas y limita la adaptación a las demandas del entorno, contribuyendo a la persistencia del problema (Echeburúa & de Corral, 2007). Asimismo, pueden observarse conductas de seguridad, tales como la búsqueda de control o la sobrepreparación, que cumplen una función similar en el sostenimiento del malestar. En este sentido, en la paciente se observa una tendencia a evitar situaciones interpersonales conflictivas y a recurrir a conductas de control, lo cual contribuye a la persistencia del malestar.

Desde una perspectiva más amplia del estrés, el modelo de inoculación del estrés plantea que la respuesta emocional se encuentra mediada por la evaluación cognitiva de las demandas del entorno y de los recursos personales disponibles. Cuando el individuo percibe las demandas como superiores a sus recursos, aumenta la probabilidad de respuestas de ansiedad, evitación y

desregulación emocional (Meichenbaum, 1985). En esta línea, el modelo transaccional del estrés sostiene que la respuesta emocional depende de la evaluación cognitiva que el individuo realiza tanto de la situación como de sus recursos de afrontamiento, destacando el papel central de los procesos de valoración en la experiencia de estrés. En este sentido, el estrés no depende exclusivamente de las características del acontecimiento, sino del modo en que este es interpretado y afrontado por el individuo (Lazarus & Folkman, 1986).

En el caso de la paciente “D.”, estos procesos se expresan en un patrón caracterizado por hipervigilancia, evitación y cogniciones asociadas a la desvalorización y la sensación de no ser escuchada. Estas respuestas se encuentran vinculadas a experiencias tempranas de separación, invalidación emocional y escaso sostén afectivo, las cuales se reactivan en situaciones interpersonales actuales, especialmente en el vínculo de pareja.

A partir de esta conceptualización, se seleccionó el Entrenamiento en Inoculación del Estrés (EIE) como eje de intervención, dado que resulta especialmente adecuado para cuadros caracterizados por elevada activación emocional y repertorios limitados de afrontamiento. Este enfoque propone un entrenamiento progresivo en habilidades cognitivas y conductuales, orientado a mejorar la capacidad del paciente para afrontar situaciones estresantes de manera más adaptativa (Meichenbaum, 1985).

El EIE se estructura en tres fases: conceptualización, adquisición y ensayo de habilidades, y aplicación y generalización. En la primera fase se busca comprender el problema y sus mecanismos de mantenimiento; en la segunda se entrenan habilidades específicas, como técnicas de regulación fisiológica y autoinstrucciones; y en la tercera se promueve la aplicación de estas estrategias en situaciones reales (Meichenbaum, 1985).

La evidencia en Terapia Cognitivo-Conductual para el abordaje del trauma destaca la eficacia de intervenciones que integran psicoeducación, manejo de la activación emocional, reestructuración cognitiva y exposición gradual, lo cual resulta consistente con el enfoque implementado en este caso (Purecoa et al., 2021). En este sentido, el EIE permite no solo intervenir sobre la sintomatología ansiosa, sino también fortalecer recursos personales y promover cambios en los patrones de afrontamiento.

#### **4. Evaluación del problema, historia y fortalezas**

La evaluación clínica se realizó de manera integral, combinando entrevista psicológica, observación clínica y administración de instrumentos psicométricos estandarizados, en línea con un enfoque multimétodo que permite la integración de distintas fuentes de información en la formulación de caso (Eells, 2022). El objetivo fue comprender el funcionamiento emocional de la paciente, objetivar la sintomatología y aportar información relevante para la formulación cognitivo-conductual del caso.

A partir de la información obtenida en la evaluación clínica, y desde una perspectiva dimensional coherente con el modelo cognitivo-conductual, la sintomatología actual de la paciente puede organizarse en cuatro dominios principales.

En relación con la activación fisiológica e hipervigilancia, se observa una reactividad fisiológica intensa ante disparadores tanto interpersonales como internos, incluyendo taquicardia, tensión muscular, sensación de nudo en la garganta y alteraciones del sueño, junto con un estado persistente de alerta. Este patrón se manifiesta especialmente en situaciones de conflicto o ante la percepción de amenaza, donde la paciente interpreta las sensaciones corporales como señales de peligro inminente, lo que incrementa el malestar y refuerza el estado de hipervigilancia. Desde

una perspectiva clínica, este funcionamiento resulta consistente con un sistema de respuesta al estrés crónicamente activado, frecuentemente observado en cuadros asociados a experiencias traumáticas (American Psychiatric Association, 2022). En este sentido, la paciente refiere que “cuando siento estas sensaciones, pienso que algo malo va a pasar”, evidenciando la asociación entre activación fisiológica e interpretación de amenaza.

En cuanto a la evitación, se identifica una tendencia a evitar situaciones interpersonales conflictivas, postergar decisiones o retirarse de contextos que incrementan el malestar, así como una disminución en la participación en actividades potencialmente gratificantes durante períodos de mayor activación emocional. Estas conductas cumplen una función de alivio inmediato, al disminuir la activación emocional en el corto plazo; sin embargo, contribuyen al mantenimiento del problema a largo plazo, al impedir el afrontamiento adecuado de las situaciones temidas y reforzar la percepción de amenaza (Echeburúa & de Corral, 2007). La paciente señala que “prefiero evitar ciertas situaciones porque siento que no las voy a poder manejar”, lo cual refuerza el mantenimiento del patrón evitativo.

A nivel cognitivo y afectivo, predominan pensamientos automáticos asociados a amenaza, vulnerabilidad, pérdida de control y autocrítica, acompañados de estados emocionales de ansiedad, tristeza, frustración y enojo, así como de sentimientos de culpa y vergüenza en contextos interpersonales. Desde el modelo cognitivo, estas cogniciones resultan congruentes con la activación de esquemas disfuncionales vinculados a desvalorización personal e inseguridad, los cuales organizan la interpretación de la experiencia y contribuyen a la intensificación del malestar emocional (Beck J. S., 2014).

En relación con el funcionamiento, el conjunto de síntomas descritos impacta de manera significativa en la vida cotidiana de la paciente, particularmente en la dinámica familiar, la

regulación emocional en situaciones interpersonales, la capacidad para establecer límites y la participación en actividades sociales. Se observan oscilaciones en el nivel de funcionamiento en función del nivel de estrés, con momentos de mayor estabilidad alternados con episodios de desregulación emocional y retraimiento.

En la evaluación psicométrica inicial se obtuvieron resultados consistentes con el cuadro clínico. En el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; puntaje 28), se evidenció un nivel moderado a severo de ansiedad, con predominio de síntomas somáticos (Beck et al., 1988). En el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; puntaje 21), se observó sintomatología depresiva moderada, con énfasis en tristeza, fatiga y autodesvalorización (Beck et al., 1996). Por su parte, el SCL-90-R, mostró un nivel elevado de distrés global (GSI = 1.42), con puntuaciones elevadas en ansiedad, somatización, depresión y sensibilidad interpersonal (Derogatis, 1977). Estos resultados permiten objetivar la intensidad del malestar psicológico y complementan la información obtenida en la entrevista clínica.

Con el fin de sintetizar la información obtenida en la evaluación psicométrica inicial, se presenta a continuación un resumen de los resultados:

**Tabla 1. Resultados de la evaluación psicométrica inicial**

Instrumento	Puntaje	Interpretación
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	28	Nivel moderado a severo de ansiedad, con predominio de síntomas somáticos
Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)	21	Sintomatología depresiva moderada

SCL-90-R (GSI)	1.42	Elevado distrés global, con puntuaciones altas en ansiedad, somatización, depresión y sensibilidad interpersonal
----------------	------	--

La organización de la sintomatología en dominios permite una comprensión más integrada del cuadro clínico. En este sentido, la sintomatología descrita se organiza en un patrón integrado que articula activación fisiológica e hipervigilancia —caracterizadas por reactividad corporal intensa, alteraciones del sueño y estado de alerta persistente—, conductas de evitación orientadas a reducir el malestar inmediato —lo que limita el afrontamiento de situaciones relevantes—, y cogniciones disfuncionales asociadas a amenaza, vulnerabilidad y autocrítica, acompañadas de estados emocionales de ansiedad, tristeza e irritabilidad. Este conjunto de manifestaciones impacta de manera significativa en el funcionamiento cotidiano, particularmente en el plano vincular.

Esta organización resulta consistente con los modelos dimensionales del trauma y con el modelo cognitivo de la ansiedad, los cuales describen la interacción entre activación fisiológica, evitación, cogniciones disfuncionales e impacto funcional como componentes centrales en el mantenimiento del malestar (American Psychiatric Association, 2022; Beck et al., 2014)

Los datos obtenidos permiten comprender la sintomatología actual en relación con la historia vital de la paciente. En particular, las experiencias tempranas de separación, exposición a violencia e invalidación emocional constituyen antecedentes relevantes que contribuyen al desarrollo de esquemas vinculados a la vulnerabilidad y la desvalorización. Estos esquemas

tienden a activarse en situaciones interpersonales actuales, especialmente aquellas que implican conflicto o percepción de no ser escuchada, generando respuestas de hipervigilancia, activación fisiológica intensa y dificultades en la regulación emocional.

En función de la evaluación realizada, se identifican factores predisponentes vinculados a experiencias tempranas de separación de las figuras parentales, ausencia de sostén afectivo, exposición a violencia intrafamiliar y pérdidas significativas, como el fallecimiento materno. Entre los factores precipitantes se destacan los conflictos actuales en la relación de pareja, las demandas asociadas al rol familiar y las situaciones interpersonales percibidas como críticas o amenazantes. En cuanto a los factores perpetuantes, se observan patrones de evitación conductual y emocional, conductas de seguridad orientadas al control, hipervigilancia, rumiación y autocrítica. Por último, se identifican factores protectores, tales como la motivación al tratamiento, la capacidad de insight, la participación en espacios sociales y el desarrollo de recursos personales a lo largo de su historia. Este análisis se organiza a partir de la conceptualización cognitivo-conductual del caso, integrando vulnerabilidades tempranas, estresores actuales, mecanismos de mantenimiento y recursos de la paciente, tal como plantea el modelo cognitivo en el proceso de formulación clínica (Beck J. S., 2014).

Finalmente, se estableció una línea de base clínica a partir de indicadores como el nivel de activación emocional mediante la Escala Subjetiva de Malestar (SUDS, por sus siglas en inglés: *Subjective Units of Distress Scale*), la frecuencia de conductas evitativas, la calidad del sueño y el nivel de funcionamiento cotidiano. Estos indicadores permitieron orientar el tratamiento y monitorear la evolución del caso a lo largo del proceso terapéutico, favoreciendo una evaluación continua del cambio clínico.

## **5. Formulación del caso y plan de tratamiento**

Desde la perspectiva cognitivo-conductual, el problema principal se conceptualiza como un patrón de funcionamiento mantenido por la interacción entre activadores, interpretaciones cognitivas y respuestas emocionales y conductuales, en línea con el modelo cognitivo de la ansiedad (Beck J. S., 2014).

Ante determinados disparadores —principalmente situaciones interpersonales o sensaciones corporales asociadas a la ansiedad— emergen interpretaciones de amenaza y vulnerabilidad, tales como “algo malo va a pasar”, “no voy a poder” o “no tengo control”. Estas cogniciones generan un aumento inmediato de la activación fisiológica, junto con respuestas emocionales intensas y la puesta en marcha de conductas de evitación o control (Beck et al., 2014). Este patrón se articula con esquemas vinculados a experiencias tempranas de separación, escaso sostén afectivo e invalidación emocional, particularmente en torno a la vivencia de “no ser escuchada”, los cuales se reactivan en situaciones actuales, especialmente en el vínculo de pareja.

De este modo, las experiencias tempranas de separación, ausencia de sostén afectivo e invalidación emocional —incluyendo la ausencia de vínculo con la figura paterna, la separación de la madre y la exposición a situaciones de violencia intrafamiliar sin contención posterior— contribuyeron a la consolidación de esquemas cognitivos vinculados a la desvalorización, la vulnerabilidad, la desconfianza interpersonal y la vivencia persistente de no ser escuchada o tenida en cuenta. Estos esquemas se reactivan en la actualidad ante situaciones interpersonales, generando respuestas de hipervigilancia, activación fisiológica intensa y dificultades en la regulación emocional.

Entre las conductas de control se incluyen la búsqueda de certeza, la necesidad de revisar, la anticipación excesiva y la sobrepreparación ante situaciones interpersonales. Si bien estas estrategias reducen el malestar en el corto plazo, a largo plazo contribuyen al mantenimiento del problema, al reforzar la percepción de amenaza y limitar la exposición a experiencias correctivas (Beck et al., 2014; Echeburúa & de Corral, 2007).

Desde un análisis funcional, este patrón puede comprenderse en términos de una secuencia en la cual los activadores (A) dan lugar a interpretaciones cognitivas (B), que modulan las respuestas emocionales y conductuales (C), generando un circuito de retroalimentación caracterizado por hipervigilancia, evitación y autocrítica. Este circuito se retroalimenta en la medida en que la evitación y las conductas de control reducen el malestar en el corto plazo, pero refuerzan las interpretaciones de amenaza y la percepción de vulnerabilidad, consolidando el problema. Este modelo se corresponde con el esquema ABC ampliamente utilizado en Terapia Cognitivo-Conductual para comprender la relación entre acontecimientos, interpretaciones y consecuencias emocionales y conductuales (Ellis, 1999).

En este sentido, se hipotetiza que la interacción entre interpretaciones de amenaza, elevada activación fisiológica y conductas evitativas constituye el principal mecanismo de mantenimiento del problema, en el cual las experiencias interpersonales actuales funcionan como disparadores de esquemas previamente configurados en torno a la desvalorización, la vulnerabilidad, la desconfianza interpersonal y la vivencia de no ser escuchada o tenida en cuenta, en continuidad con experiencias tempranas de separación y ausencia de contención emocional (Beck J. S., 2014).

Si bien el DSM-5-TR aporta un marco descriptivo útil para la identificación de áreas sintomáticas relevantes, en el presente caso se prioriza una formulación clínica centrada en los

mecanismos de mantenimiento del malestar, más que una determinación diagnóstica rígida (American Psychiatric Association, 2022). Desde esta perspectiva, la decisión clínica se orientó a intervenir sobre los mecanismos que sostienen el malestar —hiperactivación fisiológica, evitación, interpretaciones de amenaza y creencias nucleares disfuncionales— más que a centrar el tratamiento en una clasificación diagnóstica categorial.

En función de la formulación realizada, se definieron como objetivos terapéuticos la reducción del nivel de hiperactivación ansiosa, la disminución de las conductas evitativas y de control, el fortalecimiento de la regulación emocional y la mejora del funcionamiento en el ámbito cotidiano e interpersonal.

En coherencia con estos objetivos, se diseñó un plan de tratamiento basado en el Entrenamiento en Inoculación del Estrés (EIE), orientado al desarrollo progresivo de habilidades de afrontamiento. Este incluyó técnicas de regulación fisiológica, reestructuración cognitiva, resolución de problemas y exposición gradual a situaciones previamente evitadas (Meichenbaum, 1985).

El plan de tratamiento se articula de manera coherente con la formulación cognitivo-conductual del caso, apuntando a intervenir sobre los mecanismos de mantenimiento identificados y a favorecer el desarrollo de estrategias más adaptativas. En este sentido, el EIE resulta particularmente pertinente, ya que permite intervenir de manera integrada sobre la activación fisiológica, los procesos cognitivos y las conductas evitativas que sostienen el malestar.

## **6. Curso del tratamiento**

El tratamiento se desarrolló de manera progresiva y flexible, adaptándose al ritmo de la paciente, a la intensidad de la sintomatología y a los estresores presentes en cada momento. Si bien el abordaje se estructuró a partir de las fases del Entrenamiento en Inoculación del Estrés (EIE), la secuencia de intervenciones no se implementó de manera rígida, sino que se ajustó en función de la evolución clínica y de las necesidades específicas del caso.

En una primera etapa, se priorizó la construcción de una comprensión compartida del problema mediante psicoeducación sobre ansiedad, estrés y experiencias interpersonales con impacto traumático, así como la introducción del modelo cognitivo-conductual. En este marco, se promovió la identificación de la relación entre pensamientos, emociones, sensaciones corporales y conductas. Asimismo, se incorporó el uso de SUDS como herramienta de autorregistro, lo que permitió monitorear el nivel de activación emocional en diferentes situaciones y favorecer la toma de conciencia sobre los propios estados internos.

En una segunda etapa, el foco del tratamiento se orientó hacia la adquisición y entrenamiento de habilidades de afrontamiento. Se trabajó sobre técnicas de regulación fisiológica, incluyendo respiración diafragmática, así como estrategias cognitivas centradas en la identificación de pensamientos automáticos y el uso de autoinstrucciones en momentos de activación.

En este contexto, se observó el siguiente intercambio en sesión:

Paciente: “Cuando empiezo a sentir que el corazón late fuerte, siento que algo malo va a pasar”.

Terapeuta: “¿Qué podrías decirte en ese momento para ayudarte a regularte?”

Paciente: “Que es ansiedad... que ya me pasó antes y no pasó nada”.

Este tipo de intervenciones permitió comenzar a modificar la interpretación de las sensaciones corporales, disminuyendo su asociación automática con peligro y favoreciendo una mayor regulación emocional. Con el avance del tratamiento, la paciente comenzó a incorporar estas autoinstrucciones de manera más espontánea, refiriendo que “antes me asustaba más, ahora puedo frenar y decirme que es ansiedad”.

En paralelo, se trabajó sobre el registro y cuestionamiento de interpretaciones disfuncionales, promoviendo la construcción de alternativas más adaptativas. A nivel conductual, se incorporaron estrategias de resolución de problemas y ensayo de habilidades interpersonales, lo cual facilitó la experimentación de nuevas formas de respuesta ante situaciones conflictivas.

Durante el proceso terapéutico, el trabajo autobiográfico constituyó un recurso clínico relevante. La elaboración de su historia personal permitió identificar experiencias tempranas de separación, ausencia de sostén afectivo e invalidación emocional, así como comprender su influencia en el presente. En este marco, se produjo el siguiente intercambio en sesión:

Paciente: “Siento que no me escucha”.

Terapeuta: “¿Te resulta conocido?”

Paciente: “Sí... mi mamá tampoco me escuchaba”.

Este momento permitió no solo establecer una conexión entre experiencias actuales y recuerdos tempranos, sino también reconocer cómo la vivencia reiterada de no ser cuidada ni escuchada seguía organizando sus respuestas en vínculos significativos. A partir de este trabajo, la paciente logró resignificar algunos recuerdos y diferenciar entre pasado y presente, favoreciendo el desarrollo de creencias más adaptativas.

En una etapa posterior, se avanzó en la aplicación de las habilidades adquiridas mediante la exposición gradual a situaciones previamente evitadas. Para ello, se elaboraron jerarquías de

situaciones temidas, comenzando por aquellas de menor intensidad emocional y progresando hacia situaciones más desafiantes, especialmente en el ámbito interpersonal. Las aproximaciones incluyeron sostener conversaciones difíciles con la pareja, expresar desacuerdos en situaciones cotidianas, establecer límites con sus hijos y retomar encuentros sociales previamente evitados, como reuniones con amistades o encuentros familiares. Durante esta etapa, se trabajó sobre situaciones interpersonales específicas, particularmente discusiones con la pareja. En este contexto, se observó el siguiente intercambio:

Paciente: “Me dan ganas de irme cuando discutimos”.

Terapeuta: “¿Qué creés que pasaría si te quedás un poco más en la situación?”

Paciente: “Me da miedo desbordarme... pero creo que podría intentarlo”.

A partir de estos ensayos en sesión, la paciente comenzó a exponerse gradualmente a estas situaciones en su vida cotidiana, logrando sostenerlas.

A lo largo del proceso, se observó una mayor implementación de las estrategias aprendidas en situaciones concretas, lo que permitió sostener conversaciones difíciles con mayor regulación emocional, expresar necesidades de manera más directa y disminuir la tendencia al retiro o al desborde afectivo. Asimismo, la paciente comenzó a permanecer en situaciones que previamente evitaba, logrando atravesarlas con menor intensidad emocional y mayor sensación de control. Estos cambios se acompañaron de una reducción del miedo anticipatorio y un aumento progresivo de la confianza en los propios recursos.

En la etapa actual, el trabajo se orienta a la consolidación de las habilidades adquiridas y a su generalización a distintos contextos de la vida cotidiana. Se continúa promoviendo la identificación temprana de señales de activación y el uso autónomo de estrategias de afrontamiento, con el objetivo de sostener los logros alcanzados y prevenir recaídas. Asimismo,

se trabaja en la ampliación progresiva de actividades gratificantes y en el fortalecimiento de su participación en espacios interpersonales significativos.

## **7. Seguimiento terapéutico y uso de la retroalimentación**

El seguimiento del proceso terapéutico se realizó de manera continua, integrando la observación clínica, el autorreporte de la paciente y el uso de registros sistemáticos. Este monitoreo permitió evaluar la evolución del cuadro y orientar la toma de decisiones clínicas a lo largo del tratamiento.

Se utilizaron medidas idiográficas, tales como SUDS, aplicada tanto durante las sesiones como en ejercicios de exposición, así como registros de la frecuencia de conductas evitativas, la calidad del sueño y la intensidad de la activación emocional ante situaciones disparadoras. Estos indicadores permitieron identificar variaciones en el nivel de malestar y reconocer situaciones de mayor vulnerabilidad.

El seguimiento se centró especialmente en situaciones interpersonales relevantes, tales como discusiones con la pareja, demandas asociadas al rol familiar y participación en actividades sociales previamente evitadas. A lo largo del proceso, se observó una disminución progresiva del malestar anticipatorio y de la evitación conductual, junto con un aumento en la implementación de estrategias de afrontamiento en contextos cotidianos.

Asimismo, se registró un incremento en la capacidad de la paciente para identificar señales tempranas de activación emocional y utilizar de manera autónoma las herramientas aprendidas, tales como la respiración diafragmática, las autoinstrucciones y las estrategias de regulación cognitiva. Este proceso se acompañó de una mayor tolerancia a la activación emocional y una disminución de la interpretación catastrófica de las sensaciones corporales.

El monitoreo continuo permitió realizar ajustes en el plan de intervención en función de la evolución clínica. En momentos de mayor activación emocional o incremento de la evitación, se priorizó el fortalecimiento de las estrategias de regulación antes de avanzar con ejercicios de exposición. En situaciones de menor adherencia a las tareas entre sesiones, se simplificaron las consignas y se exploraron posibles barreras contextuales o emocionales.

En aquellos momentos en los que la paciente presentó episodios de desregulación emocional, se priorizó la estabilización mediante técnicas de relajación, retomando posteriormente el trabajo terapéutico de manera gradual. Estos ajustes permitieron sostener el proceso respetando el ritmo de la paciente y favoreciendo la continuidad del tratamiento.

A nivel funcional, se observaron cambios clínicamente significativos, tales como una mayor participación en actividades sociales, la capacidad para sostener conversaciones interpersonales con menor intensidad emocional y una mayor expresión de necesidades en el ámbito familiar. Estos avances se acompañaron de un incremento en la percepción de autoeficacia y en la confianza en los propios recursos para afrontar situaciones estresantes.

A lo largo del proceso, la paciente comenzó a reportar cambios en su experiencia subjetiva, señalando que “ya no me siento tan desbordada como antes” y que logra identificar con mayor anticipación las señales de activación. Estos cambios se acompañaron de una mayor implementación de estrategias de afrontamiento, evidenciando un fortalecimiento progresivo de los recursos personales y una mayor integración de las habilidades trabajadas en sesión.

## **8. Dificultades clínicas y manejo**

El proceso terapéutico presentó diversas dificultades clínicas esperables en el abordaje de pacientes con historia de experiencias interpersonales con impacto traumático, particularmente

en momentos de mayor activación emocional. Estas dificultades fueron comprendidas como parte del proceso terapéutico y no como obstáculos aislados, en tanto reflejan los mismos mecanismos que sostienen el malestar, muchos de ellos organizados en torno a experiencias tempranas de desprotección, invalidación emocional y escaso sostén afectivo.

Durante las primeras aproximaciones a situaciones previamente evitadas, se registraron incrementos transitorios de la ansiedad. Desde una perspectiva cognitivo-conductual, estas respuestas pueden entenderse como parte del proceso de exposición, en el cual la activación emocional inicial resulta esperable antes de la habituación o del procesamiento correctivo de la experiencia. Estas reacciones fueron abordadas mediante psicoeducación, validación emocional y dosificación de las tareas, priorizando el fortalecimiento de las habilidades de regulación antes de avanzar hacia situaciones de mayor demanda.

Asimismo, se identificaron conductas de seguridad más sutiles, tales como la sobrepreparación, la búsqueda de control y la evitación cognitiva, que tendían a aparecer frente a la anticipación de situaciones interpersonales. Estas conductas, si bien cumplen una función de reducción del malestar a corto plazo, contribuyen al mantenimiento del problema al impedir la desconfirmación de las creencias de amenaza (Echeburúa & de Corral, 2007). En este sentido, se trabajó en sesión promoviendo alternativas de afrontamiento más adaptativas y favoreciendo una mayor tolerancia a la incertidumbre.

La autocrítica constituyó otro foco relevante de intervención, especialmente en expresiones como “debería estar mejor ya” o “siento que no avanzo lo suficiente”, las cuales reflejan expectativas rígidas y demandas internas elevadas. Estas cogniciones fueron abordadas mediante técnicas de reestructuración cognitiva, promoviendo la identificación de distorsiones

cognitivas y el desarrollo progresivo de una actitud más flexible y compasiva hacia el propio proceso terapéutico.

En momentos de mayor desregulación emocional, particularmente cuando se reactivaban vivencias de no ser escuchada o de quedar sola frente al malestar, se priorizó la estabilización mediante técnicas de regulación fisiológica, incluyendo respiración diafragmática y ejercicios de grounding. Estas intervenciones permitieron reducir la intensidad del malestar y restablecer condiciones mínimas de regulación para continuar con el trabajo terapéutico.

En este sentido, el abordaje se caracterizó por una adaptación flexible a las necesidades de la paciente, ajustando el ritmo de las intervenciones en función de su nivel de activación emocional. Esta estrategia permitió sostener el proceso terapéutico, evitando la sobreexposición y favoreciendo una progresiva tolerancia al malestar, condición necesaria para el avance hacia intervenciones más demandantes.

Desde una perspectiva clínica, este caso pone de relieve la importancia de considerar las dificultades como parte constitutiva del proceso terapéutico, especialmente en contextos de experiencias interpersonales con impacto traumático, donde la regulación emocional y el desarrollo gradual de habilidades resultan fundamentales para sostener el tratamiento y promover cambios significativos.

## **9. Discusión**

Desde el punto de vista clínico, el presente caso pone de relieve la importancia de considerar el impacto de las experiencias interpersonales con impacto traumático en la configuración de patrones de respuesta emocional y conductual. En particular, se observa cómo estas experiencias, caracterizadas en la paciente por vivencias de invalidación emocional en

etapas tempranas, contribuyen a la consolidación de esquemas disfuncionales que se reactivan en la vida adulta, influyendo en la interpretación de los acontecimientos y en las estrategias de afrontamiento desplegadas.

En este sentido, el caso permite ilustrar la interacción compleja entre antecedentes vitales, estresores actuales y patrones de afrontamiento centrados en la evitación y el control. Desde la formulación cognitivo-conductual, el problema se comprende como un circuito de mantenimiento en el que las interpretaciones de amenaza, la hiperactivación fisiológica y las conductas evitativas se retroalimentan, sosteniendo la sintomatología ansiosa (Beck et al., 2014). Este patrón se evidenció clínicamente en situaciones interpersonales específicas, como las discusiones de pareja, en las cuales la paciente interpretaba las sensaciones corporales como señales de peligro inminente, lo que incrementaba la activación y favorecía el retiro o el desborde emocional.

Este hallazgo también puede comprenderse a la luz de los desarrollos en trauma que destacan la implicancia del cuerpo en la respuesta emocional, señalando cómo la activación fisiológica sostenida puede influir en la percepción de amenaza y en la dificultad para regular las emociones (van der Kolk, 2015). En el caso analizado, esta interacción se expresó en la asociación directa entre activación corporal y peligro, evidenciada en verbalizaciones como “cuando me late fuerte el corazón siento que algo malo va a pasar”, lo cual refuerza el circuito ansiedad-hipervigilancia.

Asimismo, la presencia de pensamientos automáticos asociados a vulnerabilidad y desvalorización, junto con un estado persistente de hipervigilancia, favorece la activación del sistema de respuesta al estrés, intensificando el malestar y dificultando la regulación emocional.

Este patrón resulta consistente con los modelos cognitivos de la ansiedad, los cuales destacan el papel de las interpretaciones disfuncionales en la modulación de la respuesta emocional y conductual. En este caso, dichas cogniciones se expresaron en pensamientos como “no voy a poder” o “no tengo control”, que emergían especialmente en situaciones de conflicto interpersonal.

La elección del Entrenamiento en Inoculación del Estrés (EIE) como eje de intervención resultó adecuada para este caso, dado que permitió abordar de manera integrada los distintos componentes del problema. El énfasis inicial en el desarrollo de habilidades de regulación emocional y afrontamiento facilitó un aumento progresivo del sentido de control de la paciente, constituyendo una base necesaria para avanzar posteriormente hacia la exposición a situaciones evitadas (Meichenbaum, 1985). Este proceso se evidenció en la capacidad progresiva de la paciente para sostener situaciones interpersonales previamente evitadas, así como en el uso más autónomo de estrategias de regulación emocional.

En este sentido, los resultados observados se encuentran en consonancia con la evidencia en Terapia Cognitivo-Conductual para el abordaje del trauma, la cual destaca la eficacia de intervenciones que integran psicoeducación, manejo de la activación fisiológica, reestructuración cognitiva y exposición gradual (Purecoa et al., 2021). La implementación de estas estrategias permitió observar una disminución del malestar emocional, una reducción de las conductas evitativas y una mejora en el afrontamiento de situaciones interpersonales, particularmente en contextos previamente asociados a elevada activación emocional.

Un aspecto particularmente relevante del proceso terapéutico fue la incorporación del trabajo autobiográfico como recurso clínico complementario. Si bien esta estrategia no

constituye un componente central del EIE, su inclusión facilitó la resignificación de experiencias tempranas y la diferenciación entre pasado y presente, favoreciendo el fortalecimiento del sentido de agencia personal y la modificación de creencias disfuncionales. En este caso, dicho proceso permitió a la paciente reconocer la continuidad entre experiencias tempranas de invalidación y reacciones emocionales actuales, promoviendo una comprensión más integrada de su propio funcionamiento.

Desde una perspectiva clínica, el caso refuerza la relevancia de abordajes estructurados y progresivos en el tratamiento de la sintomatología ansiosa asociada a experiencias traumáticas, así como la necesidad de ajustar el ritmo de la intervención en función de la tolerancia emocional del paciente. Asimismo, pone de relieve la importancia de una formulación individualizada como eje del proceso terapéutico, así como la necesidad de considerar la regulación emocional como condición previa para la exposición y el afrontamiento.

Entre las limitaciones del presente trabajo, se destaca que el tratamiento se encuentra en curso, por lo que no se dispone aún de mediciones psicométricas pre y post que permitan objetivar los cambios de manera sistemática. No obstante, se implementó un sistema de evaluación multimétodo que permitió monitorear la evolución clínica a lo largo del proceso.

En conjunto, el presente estudio de caso aporta evidencia clínica sobre la utilidad del enfoque cognitivo-conductual en el abordaje del trauma en contextos cotidianos, destacando la relevancia de un abordaje progresivo, centrado en habilidades y ajustado a las características individuales del paciente.

## **10. Conclusión**

El presente estudio de caso evidencia cómo un abordaje cognitivo-conductual centrado en el Entrenamiento en Inoculación del Estrés puede resultar eficaz en pacientes con historia de experiencias interpersonales con impacto traumático, caracterizados por hiperactivación emocional y patrones persistentes de evitación.

En este caso, la combinación de psicoeducación, técnicas de regulación fisiológica, reestructuración cognitiva, exposición gradual y fortalecimiento de habilidades de afrontamiento favoreció el desarrollo de un mayor sentido de autoeficacia y una disminución progresiva del impacto del malestar emocional en la vida cotidiana de la paciente.

Si bien el tratamiento se encuentra en curso, se observan cambios clínicamente significativos, particularmente en la capacidad de identificar señales tempranas de activación, utilizar estrategias aprendidas y afrontar situaciones previamente evitadas, lo que da cuenta de un proceso de cambio terapéutico sostenido.

Desde una perspectiva clínica, este trabajo pone de relieve la importancia de una formulación individualizada como eje del proceso terapéutico, así como la necesidad de abordar el trauma de manera gradual y de fortalecer los recursos personales como condición para el afrontamiento efectivo de situaciones estresantes.

En conjunto, el presente estudio destaca la utilidad del enfoque cognitivo-conductual en el abordaje del trauma en contextos clínicos aplicados, subrayando que la eficacia de la intervención no depende únicamente del modelo teórico, sino de su adecuada adaptación a las características, necesidades y ritmo de cada paciente.

## **Anexos (material clínico-técnico)**

### **Anexo A. Ejemplo de autorregistro breve (situación – SUDS – pensamiento – conducta)**

Situación (¿qué pasó?): \_\_\_\_\_

SUDS (0–10): \_\_\_\_\_

Pensamiento automático principal: \_\_\_\_\_

Emoción (0–10): \_\_\_\_\_

Sensaciones corporales: \_\_\_\_\_

Conducta (¿qué hice?): \_\_\_\_\_

Consecuencia inmediata: \_\_\_\_\_

Alternativa de afrontamiento (habilidad): \_\_\_\_\_

Resultado (¿qué aprendí?): \_\_\_\_\_

### **Anexo B. Tarjeta de afrontamiento (autoinstrucciones)**

- 1) Pausa – respiración lenta 4–6 ciclos.
- 2) Recordatorio: “Esto es una señal, no un peligro actual”.
- 3) Pregunta útil: “¿Qué necesito ahora mismo para cuidarme?”
- 4) Acción mínima: (una conducta concreta, breve y posible).
- 5) Revisión: “¿Qué funcionó aunque sea un 10%?”

### **Anexo C. Guía de jerarquía de exposición (plantilla)**

Lista de situaciones evitadas (de menor a mayor):

1) \_\_\_\_\_ SUDS: \_\_\_\_ Conductas de seguridad: \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ SUDS: \_\_\_\_ Conductas de seguridad: \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ SUDS: \_\_\_\_ Conductas de seguridad: \_\_\_\_\_

Plan: fecha – duración – criterio de éxito – registro post-exposición.

### **Anexo D. Plan de prevención de recaídas (señales tempranas)**

Señales tempranas (cuerpo / mente / conducta): \_\_\_\_\_

Estrategias a usar (3): \_\_\_\_\_

Personas de apoyo y contacto: \_\_\_\_\_

Acción en 24 horas: \_\_\_\_\_

Acción en 7 días: \_\_\_\_\_

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª edición, texto revisado (DSM-5-TR) ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (2014). *Trastornos de ansiedad y fobias: Una perspectiva cognitiva*. Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, J. S. (2014). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Gedisa.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual-I*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine.
- Echeburúa, E., & de Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*, 373-387.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4695903>
- Eells, T. D. (2022). *Handbook of psychotherapy case formulation* (3rd edition ed.). The Guilford Press.
- Ellis, A. (1999). *Terapia racional emotiva conductual*. Barcelona: Paidós.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina. (2013). *Código de ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina*. Buenos Aires: FePRA.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martinez Roca.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. Pergamon Press.
- Purecoa, E.-M. F., Rodríguez-Orozco, A., & Santander-Ramírez, A. (2021). Estrés postraumático: Abordaje desde la terapia cognitivo-conductual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23(4). <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2020/ane204f.pdf>
- van der Kolk, B. A. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona: Eleftheria.