

MODELO PSICOPATOLÓGICO Y TRATAMIENTO DE UN CASO CON UN TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

José Luis Graña Gómez y Daniel Navarro Bayón¹

Universidad Complutense de Madrid (España)

Introducción

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) suele desarrollarse en individuos que han sufrido la exposición a estímulos estresantes traumáticos. En Estados Unidos alrededor de cuatro millones de mujeres padecen un trastorno por TEP como consecuencia de asaltos y violaciones (Foa, 1997). En España se estima que la prevalencia del trastorno es del 1-3% de la población, aunque si se incluyen formas menos graves puede llegar al 5-15% (Avia y Vázquez, 1998).

Los estudios prospectivos revisados han encontrado que a los tres meses de padecer un asalto o delito la prevalencia del TEP es entre el 48% y el 60% en víctimas de violación sexual, y del 25% en víctimas que no han sido agredidas sexualmente (Foa, 1997; Echeburúa y Corral, 1998). Además, hay que contar con que un 15-25% de mujeres es objeto de una agresión sexual en algún momento de su vida (Sarasúa, Echeburúa y Corral, 1993a).

Parece que los recursos en el ser humano para hacer frente al estrés postraumático son limitados y, a diferencia de otras situaciones que provocan importantes reveses psicológicos (duelos), el TEP no remite espontáneamente con el paso del tiempo sino que, más bien, tiende a cronificarse (Echeburúa y Corral, 1997a). Se estima que puede ser un 30% el porcentaje de personas que presentan un TEP diagnosticable muchos años después del acontecimiento (Killpatrick *et al.*, 1987; Kulka *et al.*, 1990).

Uno de los grupos que generan dicho trastorno con mayor probabilidad son las víctimas de abusos y agresiones sexuales en la infancia. Si estas víctimas no reciben el tratamiento adecuado durante los tres meses siguientes al trauma, los síntomas pueden persistir o incluso empeorar a lo largo de los años (Rothbaum y Foa, 1993).

Diversos estudios han estimado que una de cada seis mujeres y uno de cada diez hombres experimentan abusos sexuales durante su infancia. Aproximadamente el 20% de las víctimas desarrollarán serios problemas psicopatológicos a lo largo del

¹ *Correspondencia:* José Luis Graña Gómez, Dpto. de Psicología Clínica, Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, Campus de Somosaguas, 28223 Madrid (España).

tiempo, siendo el TEP el más frecuente de ellos (Ratna y Mukergee, 1998). Ackerman *et al.* (1998) compararon la prevalencia del TEP y otros trastornos en tres grupos de niños que habían padecido abusos físicos, abusos sexuales y ambos tipos de abuso. Encontraron que el TEP era más frecuente en los niños que habían sufrido sólo abuso sexual o ambos y que este trastorno fue comórbido con trastornos del estado de ánimo.

Se han dado una serie de variables que pueden ser predictoras de la evolución del TEP en víctimas adultas de agresión sexual (véase Echeburúa y Corral, 1998). Sin embargo, son escasos los estudios realizados en víctimas infantiles en este sentido. El estudio llevado a cabo por Ackerman *et al.* (1998) mostraba que una edad temprana (7-8 años) de aparición de abusos sexuales, sufrir coerción para mantenerlo en secreto y que el abuso viniera de hombres predecían un elevado número de diagnósticos psiquiátricos. Otros estudios (Ruchkin *et al.*, 1998) han arrojado como posibles indicadores de la aparición del TEP en jóvenes entre 15-17 años víctimas de violaciones las características temperamentales tempranas (conductas evitativas y dependientes) y la educación paterna recibida (falta de apego y rechazo).

También se ha encontrado que las víctimas infantiles de abusos sexuales repetidos tienen asociado una pérdida de control generalizada y esa pérdida de control esta a su vez asociada con una mayor severidad de los síntomas del TEP en la vida adulta (Bolstad y Zinbarg, 1997).

Parece lógico concluir que mientras más temprana sea la edad de abusos sexuales, más intensa será la patología experimentada. Incluso es muy posible que la experiencia temprana del TEP lleve a trastornos neurobiológicos, en concreto: funciones límbicas deterioradas, trastornos neuroendocrinos, atrofia hipocampal, disfunciones serotoninérgicas y problemas en el eje adrenal hipotalámico-pituitario (Lipschitz, Rasmusson y Southwick, 1998; Southwick, Yehuda y Wang, 1998; Ratna y Mukergee, 1998). Esto puede ser determinante para la socialización futura del niño y la construcción de esquemas mentales. Así, se ha demostrado que las mujeres con historia de abusos sexuales en la infancia y que experimentan un TEP presentan fallos en la activación hipocampal, lo que les lleva a cometer más errores en tareas de memoria (Bremner, 1998).

Silove (1998) mantiene la hipótesis consistente en la existencia de un centro primitivo de aprendizaje en el sistema límbico que se activa inmediatamente ante una experiencia traumática temprana y puede inducir a un aprendizaje automático ante situaciones amenazantes nuevas. Esto sería una forma adaptativa y de supervivencia para la especie. Más tarde, con el desarrollo del cerebro se conformaría una segunda vía cortical responsable del procesamiento cognitivo de las experiencias traumáticas. Pues bien, este autor postula que es posible que en individuos bajo condiciones de estrés postraumático se produzcan fallos en la inhibición necesaria entre las estructuras corticales y límbicas. Esta influencia inhibitoria debe estar presente ya que contribuye a coordinar respectivamente las áreas de la motivación, impulsos y emociones con las áreas de la atención, percepción y pensamiento. Debido a variaciones adquiridas en la organización del cerebro por la influencia de traumas repetidos durante la infancia se desarrollarán diferencias en la percepción

individual y en los procesos del procesamiento de la información. Esas diferencias interactúan, por su parte, con factores ambientales produciendo el fallo entre las áreas mencionadas. En consecuencia, aparecerán reacciones afectivas elementales espontánea e independientemente de los procesos cognitivos, y ello será debido a la activación de las respuestas de miedo más simples y adaptativas desde un punto de vista evolutivo para la especie. Las situaciones ambientales serán distorsionadas y también los pensamientos intrusivos en forma de *flashbacks* característicos del TEP reflejarían una respuesta automática alterada para la adaptación básica.

Esas desviaciones de la norma neurobiológica se van a traducir en déficits en el procesamiento cognitivo. Brewin (1989, 1996) ha postulado que ante distintas situaciones ambientales el sujeto puede responder de forma automática con reacciones involuntarias (emociones o recuerdos) sin la necesidad de que llegue a ser consciente de por qué lo hace. Una persona que haya experimentado abusos sexuales repetidos en la infancia almacenará esas experiencias en una memoria no accesible al conocimiento y que sólo se recupera cuando está ante los estímulos apropiados.

Sin duda, si todos estos procesos ocurren de forma temprana y repetida durante un periodo prolongado (larga historia de abusos sexuales), cabe esperar la formación de un TEP más intenso y complicado con otros trastornos, como depresión, trastornos de personalidad, agorafobia y pánico,... (Saper y Brasfield, 1998). Cuanto más joven sea la persona que sufre el trauma y cuanto más tiempo haya estado la víctima «incubando» el TEP sin tratamiento, es muy probable que mayor llegue a ser la alteración psicológica, pues esa experiencia de violación va cambiando la visión del mundo y de otras personas. El mundo ya no es un lugar seguro en el que se puede confiar en los demás. Por el contrario, es un lugar peligroso donde no se puede confiar en nadie (Killpatrick y Amick, 1993).

A continuación se presenta un caso clínico con un trastorno por estrés postraumático en el que se analiza de manera pormenorizada la sintomatología del paciente con un modelo psicopatológico que ayuda a conceptualizar el caso de forma empírica.

Presentación del caso

El presente caso clínico trata sobre una mujer de 19 años con un Trastorno por Estrés Postraumático (TEP). Fue violada durante siete años seguidos (de los 7 a los 14) por un amigo de la familia en múltiples ocasiones a lo largo de ese tiempo. El comienzo de todos sus problemas los sitúa claramente a raíz de este trauma. Nunca ha contado a nadie los hechos antes de buscar tratamiento. La constelación de síntomas que presentaba en el momento de pedir ayuda se centraba en un sentimiento de estar fuera de control, de «no poder vivir más sin atreverse a dormir» por miedo a las pesadillas y una serie de síntomas que le impedían una vida normal como eran fuertes jaquecas, tensión constante, autolesiones, descontrol de impulsos y emociones y una retirada de contactos sociales.

Datos sociodemográficos

Nombre: S. M.
Edad: 19
Nacionalidad: Francesa
Profesión: Estudiante y *Au-pair*
E. Civil: soltera
Convivencia: Con una familia de au-pair

Problemas que presenta

S. presenta las típicas manifestaciones de los síntomas que genera un TEP. Experimenta recuerdos invasivos sobre las violaciones que invaden su conciencia y le hacen revivir el trauma. Estos recuerdos se presentan en forma de pensamientos o imágenes vívidas en forma de *flashbacks* sobre el trauma. También sufre pesadillas todos los días con contenido relacionado con las situaciones traumáticas. Durante esos momentos todo el malestar psicológico original es revivido de forma intensa a través de angustia, terror, elevación de síntomas psicofisiológicos, rabia, impotencia, pérdida de control (se mueve con agitación sin ninguna finalidad propia, grita y habla sola) y fuertes sensaciones de culpa y humillación.

S. presenta también un elevado nivel de activación fisiológica a lo largo del día lo que interfiere con su funcionamiento diario y le conduce a agotamiento: irritabilidad, problemas de concentración, tensión muscular constante, sensación de nerviosismo, problemas para conciliar el sueño. Esta hipervigilancia le lleva a una hiperreactividad ante determinados estímulos (respuestas exageradas ante la mínima frustración, mala interpretación de la conducta de otros, peleas físicas con chicos que la «miran mal», necesitar «explotar» por algún sitio, autoagresiones y necesidad compulsiva de hacer deporte). La continua situación de tensión ha tenido un efecto pernicioso sobre su salud física global (úlceras estomacal, dolores de cabeza muy intensos, episodios de pérdida de conciencia frecuentes por problemas en el nervio vago —las pulsaciones bajan a menos de 40). S. evita los pensamientos, emociones y situaciones que le recuerdan de alguna manera el trauma. Así, por ejemplo, su patrón de sueño es de 3-5 horas diarias llegando muchas noches a no dormir nada, ya que trata de mantenerse despierta por miedo a soñar. Esto la mantiene en un estado de indefensión y de agotamiento importantes. No soporta los contactos interpersonales (sobre todo con chicos), interfiriendo en su capacidad para relacionarse con los demás y de vivir normalmente.

Además de los síntomas relacionados directamente con el TEP, presenta el siguiente cuadro:

- a) *Dificultades en las relaciones interpersonales.* Tiene miedo a la gente, una gran ansiedad social y evita todo contacto con otros. No puede hablar ni pre-

guntar nada. Presenta una distorsión a la hora de interpretar estímulos sociales (saludos y miradas) que la llevan a cometer errores en la forma de percibir el mundo: incapacidad para fiarse de los demás, temor constante por su seguridad y el futuro, desesperanza acerca del presente. También presenta problemas de pareja y gran ambivalencia emocional con hombres y mujeres. Tiene miedo de implicarse en sus relaciones de pareja, no puede decidirse por relaciones profundas, y tiene miedo al futuro de las mismas, por lo que siempre acaba rompiéndolas.

Como consecuencia de todas las dificultades mencionados anteriormente se dan:

- b) *Problemas relacionados con el objeto de deseo sexual y disfunciones sexuales.* Muestra una gran ambivalencia respecto a sus gustos sexuales. En el momento actual tiene dos parejas de distinto sexo (un hombre y una mujer), lo que le provoca una gran intranquilidad. Puede tener relaciones sexuales con mujeres. Con hombres no puede por miedo a que le vengán a la cabeza las imágenes del trauma. Siente repulsa hacia los hombres desnudos. Con su novio no puede hacer el amor y nunca llega al orgasmo. Con su novia puede llegar al orgasmo.
- c) *Alteraciones emocionales.* No se permite tener ningún tipo de emoción positiva. Dice pasar del enamoramiento más intenso a la mayor frialdad y distanciamiento. Tiene accesos de ira que no controla y que la llevan a comportarse agresivamente con los otros y con ella misma (golpearse la cabeza, clavarse cosas y darse puñetazos). Dice tener tanto arrebatos de ira como arrebatos de «amor».
- d) *Depresión.* Presenta fuertes síntomas depresivos secundarios al problema del TEP. No presenta ideas suicidas.
- e) *Problemas de sueño.* Tiene una latencia de sueño diaria entre 1,30h y 3h. Duerme 3-5 horas. Se despierta a mitad de la noche y no puede volver a dormirse. Otras noches las pasa sin poder dormir.

Análisis funcional

Análisis funcional de los problemas asociados al trastorno de estrés postraumático

ANTECEDENTES

- Estar tumbada en la cama por la noche con los ojos cerrados para ir a dormirse.
- Oír ruidos (ducha, voces, cohes, ruido de una sábana, gente que sube o baja escaleras)
- Ver escenas de violencia (2 personas pegándose, ver una película de terror)
- Ver escenas de una pareja haciendo el amor
- Ver un hombre desnudo

- Palabras (insultos o palabras de cariño entre dos personas)
- Estar tumbada en la cama y mirar la puerta o la habitación
- Apagones súbitos de luz
- Ir a tener algún contacto sexual con hombres o mujeres
- Pasar por una esquina «sospechosa» en una calle.

RESPUESTAS

Cognitivas

- Pensamientos acerca del trauma (acordarse de las experiencias vividas)
- Imágenes o flashbacks relacionados con las violaciones («fotografías instantáneas» como: una cama, una mesa, dos cuerpos rodeados de oscuridad)
- Pensamientos distorsionados de los demás y el mundo (desconfianza, «todo está mal», «nadie me puede ayudar»)
- Dificultades de concentración
- Intentar no pensar en ello («visualizar una t.v. en negro»)
- Pensar que no va a estar bien nunca (pensamientos negativos del futuro)
- Pensamientos negativos y autoverbalizaciones negativas sobre ella misma («yo soy la culpable de todo», «soy un bicho raro», «no valgo para nada», «me odio»)

Fisiológicas

- Pinchazos en el estómago, tensión muscular, sensación de angustia, jaquecas intensas, hiperactivación autonómica durante todo el día.

Motoras

- Conductas de escape y evitación ante todos los antecedentes anteriores
- Arrimarse a la pared para no ver la puerta de su cuarto.
- Si está estudiando tiene que estar de frente a la puerta.
- Taparse los ojos u oídos si aparecen en la t.v. imágenes o palabras que le recuerdan el trauma.
- Tener los ojos muy abiertos. Evitar cerrarlos para no dormirse.
- Evitar coito con su novio.
- Esconderse, no salir de su habitación o no atreverse a moverse de la cama. No abrir la puerta
- Agitación motora: levantarse de la cama cada hora, ducharse, intentar moverse para no dormir, «no poder estarse quieta», mover los brazos y las piernas gritando «¡ya no puedo más!»
- No mover la cabeza por miedo a que aumente la jaqueca y hacer respiraciones profundas.

Emocionales

Muy baja autoestima, rabia, impotencia, frustración, asco, soledad, tristeza, desesperanza, culpabilidad.

Variables del organismo

- Estado de privación de sueño. Fatiga
- Úlcera de estómago
- Formación de un «esquema mental de miedo»

CONSECUENCIAS

A corto plazo

- Reducción de imágenes y pensamientos sobre las violaciones como consecuencia de las respuestas motoras y cognitivas de escape/evitación (ref-)
- Atención de otros (principalmente madre y familia actual) (ref+)
- Evitar la aparición de emociones negativas intensas de revivir el trauma como consecuencia de sus respuestas motoras y cognitivas (ref-)
- Dejar lo que está haciendo (tareas de casa o estudiar) (ref-)
- Evitar tener pesadillas como consecuencia de sus respuestas motoras (levantarse de la cama, ducharse, abrir los ojos) (ref-)
- Eliminar responsabilidades que no desea como, por ejemplo, casarse (ref-)
- Estar preparada para la lucha o huida en caso de una agresión (ref-).

A largo plazo

- Falta de sociabilidad, pérdida de apoyo social, aislamiento y retirada de personas próximas
- Depresión
- Sentimientos de inutilidad
- Problemas psicofisiológicos
- Carencia de afrontamiento y baja autoestima y autoeficacia percibida
- Problemas sexuales

Análisis funcional de los problemas interpersonales

ANTECEDENTES

- No poder concentrarse para estudiar, no poder dormir o no poder parar el dolor de cabeza
- Que algún chico la mire con «ojos negros»
- Pensar que los demás hablan y se ríen de ella
- Sentirse «atrapada y sin salida», no ver soluciones
- Verbalizaciones y rumiaciones negativas sobre ella misma

RESPUESTAS

Cognitivas

- Distorsiones cognitivas (interpretación inadecuada de estímulos sociales: miradas y palabras).

- Pensamiento dicotómico («me quieren, me odian», «yo quiero o yo odio», «o soy buena o soy mala»).
- Pensar que es anormal por todos los problemas que tiene.
- Pensar que haga lo que haga no va a encontrar soluciones.
- A veces no se acuerda de lo que hace (lagunas mnésicas)
- Dificultad de concentración

Fisiológicas

- Tensión motora, palpitaciones, pinchazos en el estómago.

Motoras

- Realizar deporte compulsivamente (correr 10 km. sin parar hasta extenuarse)
- Clavarse un tenedor en la mano hasta sangrar
- Darse puñetazos en brazos y estómago hasta hacerse cardenales. Darse golpes en la cabeza con los puños, la mesa o la pared.
- Pelearse con el que la «miró o provocó» (Siempre son chicos; también se peleó con el hermano pequeño quien, tras una paliza fue ingresado en un hospital «catatónico»).

Emocionales

- Rabia, impotencia
- Sensación de «explotar»
- Incontrolabilidad de impulsos, siente que el arrebató es incontrolable
- Sentimientos muy fuertes de culpa
- Invalidación emocional
- Ambivalencia fuerte debido a su lucha por controlar sus emociones.

CONSECUENCIAS

A corto plazo

- Evitar «peligros y posibles accidentes (en último término violaciones) (ref-)
- Sentirse fuerte frente a los demás (ref+)
- Reducir la ansiedad a nivel cognitivo, fisiológico y emocional como consecuencia de las respuestas motoras (ref-)
- Desahogo (ref-)
- Atención de otros (familia) (ref+)

A largo plazo

- Rechazo de los demás hacia ella
- Daños físicos
- Desequilibrio psicológico fruto del descontrol

Evaluación

Entrevista

Se realizó un análisis biográfico del paciente y un análisis retrospectivo del problema.

Inventarios y escalas

1. Inventario de depresión de Beck (BDI). Mide depresión clínica (Burns y Beck, 1978). La puntuación obtenida es de 19, lo que indica depresión moderada. A pesar de ello, su percepción de ella misma no es la de una persona deprimida.

2. D.E.S. (Beck *et al.*, 1974). Mide expectativas y actitudes ante el futuro, de contenido positivo o negativo. Se ha mostrado eficaz en la predicción de conductas suicidas. La puntuación antes del tratamiento fue de 15, lo que indica una gran desesperanza ante acontecimientos futuros. No se evidencian pensamientos relacionados con autolisis.

3. Escala de sucesos impactantes (IES) (Horowitz *et al.*, 1979). Se utiliza para medir la intensidad del estrés postraumático. La escala mide intrusión y evitación. La puntuación global de la paciente es de 59; en la subescala de intrusión puntúa 29; en la subescala de evitación puntúa 30. Esto indica que a nivel global está experimentando de forma importante un gran malestar psicológico debido al trauma (punto de corte 49), y que está evitando ideas y situaciones relacionadas con el mismo (p. corte 21). Sin embargo el nivel de intrusión de imágenes y pensamientos no es grave (p. corte 29), aunque esto es debido a sus esfuerzos por evitar tales sucesos.

4. Escala de inadaptación (Echeburúa y Corral, 1988). Refleja el grado en que una agresión sexual afecta a distintas áreas de la vida cotidiana. La máxima puntuación es 36. Antes del tratamiento puntuó 34, lo que indica que sus problemas debido al trauma le están provocando una gran desadaptación en todas las áreas de la vida cotidiana.

5. Autoobservación (véase Anexo 1).

Se pidió a la paciente que anotase en un registro las variables relacionadas con su problema:

- Latencia de inicio de sueño y tiempo de sueño (7 días).
- Frecuencia, intensidad y duración de cefaleas tensionales (7 días).
- Frecuencia de imágenes (*flashbacks*) del trauma (7 días). Anotaba dónde estaba, con quién y qué hacía antes y después.

Análisis histórico

Adquisición del problema

Hace 12 años, cuando tenía 7 años de edad, S. sufrió por primera vez las violaciones de un amigo de la familia. Recuerda cómo este hombre vino a pasar tres días

a su casa y la violó varias veces. S. era muy pequeña y no entendía lo que pasaba, el hombre le decía que era «normal» y que «él la quería, no como su padre». Las violaciones se fueron repitiendo hasta los 14 años, viviendo S. en un estado de indefensión total ya que era amenazada, por si lo contaba, con la muerte o con hacerle lo mismo. Durante esos siete años las violaciones se dieron en diferentes situaciones, lugares e incluso varias veces en el mismo día. A veces llegó al extremo de abusar de S. tocándola, estando S. acostada en la misma cama con el hombre y su mujer (cuando era muy pequeña -7 años), o estando en la misma casa de ella y con sus padres dentro.

Los episodios solían darse durante las vacaciones ya que ella y sus padres, o ella sola, iban a pasar unos días a casa de este hombre, o era él quien venía a casa de ellos. S. tuvo enuresis y encopresis nocturna hasta los 7 años y de los 11 a los 14 volvió a tener episodios de incontinencia. Normalmente se daban cuando este hombre estaba en casa y ella estaba aterrorizada.

Sus padres, por motivos laborales, tenían que mudarse de casa cada dos años, lo que S. vivía con gran angustia.

Refiere que siempre ha mostrado gran rencor hacia el padre que «nunca se ocupó de mí y es un egoísta». S. refiere que tiene otras mujeres y otros hijos, en una ocasión se presentó una mujer en su casa diciendo que los hijos que traía eran también de su padre. La familia le tenía miedo ya que era «muy impulsivo y autoritario».

Los padres se divorciaron cuando ella tenía 11 años, refiriendo que la ausencia de su padre fue una tranquilidad para todos.

Hacia los 10 años comenzó a desarrollar sus problemas: jaquecas fuertes, úlcera de estómago, pesadillas y recuerdos del trauma, episodios de agresividad hacia otros o hacia ella misma, desmayos espontáneos y evitaciones.

A los 14 años cesaron las violaciones ya que el hombre tenía miedo de que S. se quedara embarazada. Sin embargo, la amenazaba con hacerlo de otras formas o empezar con su hermana pequeña de 11 años.

Nunca se lo ha contado a nadie y nadie sabe de sus problemas actuales, que, aunque desde hace tres años han reducido su intensidad, siguen estando presentes a niveles muy incapacitantes, ya que aunque no es violada, ella sigue reviviendo los hechos una y otra vez.

Formulación clínica del caso

Hipótesis de adquisición

Los problemas que presenta S. se pueden explicar en su origen mediante un proceso de condicionamiento clásico. En dicho proceso los traumas sucesivos fueron los EIs que provocaron un temor extremo (RI). Dichos traumas se asociaron con el recuerdo del trauma que se convirtió entonces en un EC. Por medio de la gene-

ralización de estímulos y de condicionamientos de segundo orden no sólo el recuerdo del trauma sino también las señales asociadas al recuerdo se convirtieron en ECs que provocan una ansiedad condicionada a nivel cognitivo, motor y fisiológico.

También en el origen pudo influir en gran medida la formación de esquemas y pensamientos disfuncionales que en un primer momento fueron adaptativos, pero que contribuyeron a adoptar su sistema de creencias en base a dicho trauma, desarrollándose su manera de pensar y valorar las cosas, por tanto, sobre esos esquemas disfuncionales. Dado que las violaciones tuvieron lugar al mismo tiempo que empezaba a desarrollar su identidad sexual (7 años), ésta se vio fuertemente distorsionada.

La falta de modelos de apego seguros en la infancia, junto a un ambiente familiar caracterizado por establecer relaciones basadas en el miedo y el «chantaje» (por parte del padre principalmente) facilitaron el desarrollo de esquemas cognitivos disfuncionales («no te puedes fiar de los otros, «hay que estar siempre alerta», «el mundo es peligroso»).

Hipótesis de mantenimiento

Sus respuestas de ansiedad a nivel fisiológico, cognitivo y emocional son respuestas condicionadas elicitadas por ECs. Debido a que el recuerdo del trauma (EC) y los estímulos asociados a él provocan una ansiedad extrema (RC), S. evita dichos estímulos. De esa forma se da un proceso de reforzamiento negativo. Esta evitación de estímulos ansiógenos y su negación a hablar y a enfrentar el problema han originado una serie de problemas psicofisiológicos (úlceras estomacal, cefaleas agudas, problemas del nervio vago - desmayos -). También mantienen su rol de enferma recibiendo por ello atención de otros (ref+), sin que nadie verdaderamente conozca la causa real de sus problemas.

Sus respuestas de agresividad hacia otros y de hiperactivación autonómica pueden entenderse como un mecanismo adaptativo mediante el cual evita cualquier posibilidad de agresión en un futuro (reforzamiento negativo). Además, debido a la construcción de esquemas disfuncionales de pensamiento y a la evitación de la activación de esos esquemas, la información sobre el acontecimiento traumático no ha sido procesada y adaptada, con lo cual los recuerdos continúan apareciendo durante el día o durante la noche en forma de pesadillas.

La gran ambivalencia emocional se explica debido a la autoinvalidación de sentimientos: S., de alguna manera, no tolera sus propias emociones que han quedado asociadas a los traumas vividos. Debido a que no ha procesado las emociones (ya sean positivas o negativas) de forma adecuada, intenta escapar de ellas, o las interpreta de forma inadecuada. Todo ello la lleva a tener esas explosiones de agresividad como única manera que ha aprendido para reducir su angustia y poder expresarse. La ambivalencia sexual es fruto de un aprendizaje inadecuado para poder expresar su sexualidad de alguna forma evitando enfrentarse con los recuerdos y emociones del trauma (reforzamiento negativo).

Modelo psicopatológico

El modelo psicopatológico que se presenta, es el resultado de la integración de toda la información obtenida en el proceso de evaluación con el objetivo de establecer las relaciones causales más relevantes para la explicación de los distintos problemas que presenta la paciente; en palabras de Haynes (1994): «Es un metajuicio, una síntesis de los juicios básicos sobre los objetivos y problemas conductuales del cliente, sus efectos, las variables causales y mediadoras y las relaciones funcionales entre estas variables».

Existen pocos trabajos que se centren en la forma de elaborar juicios derivados de los datos de la evaluación conductual. Esta tarea no es fácil y requiere una capacidad de integración clínica de una cantidad importante de información. Para ello, el clínico debe formular un análisis funcional integrando cientos de «trozos» de información, en múltiples modalidades (pensamientos, reacciones fisiológicas y emocionales, respuestas motoras), sobre múltiples problemas, cada uno de ellos con múltiples variables causales (cfr. Graña y Navarro, 2000). Para complicar aún más el juicio clínico, los datos obtenidos a partir de distintas fuentes de evaluación (entrevista, escalas, cuestionarios) pueden ser contradictorios. Además, los profesionales clínicos tienen que hacer a menudo importantes juicios clínicos a partir de datos insuficientes o a partir de instrumentos de evaluación no válidos.

La realización del modelo propuesto en la práctica profesional sirve al clínico para facilitar la tarea de organizar sus acciones de una forma integrada y simplificada (cfr. Graña y Navarro, 2000).

A continuación, se muestra el modelo que facilita la explicación causal del cuadro psicopatológico que presenta la paciente (véase Figura 1). En él se enumeran las distintas relaciones de causalidad entre las variables independientes y las dos variables dependientes más importantes (estrés postraumático por violación y dificultad en las relaciones interpersonales). Para poder comprender las relaciones establecidas en la figura 1, debe tenerse en cuenta que los rectángulos hacen alusión a las variables dependientes, los círculos se refieren a las variables independientes, la negrilla explica la importancia de la variable en el modelo, el rombo indica una variable causal no modificable (p.ej., vulnerabilidad, predisposición) y las flechas enumeran la dirección de las relaciones establecidas (Haynes, 1995).

Contraste de hipótesis

Antes de iniciar el tratamiento, se planteó la siguiente hipótesis con el objetivo de obtener evidencia sobre la validez convergente del modelo propuesto. Así, se consideró que la hipervigilancia y la hiperactivación ante estímulos condicionados y factores estresantes era una variable crucial en el modelo causal, probándolo de la siguiente forma:

- En la entrevista cada vez que se le preguntaba sobre lo que le había ocurrido, su respuesta era de paralización general, colocándose las manos sobre la cara y ocultándose debajo de la mesa.

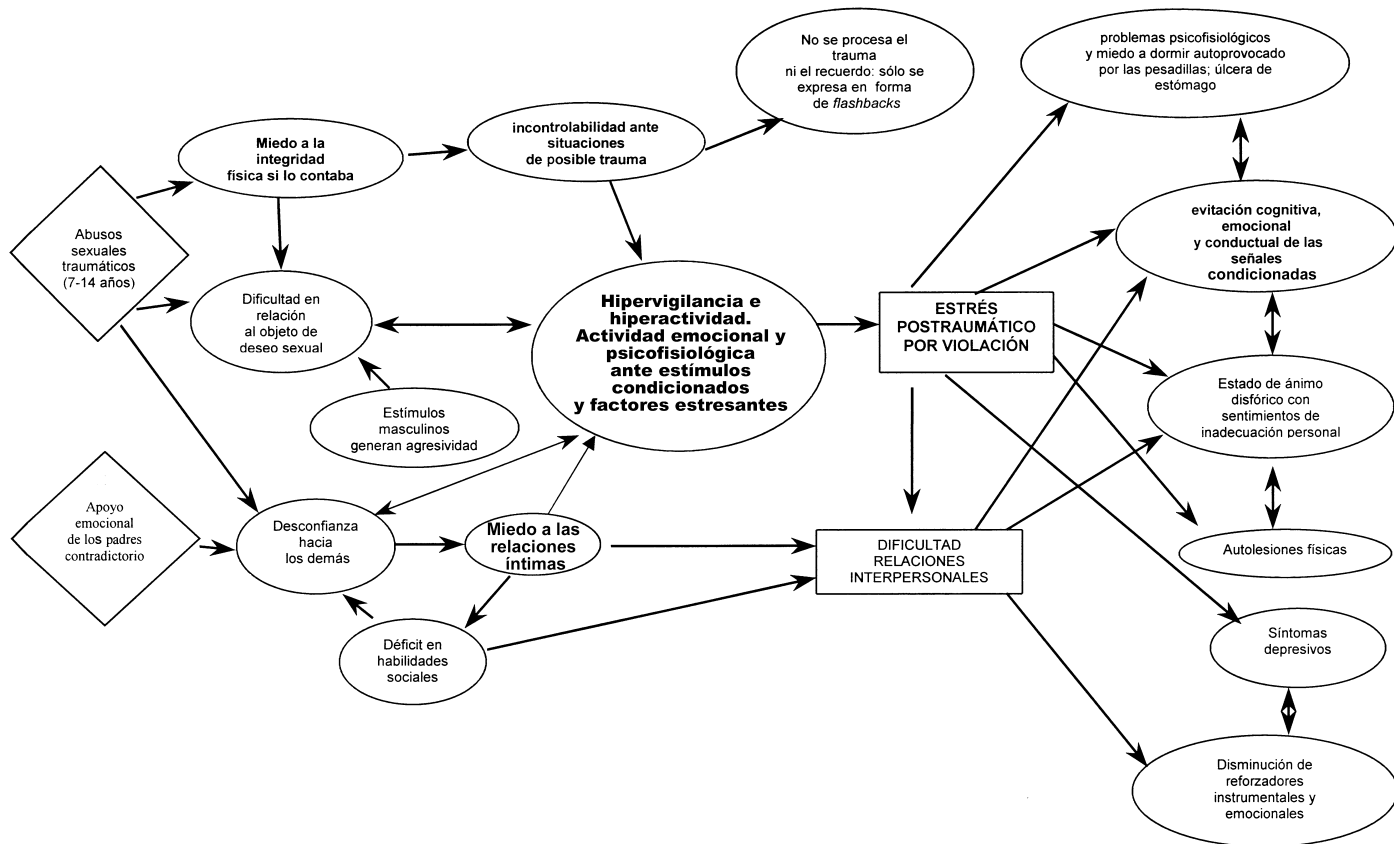


Figura 1. Modelo psicopatológico del trastorno de estrés postraumático.

- Cuando se le pedía que hiciese un dibujo sobre la cara del agresor, respondía con altos niveles de ansiedad subjetiva con paralización general de su cuerpo.
- Obtuvo las puntuaciones más altas en la subescala de intrusión del cuestionario IES.
- Era incapaz de dormir y, además, realizaba múltiples actividades para mantener su insomnio.

Objetivos y plan de intervención

Objetivos

- a) Ayudar a la paciente a disminuir el nivel de hipervigilancia e hiperactividad que experimenta de forma general a lo largo del día y de forma acentuada en presencia de ECs y factores estresantes.
- b) Extinguir todas las respuestas cognitivas (ej., pensamientos intrusivos relacionados con las violaciones) y emocionales (ej., malestar y estados de ánimo disfóricos) relacionadas con el trauma.
- c) Abordar en una última etapa las alteraciones psicofisiológicas que han surgido como consecuencia del trauma reiterado, haciendo hincapié en el estilo de vida y en la mejora de la autoestima.
- d) Entrenar a la paciente a manejar las dificultades interpersonales mediante un programa específico de habilidades sociales haciendo hincapié en la desconfianza hacia los demás y en el miedo a las relaciones íntimas.
- e) Aumentar la capacidad para tomar una decisión responsable en lo que se refiere a su comportamiento sexual.

Plan de intervención

- a) Se le dará información sobre sus reacciones, comprendiendo la etiología de sus síntomas.
- b) Se seguirá el modelo de Inoculación de estrés proporcionándole un conjunto de destrezas de afrontamiento que le permitan enfrentarse a los problemas de la violación.
- c) Se le entrenará en la relajación progresiva de Jacobson.
- d) Se utilizará la detección de pensamiento como forma de detener los pensamientos relacionados con las violaciones.
- e) Se planearán exposiciones en imaginación y en vivo al recuerdo del trauma, permitiendo la habituación de las emociones relacionadas con el trauma y el procesamiento del trauma que está evitando.
- f) Se hará reestructuración cognitiva acerca de los pensamientos de autoinculpación y de que otros conozcan el trauma. Además, con el recuerdo del trauma se favorecerá al mismo tiempo la modificación de esquemas disfuncionales sobre ella y los demás.

- g) Se fomentarán habilidades de autocontrol de emociones y conductas impulsivas.

Desarrollo del programa de tratamiento

Justificación teórica del plan de intervención

La terapia de exposición y el entrenamiento en inoculación de estrés se han mostrado como procedimientos terapéuticos efectivos para el TEP (Echeburúa y Corral, 1997a; Foa, 1997; Echeburúa *et al.*, 1996; Echeburúa *et al.*, 1997b; Marks *et al.*, 1998).

La terapia de exposición consiste en enfrentar al paciente al recuerdo del trauma y a las señales y situaciones asociadas a dicho recuerdo. La exposición prolongada implica exposiciones repetidas y prolongadas al recuerdo del trauma en vivo o en la imaginación. Con la exposición se activan el recuerdo traumático y las emociones relacionadas con él, permitiendo su habituación. Esto favorece un procesamiento emocional adecuado desactivando el procesamiento anómalo anterior (Foa y Kozac, 1986). A través de la exposición el paciente reevalúa los errores cognitivos e integra más fácilmente la experiencia traumática (Echeburúa y Corral, 1997b; Austin y Resick, 1997). La terapia de exposición se ha postulado como la más efectiva en el tratamiento del estrés postraumático (Echeburúa y Corral, 1998).

El entrenamiento en *inoculación de estrés* tiene como objetivo la educación acerca del trastorno y la adquisición de un repertorio de habilidades de afrontamiento (relajación, autoestima y control de la ira) para el manejo de la ansiedad. La inoculación de estrés se ha mostrado superior a la exposición en el postratamiento; sin embargo, los pacientes en la exposición tienden a mejorar en el seguimiento (Foa *et al.*, 1991). La terapia de exposición mejora las medidas del TEP, mientras que la inoculación de estrés puede ser interesante para mejorar las medidas de depresión y ansiedad (Austin y Resick, 1997).

Se ha examinado la eficacia diferencial de la *reestructuración cognitiva* con la exposición prolongada y la *relajación* en pacientes con un TEP (Marks *et al.*, 1998). Los resultados muestran que la reestructuración cognitiva y la exposición son eficaces por sí mismas, pero que su combinación no añade mejoras. Ambos tratamientos son más eficaces que un procedimiento de relajación.

Echeburúa *et al.* (1997b) compararon la exposición más reestructuración cognitiva con la relajación progresiva en el tratamiento del TEP crónico para víctimas de agresión sexual. Todos los pacientes mejoraron en los dos grupos, pero la condición de exposición más reestructuración cognitiva fue más eficaz.

Otro procedimiento que se ha mostrado válido ha sido la *desensibilización sistemática* (Austin y Resick, 1997). A pesar de que hay algunos datos a favor de la *desensibilización por medio de movimientos oculares* (Shapiro, 1996; Carlson *et al.*, 1998), una revisión reciente de 17 estudios (Lohr, Tolin y Lilienfeld, 1998) ha arrojado las siguientes conclusiones: el movimiento ocular no parece ser necesario

para la mejoría; las mejorías no son específicas de la técnica en sí. La eficacia seguramente se deba al componente de la exposición de la técnica (Austin y Resick, 1997).

La *terapia del procesamiento cognitivo* (Austin y Resick, 1997), una forma de terapia que consta de exposición y terapia cognitiva, se ha mostrado igual de eficaz que la exposición, pero mejora en mayor medida los síntomas de la depresión.

Recientemente se están haciendo ensayos de *tratamiento farmacológico* para el TEP. Estos intentos se basan en la idea de que la serotonina juega un papel importante en el trastorno debido a la alta morbilidad con trastornos como la depresión, ansiedad y trastornos agresivos, en los que la serotonina está implicada (Davis *et al.*, 1997). Otros abordajes farmacológicos que se basan en esta idea han utilizado risperidona, un antipsicótico con un efecto antagonista serotoninérgico (Leyba y Wampler, 1998). Aunque se han encontrado hallazgos aislados, la efectividad de la intervención farmacológica para el TEP no está clara y necesita de más investigación para poder afirmar hasta qué punto supone una aportación interesante.

La selección de los procedimientos de intervención se guió a partir de los supuestos generales para el tratamiento de víctimas de violación, teniendo en cuenta la formulación y el modelo psicopatológico propuesto para este caso.

Explicación a la paciente de la etiología y el mantenimiento del cuadro

Se le proporcionó información de que sus reacciones son normales y fueron aprendidas siguiendo un proceso de condicionamiento clásico. Este modo de comprender los problemas y síntomas del cuadro proporcionará tranquilidad ante la angustia de pensar que se está volviendo loca. Se le explicaron los tres canales (físico, cognitivo y conductual) a través de los cuales sentía la ansiedad.

Se le indicó la importancia que tenían sus propios esquemas cognitivos de «miedo» que antes fueron adaptativos, pero que ahora estaban contribuyendo a aumentar el problema.

Esta primera fase se llevó a cabo durante una sesión de 1,30h.

Adquisición de habilidades de afrontamiento

Debido a la complejidad del cuadro sintomatológico que presentaba, se decidió utilizar un conjunto de técnicas para que aprenda a afrontar sus problemas, tal como se presenta a continuación: a) Se utilizó la relajación de Jacobson para reducir la hiperactivación autonómica asociada con los estímulos de violación. También se le propuso como técnica general de desactivación para la tensión mantenida a lo largo del día y como ayuda para conciliar el sueño. Se dedicaron dos sesiones de tratamiento a este procedimiento de intervención.

b) Se utilizó detención de pensamiento para parar los pensamientos y rumiaciones sobre ella y los demás (pensamientos obsesivos de dañar a otros, ser violada y de autocrítica). Para ello se la instaba a que imaginara una situación que le disparase estas obsesiones (e.j. «ver chicos riéndose»). Cuando empezaba con sus rumiaciones y después de 30 seg. se le enseñó a detener el pensamiento, primero diciendo «alto» en voz alta y luego dándose un golpecito en la muñeca. Después de utilizar el procedimiento de detención, se animó a que imaginara escenas agradables. Se dedicó una sesión a esta técnica.

c) Exposición en imaginación a los contenidos del trauma. Según la teoría del procesamiento emocional, la exposición al recuerdo traumático provocará la habituación del temor y el cambio de la estructura de miedo. Debido a la imposibilidad a que narrase una historia de sus experiencias, con el objetivo de revivir lo ocurrido, se le pidió que escribiera descripciones de los acontecimientos incluyendo detalles de los pensamientos, sentimientos y sensaciones en primera persona. Durante las sesiones se hizo que leyera sus historias una y otra vez hasta que la ansiedad se redujese a menos de 30 USAS. Mientras leía se iba registrando la ansiedad utilizando unidades subjetivas de ansiedad. Esto se llevó a cabo durante 4 sesiones.

También se iban entresacando las suposiciones erróneas y autoverbalizaciones negativas de los relatos con el fin de reevaluar los hechos de manera más adaptativa.

A partir de la tercera sesión se le pidió que grabase dichos relatos en casetes y que los escuchara entre sesiones, por lo menos una vez al día, mientras que registraba sus niveles de ansiedad. Como el bloqueo a hablar de los detalles de las violaciones continuaba en la cuarta sesión de exposición, se le indicó que hablara espontáneamente sobre sus traumas en un magnetófono, incluyendo descripciones de los traumas y qué es lo que ha significado en su vida. Más tarde, en sesión, se escuchaban estos relatos repetidas veces con los objetivos descritos anteriormente.

Se muestra un ejemplo de las experiencias traumáticas experimentadas por la víctima:

d) Exposición en vivo. Se elaboró una jerarquía de estímulos evitados y evocadores de ansiedad. Se procedió a la exposición graduada a dichos estímulos. La jerarquía es la siguiente:

- Palabras de cariño de un hombre de 40 años (20 USA)
- Sola en la calle de día con un desconocido (30 USA)
- Ruidos de gente estando acompañada (40 USA)
- Sola de noche en la calle (60 USA)
- Ruidos de sábana (70 USA)
- Metro, autobús, tren y desconocidos alrededor (70 USA)
- Relaciones sexuales en T.V. (80-90 USA)
- Escenas violentas (80-90 USA)
- Sola en la calle de noche con un desconocido (90 USA)
- Salir de la habitación sola de noche y con ruidos fuera (100 USA).

Las variables que modulan la intensidad de la ansiedad fueron tenidas en cuenta y manejadas. Son las siguientes: sólo/acompañada; día/noche; amigo/desconocido.

Se llevaron a cabo 4 sesiones de exposición guiada a escenas de T.V. A continuación, la paciente realizó tareas de autoexposición en vivo todos los días durante el transcurso de 3 semanas. Para ello se le proporcionó registros de ansiedad y se le explicó el procedimiento a seguir.

En el Anexo 2, se recoge uno de los relatos escritos por la paciente durante las primeras sesiones de exposición.

e) Se llevó a cabo la representación de papeles sobre la forma de interactuar con los demás de forma más eficaz. Se le enseñó cómo saludar de manera adecuada y seguir el curso de una conversación. Se discutieron al mismo tiempo creencias irracionales sobre lo que los demás pensarán de ella.

De forma simultánea se elaboró una jerarquía de preguntas sencillas a los otros para demostrar que su temor era desproporcionado en esas situaciones. La paciente hizo todas las preguntas e interactuó con una compañera de clase de manera muy exitosa.

Jerarquía de preguntas:

- Pedir la hora en la calle (día: 20; noche:60)
- Pedir un día libre (40)
- Preguntar una dirección (día: 30; noche: 70)
- Pedir la cuenta o una copa (día: 50; noche: 80)
- Pedir un billete al conductor del autobús (día: 10; noche:10)
- Pedir cambio en los recreativos (día:0; noche:20)
- Preguntar a una compañera por los apuntes (25)

Se dedicaron 3 sesiones a estos procedimientos.

f) Para reducir sus conductas autolesivas se proporcionaron técnicas específicas de autocontrol de ira y conductas impulsivas. Se le enseñó a detectar los antecedentes de los comportamientos agresivos hacia ella misma y hacia los demás, así como la forma de controlar la «espiral de la ira». Para ello se le proporcionó biblioterapia y ejercicios en vivo. Se dedicaron dos sesiones.

g) Reestructuración cognitiva. El abordaje de pensamientos irracionales se llevó a cabo en 4 sesiones en las que se explicó la importancia de detectar sus distorsiones cognitivas acerca de ella misma y los demás. A través de discusiones racionales con la paciente y registros de pensamiento se explicó la conexión entre sus sentimientos negativos de inadecuación y sus supuestos disfuncionales. Cuando fue capaz de reconocer dichas relaciones, aprendió a refutar sus pensamientos y a generar alternativas de pensamiento. En este momento la paciente fue capaz de replantearse su situación sexual con la que se encontraba a disgusto. Utilizando diálogos razonados y basándose en la comprensión del impacto de sus experiencias pasadas sobre sus tendencias sexuales actuales, decidió abordar el tema directamente y con la ayuda del terapeuta para tomar una decisión clara.

En el anexo 3, se plantea un supuesto sobre el abordaje de algunas creencias disfuncionales acerca de las experiencias traumáticas de la infancia. Se dedicaron 4 sesiones a este procedimiento.

h) Aumentar la disposición a hablar sobre el trauma. Se estudió la posibilidad de contar los hechos a una persona cercana a la paciente. Primero se hizo un análisis de las personas a las que se lo podría contar y, luego, a través de la representación

de papeles se ensayó la manera de decirlo, anticipando sus propias reacciones emocionales y las de la persona a la que se lo iba a contar.

Resultados

Hay que señalar que la continuidad del tratamiento ha sido irregular debido a varias ausencias de la paciente coincidiendo con el inicio de alguna de las sesiones de la exposición. Ausencias que, por otra parte, eran evitaciones predecibles dentro del cuadro que presenta. Se han llevado a cabo 15 sesiones de tratamiento.

A nivel fisiológico

S. ha detectado una menor tensión muscular y agitación general. Dice haberse beneficiado notablemente por la práctica de la relajación progresiva que utiliza con asiduidad (2-3 veces al día). Le ayuda para conciliar el sueño.

El examen de los datos de autorregistro a los tres y seis meses de iniciar el tratamiento revela que se ha producido una mejora respecto a los síntomas fisiológicos de las jaquecas y también cierta mejoría en la perturbación del sueño.

Cuadro 1

Análisis del patrón de sueño a lo largo del tratamiento

	Latencia media de sueño	Tiempo medio de sueño
Inicio	2,20 horas	2,49 horas
3 meses	3,00 horas	3,45 horas
6 meses	2,00 horas	5,30 horas

Aunque no se aprecian diferencias significativas respecto a la latencia de sueño, la paciente informa de que el sueño es más reparador y está más cómoda en la cama que antes. El tiempo en que permanece dormida ha aumentado casi al doble.

Cuadro 2

Características de las cefaleas

	Frecuencia	Duración media	Intensidad media
Inicio	6 días a la semana	3,30 horas	8
Tres meses	2 días a la semana	3 horas	5
Seis meses	1 día a la semana	3 horas	5

A nivel cognitivo

Se ha observado una reducción de pensamientos intrusos acerca de las violaciones, incluyendo los *flashbacks*. Todavía se producen pensamientos intrusivos; sin embargo, son menos perturbadores aplicando la detención de pensamiento y la relajación.

A raíz de la reestructuración cognitiva, en su discurso se puede apreciar una disminución de la cantidad de verbalizaciones negativas y un aumento de alternativas racionales.

Evitación

Sus niveles de evitación han disminuido en lo que se refiere a los contactos sociales. Ha aprendido a relacionarse de manera adecuada y a mantener conversaciones con otros sin pensar que los demás guardan intenciones «ocultas». El miedo a hablar de los hechos ocurridos a los otros ha disminuido e incluso ha hecho varios intentos de localizar al violador. Ha tomado la firme decisión de contarle los hechos a su novio y a su madre. También ha entrado en contacto con diversas asociaciones de mujeres violadas y maltratadas con el objetivo de buscar asesoramiento personal y legal.

Cuadro 3

Resultados de los cuestionarios en tres fases distintas del tratamiento

	Pretratamiento	3 Meses	6 Meses
B.D.I.	19	21	5
D.E.S.	15	5	3
ADAPTACIÓN	34	31	27
I.E.S.	59 (Global) 29 (Intrusión) 30 (Evitación)	53 (Global) 34 (Intrusión) 19 (Evitación)	37 (Global) 21 (Intrusión) 16 (Evitación)

Las mejoras más importantes se están produciendo respecto a las expectativas y creencias ante el futuro, que son de contenido menos negativo. La paciente demuestra más motivación para cumplir sus objetivos. Un análisis más fino del DES revela que la percepción de control sobre su vida y la motivación por luchar para mejorar han incrementado radicalmente.

Continúa el rechazo hacia ella misma pero en menor medida que al principio del tratamiento. Los sentimientos de culpa han desaparecido por completo. La depresión a través de dicho cuestionario ha desaparecido, está más satisfecha y contenta y afirma haber conseguido «cosas que creía imposibles, aunque queda todavía mucho que hacer».

Sus problemas continúan provocándole desadaptación en distintas áreas, pero ha habido una mejoría clara en la interferencia en dichas áreas.

En el IES se aprecia una menor evitación hacia pensamientos, recuerdos y sentimientos relacionados con las violaciones. Los pensamientos intrusivos han disminuido e informa de que son menos perturbadores.

Por último, resaltar que dado el nivel de deterioro psicológico que tenía la paciente en el momento de iniciar el tratamiento y debido a su interrupción para regresar a su país de origen, no pudimos abordar de forma sistemática toda la problemática relacionada con el objeto de deseo sexual, tal como se expuso en el modelo psicopatológico y esta área de su vida exige un abordaje terapéutico por menorizado para que su desarrollo personal y su autoestima mejore de forma significativa.

Discusión

Las teorías atribucionales establecen que la evaluación cognitiva que hace el sujeto del trauma puede llevar al paciente a un estado de abatimiento e indefensión (Echeburúa y Corral, 1998) modulado por las atribuciones efectuadas. Se dice que las personas que se atribuyen la responsabilidad de lo ocurrido pueden experimentar un agravamiento del cuadro clínico. En concreto, las víctimas que llevan a cabo atribuciones internas, estables y globales se sienten peor que las que realizan atribuciones externas de lo sucedido. Sin embargo, esto no encaja con las teorías del procesamiento emocional o de la información, ya que cabría esperar que hacer atribuciones internas puede llevar a un mejor pronóstico (sus esquemas preexistentes no se verían desafiados de manera traumática).

La terapia de exposición presenta una alta justificación empírica, pero no teórica. De hecho, la exposición se utiliza con otros fines que no son los propios de la técnica. En concreto se utiliza con una perspectiva cognitiva más que con el objetivo de extinguir o habituar las respuestas emocionales condicionadas. Lo que interesa es que el individuo «organice», «reevalúe» o «reconstruya» el trauma de la manera menos distorsionada posible para que lo pueda integrar con sus conocimientos acerca de sí mismo y del mundo. La exposición por sí sola al trauma no tiene sentido. Habría que perfeccionar las técnicas, economizarlas y evitar el desgaste psíquico y económico innecesario de la abreacción o catarsis azarosa. Quizá, una técnica que permita la reorganización cognitiva sería adecuada de igual forma.

Con esto nos referimos a que no tiene sentido hacer que una persona recuerde el trauma una y otra vez hasta que se reduzca la ansiedad, puesto que es lógico que la sienta. Más bien, nuestro objetivo es que discrimine que determinados estímulos no son peligrosos, pero sólo esos estímulos y no otros. Por lo tanto, únicamente la exposición, haciendo recordar el trauma incesantemente, no tiene sentido. Por ejemplo, en el caso de una persona que ha sido violada en su casa, o de un padre que sobrevivió a un accidente de tráfico mientras que sus hijos pequeños murieron, haríamos exposición ¿a qué? ¿No sería esto un sufrimiento innecesario? Sería más adecuado guiar en el recuerdo del trauma para eliminar errores en el procesa-

miento. La exposición tiene un sentido cuando es guiada por el terapeuta y no se expone al cliente al trauma de forma indiscriminada. El terapeuta durante la exposición da pistas, ayuda a reelaborar y a dar sentido, utiliza el diálogo socrático y se centra sólo en determinados estímulos y no hace pasar al paciente por un sufrimiento emocional innecesario.

Por otro lado, a pesar de la eficacia demostrada por las técnicas de exposición, no todos los pacientes se benefician de ellas y otros pueden responder mejor a las técnicas cognitivas, por ejemplo, los que experimentan indefensión y sentimientos de inadecuación personal o alienación (Ehlers *et al.*, 1998). Sería conveniente estudiar qué tipo de pacientes se van a beneficiar de un tipo específico de tratamiento. Jaycox, Foa y Morral (1998) encontraron que los pacientes que presentan habituación entre sesiones se beneficiarán mucho más que los que presentan una habituación moderada o ninguna.

De todas formas, lo más importante es la detección precoz de las posibles víctimas de abusos sexuales en la infancia para prevenir el desarrollo de este tipo de problemas en la vida adulta. No obstante, una vez que surge el problema, los programas de tratamiento con un enfoque cognitivo-conductual han mostrado su eficacia terapéutica en adultos víctimas de abuso sexual reciente (Echeburúa *et al.*, 1996) y en niños entre 8 y 10 años que habían sufrido un problema similar (Farrell *et al.*, 1998).

Referencias

- Ackerman, P.T., Newton, J.E.O., McPherson, W.B., Jones, J.G. y Dykman, R.A. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse and Neglect*, 22, 759-774.
- Austin M.C. y Resick P. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés post-traumático. En V.E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1*. Madrid: Siglo XXI.
- Bolstad, B.R. y Zinbarg, R.E. (1997). Sexual victimization, generalized perception of control, and posttraumatic stress disorder symptom severity. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 523-540.
- Bremner, J.D. (1998). Neuroimaging of posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Annals*, 28, 445-450.
- Brewin, C.R., Dalgleish, T. y Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- Carlson, J.G., Chemtob, C.M., Rusnak, K., Hedlund, N.L. y Muraoka, M.Y. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EDMR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 3-24.
- Davis, L.L., Suris, A., Lambert, M.T., Heimberg, C. y Petty, F. (1997). Posttraumatic stress disorder and serotonin: New directions for research and treatment. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 22, 318-326.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1995). Trastorno de estrés posttraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (dirs.), *Manual de psicopatología* (pp. 171-186). Madrid: McGraw-Hill.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1997a). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés posttraumático. *Ansiedad y Estrés*, 3, 249-264.

- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997b). Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behavior Modification*, 21, 433-456.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). Trastorno de estrés postraumático. En M. A. Vallejo (dir.), *Manual de terapia de conducta*, vol. 1 (pp. 429-470). Madrid: Dickinson.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I. (1996). Treatment of acute posttraumatic stress disorder in rape victims: An experimental study. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 185-199.
- Ehlers, A., Clark, D., Dunmore, E., Jaycox, L., Meadows, E., Foa, E.B. (1998). Predicting response to exposure treatment in PTSD: The role of mental defeat and alienation. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 457-471.
- Farrell, S.P., Hains, A. A. y Davies, W.H. (1998). Cognitive behavioral interventions for sexually abused children exhibiting PTSD symptomatology. *Behavior Therapy*, 29, 241-255.
- Foa, E.B. y Kozak, M. J. (1986). Emotional Processing: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E.B., Rothbaum, B.O., Riggs, D.S. y Murdock, T.B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Foa, E.B. (1997). Trauma and women: Course, predictors, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 25-28.
- Graña, J.L. y Navarro, D. (2000). Modelo psicopatológico y tratamiento de un caso con un trastorno obsesivo-compulsivo. *Psicología Conductual*, 8, 117-146.
- Haynes, S. N. (1994). Juicio clínico y diseño de programas de intervención conductual: estimación de la magnitud de los efectos de la intervención. *Psicología Conductual*, 2, 165-184.
- Haynes, S. N. (1995). Causalidad multivariada en psicopatología: Introducción a los modelos causales. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 1 (pp. 135-162). Madrid: Siglo XXI.
- Jaycox, L.H., Foa, E.B. y Morral, A. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 185-192.
- Kilpatrick, D.G., Saunders, B.E., Veronen, L.J., Best, C.L. y Von, J.M. (1987). Criminal victimization: lifetime prevalence reporting to police, and psychological impact. *Crime and Delinquency*, 33, 479-489.
- Leyba, C.M. y Wampler, T.P. (1998). Risperidone in PTSD. *Psychiatric Services*, 49, 245-246.
- Lohr, J.M., Tolin, D.F. y Lilienfeld, S.O. (1998). Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Implications for behavior therapy. *Behavior Therapy*, 29, 123-156.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317-325.
- Ratna, L. y Mukergee, S. (1998). The long term effects of childhood sexual abuse: Rationale for and experience of pharmacotherapy with nefazodone. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2, 83-95.
- Rothbaum, O. y Foa, E.B. (1993). Subtypes of posttraumatic stress disorder and duration of symptoms. En J.R.T. Davison y E.D. Foa (dirs.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (pp. 25-42). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Ruchkin, V.V., Eisemann, M. y Haeggloef, B. (1998). Juvenile male rape victims: Is the level of post-traumatic stress related to personality and parenting? *Child Abuse and Neglect*, 22, 889-899.

- Saper, Z. y Brasfield, C.R. (1998). Two-phase treatment of panic disorder and posttraumatic stress disorder with associated personality features resulting from childhood abuse: Case study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 29, 171-178.
- Scott, M.J. y Stradling, S.G. (1997). Client compliance with exposure treatments for post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 523-526.
- Shapiro, F. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Evaluation of controlled PTSD research. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 209-218.
- Silove, D. (1998). Is posttraumatic stress disorder an overlearned survival response? An evolutionary-learning hypothesis. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 61, 181-190.
- Southwick, S.M., Yehuda, R. y Wang, S. (1998). Neuroendocrine alterations in posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Annals*, 28, 436-442.

ANEXOS**ANEXO 1. EVALUACIÓN DE LÍNEA BASE****Registro de sueño**

Día	Tiempo estimado en dormirse	Horas de sueño	Tiempo en la cama

Registro de cefaleas

Día	Situación	Intensidad del dolor (0-10)	Tomó pastilla (sí/no)	Duración del dolor

Registro de imágenes retrospectivas instantáneas (flashbacks)

Día	Hora	Situación	Imagen	Qué hago

ANEXO 2. EJEMPLO DE UNO DE LOS RELATOS ESCRITOS POR LA PACIENTE DURANTE LAS PRIMERAS SESIONES DE EXPOSICIÓN

Aquí mostramos uno de los primeros relatos que hizo la paciente para las sesiones de exposición. Ante el bloqueo que presentaba a la hora de recordar los abusos sexuales, se le instruyó para que escribiera al menos una página acerca de alguna de las formas de violación que sufrió. Le pedimos que se esforzara en incluir tantos detalles como le fuera posible. Se le dijo que si necesitaba detenerse al encontrarse abrumada por las emociones, trazara una línea y se detuviera, para volver a terminarlo más tarde. Los puntos en que se detiene la paciente proporcionan información sobre los puntos de bloqueo. Astin y Resick (1997) establecen que dichos puntos de bloqueo o puntos de conflicto pueden indicar un conflicto entre las creencias de la persona y el acontecimiento traumático o ser simplemente aspectos respecto a los cuales el individuo tiene problemas para seguir adelante (es decir, se encuentra «bloqueado» o «inmovilizado»).

«Estaba en la playa con mis padres y mis hermanos. Hacía mucho calor y el sol pegaba un montón. Tenía un bañador verde con lunares negros y tres lazos, uno en el pecho y dos en la cintura...

... El tenía un bañador negro. Había una pasarela con algas pegadas a la izquierda y a la derecha, unas rocas desde las que nos podíamos tirar al agua...

Estábamos jugando en el agua y sus hijos se fueron a hacer bolitas de arena. Yo me quede jugando en el agua porque me daba vergüenza estar en bañador delante de todo el mundo. El se quedó también. Me cogía en brazos y me tiraba al agua...

Al principio pensaba que era divertido porque nunca hacía nada de esto con mi padre. Me decía que era demasiado gorda y que no podía conmigo. Pero luego me di cuenta de que me tocaba el culo cada vez que me cogía...

Después, me puso la mano en el bañador debajo del agua y me tocó con los dedos. Me decía que tenía que pasar entre sus piernas buceando y mientras tanto se bajaba el bañador y se tocaba. Con la mano derecha me mantenía la cabeza bajo el agua y me hacía masturbarle con la mano y la boca...

A la siguiente vez cuando me dijo que tenía que hacerlo otra vez, cogí todo el aire que pude y llegue hasta la arena. Me quedé jugando con sus hijos. Se acercó a mí y me dijo que si lo contaba, me iba a matar. Yo le creía y entonces no dije nada a nadie».

Posteriormente, el terapeuta preguntó cómo experimentó la tarea y qué tipo de emociones surgieron. Luego le pidió que leyera la descripción en voz alta y despacio. Se le animaba a que se permitiera sentir cualquier emoción que surgiera durante la lectura del relato.

El terapeuta, después de la lectura, ayudó al paciente a procesar lo que acababa de leer, haciendo preguntas como: ¿qué emociones sientes?, ¿con qué intensidad?, ¿qué supone esto para ti? Todo tiene cabida en la explicación de que es normal sentir emociones negativas al pensar sobre el trauma y que procesar dichas emociones es importante para su recuperación.

Asimismo, el terapeuta recondujo a la paciente en el recuerdo (al principio sutilmente y de forma indirecta) y ayudó a cuestionar los errores cognitivos. Para ello, le pidió a la paciente que volviera a su descripción y repasara los detalles para comprobar hasta qué punto existían pruebas que sustentaran sus suposiciones, por ejemplo, de culpabilidad.

Esta sesión de exposición y reorganización cognitiva tuvo una duración de dos horas. La paciente tardó tres días en hacer el relato.

ANEXO 3. EJEMPLO DE COMO SE TRATARON ALGUNAS DE LAS CREENCIAS DISFUNCIONALES SOBRE LOS HECHOS TRAUMÁTICOS DE LA INFANCIA

Una de las quejas de la paciente era no poderse mirar al espejo, debido a los sentimientos de rechazo y de culpabilidad que sentía hacia ella misma. Se le pidió que delante del espejo y mirándose a los ojos, hablase sobre lo que han significado las violaciones en su vida, en relación con su manera de pensar, sentir y de relacionarse con los demás. Se le pidió que lo hiciera en voz alta y que lo grabara en un casete. Al mismo tiempo debía de centrarse en las emociones que surgieran sin rechazar ninguna de ellas. Esto debía de repetirlo al menos una vez al día. Uno de los relatos fue el siguiente:

«Las violaciones me han cambiado mi vida de cada día. Al principio, cuando era pequeña no me daba cuenta, pero ahora sí. Me siento distinta a los demás. La gente me da mucho miedo, por eso estoy muy agresiva a veces. Las violaciones son como una obsesión, o sea que vivo con lo que me ha pasado, pero también temiendo que me vuelva a pasar. Cuando estoy fenomenal con alguien tengo que estropearlo todo, buscando una forma de enfadarnos. Pero nunca lo hago a posta. A veces llego a darme cuenta de lo que estoy haciendo pero en vez de pararlo, algo me dice que tengo que seguir en este plan. Me siento culpable de lo que ha pasado porque lo he buscado, acercándome a él y quizás siendo demasiado cariñosa. Mi padre me humillaba a todas horas y no me quería, entonces creo que viendo que este hombre estaba más simpático conmigo me he acercado a él. Nunca he llegado a conocerme y todavía no me conozco. Sé que hay algo más dentro de mí, pero lo único que veo cada vez que intento descubrirlo es este monstruo».

Se escucha la grabación en consulta y el terapeuta ayuda a cuestionar los supuestos erróneos y a elaborar alternativas más racionales sobre sus creencias asociadas a los hechos pasados. El mirarse al espejo es una forma de exposición ante el bloqueo provocado por la ansiedad a hablar sobre las violaciones. En una fase más avanzada de la terapia se hacía el mismo ejercicio, pero esta vez la paciente corregía sus errores de pensamiento y al mismo tiempo se daba autoinstrucciones positivas («estoy logrando salir», «ahora estoy mucho mejor», «puedo superarlo», «no soy una mala persona», «mucha gente me quiere»...).