



MÁSTERES de la UAM

Facultad de Psicología /11-12

Máster Universitario en
Psicología de la Salud



**Análisis, evaluación e
intervención en el caso
de una víctima de
delito violento**

*Ana Isabel Álvarez
Aparicio*



ÍNDICE

- Resumen/Abstract.....pág. 2.
- Introducción.....pág. 3.
- Modelos explicativos.....pág. 10.
- Identificación del paciente y motivo de consulta.....pág. 13
- Instrumentos de evaluación y resultados pre-tratamiento.....pág. 14.
 - Entrevistas.....pág. 14.
 - Inventarios y escalas.....pág. 15.
 - Autorregistros.....pág. 17.
- Formulación clínica del caso.....pág. 19.
- Diagnóstico multiaxial.....pág. 25.
- Objetivos terapéuticos y técnicas empleadas.....pág. 27.
- Tratamiento.....pág. 29.
- Discusión.....pág. 44.
- Conclusiones.....pág. 51.
- Bibliografía.....pág. 58.
- Recursos electrónicos.....pág. 63.
- Anexo.....pág. 64.

RESUMEN

El presente trabajo tiene por objeto realizar una aproximación teórico-práctica a un Trastorno por estrés postraumático (TEPT), a través de un estudio de caso único, desde la perspectiva de la Psicología cognitiva-conductual. A lo largo del trabajo se describirán los procesos de análisis, evaluación, y tratamiento del caso de L., una mujer de 25 años, objeto de un robo con violencia e intimidación, a partir del cual desarrolla una sintomatología ansioso depresiva que es compatible con un trastorno por estrés postraumático.

A través del caso de L. y partiendo de una revisión bibliográfica de los principales modelos explicativos del trastorno, se establece, finalmente, una propuesta de intervención del mismo que se llevó a cabo a lo largo de 16 sesiones de tratamiento, y que tuvo como principales componentes la psicoeducación, entrenamiento en control de la activación, terapia cognitiva, y terapia de exposición. El análisis cuantitativo y cualitativo de la información recabada y de los resultados obtenidos tras la aplicación del tratamiento, revelan una mejora sustancial en relación a la sintomatología inicial que corrobora la mejoría percibida por la paciente. En general el estudio prueba que la intervención psicológica cognitivo conductual es eficaz en el Tratamiento del TEPT.

Palabras clave: trastorno por estrés postraumático, caso único, aproximación teórico-práctica, propuesta de intervención, tratamiento cognitivo-conductual y TEPT.

ABSTRACT

This work aims to make a theoretical and practical approach to posttraumatic stress disorder (PTSD), through a single case study from the perspective of cognitive-behavioral psychology. Throughout the paper we describe the processes of analysis, evaluation, and treatment of the case of L., a 25-year-old subject of a robbery with violence and intimidation, from which develops a depressive anxiety symptoms compatible with posttraumatic stress disorder.

Through the case of L. and based on a literature review of the main explanatory models of the disorder is established, finally, a proposal that the same intervention was conducted over 16 sessions of treatment, and had as main components of psychoeducation, training in activation control, cognitive therapy and exposure therapy. The quantitative and qualitative analysis of information collected and the results obtained after applying the treatment, show a substantial improvement over the initial symptoms that supports the improvement perceived by the patient. In general the study confirms that cognitive behavioral psychological intervention is effective in the treatment of PTSD.

Keywords: Posttraumatic stress disorder, unique, practical and theoretical approach, proposed intervention, cognitive behavioral therapy and PTSD.

INTRODUCCIÓN

Todos somos susceptibles de ser objeto de un delito violento a lo largo de la vida. Los últimos datos aportados por el Ministerio del Interior¹, y el Instituto Nacional de Estadística (INE)², señalan, sólo, en el caso de robos con violencia, tasas del 14,6 por cada 10.000 habitantes en 2010, y valores absolutos de hasta 26.563 robos a nivel nacional.

Si entendemos por delito violento, *“aquellos sucesos negativos, vividos de forma brusca, que generan temor e indefensión, ponen en peligro la integridad física o psicológica de una persona, y dejan a la víctima en una situación emocional que es incapaz de afrontar con sus recursos psicológicos habituales”* (Kilpatrick, Saunders, Amick-Mc-Mullan, Best, Veronen y Jesnick, 1989), es sencillo comprender, como sostienen los anteriormente citados autores que, cualquier situación traumática³ (y un delito violento lo es), puede suponer una afectación de la sensación de seguridad del sujeto violentado, repercutiendo este hecho, no sólo en su persona como víctima directa que es, sino también, en su entorno más cercano, cuyos integrantes pasan a ser víctimas indirectas del suceso.

Pero no todas las personas reaccionan igual ante una situación percibida como altamente amenazante o peligrosa, ni todas las personas son igual de vulnerables a sufrir algún tipo de alteración psicológica como consecuencia de ello. El daño psicológico, entendiendo este como un compendio de las lesiones psíquicas agudas producidas por el suceso y las secuelas emocionales que en algunas personas persisten en el tiempo (Wittchen, Gloster, Beesdo, Schönfeld y Perkomigg, 2009), suele ser mayor si las consecuencias del hecho violento son múltiples, se ven afectadas personas cercanas, o se ven implicados niños; dependiendo su alcance de aspectos como la gravedad del suceso, el daño físico o grado de riesgo sufrido, la mayor o menor vulnerabilidad de la víctima, la posible concurrencia de otros problemas actuales y pasados, la existencia de apoyo social, o el empleo de estrategias de afrontamiento adecuadas (Echeburúa, 2004). Es más, tal y como señalan Robles y Medina (2002), tres serían las variables que intercorrelacionarían, determinando la respuesta del afectado: a) el estresor (la situación de amenaza con sus componentes objetivos, tales como tipo de suceso, duración, intensidad; y subjetivos, como la percepción e interpretación del suceso por la persona), b) el organismo sometido a la amenaza (historia personal del sujeto, variables tipo estado como antecedentes psiquiátricos

¹ Fuente de datos y unidades de observación: actuaciones policiales que se documentan en torno a las actividades realizadas por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y las policías de las Comunidades Autónomas que ostentan esa competencia.

² Explotación del Registro Central de Penados, a partir de la información contenida en las notas de condena correspondientes a las sentencias firmes inscritas en el mismo.

³ Se entiende por situación traumática, el acontecimiento negativo intenso que surge de forma brusca, y resulta inesperado e incontrolable, y que al poner en peligro la integridad física o psicológica de una persona que se muestra incapaz de afrontarlo, tiene consecuencias dramáticas para la víctima, especialmente de terror e indefensión. (Echeburúa, E., 2004)

previos, variables tipo rasgo, o mecanismos de defensa), y c) las variables ambientales (ej. apoyos sociales y familiares).

Así, las personas, ante situaciones estresantes (normalmente extraordinarias y/o generadoras de cambios), tienden a presentar unas reacciones específicas, de carácter psicofisiológico, fuera de lo que sería su comportamiento habitual, a fin de, de manera adaptativa, hacer frente a la nueva situación e integrarla de forma adecuada, pudiendo considerarse dichas reacciones como normales, ante una situación excepcional. Dichas reacciones, que suelen remitir a corto plazo, si se presentan con una frecuencia, duración o intensidad inadecuadas, podrían generar e incluso agravar, alteraciones previas, pudiendo dar lugar a complicaciones de carácter crónico, como ocurre con el denominado Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)⁴.

Como señalan Echeburúa y Corral (1998), *“las personas que experimentan bruscamente sucesos aversivos no habituales, como los efectos de la guerra (Albuquerque, 1992), las agresiones sexuales (Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1995), los accidentes (Blanchard, Hickling, Taylor y Loos, 1996) o las catástrofes (Hodgkinson, Joseph, Yule y Williams, 1995), pueden sufrir el Trastorno por Estrés Postraumático”*. Igualmente indican que, el hecho de haber sido víctima de un delito, puede repercutir negativamente en la estabilidad emocional de las personas afectadas, especialmente en el caso de víctimas de violación y maltrato.

Por lo que a prevalencia respecta, aunque es difícil determinar porcentajes específicos pues éstos dependen de factores como el tipo de suceso traumático o la población objeto de estudio, y los criterios diagnósticos del TEP y las cifras actuales que se manejan acerca del trastorno, se basan principalmente en las experiencias clínicas y de investigación de Europa y Estados Unidos, (con el consiguiente sesgo que puede suponer); se estima que, el desarrollo del TEPT en personas víctimas de cualquier delito, puede alcanzar el 25% de las víctimas, pudiendo ascender hasta un 50-60% en el caso de mujeres agredidas sexualmente⁵ o víctimas de malos tratos (Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta, 1997). Los estudios basados en la población general, revelan tasas de prevalencia para este trastorno, de aproximadamente el 8% de la población adulta de Estados Unidos, no existiendo información referente a este punto, de otros países (APA, 2000).

De acuerdo con Wittchen (Wittchen et al., 2009), el TEPT puede estar presente en el 15-30% de quienes sufren un suceso traumático, con una incidencia menor en los supervivientes de catástrofes y accidentes, frente a

⁴ A fin de facilitar la lectura y comprensión del documento, durante todo el texto el trastorno por estrés postraumático, se recogerá como TEPT.

⁵ La Encuesta de Comorbilidad Nacional (National Comorbidity Survey, NCS) llevada a cabo por Kessler et al. entre 1990 y 1992, con población norteamericana, señaló que el suceso traumático que tiene más probabilidad de estar asociado con el desarrollo de TEP es la violación, un 65% de los hombres y un 45.9% de las mujeres que han sido violados ha desarrollado TEP. Otros eventos traumáticos fuertemente relacionados con el desarrollo de TEP son: a) Exposición al combate, b) Negligencia en la infancia, y c) Abuso físico en la infancia; para los hombres. En el caso de las mujeres: a) Acoso sexual, b) Ataque físico, c) Ser amenazada con un arma, y d) Abuso físico en la infancia (Kessler et al., 1995).

quienes son víctimas de sucesos violentos, en especial víctimas de terrorismo y agresiones sexuales (hasta el 70% de las personas afectadas). En este sentido, Breslau et al (1988), comprobaron que las agresiones con violencia (incluyendo la violación), inducían las tasas más elevadas de TEPT, entre todos los sucesos vividos como traumáticos, siendo su persistencia mayor (diferencia superior a 6 meses) en el caso de las mujeres. Este cuadro clínico podría afectar hasta un 1%-2% de la población adulta según Keane (Keane, 1989). Igualmente, si bien los hombres tendrían más probabilidades que las mujeres de experimentar al menos un suceso traumático a lo largo de sus vidas, las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de experimentar un suceso traumático asociado al desarrollo de TEP. Así, su prevalencia sería mayor en el caso de las mujeres que en el de los hombres (10,4% frente a 5%), hasta el punto de tener una probabilidad cuatro veces mayor de desarrollar TEPT ante la exposición a un mismo suceso traumático (Foa, E.B., Keane, T.M. y Friedman, M.J., 2003). Cuestiones estas que, podrían venir explicadas tanto por factores fisiológicos, como psicosociales (Echeburúa, Corral, y Amor, 2011).

Si seguimos a Echeburúa (Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta, 1997), *"un suceso traumático genera el TEPT, cuando el acontecimiento supera en una persona el umbral para el trauma e interfiere negativamente en su vida cotidiana"*. Así, las reacciones psicológicas a un acontecimiento traumático varían en función a la mayor o menor proximidad temporal al suceso, estableciéndose, en base a ello, una clasificación que fija como punto de corte para hablar de TEPT, que la sintomatología presentada permanezca o *aparezca* tras haber transcurrido como mínimo cuatro semanas de duración tras el suceso. En el caso de que dicha duración fuera inferior a 4 semanas y superior a los 2 días, se hablaría de un Trastorno por Estrés Agudo (TEA)⁶. (APA, 2002).

En general, las respuestas ante un hecho percibido como amenazante, inesperado e incontrolable, por la persona, pueden enmarcarse dentro del área conceptual del estrés, de modo que las reacciones que una persona experimenta ante un suceso de tales características, podrían comprenderse como un proceso dinámico que evoluciona conforme se van modificando las condiciones ambientales y/o personales. Así, es posible que, en presencia del estímulo ansiógeno, puedan darse respuestas adaptativas de ansiedad, a fin de movilizar los recursos individuales para afrontar la situación (Robles y Medina, 2002). Estas reacciones, con la sintomatología que puedan implicar a nivel cognitivo, emocional, fisiológico y motor suelen remitir a los pocos días de forma espontánea y sin dejar secuelas.

Si estas alteraciones de conducta, se observan (persisten o se desarrollan) una vez cesado el suceso traumático, surgiendo ante la evocación del mismo, incluso con un periodo de latencia en el que el sujeto se presenta asintomático (pudiendo hacer pensar que lo ha superado con éxito), hablaríamos de un TEA. De esta forma, *"las secuelas postraumáticas agudas no se dan como respuesta a una amenaza real, sino como reacción a una*

⁶ A fin de facilitar la lectura y comprensión del documento, durante todo el texto el trastorno por estrés agudo, se recogerá como TEA.

amenaza fijada en el recuerdo que tiene el sujeto de la situación traumática vivida anteriormente" (Robles y Medina, 2002). Así, el TEA, supone una reacción postraumática intensa que desborda la capacidad de afrontamiento de la persona y se caracteriza, fundamentalmente, por la presencia de síntomas disociativos como el embotamiento emocional, el aturdimiento, la desrealización, la despersonalización, y la amnesia disociativa que implica la incapacidad para recordar aspectos significativos del suceso traumático. Igualmente, las personas afectadas sufren síntomas de reexperimentación del hecho, conductas de evitación y síntomas intensos de ansiedad. Aspectos, todos ellos, que pueden generar un malestar clínico significativo, interfiriendo, negativamente, en la vida cotidiana de la persona (Echeburúa, Corral, y Amor, 2007). Como señalan estos autores, este trastorno se da en víctimas vulnerables con mayor frecuencia, pero también puede darse en personas sin ningún factor predisponente, sobre todo en sucesos altamente traumáticos.

Este cuadro, puede durar días o semanas (hasta cuatro), e incluso persistir más allá de este tiempo, clasificándose entonces como TEPT. Así, los individuos con este trastorno, tienen mayor riesgo de desarrollar un TEPT, llegando a porcentajes del 80% en supervivientes de accidentes de tráfico y víctimas de crímenes violentos que inicialmente cumplían los criterios para un TEA. (APA, 2000)

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000)⁷, el TEPT, que puede iniciarse a cualquier edad, aparece ante la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, donde la persona se ve envuelta en hechos que suponen un peligro para su vida, o cualquier otra amenaza para su integridad física o la de los demás, ya sea porque los ha experimentado, presenciado o se los han explicado; reaccionando ante ellos con temor, desesperanza u horror intensos.

Los acontecimientos traumáticos que pueden originar un TEPT, son variados y pueden ir desde desastres naturales o situaciones de combate, hasta ataques personales violentos como agresiones sexuales, atracos o robos con violencia (como es el caso que aquí nos ocupa). Son precisamente los agentes estresantes obra de otros seres humanos, los que pueden generar un trastorno especialmente grave o duradero, debido a la intencionalidad que suponen, y a la quiebra de confianza en el resto de los seres humanos que puede conllevar.

El cuadro sintomático característico, secundario a la exposición a la situación traumática, y ausente antes del suceso, incluye a) la presencia de *reexperimentación persistente del suceso*, en forma de pesadillas, imágenes o recuerdos constantes e involuntarios, b) *la evitación continuada de los estímulos asociados al mismo, y embotamiento de la reactividad general* de la persona, y c) un *aumento de la activación*, que se plasma en síntomas persistentes de activación tales como dificultades de concentración, irritabilidad, hipervigilancia y respuestas de sobresalto, o dificultades para conciliar o mantener el sueño. Estas alteraciones deben prolongarse más de un

⁷ Clasificación que seguiremos durante el presente trabajo, por ser los criterios diagnósticos generalmente más difundidos y utilizados en el TEP.

mes para poder hablar de TEPT, y generan un malestar clínico significativo que puede afectar al desempeño personal, social o laboral o a otras áreas importantes de la actividad de la persona.

Se han constatado niveles muy elevados de reexperimentación en el caso de personas objeto de agresiones sexuales, terrorismo y maltrato. La evitación, y los síntomas de hiperactivación, se ha observado en todo tipo de víctimas, siendo este último elemento inferior en el caso de personas diagnosticadas de una enfermedad grave, donde priman los síntomas de desesperanza (Echeburúa, Corral, y Amor, 2005).

Frecuentemente, y como ocurre en el TEA, a los sucesos traumáticos suele estar asociada una amnesia total o parcial de detalles de los mismos. Como señalan Echeburúa, Corral, y Amor (Echeburúa, Corral, y Amor, 2007), “[...] *la existencia de este tipo de amnesia puede explicarse por los sentimientos de vergüenza, rabia o culpabilidad experimentados, o por la tendencia a olvidar hechos desagradables*”. Esta amnesia, sin embargo, puede contribuir a impedir la expresión emocional del suceso, evitar el apoyo social, bloquear la reevaluación cognitiva de lo ocurrido y facilitar las conductas de evitación.

Más allá de las reacciones inmediatas que tienden a remitir a los pocos días, las víctimas pueden experimentar síntomas de ansiedad y depresión, con una pérdida de autoestima importante y un sentimiento de desconfianza, no sólo hacía el entorno, sino hacía su propia persona, por cuanto puede verse como poco capacitadas para afrontar con los recursos que posee, las demandas de la nueva situación. A esto pueden contribuir también los sentimientos de culpa derivados de una atribución sesgada, y en ocasiones irracional, de lo ocurrido, ya sea por omisión o comisión, dañando así, el autoconcepto, y con ello la autoestima de la persona, que puede presentar problemas en la readaptación emocional posterior.

Como señalan Foa y Riggs (Foa y Riggs, 1995), mientras “*los sentimientos de vergüenza facilitan la evitación, los de culpa y rabia, facilitan la reexperimentación*”, afectando todo ello a los aspectos fundamentales de la vida de la persona, hasta el punto de llegar a generar cierto embotamiento emocional.

Más a medio largo plazo, pueden aparecer trastornos de conducta, que pueden afectar a sus relaciones personales, y que van desde la pasividad o inhibición a la hiperactividad o agresividad; pudiendo llegar con el tiempo este trastorno, a evolucionar hacia una transformación permanente de la personalidad (CIE-10, 1993), caracterizada por una serie de alteraciones conductuales (desconfianza, aislamiento, desesperanza, embotamiento, hipervigilancia u hostilidad), que pueden permanecer indefinidamente.

No obstante, y como ya se ha señalado, no todas las personas reaccionan igual ante un hecho traumático, existiendo una serie de factores, de vulnerabilidad y protección, que, en última instancia, influyen en el desarrollo, agravamiento o reducción, del cuadro de estrés. Algunos de estos factores,

siguiendo a Echeburúa y Corral (Echeburúa y Corral, 2009), aparecen reflejados en la tabla siguiente:

Biográficos	<ul style="list-style-type: none">▪ Situaciones previas de tensión crónica mantenida.▪ Hª victimización en la infancia.▪ Sucesos traumáticos anteriores
Psicobiológicos	<ul style="list-style-type: none">▪ Elevado grado de neuroticismo.▪ Baja tolerancia al estrés.▪ Antecedentes sucesos traumáticos▪ Antecedentes depresión y/o TEPT en familiares primer grado.
Psicológicos	<ul style="list-style-type: none">▪ Pobres habilidades de afrontamiento.▪ Mala adaptación a los cambios.▪ Inestabilidad emocional previa.
Psicopatológicos	<ul style="list-style-type: none">▪ Antecedentes trastornos psiquiátricos.▪ Rigidez cognitiva.
Sociofamiliares	<ul style="list-style-type: none">▪ Escaso apoyo familiar.▪ Escaso apoyo social.▪ Conflictos previos.

Factores de Vulnerabilidad ante un hecho traumático. Adaptado de Echeburúa y Corral, 2009

Por otro lado, un meta-análisis realizado por Brewin, Andrews & Valentine (2000), en el que revisan 77 investigaciones sobre factores de riesgo o predictores de TEP, señalan que habría tres factores de vulnerabilidad que indicarían un fuerte riesgo de padecer este trastorno: a) Severidad del trauma, b) Falta de apoyo social, y c) Nivel de estrés habitual.

Finalmente, cabe destacar la posibilidad de que el trastorno se dé de manera enmascarada, en forma de depresión, distanciamiento emocional, consumo de alcohol...En este sentido, la clasificación actual del TEPT, según criterios del DSM-IV-TR, distingue entre TEPT agudo (duración de los síntomas inferior a 3 meses), crónico⁸ (duración de los síntomas igual o superior a 3 meses), y de inicio demorado, cuando entre el suceso traumático y la aparición de de los síntomas han transcurrido al menos 6 meses. Así, aunque, como ya se ha mencionado, el TEPT puede tener un curso variable, y aparecer en cualquier momento del ciclo vital, éste puede persistir durante años, e incluso intensificarse con la senectud, debido a factores asociados a esta variable.

Por lo que al diagnóstico diferencial de este trastorno respecta, el hecho de que el DSM, haya optado, desde la incorporación del TEPT en 1980 (DSM-III, APA, 1980), por la inclusión de síntomas no específicos, ha supuesto altas tasas de comorbilidad con otros trastornos. La mayor parte de los autores, esgrimen ésta, como una de las principales críticas al diagnóstico del TEP. Así, la alta comorbilidad del TEPT con categorías psicopatológicas muy diversas, tales como depresión, abuso de alcohol y drogas, conductas antisociales o

⁸ El TEP crónico parece ser el más común de sus subtipos y se estima que en más de un tercio de los casos el trastorno no remite espontáneamente. (Schnurr, Friedman & Bernardy, 2002)

problemas del control de impulsos, podría ser fruto de la imprecisión de los límites con otras entidades nosológicas, así como de la propia definición del trastorno. De esta forma, podría explicarse la alta comorbilidad del TEPT con la depresión, el trastorno de ansiedad generalizado, la fobia social, y el trastorno obsesivo compulsivo. Comorbilidad que, según autores como Davidson y Foa (Davidson y Foa, 1991), sería menor si se limitase conceptualmente el TEPT y se redujesen los síntomas a los que son más específicos de este trastorno (pesadillas, reexperimentación de imágenes, respuesta de alarma e hipervigilancia).

Así, de acuerdo con el DSM-IV-TR, existe mayor riesgo de presentar, precediendo, siguiendo, o coincidiendo con el TEP, trastorno de angustia, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno relacionado con sustancias, así como una mayor probabilidad de presentar trastornos somáticos y enfermedades médicas (dolores de estómago o cabeza, especialmente frecuentes en niños).

En relación al tratamiento, aunque se han publicado numerosos estudios de casos, estos varían en cuanto a su rigor científico, aunque en general se ha comprobado que la psicoterapia (concretamente la terapia cognitivo-conductual), y la farmacoterapia (concretamente los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina), son tratamientos eficaces para el TEPT. Por otro lado, pese a los escasos estudios al respecto, los existentes no apoyan la administración de programas más complejos (como son aquellos que apoyan el uso de técnicas cognitivas y conductuales, psicoterapia y medicación...) sobre otros más simples, aunque en la práctica clínica son los más frecuentes. Del mismo modo, factores como el apoyo social, la expresión verbal de los sentimientos y emociones, o la recuperación del disfrute por sucesos cotidianos, son indicadores positivos de recuperación del TEPT (Echeburúa, 2004). Factores, por otro lado, que se dieron en el caso de nuestra paciente, a la que nos referiremos a partir de ahora como L.

Si acudimos a la Guía de Referencia Rápida de Tratamientos Psicológicos con Apoyo Empírico (UCM, 2012)⁹, vemos como en el caso del TEPT, aquellas recomendaciones “con evidencia firme y consistente”, señalan el empleo de Tratamientos psicológicos Centrados en el Trauma (TCT), incluyendo: exposición prolongada al acontecimiento traumático, Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC), Desensibilización y reprocesamientos por movimientos oculares (EMDR) y Regulación emocional en trauma.

⁹La GRR se centra exclusivamente en adultos y se estructura en función de trastornos psicopatológicos, incluyendo para cada uno, las recomendaciones de las principales guías de referencia generales: *Sociedad de Psicología Clínica de la división 12 (Psicología Clínica) de la APA* en Estados Unidos; *National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE* en Inglaterra y Gales.; *Guías de Práctica Clínica (GPC) del Sistema Nacional de Salud (SNS)* de España; *Registro Nacional de Programas y Prácticas Basados en la Evidencia (National Registry of Evidence-Based Programs and Practices – NREPP)* de Estados Unidos. Se incluyen también las recomendaciones de la *International Society for Traumatic Stress Studies* en el caso del Trastorno de Estrés Posttraumático, así como las conclusiones principales extraídas del análisis de las recomendaciones de las distintas instituciones.

En cuanto a las pautas de aplicación, se sugieren de 8 a 12 sesiones, regulares, continuas y aplicadas por la misma persona, en régimen ambulatorio, siendo posible prolongar el tratamiento cuando han de considerarse varios problemas (dificultades para detallar el acontecimiento traumático, han de estabilizarse emociones,...). Además se señala que no deben utilizarse tratamientos farmacológicos como primera opción de intervención, y deben emplearse tratamientos basados en la búsqueda de seguridad cuando el paciente presente comorbilidad con trastornos por uso de sustancias. En el caso de comorbilidad con trastornos del estado de ánimo como la depresión (tal es el caso que nos ocupa), se considera igualmente eficaz, además del empleo de Terapia Cognitiva, el empleo de Terapia Conductual (Activación Conductual, Terapia de autocontrol y entrenamiento en habilidades sociales o Terapia de Solución de problemas), o Terapia Interpersonal (TIP).

Respecto a las “recomendaciones con alguna evidencia”, se señalan: el *Entrenamiento en Inoculación de estrés*, el *Modelo de Recuperación del Trauma y Empoderamiento* para mujeres víctimas de abuso sexual o físico, y el *Boston Consortium Model* para mujeres con comorbilidad con trastorno por uso de sustancias. No se deben ofrecer intervenciones no centradas en el trauma (como relajación o terapia no directiva) de forma rutinaria. Así mismo, se recomienda aplicar otra forma de Tratamientos psicológicos Centrados en el Trauma (TCT), o combinarla con tratamiento farmacológico, cuando se obtiene una mejoría limitada con TCT, así como emplear tratamientos farmacológicos (antidepresivos, en cuyo caso, se debe aplicar de forma continuada al menos 12 meses y retirarlo de manera gradual), en los casos en que los pacientes no quieran implicarse en TCT, presenten imposibilidad para seguir un tratamiento psicológico o no se hayan beneficiado de TCT, o, en combinación con tratamiento psicológico, en pacientes con depresión premórbida o alta sobreactivación.

Finalmente, presentan controversias los siguientes tratamientos: Debriefing (evidencia de posible daño potencial); EMDR (la evidencia disponible no avala la base teórica en la que se sustenta la técnica) y tratamiento farmacológico en intervención temprana.

MODELOS EXPLICATIVOS

Varios son los modelos propuestos para explicar el TEPT, bien de manera integral, bien de manera parcial a través de sus componentes.

Si seguimos a Echeburúa y Corral (Echeburúa y Corral, 2008), el TEP vendría explicado de forma parcial por los modelos (en los que nos centraremos) de condicionamiento, que explicarían la ansiedad y los miedos que las víctimas desarrolla tras el suceso traumático; la teoría de la indefensión aprendida, que explicaría la sintomatología depresiva y la culpabilidad y

paralización de la persona; y la teoría del procesamiento de la información, que daría una respuesta a los procesos de reexperimentación.

Teoría del aprendizaje (modelos de condicionamiento).

Según estos modelos, las personas con un TEPT, desarrollarían un conjunto de respuestas condicionadas de ansiedad a través de la asociación del suceso traumático con una serie de estímulos neutros presentes durante el suceso (por contigüidad temporal o física). Igualmente, estímulos cognitivos, como relatar lo ocurrido, actuarían como estímulos condicionados que eliciarían respuestas de ansiedad por asociación con la situación traumática. De este modo, *“cuanto mayor es el número de estímulos condicionados presentes en el trauma, mayor es la magnitud del miedo”* (Corral, Echeburúa y Sarasua, 1989).

Los principios del aprendizaje instrumental, por su parte, explicarían las conductas de evitación, cuyo objetivo sería el de reducir o eliminar el estímulo aversivo. Esta evitación y falta de afrontamiento del estímulo, impedirían la extinción, manteniendo así los síntomas. (Keane et al. 1985). Este hecho podría generar una reducción del refuerzo positivo en el sujeto, al quedar limitadas, por extensión a la evitación, sus relaciones interpersonales, lo que facilitaría la aparición de estados anímicos depresivos, y baja autoestima (en parte también, por la atribución de la responsabilidad de lo ocurrido).

Teoría del procesamiento emocional de la información.

Este modelo (Foa et al. 1991; Foa, Zinbarg & Rothbaum, 1992), que se basa en el de Lang, y en la formación de una red de miedo en la memoria de largo plazo, señala que los síntomas postraumáticos surgirían a partir de sucesos aversivos impredecibles e incontrolables, que no han sido procesados emocionalmente de forma adecuada, y que interfieren en la integración cognitiva y emocional de otras experiencias y conductas, distinguiéndose las estructuras cognitivas del miedo patológico (respecto del normal), en que contienen más errores.

El modelo de P.J. Lang (1985) se fundamenta en “la hipótesis de un retículo cognitivo” que estructura el miedo, a través de la conexión, en la memoria, de la información sobre las respuestas fisiológicas, cognitivas y comportamentales del estímulo, y la significación del vínculo entre estímulo y respuesta. Así, un suceso traumático, produciría grandes redes de miedos que serían activadas por un gran número de interconexiones, formadas a través de los procesos de condicionamiento y generalización. (Foa y cols., 1986; Chemtob y cols., 1997). Esto conduciría a un sentimiento de impredecibilidad y descontrol, importante en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas del TEPT, ya que traería como consecuencia estrategias de afrontamiento basadas en la evitación, y el escape, sensibilizando a los sujetos y facilitando la cronificación de los síntomas (Echeburúa, Corral, y Ortiz, 2008).

Según Foa, *“la resolución exitosa del trauma sólo puede ocurrir al integrar la información de la red de miedo con las estructuras de memoria ya*

existentes, de manera que la percepción de amenaza, coincida con la existencia real de una amenaza”.

Teoría de la indefensión aprendida y de la evaluación cognitiva.

Según esta teoría, los síntomas depresivos se desarrollarían cuando los sujetos se exponen a situaciones aversivas que perciben como incontrolables y en las que su conducta no tiene consecuencias efectivas. (Foa, Zimbarg y Rothbaum, 1992; Kusher, Riggs, Foa y Miller, 1992).

Igualmente, la mayor o menor intensidad de la indefensión experimentada, estaría modulada por las atribuciones que se realizaran, de modo que aquellas personas que realizan atribuciones internas, estables y globales, podrían presentar un mayor agravamiento del cuadro clínico, que aquellas que las realizan externas, inestables y específicas. (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978).

De este modo, la evaluación cognitiva de lo ocurrido, podría explicar por qué, en algunas personas, se producen cambios positivos tras un suceso traumático.

La Teoría del Procesamiento de la Información, (Resick & Schnicke, 1992) postula que las emociones postraumáticas no se limitan al temor sino que también pueden experimentar otras emociones fuertes como vergüenza, ira o tristeza.

Estas emociones no surgen sólo del acontecimiento traumático, sino que además surgen de las interpretaciones que hace la víctima del mismo y del papel que ha jugado en él, de modo que, la nueva información que es congruente con las creencias previas sobre sí mismo o el mundo se asimila rápidamente, cosa que no ocurre cuando existen discrepancias, en cuyo caso, los individuos tienen que reconciliar este acontecimiento con sus creencias previas (sobre sí mismo o sobre el mundo), modificando o adaptando sus esquemas para incorporar esta nueva información. Sin embargo, este proceso a menudo se evita debido al potente componente emocional asociado al trauma y porque la modificación de las creencias puede hacer que las personas se sientan más vulnerables ante acontecimientos traumáticos futuros.

Según este modelo, es necesaria la expresión afectiva, no para la habituación, sino para que el recuerdo del trauma se procese totalmente.

Otra teoría esgrimida, ha sido la *Teoría de los Sistemas representacionales Esquemático, Proposicional, Asociativo y Analógico (SPAARS)* de Dalgleish y Power (1995), que postula que “[...] las emociones son las herramientas que el sistema cognitivo emplea para resolver problemas, siendo procesos adaptativos que reorganizan el sistema cognitivo en distintas formas para lidiar con los cambios del medio interno o externo”.

Esta teoría es un modelo multirepresentacional con cuatro niveles o formatos de representación (formato de *representación analógico*,

proposicional, esquemático y asociativo) en que se especifican dos rutas de generación de emociones. Los primeros tres formatos de representación son responsables de la ruta controlada, y el último, de la ruta automática. La información de un acontecimiento traumático, será evaluada por el formato de modelos esquemáticos como información amenazante produciendo miedo intenso. Asimismo, será representada en los formatos analógico, proposicional y de modelo esquemático, lo que explica la constelación de síntomas del trastorno de estrés postraumático.

La Teoría de la Representación Dual (Brewin, 1989; Brewin, Dalgleish y Joseph, 1996; Brewin, 2001) sostiene que la experiencia de un evento traumático, único o repetido, se representará en la memoria de manera dual a través de dos tipos de representaciones, un conocimiento verbalmente accesible, y un conocimiento situacionalmente accesible. Ambas representaciones, son codificadas en paralelo en el momento del trauma, y entre ambas dan cuenta de la fenomenología del trastorno de estrés postraumático.

La intervención debe suponer, por lo tanto, la actuación sobre ambos niveles de representación, favoreciendo la transferencia de información desde la memoria situacionalmente accesible a la verbalmente accesible, ya que es justamente la disparidad de información proveniente de estos dos canales distintos lo que propicia la aparición del trastorno de estrés postraumático (Brewin, 2001). No obstante, el procesamiento emocional adecuado de las memorias verbal y situacionalmente accesibles, llamado completación o integración, no siempre es posible y su resultado depende de diversos factores incluyendo la severidad o duración del trauma, el significado para la persona, las emociones acompañantes como la vergüenza o culpa y la disponibilidad de apoyo social apropiado.

Así, y en líneas generales, hasta hoy, los modelos teóricos propuestos para explicar el trastorno de estrés postraumático se han mostrado insuficientes. No obstante, la mayoría de los autores coinciden en que sería la Teoría de los Sistemas Representacionales Esquemático, Proposicional, Asociativo y Analógico planteada por Dalgleish, y la Teoría de la Representación Dual planteada por Brewin, las más “completas” a la hora de explicar este cuadro.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA

L. es una mujer de 25 años, soltera y sin hijos, aunque mantiene una relación afectiva desde hace dos años. Actualmente vive en casa de sus padres en Madrid, con ellos y una hermana menor que actualmente se encuentra de Erasmus, si bien refiere que desde hace un año está valorando irse a convivir con su actual pareja.

En la actualidad, L. no trabaja, y se encuentra realizando un doble grado en Derecho - Administración y Dirección de Empresas.

Acude a consulta debido a que desde hace aproximadamente dos meses presenta dificultades para concentrarse, así como para conciliar y mantener el sueño, con frecuentes pesadillas y sensación de angustia y temor constante. Atribuye el comienzo de esta problemática a haber sufrido un robo con violencia e intimidación estando de vacaciones. Desde entonces refiere encontrarse en *“constante alerta, temerosa de que le pueda volver a ocurrir e incluso le pase algo peor”*. Señala que desde que ocurrió se siente *“triste y abatida, con un gran sentimiento de inutilidad e incapacidad para hacer frente a la situación”*, habiendo llegado a reducir su actividad a nivel social, e incluso rechazando un trabajo que había solicitado meses antes, a fin de *“evitar situaciones peligrosas”*. Actualmente evita todas aquellas situaciones donde considera que es más probable que le ocurra algo (caminar por lugares poco iluminados y frecuentados, volver a casa sola desde el metro al anochecer...), habiendo aumentado su número y frecuencia.

La paciente no ha recibido tratamientos previos, ni presenta otros problemas de salud, y se ha negado a acudir a consulta médica por considerar que *“no necesita medicación”*. Sin antecedentes de tratamientos psicológicos o psiquiátricos previos en la familia.

Acude a consulta animada por su novio, y arguye como principal motivación para someterse a tratamiento querer comenzar a vivir con éste, para lo cual necesita trabajar, y por tanto ser capaz de desplazarse de forma autónoma.

Cabe destacar que L., desde un primer momento, adopta una actitud colaboradora, realizando la mayor parte de las tareas que se le proponen para trabajar en el periodo intersesiones.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y RESULTADOS PRE-TRATAMIENTO.

Los instrumentos empleados para la recogida de información, fueron los siguientes:

- Entrevistas

A través de entrevista clínica semiestructurada (Muñoz, M. 2001), se recogió información sobre aspectos tales como la situación actual del problema, factores desencadenantes, predisponente y mantenedores del mismo, antecedentes personales, áreas más afectadas, nivel de apoyo real y percibido, recursos personales para afrontar la situación, expectativas y

motivación al cambio de L. Se recoge también información sobre calidad de sueño y hábitos saludables.

-Instrumentos de autoinforme. Inventarios y escalas

Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

Se utilizó la versión autoaplicada de 21 ítems traducida al castellano por Vázquez (Vázquez & Sanz, 1997). Cada ítem está compuesto por 4 alternativas, ordenadas de menor a mayor gravedad (de 0 a 3 puntos), frente a las que el sujeto debe elegir la frase que se aproxime más a cómo se ha sentido durante la última semana, siendo el valor 13 el que separa la ausencia de síntomas depresivos significativos de la presencia de niveles clínicamente significativos.

La puntuación obtenida por L. (P.D=29), señala la presencia de un nivel moderado de depresión (*Depresión moderada*).

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) (versión española de TEA, 1982): El inventario de Ansiedad Estado-Rasgo es un instrumento de autoevaluación que consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. El rango de las puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala.

En este caso, apreciamos un nivel elevado de ansiedad-estado (centil 80, lo que dejaría por debajo al 80% de la población adulta femenina), que estaría indicando un estado subjetivo de ansiedad, de carácter transitorio (*ahora mismo*), singularizado por sentimientos de tensión y aprensión, así como por una elevada activación del Sistema Nervioso Autónomo. Por otro lado, la puntuación en el constructo ansiedad-rasgo, que indicaría la tendencia, más o menos estable, de la persona a percibir las situaciones como amenazantes, elevando, consecuentemente su ansiedad, es inferior (centil 40).

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta & Sarasua, 1997).

Escala de evaluación heteroaplicada, a modo de entrevista estructurada, que sirve para evaluar los síntomas y la intensidad del trastorno de estrés postraumático según criterios diagnósticos DSM-IV (Echeburúa et al., 1997b). Está estructurada en un formato tipo Likert de 0 a 3 puntos, según la frecuencia e intensidad de los síntomas. Consta de 17 ítems, de los que 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. El punto de corte propuesto para detectar la gravedad clínica de este trastorno es de 15 puntos en la escala global, 5 en la escala de reexperimentación, 6 en evitación, y 4 en aumento de la activación. Asimismo, los sujetos deben presentar al menos 1 síntoma de reexperimentación, 3 de

evitación y 2 de aumento de la activación, siendo necesario puntuar al menos 2 para ser considerado síntoma. La escala ha sido validada en población española, con muestra de pacientes y de población normal.

En el caso que nos ocupa, observamos puntuaciones por encima del punto de corte, en todas las subescalas (PD= 10 reexperimentación, PD= 15 evitación y PD=10 hiperactivación), registrándose los valores mayores, con respecto al rango propuesto por Echeburúa y cols., en la subescala de evitación.

Respecto a la puntuación total de la gravedad del TEP (PD= 35), vemos como supera, igualmente, el punto de corte, indicativo de la intensidad de los síntomas y de la gravedad del trastorno. Por tanto, si atendemos a las normas de corrección de la Escala de Gravedad de Síntomas, podríamos decir que L. presenta una sintomatología compatible con un TEPT.

Escala de Autoestima de Rosenberg (1965)

Tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Consta de 10 ítems generales que puntúan de 1 a 4 en una escala de tipo Likert. El rango del cuestionario es de 10 a 40, cuanto mayor es la puntuación, mayor es la autoestima del sujeto. En algunos estudios se utiliza como punto de corte 29 (Echeburúa et al., 1998; Ward, 1977).

En esta escala, L. presenta una puntuación directa de 24, por debajo, por tanto, del punto de corte marcado. No obstante, cabe destacar la posibilidad (obtenido a través de las informaciones aportadas por su entorno, y por la propia L.), de presentar un nivel basal de autoestima, previa al problema, y por ende, al tratamiento, por debajo del punto de corte de 29.

Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000)

Es una escala tipo Likert que cuenta con 6 ítems, con una gradación de 0 (nada) a 5 (muchísimo), que evalúa en qué medida el problema del sujeto afecta a diferentes áreas de su vida cotidiana como trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y convivencia familiar, junto con una valoración global.

El rango de la escala total es 0 a 30, cuanto mayor es la puntuación, mayor es la inadaptación, proponiéndose como punto de corte 12, en la escala total, y 2 en cada subescala o ítem (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000).

En el caso de L., puntuaciones directas por encima de 2 en cada una de las subescalas, y de 16 en la escala global, muestran una clara afectación del problema en todas las áreas de su vida (PD=3, en las escalas *trabajo/estudios, tiempo libre, relación de pareja y convivencia familiar*); con especial incidencia en su *vida social*, que se ha visto considerablemente reducida (PD=4).

Inventario de Cogniciones Postraumáticas (Foa, Ehlers, Clark, Tolin & Orsillo, 1999)

Es una escala tipo Likert que cuenta con 36 ítems, con una gradación de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo), que sirve para evaluar pensamientos y creencias relacionados con el trauma. Consta de tres subescalas que miden cogniciones negativas acerca de sí mismo, cogniciones negativas acerca del mundo y autopunición (Foa et al., 1999b).

La escala fue validada en una muestra de 601 voluntarios norteamericanos, de los que 392 habían experimentado eventos traumáticos y 170 de ellos habían desarrollado trastorno de estrés postraumático. No existen datos normativos.

En el caso de L., se aprecian cogniciones negativas significativas acerca de sí misma y el entorno.

Escala de Experiencias Disociativas (DES-II), (Carlson y Putnam, 1993).

Es un instrumento, que puede ser empleado como herramienta de screening, que permite a los clínicos evaluar, de forma rápida, los diferentes tipos de sintomatología disociativa y la frecuencia con que estos aparecen en cada persona. Existen dos versiones autorizadas: la DES (Bernstein y Putnam, 1986) y la DES II (Carlson y Putnam, 1993). La DES y la DES II, consisten en un cuestionario autoadministrado de 28 ítems, que únicamente difieren en el formato de las respuestas, no existiendo validación en España.

Puntuaciones de 30 o superiores indican la posible existencia de un trastorno disociativo y sugieren la necesidad de una evaluación complementaria mediante el proceso de evaluación clínica o entrevistas diagnósticas ya que la escala no proporciona diagnósticos DSM.

L. presenta una puntuación de 21,7. Esta puntuación, aunque ligeramente por encima de la media (p_t < 20), cosa, por otro lado, frecuente en casos de TEPT; no es lo suficientemente elevada como para señalar la posible existencia de un trastorno disociativo.

-Autorregistros

Como señala Avia (Avia, 1986), la autoobservación puede ser empleada con dos finalidades: como estrategia de evaluación, identificando la conducta problema, obteniendo una línea base de la misma y anotando los cambios que se producen como consecuencia de la intervención; y como estrategia de tratamiento, por su valor terapéutico, no sólo como factor motivacional instigador del cambio, sino como componente activo del tratamiento.

Así, atendiendo a los objetivos mencionados, se le pidió a L., que prestara atención deliberadamente a la emisión de determinadas conductas objetivo, registrándolas a través de los siguientes autorregistros (incluidos en el ANEXO del documento).

Autorregistro tipo A-B-C para situaciones generadoras de malestar. Se le pidió a la paciente que registrara aquellas situaciones que le generaban malestar con el objetivo de identificar los pensamientos, emociones y conductas asociadas a dichas situaciones, registrando, igualmente si las afrontaba o evitaba, solo o acompañado...así como el nivel de malestar experimentado (de 0 a 10). Una vez que L. aprendió a identificar estos elementos, y se hubo trabajado en consulta el papel que juega lo que pensamos en lo que sentimos, y por ende, en cómo nos podemos comportar; se incluyó una nueva columna al autorregistro, para que señalara los pensamientos alternativos al pensamiento erróneo identificado (*autorregistro tipo A-B-C-D*, de pensamientos alternativos).

Autorregistro de ejercicios de control de la respiración. Una vez realizado el entrenamiento en respiración diafragmática, a fin de conseguir un control efectivo sobre la activación fisiológica, que en nuestro caso, se basó en un mero recordatorio, pues la estrategia ya se encontraba en el repertorio de L.; se le pidió que lo realizara varias veces al día, registrando los efectos conseguidos (nivel de ansiedad percibida antes y después del ejercicio, de 0 a 10), las dificultades encontradas, de haberlas, y la hora de comienzo y finalización de la tarea.

Autorregistro de actividades gratificantes. A fin de aumentar los reforzadores, y con ello mejorar el estado anímico de L., se le fue pidiendo, de forma progresiva, la realización de una serie de actividades que considerara agradables para ella y que llevara un registro diario de las mismas, señalando fecha, actividad realizada, así como el nivel de satisfacción alcanzado (de 0 a 10), y cuantas observaciones considerara pertinentes (dificultades, sola o acompañada...). Para ello, durante la terapia, se puso especial énfasis en lo importante que resulta hacer cosas *para* sentirse bien, y no sólo *porque* nos sintamos bien. Así, previo a poner en práctica lo abordado en consulta, se animó a nuestra paciente a realizar una lluvia de ideas sobre las actividades que actualmente, o previas al suceso le parecían gratificantes, marcando una programación consensuada, sobre la manera de retomarlas y/o iniciarlas.

Autorregistro de solución de problemas. Con el objeto de dotar a L. de estrategias de afrontamiento eficaces en la toma de decisiones y solución de problemas, tras entrenarla en dicha técnica (señalando la importancia que tiene para reducir el estrés que puede conllevar, y las repercusiones anímicas que puede tener, el sentirse incapaz de hacerlo, reportándole así la eliminación de consecuencias negativas y el aumento de las positivas), se le pidió que identificara y registrara aquellas situaciones que considerara problemáticas, solucionándolas siguiendo el procedimiento entrenado en consulta, y ayudándose para ello de la plantilla donde se recoge el problema correctamente identificado y definido, las alternativas de solución planteadas,

su valoración, y su elección motivada, para, a continuación, evaluar su eficacia en la solución del problema propuesto.

Autorregistro tarea de exposición a situaciones evitadas. Tras trabajarse en sesión la necesidad de que la paciente se exponga a la situación temida para que se habitúe a ella y deje de producirles miedo y ansiedad; se le pide que registre las tareas de exposición intersesiones, de aquellos ítems previamente desensibilizados en consulta, mediante exposición en imaginación. A tal fin, se le pide que señale la fecha, hora de comienzo y fin de la tarea, el ítem al que se expone y si lo hace sólo o acompañado, y el nivel de ansiedad manifestado, antes, durante y después de la exposición, en una escala de 0 a 100. Finalmente, en observaciones, se le pide que señale aspectos tales como aquellas dificultades con que se haya encontrado, o las estrategias empleadas para afrontar la situación.

En este sentido, y previamente a la exposición a los ítems evitados, tras comprobarse la ansiedad que le generaba el simple recuerdo y relato del robo del que fue víctima, se le pidió que escribiera la situación con el mayor detalle posible, incluyendo sus pensamientos, sentimientos, sensaciones sensoriales...y que se expusiera a ella al menos una vez al día, mediante su lectura, realizando un registro similar al anteriormente señalado (fecha, hora de comienzo y fin de la tarea, nivel de ansiedad manifestado, antes, durante y después de la lectura, en una escala de 0 a 100, observaciones a destacar).

Se le pide, igualmente que registre el número de veces que se producen al día las siguientes conductas: llorar (LL), hablar con su novio del suceso (HN), hablar con su madre del suceso (HM), dormir mal (pesadillas, problemas conciliación-mantenimiento sueño) (D), no estudiar, olvidar cosas (problemas atención y concentración) (C), salir con amigos (día, tarde, noche) (AD/AT/AN)

FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO

Historia del problema

La paciente sitúa el comienzo del problema en enero, aproximadamente dos meses antes de acudir a consulta. Relata que, estando pasando un fin de semana en compañía de varios amigos en una ciudad castellano-leonesa le robaron amenazándole con lo que ella cree que era una navaja. L. vivió este hecho con mucha ansiedad y temor. Aspecto este que se acentuó cuando, al poner la denuncia, un policía le indicó que había tenido suerte ya que podía haberla matado.

Según relata L., tras entrar en un local para cenar (sobre las 21:00), se percató que necesitaba sacar dinero y decidió ir sola (pese a la insistencia de sus amigos a acompañarla) hasta un cajero automático que había visto mientras se dirigía al establecimiento y que se encontraba cerca. Recuerda que

antes de sacar dinero no vio nada extraño, si bien era de noche y no había demasiada gente por la zona. Tras retirar el dinero recuerda haberse dado la vuelta y que un varón, amenazándole con lo que ella cree que era una navaja, (puesto que la vio brillar antes de metérsela en un bolsillo de la sudadera, orientándolo hacia ella en actitud amenazante), le pidió la cartera. No recuerda nada más, ni los rasgos del agresor, y sólo de manera vaga, recuerda cómo llegó hasta el local donde estaban sus amigos. Lo siguiente que recuerda es que fue a interponer la denuncia, y cómo el policía le recriminaba el haber ido sola, el haber infravalorado los riesgos puesto que *“cualquier lugar a estas horas es peligroso”*. Recuerda también que había dudado de su sobriedad, máxime cuando no fue capaz de dar los detalles del agresor, y cómo le dijo que podía haberla matado.

L. recuerda que cuando fue a poner la denuncia *“ya se había tranquilizado un poco y quitado hierro al asunto”*, pero que tras ponerla empezó a encontrarse *“tremendamente angustiada porque hasta entonces no había sido consciente de lo que le podía haber pasado”*. Señala que en ese momento se sintió *“culpable e imbécil, por no haber dejado que sus amigos la acompañaran, y que nada hubiera ocurrido si no hubiera sido tan idiota”*.

L. cuenta que *nunca ha sido una persona temerosa, que ni siquiera de pequeña ha tenido miedos, y que nunca se ha sentido insegura pese a salir por la noche y llegar de madrugada a su casa sola*. Indica que *siempre ha sido una persona autosuficiente, y si alguna vez ha tenido que ir a hacer algo, no ha necesitado compañía para hacerlo*.

Desde la ocurrencia de este hecho, L. señala que se ha vuelto temerosa de todo aquello que pueda suponer un riesgo, evitando todas aquellas situaciones susceptibles de serlo (caminar por lugares poco iluminados y frecuentados, volver a casa sola desde el metro de noche, sacar dinero en un cajero automático de noche...). Este hecho además, se ha ido generalizando a otras situaciones, de tal forma que, si antes sólo evitaba determinadas actividades cuando se encontraba sola y de noche, ahora las evita también de día, estando incluso acompañada.

La paciente, señala igualmente, que el tener que enfrentar todas estas situaciones le genera una ansiedad elevada, presentando sudoración, taquicardias, pensamientos catastrofistas, pesadillas frecuentes e hipervigilancia excesiva. Además, cada vez refiere sentirse más triste y sin ganas de hacer nada.

Todo esto ha repercutido negativamente en la vida de L. A nivel social, ha dejado de salir prácticamente con sus amigos ya que eso supone volver sola y de noche a su casa por lugares carentes de gente. En este sentido, L. indica que estos no saben realmente el motivo por el que ya casi no sale con ellos, ya que prefiere que no lo sepan porque se avergüenza de ello y piensa que si lo dice insistirán en acompañarla y no quiere *ser una carga*. No obstante, como señala L., sus amigos siguen llamándola pese a sus negativas *“cosa que no llega a entender”*, aunque la frecuencia de estas llamadas empieza a descender.

A nivel laboral, ha rechazado una pasantía en un bufete de abogados, ya que suponía, entre otras cosas, llegar a casa tarde, y considera que el tramo que hay del metro a su hogar, dado que hay una zona especialmente poco iluminada y poco frecuentada, es peligroso. Además, en el momento de acudir a consulta, L., se encuentra inmersa en un proceso de evaluación y selección académica y laboral (exámenes, trabajos, candidatura a trabajo...), que le está generando “*estar más desasosegada y ansiosa*”, ya que como señala la propia paciente, “[...] *me está costando más estudiar, no soy capaz de memorizar las cosas, ni de ponerme con los libros. Leo veinte veces lo mismo, y como si no lo he leído... [...] Además ya soy hasta incapaz de decidir por mi misma cosas tan tontas como si echo un currículum, o llamar a mi novio...*”

A nivel de pareja, tiene miedo de irse a vivir con su novio, puesto que él ha comprado la vivienda en una zona de nueva construcción donde no vive aún demasiada gente. Mientras a nivel familiar, todo ello está repercutiendo negativamente, especialmente en la relación con su madre, presentando mayores niveles de irritabilidad.

Pese a todo ello, L. cuenta tanto con el apoyo de su familia, como de su pareja. Así, por ejemplo, L. señala que su novio *le llama varias veces al día para ver como está, y su madre trata de que no se sienta culpable por no hacer lo que antes, haciéndola ver que es normal que tenga miedo.*

En líneas generales, y hasta el hecho que desemboca en el presente tratamiento, L. se describe como una persona con una importante red social, real y percibida, así como “*activa, autosuficiente, estable, sociable, sin miedos graves, y amiga de mis amigos. Un poco exigente conmigo misma, a veces, y bastante querida por mis seres queridos*”. Hasta el robo, la paciente, presenta, de la misma forma, un estilo de vida saludable (no fuma, bebe, ni consume sustancias, y le gusta hacer ejercicio y comer de *forma sana*, así como mantener unos hábitos horarios), factor este, que se ha visto modificado negativamente. Así, ha dejado de ir a hacer deporte, no mantiene los hábitos horarios ni en sueño ni en alimentación, y la conducta alimentaria se ha visto alterada en cantidad, calidad y frecuencia de la ingesta.

Explicación del problema.

Como ya se ha señalado, el comienzo del problema se sitúa a partir del robo con violencia sucedido dos meses antes de acudir a consulta. Este hecho le generó un gran temor y malestar, que quedó asociado, por condicionamiento clásico, a todos aquellos estímulos presentes (por contigüidad física y temporal) en el momento del hecho (nocturnidad, cajero automático...), generalizándose, con el tiempo, a otros estímulos inicialmente neutros (diurnidad, bancos...). Así mismo, ciertos estímulos cognitivos, como el hecho de recordar el suceso, actuarían igualmente como estímulos condicionados, generando respuestas de ansiedad por asociación con la experiencia traumática. Este hecho, unido a la evitación cognitiva-conductual de tales estímulos, estaría manteniendo el problema, al suponer, la eliminación del

malestar que la exposición implica, un reforzamiento negativo de la conducta evitativa.

Por otro lado, factores como el estar inmersa en un proceso de evaluación y selección académica y laboral (exámenes, candidatura a trabajo...), así como de obtener medios económicos para independizarse, supondrían factores de estrés agudo importantes, que podrían haberla hecho más vulnerable a desarrollar una patología. Igualmente, las variables de personalidad previas de L. (estilo de comunicación pasivo, baja tolerancia a la frustración, sentimiento de invulnerabilidad...), y las variables educacionales, estarían favoreciendo una mayor sensibilidad a la percepción de la situación como altamente traumática y estresante, y por tanto, difícil de superar.

De la misma forma, la atención constante del novio y la madre, podrían estar ejerciendo un efecto reforzante de las conductas problema, que supondrían un mantenimiento de las mismas.

Todo esto, junto a las distorsiones cognitivas y el pensamiento sesgado, repercutiría negativamente en su percepción de control y, por ende, en su autoconcepto y autoestima, incidiendo negativamente sobre su estado anímico que, unido a un descenso en la tasa de refuerzos (ej: disminución actividades gratificantes), incrementaría aún más su percepción negativa sobre sí misma y el entorno, agravando el cuadro.

Podemos señalar que, desde el primer contacto con la paciente, a través de entrevistas y autorregistros, se recogieron datos que permitieran elaborar el análisis funcional del problema.

Según el análisis realizado, parece observarse en el presente, *a nivel comportamental o motor*, una disminución general de la actividad de la paciente con respecto al pasado; disminución que según manifiesta, comienza a detectarse, aproximadamente, dos meses antes de acudir a consulta, coincidiendo con el robo sufrido.

Concretamente, la reducción en el nivel de actividad se ha observado en el deterioro de las relaciones sociales, laborales (llegando a rechazar una oferta laboral) y familiares (C -)¹⁰; en la disminución de actividades placenteras (C -), teniendo miedo de irse a vivir con su novio y dejando de hacer actividades que antes realizaba como ir a hacer deporte; y en el aislamiento social (C -), dejando de salir con sus amigos, así como evitando lugares que le evocan el recuerdo del robo (R-), como es caminar por lugares poco iluminados

¹⁰ A fin de facilitar la lectura y comprensión del documento, durante todo el texto los términos de aprendizaje: *castigo negativo* (definido como retirada de algún reforzador de manera contingente a la emisión de una determinada respuesta, disminuyendo la frecuencia de emisión de la misma), *castigo positivo* (definido como cualquier estímulo cuya presencia, disminuye la frecuencia de emisión de una respuesta), *refuerzo negativo* (definido como cualquier estímulo cuya retirada, aumenta la emisión de una respuesta), y *refuerzo positivo* (definido como cualquier estímulo cuya presencia, aumenta la frecuencia de emisión de una respuesta), se recogerán respectivamente como C-, C+, R-, y R +.

y frecuentados, volver a casa sola desde el metro de noche, o sacar dinero en un cajero automático de noche.

Durante el resto del tiempo, apenas le apetece hacer nada, pasando la mayor parte del mismo en casa y reforzando la conducta problema el hecho de estar sola en ella y que le llamen por teléfono (reforzando esto mismo, el no salir del hogar). Hay que tener en cuenta que el que a la paciente le llamen a casa, puede ser un castigo o un refuerzo. Supone un castigo (C+) cuando su madre le llama para hablar de su estado en relación al robo, adoptando una actitud sobreprotectora que a L., le hace sentirse “agobiada y presionada”. Por otro lado, esta conducta supone las veces de refuerzo (R+), por cuanto cada vez que le llaman está recibiendo la atención del entorno. Esto conlleva un alivio de la sintomatología ansiosa (R-), como consecuencia a corto plazo. Sin embargo, a largo plazo, provoca mayor dependencia del entorno (C-), baja autoestima (C-), aumento de las preocupaciones sobre autoeficacia y falta de seguridad en sí misma (C+), sentimientos de indefensión (C+), o aumento de gravedad de la sintomatología ansiosa y depresiva (C+).

A *nivel fisiológico*, la paciente presenta sintomatología asociada a una elevada activación fisiológica, encontrándose “bastante agitada y tensa” (según ella, mucho más que de costumbre), con molestias localizadas especialmente en la zona del estómago. Tiene dificultades para conciliar y mantener el sueño, pesadillas, dificultades para respirar, en ocasiones se le hace un “nudo en la garganta”, presenta sudoración, un ritmo cardíaco acelerado, falta de apetito y cansancio.

A *nivel cognitivo*, presenta una visión negativa sobre sí misma referida a su actuación en el robo (pensar en el cajero automático provoca la misma respuesta que ir al mismo). Del mismo modo, tiene pensamientos y recuerdos negativos sobre lo ocurrido (“me siento culpable e imbécil por no haber dejado que mis amigos me acompañen”, “todo esto ha ocurrido porque soy una idiota”). Asimismo, presenta distorsiones y sesgos cognitivos (visión catastrofista, generalización, hasta el punto de haber visto reducida su actividad social, rechazar un trabajo, etc.). Por otra parte, tiene pensamientos en torno a la idea de vulnerabilidad y dificultades para solucionar problemas o tomar decisiones, así como para concentrarse y mantener la atención, presentando una conducta hipervigilante.

A *nivel afectivo o emocional*, presenta sentimientos de tristeza, culpa, inseguridad, temor, apatía, vergüenza, abatimiento y a menudo de inutilidad.

En cuanto a los antecedentes y consecuencias de las respuestas detectadas, se observan relaciones funcionales en las que también intervienen las respuestas a un determinado nivel como antecedentes o consecuencias de las reacciones a otro nivel.

Una secuencia observada es la siguiente: ante la posibilidad de salir sola de noche, por una zona poco transitada y con bajo nivel de luminosidad y en la que hay algún cajero automático (estímulos antecedentes), se encuentra agitada y tensa (nivel fisiológico) y aparecen pensamientos como “no voy a ser

capaz de hacerlo” “me va a volver a pasar algo, quizá peor” (nivel cognitivo). A partir de aquí, evita salir a la calle sola, de noche, por zonas donde no hay mucha gente y están poco iluminadas (nivel comportamental), sintiéndose inútil y deprimida (nivel afectivo).

Como resultado de todo ello, se produce un deterioro de las relaciones sociales, familiares y laborales, además de producirse una disminución de las actividades placenteras para L (consecuencia), lo que a su vez (estímulo antecedente) favorece la aparición de cogniciones negativas en relación con aumento de las preocupaciones sobre autoeficacia y falta de seguridad en sí misma (C+), pensamientos y recuerdos negativos sobre lo ocurrido, visión negativa sobre sí misma referida a su actuación en el robo, presencia de distorsiones y sesgos cognitivos y pensamientos en torno a la idea de vulnerabilidad (nivel cognitivo), la presencia elevada de agitación y tensión (nivel fisiológico), así como la evitación de lugares que le evocan el recuerdo del atraco (nivel comportamental) y nuevas respuestas afectivas adversas. Una consecuencia de la preocupación continua y los elevados niveles de activación fisiológica, es a menudo, la dificultad para quedarse dormida, que la paciente combate, últimamente mediante pautas de higiene de sueño.

Otros estímulos antecedentes, como salir a la calle por la noche acompañada por zonas poco transitadas y por las que haya algún cajero automático, no siempre se encuentran asociados a la conducta de evitación del suceso traumático, aunque sí a otras respuestas-problema, como la activación fisiológica y los pensamientos disfuncionales. La probabilidad de la conducta de evitación parece aumentar cuando sale sola de casa, siendo por la noche y por una zona poco transitada y en la que pueda haber cajeros automáticos.

Entre las consecuencias principales del problema, parecen detectarse las siguientes: por un lado, mediante las conductas de evitación, la paciente elude situaciones altamente estresantes, como salir sola de noche por zonas en las que hay poca gente, están poco iluminadas y en las que hay algún cajero automático, resultándole gratificante a corto plazo esta contingencia (alivio de la sintomatología ansiosa: R-). Asimismo y gracias al problema en general, ha logrado una mayor atención de su entorno (R+). Por otro lado, el problema ha afectado, restringiendo y prácticamente anulando, sus relaciones sociales, laborales y familiares, así como las actividades placenteras para L. (C-).

En cuanto a los recursos de la paciente, su familia le apoya y está constantemente pendiente de ella. Su relación de pareja es satisfactoria, mostrando su novio una gran predisposición a colaborar en la intervención. Sus amistades son abundantes y la llaman constantemente para salir, pero ante las negativas de L, las llamadas van en descenso. Entre sus intereses, se encuentra el salir a hacer deporte, concretamente patinar, lo cual ha dejado de hacer debido a la conducta problema, ir a cenar con sus amigos y novio, hacer viajes durante el fin de semana...

El hecho de que a L. la situación vivida (el robo) le genere esta conducta problema, y la mantenga, mientras que otras personas, pudiendo

haber vivido la misma situación, no desarrollen dicha conducta, o aun desarrollándola sean capaces de superarla “espontáneamente”; pudiera tener su explicación, no sólo en la situación vivida (altamente amenazante para la propia integridad física, y por tanto muy potente y poco frecuente, así como poco predecible y ambigua, con un alto componente de intencionalidad), sino en la interrelación de esta con la persona (y personalidad de L.), es decir, a la interrelación con los antecedentes y las variables del organismo y del ambiente de la paciente. En relación a los antecedentes remotos, decir que afectan por un lado, los factores personales y biológicos de L, como el sentimiento de invulnerabilidad (que entra en confrontación con la situación vivida), la baja tolerancia a la frustración, el estilo de comunicación pasivo, la elevada autoexigencia y la percepción de autosuficiencia, así como cierto déficit de estrategias de adaptación y ajuste al estrés ante situaciones novedosas. Por otro lado, afectan los factores familiares y sociales, en este caso, la sobreprotección materna y por último, los factores ambientales, un barrio aledaño peligroso y un proceso evaluativo/vital ansiógeno (existencia, por tanto, de estresores previos al trauma, con sus consecuencias psicofisiológicas). En relación a los factores próximos, están los externos, entre los que se encuentran: salir sola de noche, ir a cajeros automáticos, conversaciones diarias con su madre y novio relativas al suceso o transitar zonas con poca gente y baja luminosidad. Así mismo, los factores internos vienen definidos por aspectos tales como pensar en el robo, una autovaloración negativa sobre su actuación, pensar salir de noche, o pensar en irse a vivir con su novio a una zona poco habitada. Por último, como situaciones potencialmente estresantes, se perfilan aquellas que recuerdan la ocurrencia del suceso traumático.

DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL

En base a la clasificación multiaxial propuesta por el DSM-IV-TR (APA, 2002), fundada en una evaluación en cinco ejes, la impresión clínica fue la siguiente:

Eje I Trastornos clínicos

Trastorno por estrés postraumático agudo [309.81]

Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado [296.21]

Eje II Trastornos de la personalidad

Ningún diagnóstico [V71.09]

Eje III Enfermedades médicas

Ninguno

Eje IV Problemas psicosociales y ambientales

Desempleada, *víctima* de acto criminal.

Eje V Actividad psicológica, social y laboral EEAG=59 (comienzo del tratamiento)

Como puede observarse, L. cumple los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2002) para el Trastorno por estrés postraumático. Así, el desencadenante de la sintomatología que actualmente presenta L., puede situarse hace aproximadamente 2 meses, en el hecho de haber estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha visto amenazada su integridad física, respondiendo ante este hecho con temor intenso. Actualmente, dicho acontecimiento es reexperimentado persistentemente a través de recuerdos recurrentes e intrusivos que a L. le provocan malestar, pesadillas constantes donde revive la situación o esta es representada de otro modo, respuestas de malestar físico (sudoración, nudo en la garganta...) y psíquico (pensamientos catastrofistas...) ante elementos que le recuerdan aspectos del suceso traumático. Igualmente, L evita todos aquellos estímulos relacionados con la situación traumática (transitar de noche, cajeros automáticos...), con cierta incapacidad para recordar con claridad aspectos del suceso (rasgos del agresor...), y embotamiento de la reactividad general, con una reducción acusada del interés o participación en actividades antes gratificantes (ej. salir con los amigos, irse de "escapada"...), o una sensación de desapego frente a los demás y sensación de pérdida de la capacidad de sentir emociones como antes del suceso, que se ponen de manifiesto en aspectos tales como el descenso del deseo sexual.

L., también presenta síntomas de aumento de la activación (dificultades para conciliar y mantener el sueño, dificultades de concentración, aumento de la irascibilidad, hipervigilancia y respuestas de sobresalto frecuentes). Provocándole todo ello malestar clínico significativo, así como una afectación en sus principales áreas vitales (social, laboral, familiar).

Del mismo modo, y de forma secundaria al TEPT, L. también cumple los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2002), para un trastorno depresivo mayor. Así, L., indica que, desde lo sucedido, se siente triste constantemente, y con ganas de llorar (cosa que ocurre a menudo), así como carente de ganas para realizar actividades que antes le resultaban gratificantes (salir con sus amigos, ir de viaje con su pareja...). Además, señala haber experimentado un descenso en su apetito (a veces con molestias gastrointestinales), así como dificultades para conciliar y mantener el sueño, que parecen estar influyendo, en una sensación de cansancio la mayor parte de los días.

De la misma forma, L. se reprocha constantemente lo ocurrido, sintiéndose culpable e inútil por no haberlo evitado, ni ser capaz ahora de afrontar la situación y experimentando dificultades de atención y concentración (que están repercutiendo, principalmente en su vida académica), así como cierta incapacidad para tomar decisiones. Todo esto, le está provocando un malestar clínico significativo, así como una afectación en sus principales áreas vitales (social, laboral, familiar), que parece ir en aumento; no explicándose el cuadro por consumo de sustancias, enfermedad médica o duelo. Del mismo modo, el episodio depresivo no se explica mejor por la presencia de un

trastorno esquizoafectivo, ni se encuentra superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, delirante o psicótico no especificado. Además, como ocurre en el caso de L., nunca se ha producido un episodio maniaco o hipomaniaco.

OBJETIVOS TERAPEÚTICOS Y TÉCNICAS EMPLEADAS

Tras el análisis del caso, y la valoración de las demandas y necesidades de la propia paciente, se consensuaron con la misma una serie de objetivos basados, fundamentalmente, en el restablecimiento, y mejora, de su nivel de funcionamiento previo al suceso traumático, partiendo para ello de una atribución de control hacia L., que le permitiera llevar a cabo un afrontamiento activo del problema, repercutiendo esto en su autoconcepto, autoestima, y estado anímico, de forma bidireccional, y por tanto en la sintomatología presente al inicio del tratamiento.

Así, y a tal fin, se establecieron, como principales objetivos terapéuticos los siguientes:

- Comprensión, por parte de L., del problema, mecanismos de inicio y mantenimiento, *normalización* de sintomatología y ajuste de expectativas. A tal fin se empleó la psicoeducación.
- Que L. aprendiera a reducir los niveles de activación fisiológica presentes ante situaciones estresantes/amenazantes, o percibidas como tales. A tal fin, se la instruyó en técnicas de control de la activación (entrenamiento en respiración diafragmática, respiración profunda, y relajación isométrica).
- Reducir la sintomatología de evitación, reexperimentación, e hiperactivación asociada al manejo del acontecimiento traumático, a través de la confrontación del paciente con los estímulos o eventos que le generan ansiedad, (exposición en imaginación y en vivo).
- Identificación y modificación de pensamientos, supuestos y creencias irracionales, a través de técnicas de reestructuración cognitiva y detención del pensamiento
- Mejora del estado anímico de L, aumentando el número de reforzadores contingentes a la conducta deseada y dotándola del control de la situación a través de la realización de actividades placenteras y cotidianas, autorregulación fisiológica (hábitos horarios, pautas de higiene del sueño y alimentación saludable, ejercicio físico), y restablecimiento y fortalecimiento de la red de apoyo social (salidas con amigos, llamadas telefónicas...)
- Mejora del autoconcepto, autoestima, y autoeficacia percibida, basado, esencialmente, en la asunción del control en la toma de decisiones, la

reestructuración cognitiva de ideas irracionales, las autoinstrucciones positivas, o la auto-observación de logros.

- Mejorar la adaptación al entorno, a través del entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones, o el entrenamiento en un estilo de comunicación asertivo.

Para mejor visualización se incluye *cuadro resumen* a continuación.

Cabe destacar, no obstante, que hubo una retroalimentación positiva entre los objetivos marcados a lo largo del tratamiento, repercutiendo positivamente entre sí, de forma que muchos de ellos se fueron consiguiendo de forma indirecta, por consecución y avance en otros, conforme avanzó la intervención.

Del mismo modo, cabe señalar que, si bien la mayoría de las técnicas han sido enmarcadas, para una mejor visualización, fundamentalmente en un apartado, su empleo no fue excluyente de otros, como es el caso de la reestructuración cognitiva, el empleo de autoinstrucciones y refuerzo positivo o la psicoeducación.

OBJETIVOS TERAPEUTICOS	TÉCNICAS EMPLEADAS
<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión del problema y ajuste de expectativas. • Comprensión, adherencia y valoración de motivación al cambio, objetivos terapéuticos y programa de tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación
<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir la activación fisiológica, mejorando aspectos como su calidad de sueño, su capacidad de atención y concentración y disminuyendo sus niveles de irritabilidad, ansiedad y respuestas de alarma exagerada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en control de la activación. <ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en control de la respiración.
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación y modificación de pensamientos, supuestos y creencias irracionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia cognitiva <ul style="list-style-type: none"> - Detención de pensamiento. - Reestructuración cognitiva.
<ul style="list-style-type: none"> • Controlar y/o eliminar el miedo y la ansiedad ante estímulos ansiógenos, así como la evitación asociada a ello. 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia de exposición progresiva (con prevención de respuesta) <ul style="list-style-type: none"> - En vivo. - En imaginación. • Entrenamiento en autoinstrucciones.
<ul style="list-style-type: none"> • Promover adaptación al entorno efectiva y eficaz. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones. • Entrenamiento en estilo de comunicación asertivo.

• Mejorar patrón de sueño y alimentación.	• Pautas para la higiene del sueño y alimentación saludable.
• Mejorar estado de ánimo.	• Activación conductual (planificación actividades gratificantes, y cotidianas). • Reestructuración cognitiva. • Ejercicio físico. • Autorregulación fisiológica (pautas de higiene del sueño, alimentación...)
• Mejorar autoestima	• Autoinstrucciones y refuerzo positivo. • Reestructuración cognitiva. • Entrenamiento en toma de decisiones (asunción control) • Revisión logros
• Restablecer y fortalecer red de apoyo social.	• Promover actividades con red social (salidas, llamadas...)
• Prevención de recaídas	• Seguimientos

TRATAMIENTO

Siguiendo lo señalado por diferentes autores, los procedimientos aplicados para tratar el trastorno de estrés postraumático (TEP) han sido principalmente tres: a) la terapia de exposición, en la que el paciente debe enfrentarse a las situaciones temidas o, en algunas ocasiones, a las imágenes de las mismas, sin escaparse de ellas con el objetivo de evocar ansiedad y promover la habituación a ella; b) el entrenamiento en técnicas para el control de la ansiedad, cuyo objetivo es dotar al paciente de una serie de habilidades para hacer frente a la ansiedad en la vida cotidiana, y c) la reestructuración cognitiva con el objetivo de modificar pensamientos, supuestos y creencias irracionales (Richards y Lovell, 1999).

Por otra parte, y como ya apuntamos, el informe elaborado por la División 12 de la Asociación Psicológica Americana (cuyo objetivo es evaluar la eficacia de los tratamientos psicológicos para los trastornos mentales, estableciendo un directorio de las terapias de eficacia probada) señala como tratamientos psicológicos con un fuerte apoyo experimental, la terapia de exposición prolongada, la terapia de procesamiento cognitivo, y la terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares. (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000).

De esta forma, y en base a lo anteriormente señalado, así como a las demandas y características de la paciente (estilo activo de afrontamiento, motivación al cambio...), el tratamiento de L., se inscribió dentro de un marco

de intervención cognitivo-conductual, con especial hincapié en cuatro elementos: psicoeducación, entrenamiento en relajación, terapia cognitiva y terapia de exposición (en vivo y en imaginación). Elementos estos que permitieron, no sólo el abordaje y manejo de la ansiedad asociada a situaciones *normales* percibidas como amenazantes, sino su afrontamiento activo a través de la exposición, la modificación de patrones de pensamiento y conductas disfuncionales, y la comprensión causal de los mismos (base para todo ello).

Del mismo modo, se incidió en otros aspectos, complementarios de los anteriores (hábitos saludables, entrenamiento en comunicación asertiva, entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones...), pero igualmente importantes, puesto que supusieron una mejoría de los primeros, que a su vez repercutieron en estos últimos.

Todo ello dando prioridad a una asunción progresiva del control por parte de L., lo cual le supuso un aumento del autoconcepto, autoeficacia y por ende, autoestima, así como, de una mejora sustancial en su estado anímico. Aspectos todos ellos que supusieron una retroalimentación positiva con los elementos previamente mencionados. Así, muchos de los objetivos, se fueron logrando, por influencia, mejoría y consecución de otros.

A continuación, y para una mejor comprensión, se recoge una tabla con los objetivos abordados en cada sesión, tras consenso con L., las técnicas e instrumentos empleados, y las tareas intersesiones encomendadas a la paciente.

La intervención se desarrolló a lo largo de 16 sesiones, con un intervalo aproximadamente semanal, y con una duración de entre hora y hora y media, a excepción de la sesión 8, que tuvo que adelantarse por demanda de L. tras aviso policial de la posible detención de un sospechoso coincidente con la denuncia interpuesta por la paciente tras el robo en el cajero.

El tratamiento quedó finalizado, a petición de la propia paciente, por mejoría constatada (cuantitativa y cualitativamente) y comienzo del periodo vacacional. Quedando emplazada para varias sesiones de seguimiento, al mes y medio (coincidente con el regreso de vacaciones), tres y seis meses. Se le indicó, igualmente, la posibilidad de contactar antes si lo consideraba oportuno.

SESIÓN	OBJETIVOS	TÉCNICAS	TAREAS INTERSESIONES
1-4	<ul style="list-style-type: none"> -Establecimiento alianza terapéutica. -Recogida de información del motivo de consulta e historia del problema (situación actual del problema, factores desencadenantes, predisponente y mantenedores del mismo, antecedentes personales, áreas más afectadas, nivel de apoyo real y percibido, recursos personales para afrontar la situación... Se recoge también información sobre calidad de sueño y hábitos saludables). -Determinar expectativas, objetivos y motivación al cambio. -Determinar grado de conciencia del problema. - <i>Normalización</i> de sintomatología y ajuste de expectativas. -Reducir malestar asociado a incertidumbre. -Evaluación estado anímico (sintomatología depresiva). -Evaluación ansiedad. -Evaluación autoestima. -Evaluación áreas afectadas por el problema y nivel de afectación. 	<ul style="list-style-type: none"> -Contrato cognitivo-conductual. Declaración de confidencialidad. -Ventilación emocional. -Psicoeducación. -Explicación modelo teórico (cognitivo-conductual), donde se enmarca la línea de actuación del terapeuta. -Entrevistas, inventarios y escalas y autorregistros (parte para casa. Véase tareas intersecciones): <ul style="list-style-type: none"> -Entrevista clínica semiestructurada. - Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS). - Inventario de Cogniciones Postraumáticas. -Escala de experiencias disociativas (DES-II). -Comienzo entrenamiento en respiración diafragmática y autoinstrucciones positivas. -Pautas de higiene del sueño y hábitos horarios y alimentarios. Plan de vida. -Entrenamiento en autorrefuerzo positivo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Todas las tareas intersecciones implican la revisión de las tareas encomendadas la sesión anterior, y el refuerzo y potenciación del autorrefuerzo por las tareas realizadas. -Inventario de Depresión de Beck (BDI). -Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). -Escala de Inadaptación (EI). -Escala de Autoestima de Rosenberg. - Autorregistro tipo A-B-C (pensaste/sentiste/hiciste/malestar) para situaciones generadoras de malestar. -Autorregistro de actividades gratificantes. -Practicar pautas de higiene del sueño y hábitos horarios y alimentarios, así como programa de activación conductual (plan de vida). -Diario-registro número de veces que se producen al día las siguientes conductas: llorar (LL), hablar con su novio del suceso (HN), hablar con su madre del suceso (HM), dormir mal (pesadillas, problemas conciliación-mantenimiento sueño, sueño no reparador) (D), no estudiar, olvidar cosas (problemas atención y

	<p>-Evaluación sintomatología TEPT y síntomas disociativos.</p> <p>-Evaluación cogniciones negativas tras el suceso (acerca de sí mismo, el mundo y los demás).</p> <p>- Explicar y reducir los niveles de activación fisiológica presentes ante situaciones estresantes/amenazantes, o percibidas como tales, y evaluación de su eficacia.</p> <p>-Mejorar patrones de sueño y hábitos alimentarios. Aumentar actividad.</p> <p>-Autoobservación por el paciente de la mejoría gradual alcanzada a medida que avanza tratamiento, y generación expectativas positivas logro metas.</p> <p>-Comenzar a generar y/o potenciar la sensación de control en la paciente, mejorando con ello su autoestima y estado anímico, y comenzando a incidir en pensamientos negativos como la inutilidad.</p>		<p>concentración) (C), salir con amigos (día, tarde, noche) (AD/AT/AN).</p> <p>-Practicar relajación diafragmática y rellenar autorregistro ejercicios de control de la respiración.</p>
<p>5</p>	<p>-Revisión, supervisión y refuerzo de las tareas intersesiones.</p> <p>-Continuar entrenamiento en autorrefuerzo positivo.</p> <p>-Devolución de la información sobre la</p>	<p>-Entrevista de devolución de la información, y resolución de dudas y preguntas.</p> <p>-Continuar entrenamiento en control de la respiración y solución de dudas surgidas.</p> <p>-Reestructuración cognitiva (RC). Especial hincapié en culpa, vergüenza, <i>deberías</i>, y catastrofismo.</p>	<p>-Continuar practica relajación diafragmática y rellenar autorregistro ejercicios de control de la respiración.</p> <p>- Entrega del listado de pensamientos distorsionados.</p> <p>- Prácticas RC, parada del pensamiento y autoinstrucciones positivas. Autorregistro</p>

	<p>evaluación realizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Determinar consensuadamente objetivos del tratamiento. - Explicación de los objetivos terapéutico y del programa de tratamiento. -Organizar recuerdo experiencia traumática, facilitando su ordenación, y expresión, contribuyendo así al proceso de desescalada emocional. -Reducir elementos mantenedores del problema. Emplazarle a explicárselo a la familia (madre), y novio. Extinguir conductas/actitudes disfuncionales, reforzar funcionales. - Interrumpir conducta automática e introducir secuencias de conductas motoras, emocionales o cognitivas, facilitadoras de la conducta objetivo. - Entrenar en la identificación y modificación de pensamientos, supuestos y creencias irracionalesdisfuncionales. 	<ul style="list-style-type: none"> -Parada del pensamiento. -Autoinstrucciones positivas. -Psicoeducación técnicas narrativas. 	<p>tipo A-B-C con pensamiento alternativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Continuar autorregistro de actividades gratificantes, y diario-registro conductas egodistónicas. -Escribir lo sucedido el día del atraco de la forma más detallada posible. Lectura del mismo. -Explicar a la familia (madre), y novio, análisis funcional del problema, y dar pautas de actuación positivas. -Ponerse al teléfono si le llaman sus amigos. -Completar <i>Plan de vida</i>. Listado actividades gratificantes.
<p>6</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión, supervisión y refuerzo de las tareas intersesiones. -Continuar entrenamiento en autorrefuerzo positivo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Psicoeducación sobre importancia actividad sobre estado anímico, derechos asertivos... -Lectura en voz alta y baja, escrito suceso. -Reestructuración cognitiva. Especial hincapié en culpa, vergüenza, <i>deberías</i>, adivinación del 	<ul style="list-style-type: none"> -Continuar practica y generalización de la relajación diafragmática y rellenar autorregistro ejercicios de control de la respiración. - Modificación y lectura escrito suceso. Autorregistro.

	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenar en la identificación y modificación de pensamientos, supuestos y creencias irracionales disfuncionales. -Potenciar y/o dotar a L. de las habilidades necesarias para una comunicación asertiva eficaz con su madre. -Fortalecer red social. -Incrementar actividades gratificantes y mejora estado anímico. 	<p>pensamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Entrenamiento en comunicación asertiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prácticas RC, parada del pensamiento y autoinstrucciones positivas. Autorregistro tipo A-B-C con pensamiento alternativo. - Continuar autorregistro de actividades gratificantes, y diario-registro conductas egodistónicas. -Análisis y evaluación empírica. Búsqueda noticias víctimas mortales cajeros. -Ir con su pareja a monólogos. -Diseño experimento: hacer algo que le de vergüenza (colarse supermercado) - Análisis y evaluación empírica. Llamar/quedar amiga más cercana para explicarle problema.
<p style="text-align: center;">7</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión, supervisión y refuerzo de las tareas intersesiones. -Supervisar habilidades comunicación asertiva y dotar de seguridad a la paciente. -Resolver dudas madre, transferencia de control, y seguridad. - Fortalecer red social. -Incrementar actividades gratificantes, mejorar patrón de sueño y estado anímico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista con madre para explicación problema por parte de L. Aclaración dudas. -Refuerzo positivo. -Psicoeducación: humor. -Lectura en voz alta y baja, escrito suceso. -Explicación bases exposición en imaginación y en vivo con prevención de respuesta. 	<ul style="list-style-type: none"> -Continuar autorregistros. -Llamar/quedar amigos para café. -Salir a cenar el sábado a japonés con su pareja. -Apuntarse con mejor amiga a gimnasio.

	- Reducir la ansiedad y eliminar conductas de evitación a través de la confrontación del paciente con los estímulos o eventos que le generan ansiedad		
8	-Dotar de control y seguridad a L. Evitar victimización secundaria. -Enseñarle a reducir y controlar nivel de activación fisiológica de forma rápida y en ambientes públicos. -Reducir ansiedad por incertidumbre.	- Explicarle y prepararle para el proceso judicial. -Entrenamiento en respiración profunda y relajación isométrica.	
9	-Revisión, supervisión y refuerzo de las tareas intersesiones. - Reducir la ansiedad y eliminar conductas de evitación a través de la confrontación del paciente con los estímulos o eventos que le generan ansiedad	- Explicación bases exposición en imaginación y en vivo con prevención de respuesta. -Elaboración jerarquía ítems. Establecer ítems de anclaje. -Comprobación capacidad imaginación. Ítem neutro/emoción.	- Continuar autorregistros. -Revisión jerarquía ítems. -- <i>Encontrar</i> coterapeuta. -Ir a patinar con amigos.
10	-Revisión, supervisión y refuerzo de las tareas intersesiones. Revisión ítems detallados. - Reducir la ansiedad y eliminar conductas de evitación a través de la confrontación del paciente con los estímulos o eventos que le generan ansiedad.	-Desensibilizar 4 primeros ítems jerarquía. -Psicoeducación: repaso ansiedad. -Repaso autoinstrucciones y parada de pensamiento. -Entrevista con coterapeuta (novio), para que L. explique tarea.	-Exposición en vivo con coterapeuta y prevención de respuesta ítems desensibilizados en consulta. - Continuar autorregistros. Autorregistro situaciones evitadas. -Continuar actividades gratificantes.

	<p>-Previsión de recaídas.</p> <p>-Convertir coterapeuta en agente motivador al cambio. Favorecer independencia, refuerzo y modelado.</p>		
11	<p>- Revisión, supervisión y refuerzo de las tareas intersesiones. Revisión ítems detallados.</p> <p>- Reducir la ansiedad y eliminar conductas de evitación a través de la confrontación del paciente con los estímulos o eventos que le generan ansiedad.</p> <p>-Tratar dificultades surgidas exposición.</p> <p>-Mejorar competencias afrontamiento y solución de problemas.</p> <p>-Mejorar autoestima aumentando autoconfianza.</p>	<p>- Desensibilizar 3 ítems siguientes jerarquía.</p> <p>-Entrenamiento en toma de decisiones y solución de problemas.</p> <p>-Trabajar autoestima. Valoración recursos paciente.</p>	<p>- Exposición en vivo con coterapeuta y prevención de respuesta ítems desensibilizados en consulta.</p> <p>- Continuar autorregistros. Autorregistro situaciones evitadas.</p> <p>-Continuar actividades gratificantes.</p> <p>-Lista cualidades positivas y mejorables.</p> <p>-Hoja solución problemas. Decidir dónde quiere mandar el CV y qué debe incluir.</p>
12	<p>-Revisión, supervisión y refuerzo de las tareas intersesiones. Revisión ítems detallados.</p> <p>- Reducir la ansiedad y eliminar conductas de evitación a través de la confrontación del paciente con los estímulos o eventos que le generan ansiedad.</p> <p>-Tratar dificultades surgidas exposición.</p>	<p>-Desensibilizar 4 ítems siguientes jerarquía.</p> <p>-Entrenamiento en toma de decisiones y solución de problemas. Revisión tarea sesión anterior CV.</p>	<p>-Exposición en vivo con coterapeuta y prevención de respuesta ítems desensibilizados en consulta.</p> <p>-Continuar autorregistros. Autorregistro situaciones evitadas.</p> <p>-Mandar CV</p> <p>-Continuar actividades gratificantes. Salir con amigos el sábado por la noche (vuelve</p>

			con amiga).
13	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión, supervisión y refuerzo de las tareas intersesiones. Revisión ítems detallados. - Reducir la ansiedad y eliminar conductas de evitación a través de la confrontación del paciente con los estímulos o eventos que le generan ansiedad. -Tratar dificultades surgidas exposición. -Que la paciente tome conciencia de los logros alcanzados hasta el momento. 	<ul style="list-style-type: none"> -Desensibilizar 3 ítems siguientes jerarquía. -Repaso logros. -Evaluar dificultades tareas CV. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición en vivo con coterapeuta y prevención de respuesta ítems desensibilizados en consulta. - Continuar autorregistros. Autorregistro situaciones evitadas. -Continuar actividades gratificantes. Salir con amigos el sábado por la noche (vuelve sola).
14	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión, supervisión y refuerzo de las tareas intersesiones. Revisión ítems detallados. - Reducir la ansiedad y eliminar conductas de evitación a través de la confrontación del paciente con los estímulos o eventos que le generan ansiedad. -Tratar dificultades surgidas exposición. 	<ul style="list-style-type: none"> -Desensibilizar 2 ítems siguientes jerarquía. Se trabaja de nuevo ítem 14. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición en vivo sin coterapeuta y prevención de respuesta ítems desensibilizados en consulta. - Continuar autorregistros. Autorregistro situaciones evitadas. -Continuar actividades gratificantes.
15	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión, supervisión y refuerzo de las tareas intersesiones. Revisión ítems detallados. - Reducir la ansiedad y eliminar conductas de evitación a través de la confrontación del 	<ul style="list-style-type: none"> -Repaso logros. -Psicoeducación. -Programación sesiones seguimiento. -Evaluación postratamiento : 	<ul style="list-style-type: none"> -Exposición en vivo sin coterapeuta y prevención de respuesta ítems desensibilizados en consulta. Consolidación resultados. - Continuar autorregistros. Autorregistro situaciones evitadas.

	<p>paciente con los estímulos o eventos que le generan ansiedad.</p> <p>-Tratar dificultades surgidas exposición.</p> <p>-Consolidar y generalizar resultados logrados.</p> <p>-Prevención de recaídas.</p> <p>-Obtener resultados postratamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • EGS • BDI • STAI • Escala de Autoestima, • Escala de Inadaptación • Inventario de Cogniciones Postraumáticas. 	<p>-Continuar actividades gratificantes.</p> <p>-Continuar programación sesiones seguimiento, y dudas.</p>
16	<p>-Revisión, supervisión y refuerzo de las tareas intersesiones. Revisión ítems detallados.</p> <p>-Consolidar y generalizar resultados logrados. Autoobservación por el paciente.</p> <p>-Prevención de recaídas.</p>	<p>-Repaso logros. Mostrar resultados.</p> <p>-Psicoeducación.</p> <p>-Programación sesiones seguimiento.</p>	<p>-Continuar aplicando todo lo aprendido hasta el momento.</p>

Puesto que en la tabla queda recogido el desarrollo de las sesiones de forma secuencial y detallada, a continuación haré únicamente mención de forma sucinta, a los aspectos más representativos del caso.

Como ya se ha mencionado, parte esencial tanto en el inicio de la terapia como durante la misma, fue la transmisión constante de información a L., reduciendo la incertidumbre a la sintomatología y proceso de intervención, permitiendo la comprensión de la problemática a abordar, y fomentando la implicación activa en el proceso de recuperación. Así, como señalan algunos autores, parte de la resistencia a buscar tratamiento en caso de TEPT, reside en pensar que la sintomatología desaparecerá con el tiempo, y que nadie puede ayudarles, considerando dicha sintomatología un fracaso personal, por lo que la normalización de los síntomas, *“no sólo genera un alivio inmediato, sino que también elimina la renuencia a inscribirse en un programa de tratamiento”* (Foa, Keane, y Friedman, 2003).

Así, y como puede observarse en la tabla, durante las primeras sesiones se hizo especial énfasis en la normalización de ciertas reacciones psicológicas habituales derivadas del suceso vivido (pesadillas, dificultades para dormir, olvidos, pérdida de interés por actividades antes gratificantes, estado anímico decaído...), validando sus emociones y facilitando la expresión emocional de las mismas, de forma que la propia paciente verbalizó la reducción de la ansiedad (*“ [...]ahora estoy más tranquila, me has quitado un peso de encima”*) frente a la incertidumbre que esto le había provocado. Además, en base a toda la información aportada, y los modelos teóricos existentes, se le ofreció una descripción de su problemática, en base a la cual, y a los objetivos de la paciente, se elaboró una propuesta de tratamiento enmarcado en la corriente cognitivo-conductual.

Elemento central de nuestra intervención, fue, en todo momento, la transmisión del control a L., potenciando el afrontamiento activo del problema por parte de esta, lo que, como se pretendía, repercutió positivamente en su sensación de seguridad, autoconcepto, autoeficacia y autoestima, con el consiguiente incremento de su motivación e implicación en el tratamiento (ya de por sí elevada), y una mejora sustancial de su estado de ánimo.

De esta manera, y ya desde las primeras sesiones, se dieron pautas a L. para la reducción de la activación fisiológica presentes ante situaciones estresantes/amenazantes, o percibidas como tales. Las técnicas para el control de la ansiedad se han diseñado para reducir la ansiedad dotando al paciente de habilidades que le permitan controlarla. En este punto, nos decantamos por la respiración diafragmática, que facilita la activación parasimpática (Hirai, 1976; Everly, 1989; Ballantine 1976 y Harvey, 1979), puesto que era una habilidad presente en el repertorio de L. (aunque algo olvidada), tras haber practicado ballet en su infancia. Además, es una técnica de fácil aplicación, que se entrena con rapidez y que, debido a sus también rápidos resultados, puede aumentar la motivación del paciente en el tratamiento. Esta técnica tuvo que ser *ampliada* en la sesión 8, entrenando a L. en relajación profunda e isométrica, de forma que fuera capaz de disminuir los niveles de activación en

un corto periodo de tiempo, para favorecer un adecuado funcionamiento y afrontamiento de la situación problemática.

Siguiendo con el objetivo de dotar de control a L., además de mejorar su alimentación, actividad y hábitos de sueño y con ello su salud y estado anímico, se consensó con ella un plan de vida que recogía unos hábitos horarios en cuanto a comida (5 comidas) y sueño (a las 23 debía estar en la cama, la cual usaría sólo para dormir, cosa que hasta entonces no hacía), una calidad respecto a los mismos (ej: el médico de cabecera, al que le recomendamos acudir, le pautó una dieta de 2000kcal), y unas rutinas y niveles mínimos de actividad además de ir a clase por las mañanas (ej: levantarse a las 7:00, y hacer la cama, a continuación ducharse..., paseo de 15 minutos con su novio antes de cenar), así como alguna actividad que inicialmente le resultaba gratificante (ej.: leer un capítulo del libro “Crepúsculo”). Finalmente debía reforzarse por los logros conseguidos. Conforme avanzaba la terapia se fueron introduciendo, de forma pautada primero, y espontánea después, más actividades gratificantes como salir a patinar con sus amigas o salir de fin de semana con su pareja fuera de Madrid.

Por otro lado, cabe destacar, como ya comentamos en el apartado correspondiente, la comprobación y seguimiento de la eficacia de las técnicas entrenadas en sesión a través, fundamentalmente, de autorregistros. Así, la autoobservación no sólo resultó una estrategia eficaz de evaluación, identificando la conducta problema, obteniendo una línea base de la misma y registrando los cambios producidos como consecuencia de la intervención; sino que también lo fue como componente activo del tratamiento, por su valor terapéutico al facilitar un feedback constante a L. sobre los cambios logrados, incrementando la motivación al cambio.

Otro de los pilares de nuestra intervención, residió en la terapia cognitiva. Las terapias racionales y cognitivas, demostradas eficaces en el tratamiento del TEP, intentan examinar pensamientos irracionales y disfuncionales, dotando al paciente de habilidades para su corrección (Báguena, 2001; Bryant, 2000; Solomon y Johnson, 2002). Así, comenzamos explicándole a L. que el modo en que percibimos e interpretamos los sucesos, junto a las creencias desarrolladas sobre uno mismo, el mundo y los demás, interactúa con nuestra evaluación cognitiva, emocional y conductual, siendo esta la causa de las perturbaciones emocionales.

Por otro lado, y basándonos en las teorías del procesamiento de la información, hicimos mención a la repercusión que un suceso traumático, como fue el atraco para ella, puede tener en el sistema de creencias previo de una persona, y la necesidad de *reconciliar* ambos elementos, para volver a lograr un funcionamiento normal. Así, parte de nuestro trabajo residió en ayudarle y enseñarle a identificar y confrontar las creencias erróneas relativas al suceso, así misma y al mundo, mediante tareas de reatribución de la responsabilidad (cambiando culpa por atribución justa de la responsabilidad ej: “si le hubiera ocurrido a otra persona, ¿la juzgarías igual?”), o comprobación de la realidad (ej: buscar casos en que el atraco resultara muerto, aspecto este del que estaba convencida y le preocupaba especialmente). Estas tareas, fueron en

nuestro caso, especialmente efectivas, refiriendo la propia paciente un descenso en su sentimiento de culpa.

Otro de los aspectos que se abordaron desde un primer momento debido a la importancia que el lenguaje tiene sobre nuestras cogniciones, fue la sustitución de un lenguaje catastrofista y absolutista (ej: “debería”, “es horroroso”...), por otro más realista y funcional (ej: “me gustaría”, “es una situación difícil”...). Del mismo modo, hubo de trabajarse otras distorsiones cognitivas presentes en L., como la adivinación del pensamiento (ej: “mis amigos van a pensar que soy una imbécil”), abordando la vergüenza; los *debería*, que sustentaban, en parte la culpa (ej: “debería ser capaz de solucionarlo yo sola”); la abstracción selectiva y descalificación de lo positivo (ej: minimizar el hecho de haber llegado un día anocheciendo a casa), o el pensamiento catastrofista (ej: “la próxima vez podrían matarme”).

Además, de todo ello, se le entrenó en autoinstrucciones positivas y parada del pensamiento, a fin de controlar los pensamientos intrusivos generadores de malestar (ej: “debería haberlo evitado”, “si no hubiera ido sola...”), e introducir aquellas secuencias de conductas motoras, emocionales o cognitivas, facilitadoras de la conducta objetivo.

De otro lado, la ausencia de habilidades asertivas de comunicación, ya presentes antes del suceso, y alimentadas por sentimientos de culpa, y vergüenza, así como de una pérdida de la confianza personal e interpersonal, que lo reforzó; fue otro de los elementos a abordar. Así, junto a la reestructuración cognitiva de ideas irracionales y disfuncionales, se le entrenó en comunicación asertiva, para que fuera capaz de explicarle lo que le pasaba, tanto a sus familiares como amigos más cercanos, a fin de fortalecer la red social (que comenzaba a debilitarse) y con ello reforzar conductas favorables al cambio y extinguir aquellas sostenedoras del problema. En este sentido, cabe destacar la necesidad de citar a su madre a consulta, para que la propia L. le explicara el problema, puesto que había intentado en varias ocasiones hacerlo de forma infructuosa en casa. La madre, entre otras cosas, no le confería credibilidad al hecho de que le dijera que preguntándola constantemente por su estado tras el atraco, estaba manteniendo el problema. El éxito en esta tarea, junto con el éxito previo explicárselo a su novio (que eliminó radicalmente la conducta problema de llamarle constantemente para asegurarse de su estado), y su mejor amiga (que implicó un importante apoyo durante el resto del tratamiento), supuso un significativo aumento de la eficacia percibida y la autoestima (“Al final lo he hecho bastante bien”), incrementándose con ello su motivación y confianza a la hora de contárselo a sus amigos más cercanos (tres).

Cabe destacar en este punto que, el estado anímico que había comenzado a experimentar leves mejorías desde la sesión 4, en la sesión 7 mejoró significativamente.

No obstante, la sesión 8, supuso una pequeña regresión a los niveles elevados de ansiedad pre-tratamiento, la pérdida de confianza en sí misma, y la re-experimentación del suceso traumático en forma de pesadillas, y

pensamientos intrusivos principalmente. En esta sesión, además de dotarle de nuevas estrategias de control de la activación, mencionadas anteriormente, se le informo, fundamentalmente, del proceso por el que tendría que pasar a nivel policial y judicial. En este sentido, uno de los elementos que más le preocupaban era la rueda de reconocimiento, ya que el policía que le avisó de que probablemente tendría que acudir a ella, también le indicó que era posible que viera a su agresor. Tras informarle de todo el funcionamiento judicial, eliminando ideas erróneas, y dotándole con ello de la sensación de control de la situación, L. experimentó una importante reducción de la ansiedad, mostrándose incluso, al finalizar la sesión, envalentonada ante la idea de comenzar el proceso (*"[...] Es verdad, el que lo ha hecho mal ha sido él. Ojala empezara ya el juicio"*).

En este punto, y conseguido uno de nuestros objetivos iniciales, la asunción activa del proceso de recuperación por parte de L., con el consiguiente incremento de la confianza en sí misma, y una mejora sustancial de su estado anímico, en parte reforzada por una red social fuerte y estable, comenzamos con la labor de exposición a los estímulos generadores de ansiedad para L., y que hasta ahora seguía evitando. A tal fin, junto con el trabajo en otras áreas que se siguieron reforzando (autoestima, asertividad...), se procedió a la exposición con prevención de respuesta (en imaginación primero y en vivo después, sobre los ítems desensibilizados previamente en imaginación).

Como ya mencionamos, y como sostienen las teorías del aprendizaje, la exposición a estímulos condicionados en ausencia de las consecuencias negativas, extingue las reacciones emocionales condicionadas, por lo que las técnicas de exposición, son especialmente útiles para la sintomatología de reexperimentación e hipervigilancia. Por otro lado, y como sostiene la teoría del procesamiento emocional, el TEPT tendría su origen en el desarrollo de una estructura patológica de miedo, relacionada con el suceso traumático (Foa, Steketee y Rothbaum, B.O, 1989), que se activaría con facilidad, de modo que los intentos por impedir esta activación, darían lugar a los síntomas de evitación del trastorno. Así, según esta teoría, para poder reducir ese miedo, primero habría que activarlo para, posteriormente proporcionar nueva información correctora de la primera.

Siguiendo con lo anteriormente mencionado, en nuestro caso, comenzamos por pedir a L. que tratara de escribirnos un relato lo más organizado y detallado posible de lo sucedido, ya que, desde un principio presentaba claras dificultades para recordarlo. Así, pretendíamos, inicialmente, que L. fuera capaz de organizar la experiencia y expresarla, para facilitar el restablecimiento emocional, y afianzar la seguridad en sí misma fomentando el autocontrol. No obstante, tras observar claros signos de ansiedad y resistencia a su escritura y lectura, empezamos a emplearlo también como técnica de exposición explícita.

En este sentido, en el caso de L., decidimos emplear tanto de exposición en imaginación (evocación emocional repetida y prolongada), como la exposición en vivo (enfrentamiento real, prolongado y de forma gradual),

sobre los ítems desensibilizados previamente en imaginación. Esta decisión se tomó, en base a varios elementos, y a la capacidad que L. tenía para imaginar. Así, la exposición en imaginación permitió comenzar a reducir la ansiedad asociada a los estímulos ansiógenos condicionados al trauma, corrigiendo la creencia errónea de que la ansiedad persistirá a menos que se recurra a la evitación (eliminándose así el reforzamiento negativo). Por otro lado, y como sostienen Foa y Rothbaum (1998), *la reviviscencia del trauma en un entorno terapéutico y de apoyo, incorpora información de seguridad en la memoria del trauma, lo que ayuda al paciente a comprender que ese recuerdo no es peligroso*, a cambiar el significado de la sintomatología del TEPT, y a ver el hecho como algo puntual. Además, la exposición en imaginación en consulta, permite observar, detectar y modificar detalles del suceso que están influyendo en las cogniciones negativas sobre este; así como la adquisición de seguridad por el paciente al realizarse en un entorno seguro, la anticipación de posibles problemas (y su resolución), o el avanzar más rápidamente, fomentando la autonomía y motivación del paciente.

Para todo ello, además de explicarle a L. la fundamentación teórica de las técnicas, se hizo hincapié en la respuesta incompatible de ansiedad que ya poseía en su repertorio (respiración y relajación isométrica), en las autoinstrucciones positivas y en el autorrefuerzo, habilidades presentes también.

Como jerarquía de ítems, se establecieron los siguientes: 1) Entrar a un banco y sacar dinero, al mediodía, sola (8 USA); 2) Entrar a un banco y sacar dinero, por la tarde, sola (10 USA); 3) Ir andando hasta cajero automático, sola y de día (15 USA); 4) Ir andando hasta cajero automático, meter tarjeta y sacar dinero, con coterapeuta y de día (20 USA); 5) Ir andando hasta cajero automático, meter tarjeta y sacar dinero, sola y de día (30 USA); 6) Salir del metro cuando las farolas se acaban de encender (anocheciendo), e ir andando sola hasta mi casa por el camino habitual (45 USA); 7) Salir del metro cuando las farolas se han encendido hace tiempo (de noche), e ir andando sola hasta mi casa por el camino habitual, mientras la mitad del recorrido hablo por el móvil (60 USA); 8) Salir del metro cuando las farolas se han encendido hace tiempo (de noche), e ir andando sola hasta mi casa por el camino habitual (70 USA); 9) Ir andando hasta cajero automático barrio, meter tarjeta y sacar dinero, con coterapeuta y de noche (75 USA); 10) Ir andando hasta cajero automático desconocido, meter tarjeta y sacar dinero, con coterapeuta y de noche (80 USA); 11) Ir andando hasta cajero automático barrio, sola y de noche (83 USA); 12) Ir andando hasta cajero automático barrio, meter tarjeta, sola y de noche (85 USA); 13) Ir andando hasta cajero automático barrio, meter tarjeta y sacar dinero, sola y de noche; (90 USA) 14) Ir andando hasta cajero automático desconocido, sola y de noche (93 USA); 15) Ir andando hasta cajero automático desconocido, meter tarjeta, sola y de noche (95 USA); 16) Ir andando hasta cajero automático desconocido, meter tarjeta y sacar dinero, sola y de noche (100 USA).

Cabe destacar que durante las sesiones de exposición en imaginación, no se produjo ninguna regresión. Se constató además el hecho de que la repetición reiterada de los estímulos ansiógenos, genera una habituación a los mismos, de modo que al reducirse la ansiedad aumentaron las expectativas de

mejora con el tratamiento, estimulando al paciente a exponerse, y comprobar esos avances, en la vida cotidiana.

Por lo que respecta a la exposición en vivo de los ítems previamente desensibilizados en imaginación, se contó con la colaboración de un co-terapeuta (el novio de L.), a fin de favorecer el aprendizaje por modelado, ayudar a estructurar las tareas de exposición, motivando al paciente a ello, y favorecer el refuerzo social, dotando a la paciente de mayor seguridad.

En esta tarea, hubo especial dificultad con los ítems 8, 11, y 14. En los dos primeros ítems se produjo escape, sin embargo L. volvió a exponerse tras un corto periodo de tiempo. No así ocurrió con el ítem 14, que precisó de una nueva reexposición primero en imaginación y después en vivo, sin que se produjeran nuevos escapes.

Por último, cabe señalar que áreas como la toma de decisiones y solución de problemas, o la autoestima, también fueron abordadas durante la intervención. Cabe destacar, que la autoestima (al igual que el estado anímico) mejoró considerablemente, tras ir alcanzando los objetivos planteados durante la terapia, de modo que la autoobservación y reconocimiento de los logros alcanzados por la propia paciente, se convirtió en un elemento esencial del programa.

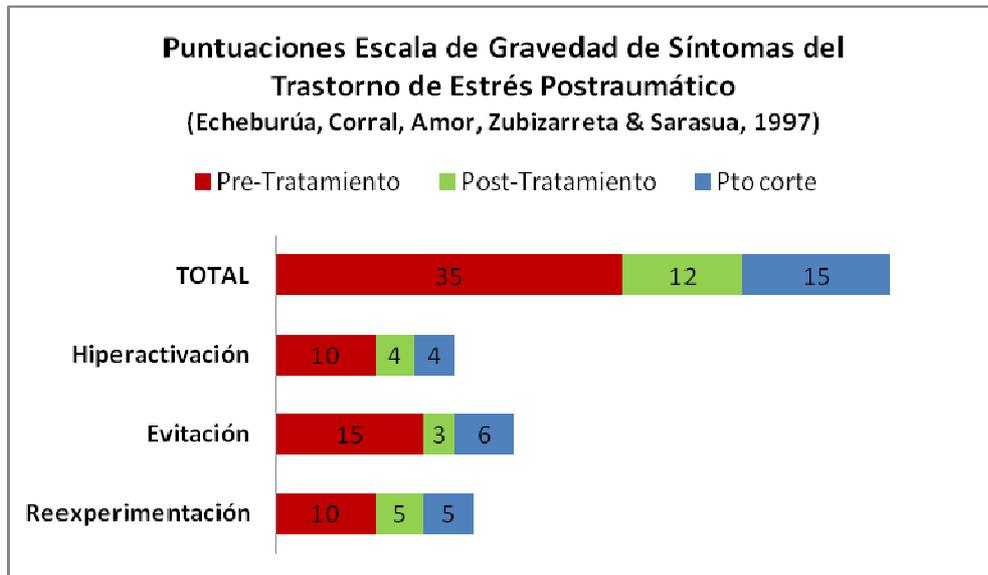
Finalmente, en la última sesión se le mostraron los resultados postratamiento, reforzando los objetivos logrados, y emplazándola a varias sesiones de seguimiento al mes y medio, 3 y 6 meses, a fin de prevenir recaídas, valorar avances y posibles retrocesos, o proporcionar nuevas pautas de afrontamiento, de ser necesario. Se le explicó, igualmente que la recuperación requiere un tiempo y supone un proceso no lineal, por lo que existe la posibilidad de presentar de nuevo algún síntoma de los abordados en terapia, pero incidiendo en que tiene las habilidades necesarias para afrontarlo.

El tratamiento finalizó con alta voluntaria tras 16 sesiones de tratamiento, coincidiendo con el periodo vacacional de la paciente, y la autoobservación de esta de los logros alcanzados. Así, a lo largo de las últimas sesiones, recibió la noticia de haber sido aceptada en uno de los trabajos a los que había enviado el currículum, y tomado la decisión de irse a vivir con su novio en unos meses, presentando una notable mejoría en su estado anímico.

DISCUSIÓN

Concluido el tratamiento, y a fin de observar los cambios experimentados tras este, se llevó a cabo una evaluación de la sintomatología de L. a través de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, el BDI, STAI, la Escala de Autoestima, la Escala de Inadaptación y el Inventario de Cogniciones Postraumáticas. Del mismo modo, se recogieron las conductas auto-observadas por L. a lo largo del tratamiento.

Así, por lo que respecta a uno de los ejes del problema de L., la sintomatología asociada al TEPT, vemos como, tras el tratamiento, esta ha sufrido un descenso significativo, hasta el punto de, acorde a las puntuaciones obtenidas en la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta & Sarasua, 1997), no cumplir con los criterios para un TEPT. (Véase *Gráfica 1*).

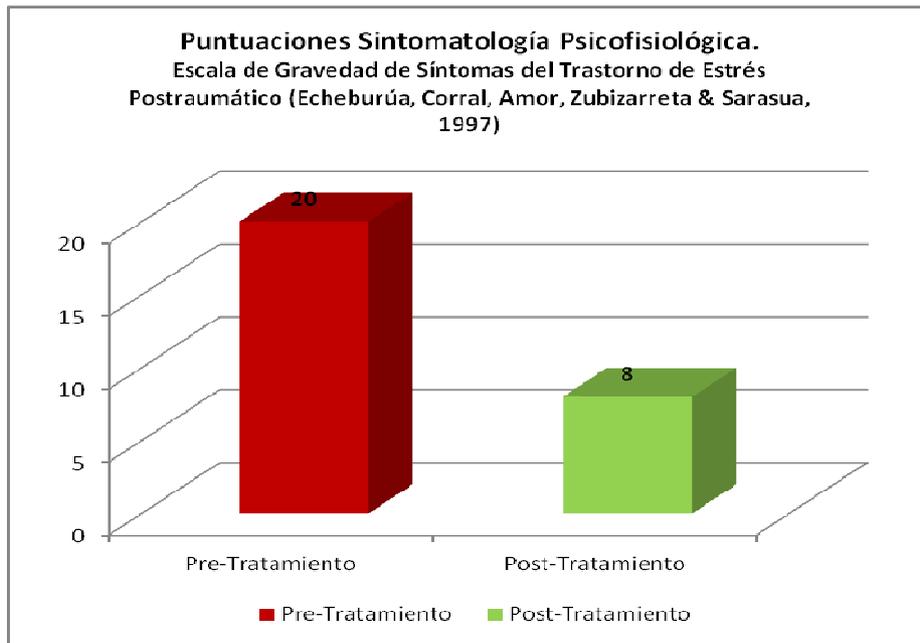


Gráfica 1

De esta forma vemos como, aunque algunas subescalas están rayando el punto de corte (reexperimentación y aumento de la activación), no llegan a sobrepasarlo, de modo que, la puntuación total, no sobrepasa el 15.

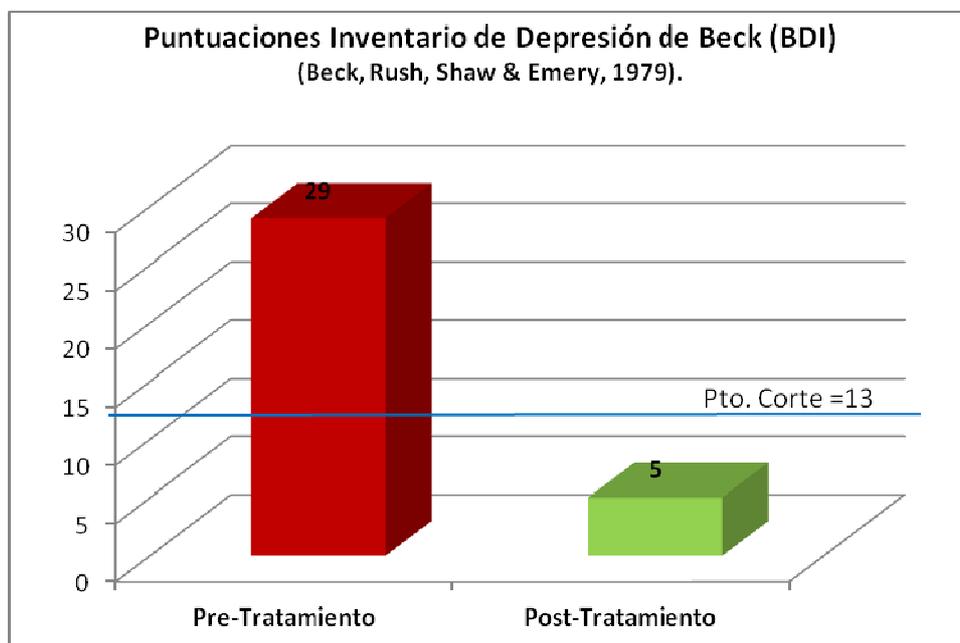
La sintomatología evitativa, por consiguiente, es la que mayor reducción ha experimentado, lo cual resulta congruente con la reducción, igualmente sufrida, en reexperimentación, y en aumento de la activación.

Por otro lado, puede observarse, en la escala adicional que esta herramienta psicométrica incluye, como se ha producido un descenso considerable de la sintomatología de carácter psicofisiológico (de una puntuación directa de 20, inicialmente, a una de 8), aspecto este que viene a constatarse por otras pruebas como el STAI, o la observación directa. (Véase *Gráfica 2*).



Gráfica 2

En relación a la sintomatología depresiva, podemos observar un considerable descenso respecto a las puntuaciones obtenidas, de forma previa, al comienzo del tratamiento. Así, la puntuación post-tratamiento, acorde a la graduación de la intensidad de los síntomas depresivos llevada a cabo por el BDI, señalaría un nivel de severidad característico de la no presencia de depresión. (Véase Gráfica 3).



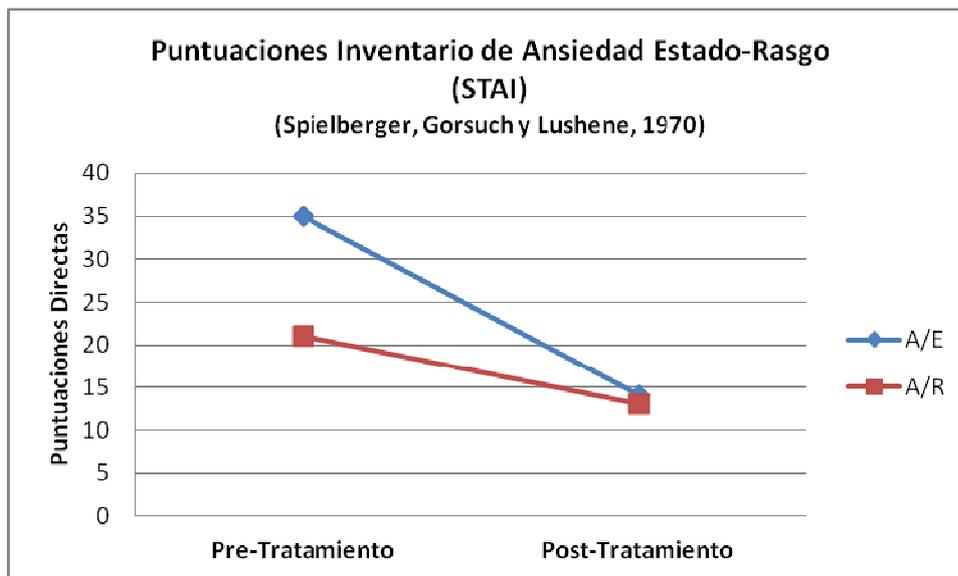
Gráfica 3

Si atendemos a la ansiedad, vemos como, tras el tratamiento se han producido descensos significativos en los dos constructos contemplados: ansiedad-rasgo y ansiedad-estado. Este hecho coincidiría con la apreciación

subjectiva manifestada por L. al comienzo del tratamiento, cuando señalaba “nunca he sido una persona ansiosa”. (Véase Gráfica y Cuadro 4)

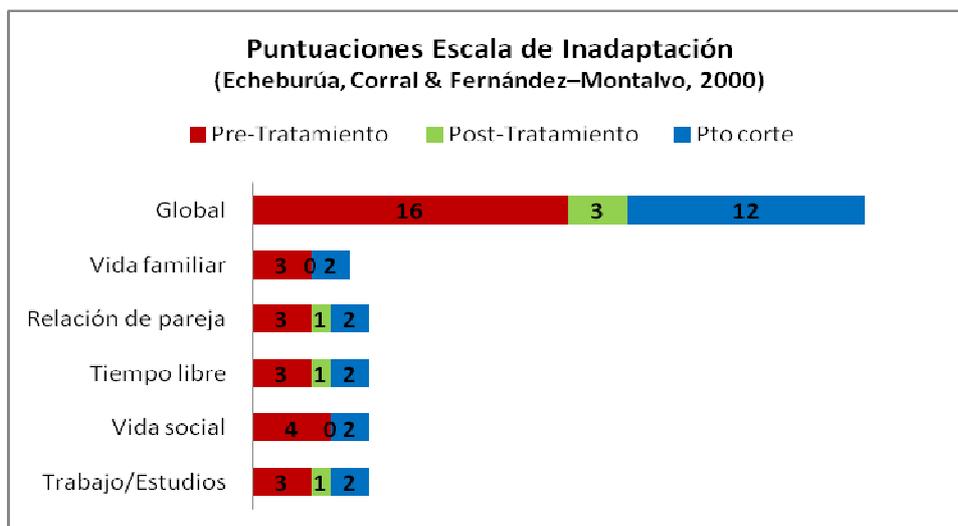
	Puntuación directa Pre-Tratamiento	Centil	Puntuación directa Post-Tratamiento	Centil
A. Estado	35	80	14	23
A. Rasgo	21	40	13	11

Cuadro 4



Gráfica 4

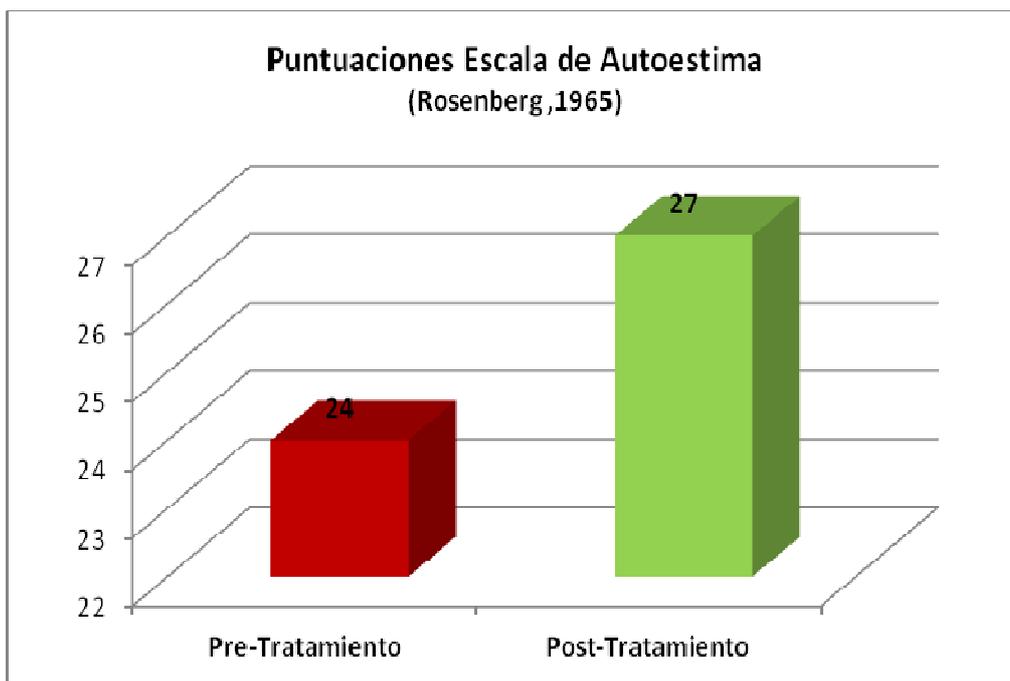
Del mismo modo, de forma complementaria a todo lo anterior, pudimos observar un descenso significativo en las áreas afectadas por el, hasta entonces, problema (Véase Gráfica 5). Señalando, la propia L. una afectación, en terminos cualitativos, de nada o casi nada, en áreas que previas al tratamiento, habían recibido un nivel de afectación subjetiva de bastante o mucho, como fue el caso de la vida social.



Gráfica 5

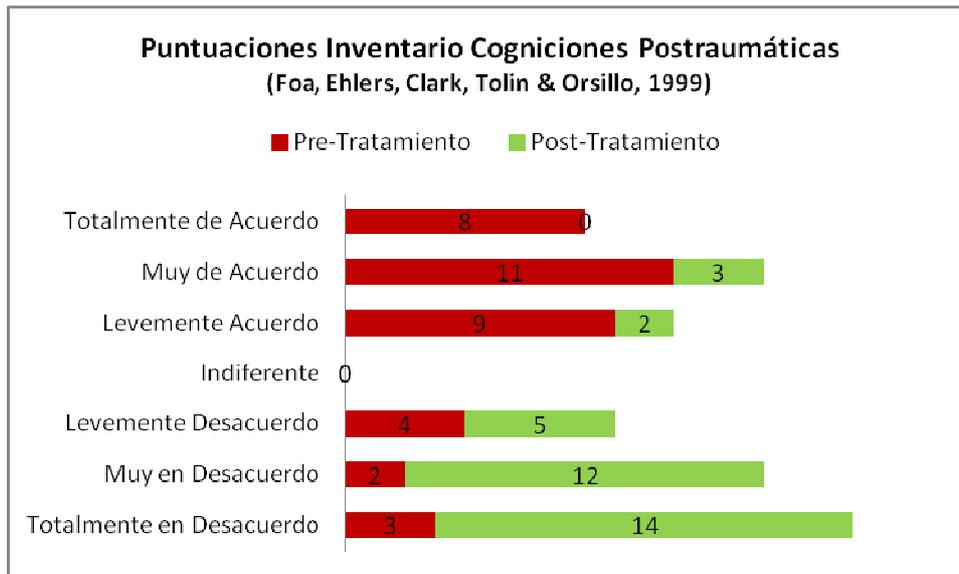
Por lo que a autoestima respecta, se aprecian puntuaciones más elevadas tras el tratamiento (Véase *Gráfica 6*).

Sin embargo, y como ya señalamos, a través de las informaciones aportadas por su entorno, L., presentaba un nivel basal de autoestima, previa al problema, y por ende, al tratamiento, por debajo del punto de corte de 29, al que la mayoría de los autores recurren para establecer una media de autoestima en la población general. No obstante, hasta el momento se desconoce si lo que es normal, en términos de norma estadística, es tener una autoestima baja o alta (Echeburúa y Corral, 1998).



Gráfica 6

En cuanto al Inventario de Cogniciones Postraumáticas, que evalúa las cogniciones negativas acerca de sí misma, el mundo y los demás, tras el suceso traumático; se aprecian diferencias significativas entre el pretratamiento y el postratamiento, observándose un descenso significativo respecto a la valoración subjetiva que L. hace de la cuantía de los ítems (véase *Gráfica 7*). Así, por ejemplo, ítems inicialmente marcados como “totalmente de acuerdo” o “muy de acuerdo” (“el suceso ocurrió debido a la forma en que yo actué”, “solía ser una persona feliz, pero ahora me siento siempre desdichada”...), pasaron a ser marcados en la evaluación postratamiento, como “totalmente en desacuerdo” o “muy en desacuerdo”.

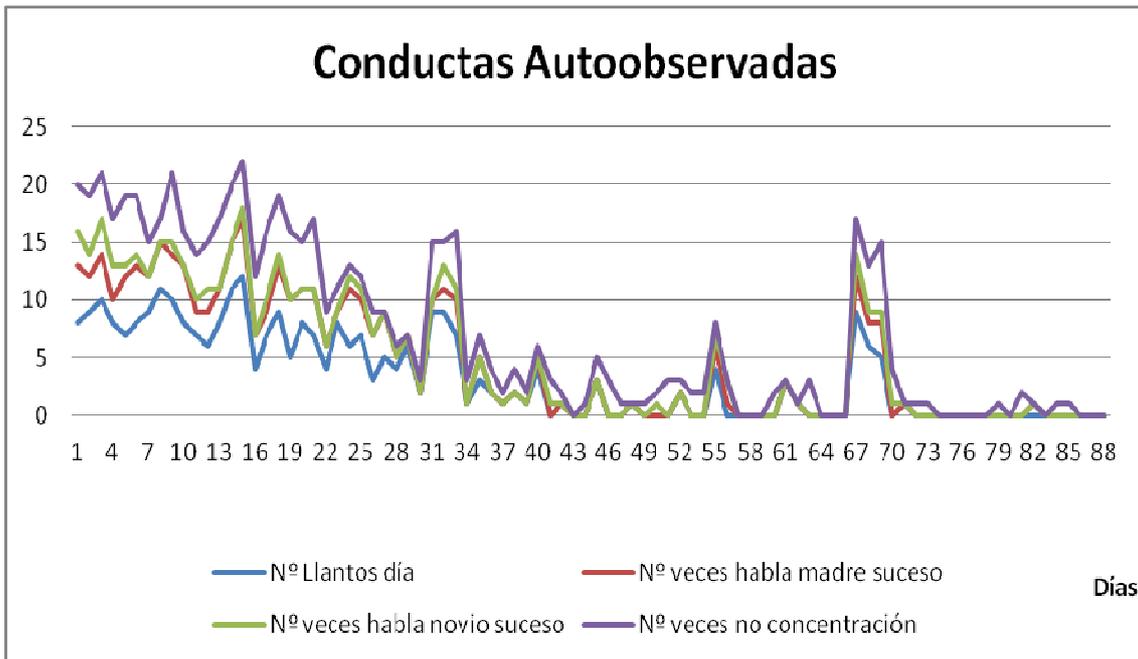


Gráfica 7

Por lo que respecta a la evolución de las conductas autoobservadas por L. a lo largo de todo el tratamiento, se observan claros signos de mejoría (véase *Gráfica 8*). Así, si atendemos al número de veces que L. llora al día, viniendo la conducta objetivo definida como “número de veces que lloras al día” (cuantificando dicho número desde que cae la primera lágrima hasta que cae la última”), se observa un descenso progresivo de dicha conducta, con picos coincidentes con ciertos momentos en que L. se encontraba con un nivel de activación fisiológica especialmente alto, y/o un estado anímico de abatimiento. Tal es el caso, por ejemplo, del momento en que se enteró de la posibilidad de tener que ir a la rueda de reconocimiento del presunto autor del robo del que fue *víctima* (pico días 31-34), o cuando hizo escape durante la exposición del ítem 14, con su evitación posterior (pico días 67-70).

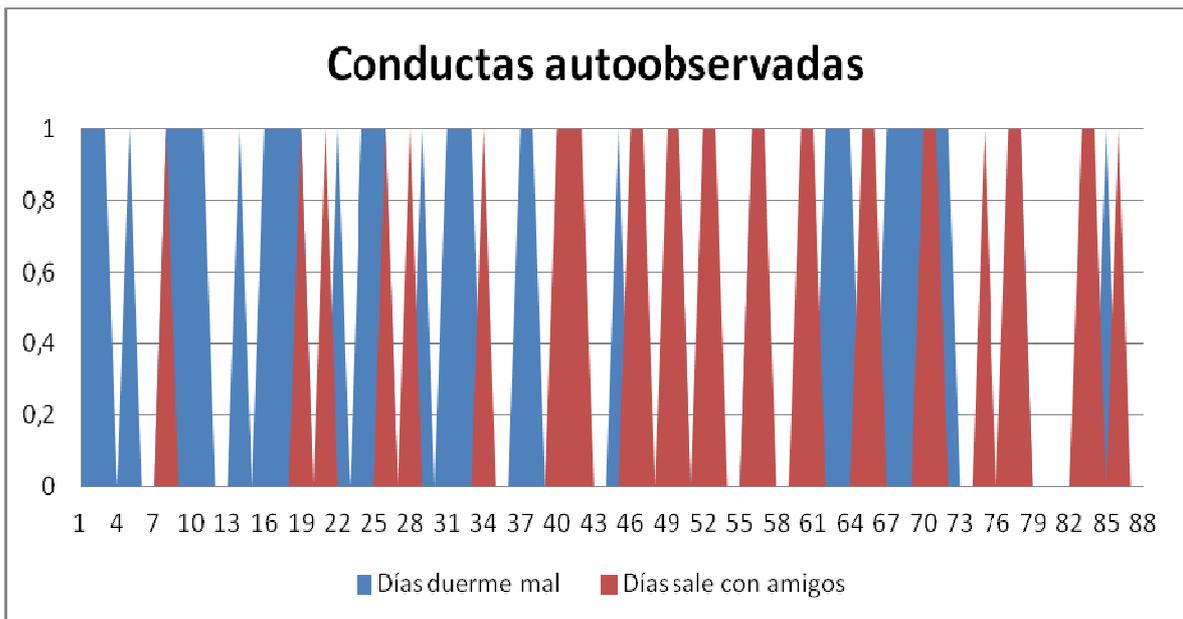
Otras conductas como el número de veces que tanto su madre como su novio hablaban con L. sobre el suceso (“numero de veces al día que tu madre/novio habla contigo sobre el robo,o aspectos relacionados con él, tales como, cómo te sientes respecto a ello”), también se vieron reducidas drásticamente, como puede verse en el gráfico, coincidiendo algunos repuntes, con aquellos momentos en que L. se mostraba más abatida. Factor que también es coincidente, con los momentos de menor atención/concentración por parte de L. (“numero de veces al día que olvidas cosas, te cuesta memorizar, o centrar la atención”). Así como, si observáramos ítem por ítem, con los momentos en que L. registró peor calidad y cantidad del sueño, y mayor aislamiento social, en un principio.

Cabe destacar en este punto, que a la hora de observar todas estas conductas, además de registrar su frecuencia, se le pidió que apuntara igualmente su duración e intensidad, por considerar que también podrían producirse variaciones, que sirvieran de feedback terapéutico a L.. No obstante, tras varios registros, se constató que esto resultaba inviable, por cuanto L. no siempre lo hacía.



Gráfica 8

Para las conductas “días que no duermes bien (te levantas cansada, tienes pesadillas, te cuesta dormirte o mantener el sueño, te despiertas antes de la hora y tienes dificultad para volverte a dormir...)”, y “días que sales, hablas o quedas con tus amigos”, se codificó, para su representación gráfica, como 1 (salgo con amigos, duermo mal), y 0 (no salgo con amigos, no duermo mal). Como puede apreciarse en el gráfico, hay una progresión a lo largo del tratamiento en cuanto a mejora en calidad y cantidad de sueño, así como en cuanto al número de contactos con sus amigos. (Véase Gráfica 9)



Gráfica 9

Por otro lado, a nivel cualitativo, pudimos constatar, igualmente, cambios notables a lo largo de la intervención. Así, a través de la observación directa de la paciente, en el contexto de interacción terapéutica durante las 16 sesiones que mantuvimos, pudimos apreciar como L., fue capaz de ir variando sus cogniciones, emociones y conductas negativas, en relación al suceso traumático, con los consiguientes cambios a nivel de lenguaje, que pasó de presentar un contenido negativo, en ocasiones rumiativo y catastrofista, con numerosas críticas hacia su actuación (“es horroroso”, “debería haber ido acompañada”, “soy una imbécil”...), a tener un contenido más positivo, cambiando las autocríticas destructivas, por otras más constructivas, los debería, por “me gustaría”, y el lenguaje derrotista por uno de superación (“es una situación difícil, pero soy capaz de salir de ella”). Así, a nivel cognitivo, fueron reduciéndose las creencias disfuncionales, existiendo un menor grado de acuerdo con las que se mantienen. En este sentido, cogniciones con las que estaba *totalmente o muy de acuerdo* (“no se puede confiar en las personas”, “nunca seré capaz de sentir de nuevo emociones normales”, o no puedo hacer nada para que no me sucedan cosas malas”), pasaron a presentar *leves niveles de acuerdo*.

Otros elementos, indicadores indirectos de mejoría, a nivel anímico y de autoestima, fue el cambio estético experimentado, pasando de ir sin maquillar y pobremente vestida, a aparecer en las últimas sesiones maquillada, y usando complementos como pendientes, anillo y pulseras.

De otro lado, su postura corporal y facial, que en las primeras sesiones había sido más inhibida, defensiva y tensa, pasó a ser más relajada a medida que se avanzaba en terapia, consiguiendo L. sus objetivos, y reforzándose la alianza terapéutica.

Finalmente, la progresiva adquisición de nuevas habilidades de afrontamiento, y su observación, permitió que la propia L. señalara su mejoría subjetiva (“menuda diferencia”, “no pensaba que volvería a estar así” “[...] hasta me veo capaz de cualquier cosa”).

CONCLUSIONES

El presente trabajo, nace con el objetivo de describir la situación de estrés y consecuencias psicológicas derivadas de haber sufrido un acontecimiento, que podríamos definir como traumático para nuestra paciente: un robo con violencia e intimidación. Del mismo modo, se pretende evaluar la eficacia de un tratamiento psicológico basado en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales. A tal fin, el trabajo recoge un diseño de caso único N=1.

De forma general, y congruente con la literatura existente al respecto, el análisis del caso evidencia que los efectos que puede tener una situación

vivenciada como altamente amenazante, supone unas consecuencias a nivel psicofisiológico, que pueden afectar de forma significativa al funcionamiento habitual de la persona, en áreas tan diversas como la laboral, familiar o social.

La mayor parte de los autores señalan, que el impacto que una situación altamente aversiva tiene, dada la novedad, intensidad y relevancia de los estímulos presentados, hace comprensible el hecho de que personas víctimas de un robo con violencia e intimidación desarrollen una sintomatología compatible con un trastorno de estrés postraumático, ya que se trata de una situación que ha llegado a representar una amenaza para la vida o integridad de la persona y que ha causado en ella sentimientos de temor, desesperanza u horror intensos. Este hecho, explicaría en parte, las puntuaciones elevadas que presenta nuestra paciente en aspectos como la evitación de todos aquellos estímulos asociados a la situación temida, la hiperactivación fisiológica, o la reexperimentación, aspectos estos que supondrían una repercusión negativa en su autoestima y estado anímico.

Como puede apreciarse durante el trabajo, la evaluación inicial del paciente reflejaba una sintomatología ansiosa, congruente con un TEPT (cursando con síntomas de reexperimentación, evitación, y alto nivel de activación), estado anímico depresivo, así como pensamientos disfuncionales que impedían un correcto afrontamiento de las situaciones temidas. Cuya evitación, reforzaba más, si cabe, dichas ideas y cogniciones negativas relativas tanto a ella como al entorno, incidiendo sobre su autoconcepto, y por ende, sobre su autoestima, generándose un círculo vicioso.

A fin de dar respuesta a esta problemática, se decidió aplicar un programa de tratamiento basado en los conocimientos disponibles acerca de la sintomatología presentada por nuestra paciente, incluyendo aquellas técnicas demostradas eficaces en estos casos. Así, siguiendo los modelos propuestos por varios autores, entre ellos el formulado por Brewin (Teoría de la Representación Dual); las técnicas aplicadas fueron las siguientes: 1) Psicoeducación, 2) Entrenamiento en control de la activación, 3) Terapia cognitiva, y 4) Terapia de exposición.

Finalizado el tratamiento, y a tenor de los resultados obtenidos, podemos concluir que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones pretratamiento y postratamiento, en todos los aspectos evaluados, esto es, trastorno de estrés postraumático, depresión, autoestima, ansiedad, inadaptación a la vida cotidiana o cogniciones postraumáticas, además de en otros elementos de carácter cualitativo. Así, el tratamiento aplicado ha resultado eficaz, en nuestro caso, para reducir la sintomatología de estrés postraumático y de las variables asociadas, pese a que algunos elementos como el grado de activación, algunas distorsiones cognitivas, o un nivel bajo de autoestima (aunque similar al existente antes del suceso, como refieren sus familiares), se siguen manteniendo, pero con una intensidad mucho menor que antes de iniciar la terapia. Este descenso de la sintomatología asociada, por otro lado, podría venir explicado, en parte, por la alta comorbilidad que el TEPT tiene con otros trastornos como la ansiedad o depresión, al no recoger, únicamente síntomas específicos del mismo.

Pero si un elemento merece tener un peso especial, ese es, a mi entender, el grado de motivación presentado por la paciente, las expectativas positivas de recuperación, y la asunción de un rol activo durante todo el proceso. Sin olvidar el papel esencial que el refuerzo y, fundamentalmente el autorrefuerzo, parecen jugar.

En este sentido, pocos son los estudios que evalúan el papel ponderado que estas variables juegan en el resultado terapéutico, aunque los existentes las valoran de forma positiva, por lo que quizá sería interesante una mayor profundización en el área

“El tiempo lo cura todo”, que con tanta frecuencia y tan a la ligera se articula, no es más que una rémora a un proceso de recuperación, que sin un afrontamiento activo por parte del interesado, carece de eficacia. Y es aquí, precisamente, donde tan importante se hace el papel de la psicoeducación, punto central de nuestra intervención. Que la persona entienda el proceso mediante el cual se origina su problema, y por qué razones se mantiene en el tiempo, otorga a quien lo sufre cierta sensación de control sobre su situación, al sentir que, al menos sabe lo que le ocurre, qué reacciones son normales, y qué puede hacer para afrontar la situación. En este caso, fue de vital importancia este hecho, pues que L. entendiera lo que le ocurría, no sólo le ayudó a llevar a cabo las tareas de exposición de manera adecuada, sino también a afrontar sus recuerdos acerca del robo de otra forma más ajustada a la realidad, incluso cuando aún no se había realizado la exposición.

No obstante, la transmisión de la información no debería quedar reducida al ámbito terapéutico, sino ir más allá. En una sociedad donde las nuevas tecnologías y sistemas de comunicación, comienzan a primar sobre otro tipo de elementos, donde la información comienza a presentarse en exceso, no puede permitirse que, precisamente las personas que debieran transmitirla de forma correcta, no lo hagan. Con ello me estoy refiriendo a la actuación que otros profesionales pueden realizar, y que puede contribuir a la sensación de falta de control por parte del afectado, que de no ser tenida en cuenta, en muchas ocasiones acaba generando una acentuación e incluso cronificación, de la sintomatología desencadenada por el suceso percibido como *traumático*, que de otro modo, podría ser afrontado positivamente, previniendo la aparición de trastornos como el TEPT.

En este sentido, ese elemento fue esencial en nuestro caso. Como relató la propia paciente, su nivel de ansiedad se elevó considerablemente, cuando el profesional que recogió su denuncia, no sólo no le proporcionó información realista ajustada a la realidad, sino que hizo un mal manejo de la misma, llegando a cuestionar no sólo su estado físico (presentando como anormal la sintomatología de estrés que presentaba: falta de concentración, dificultad para recordar...) atribuyéndolo a la ingesta de alcohol; sino sobrevalorando el peligro corrido. Aspecto que repercutió muy negativamente en su percepción de sí misma, el mundo y su entorno, y que le generó un nuevo pico en sus niveles de activación, cuando le volvieron a llamar para acudir a una rueda de reconocimiento.

En este punto, me gustaría detenerme, por cuanto en ocasiones se nos olvida que la intervención terapéutica se da en un contexto global, y no en uno individualizado y aislado. De este modo, y en relación a este punto, he podido observar como sigue existiendo cierta inercia atávica, en considerar a la persona que ha sufrido el delito, como un sujeto pasivo a la acción judicial, asumiendo aún la Justicia ese rol paternalista, y en ocasiones inquisitorial, que tanto se ha criticado. Rol que comienza con el reiterado uso de la palabra *víctima*, que no hace más que generar en la persona una etiqueta, y con ello un rol de indefensión manifiesta que, en muchas ocasiones, llega a interiorizar tanto, que acaba siendo su tarjeta de presentación, y que no contribuye más que a lo que la Justicia tanto persigue evitar: la victimización secundaria.

Es reseñable el hecho de que, pese al avance logrado en materia judicial, haciendo a la *víctima* partícipe del proceso, en la práctica esto no siempre se cumple, o al menos, da esa sensación. Así, pese a que la víctima ya no es considerada como objeto pasivo, bajo mi punto de vista, aún quedan reminiscencias de aquel concepto. Es por ello que, en mi opinión, estos elementos deberían cuidarse más, y centrarse no sólo en las formas, sino también en el fondo, ya que, aunque objetivamente se estén cumpliendo todos los derechos y garantías procesales, a nivel más subjetivo, la sensación que puede quedarle a la persona que ha sufrido el delito, puede ser muy diferente a la que se pretende.

Por todo ello, parece curioso que, frente al discurso de los diferentes organismos e instituciones, en el cual la *víctima* adquiere un papel central; en la práctica, y donde debieran aplicarse todos los recursos que tan fehacientemente se esgrimen, precisamente para que deje de ser una *víctima*, no es más que un discurso vacío. Es decir, y bajo mi punto de vista, se busca generar nuevos recursos para atajar aquello que, con los recursos existentes se podría prevenir.

Quiero pensar que esto responde más a una falta de conocimientos, que de interés, y partiendo de ello, quizá, parte de nuestra labor profesional, debiera residir en formar e informar a los demás profesionales, que de alguna forma, no sólo complementan nuestro trabajo, sino que podrían determinarlo.

Volviendo al caso que nos ocupa, veo esencial destacar también, el papel que una red de apoyo fuerte y estable tiene en este tipo de problemáticas. Así, en el caso de L., su bajo estado anímico había favorecido un descenso de reforzadores sociales, que alimentaba aún más ese estado, retroalimentando el proceso, e influyendo de manera indirecta sobre otros elementos como su autoconcepto, autoeficacia percibida, y por ende, su autoestima. El retomar actividades que antes resultaban gratificantes para L., con particular atención a relacionarse de nuevo socialmente, supuso un refuerzo y autorrefuerzo sustancial, que permitió, no sólo una mejora de su estado anímico, y autoestima, sino una mayor confianza en sí misma para poner en marcha las estrategias de afrontamiento que progresivamente iba adquiriendo durante la intervención. En este sentido, la red de apoyo de L., en especial su mejor amiga, sirvió además de modelado, así como de elemento motivador al cambio, influyendo y ajustando de manera más objetiva, ideas disfuncionales que L. había desarrollado a partir de la situación traumática.

Cabe destacar también, como señalan autores tales como Echeburúa (Echeburúa y Corral, 2008), la importancia que tiene el apoyo social percibido, sobre el real. En nuestro caso, aspecto también importante, L. no sólo tenía una red social de apoyo real, sino que era percibida por ella, como tal.

No obstante, debe tenerse en cuenta, en este punto, lo esencial que resulta que el apoyo sea dispensado en su justa medida, para evitar dependencias innecesarias, que hagan perder al paciente la capacidad de control sobre su situación. Así, el apoyo proporcionado, debe ser el preciso para que el paciente sea capaz de mantener su autonomía, afrontando con los medios de los que dispone la situación, y fortaleciendo con ello su sensación de control y eficacia percibida. Las llamadas constantes por parte de su familia, en el caso de L., no sólo no le ayudaban a afrontar activamente el problema sino que contribuían a su mantenimiento, lo cual además, repercutía en su autoestima, estado anímico, y activación fisiológica, evitando toda exposición a los estímulos temidos.

Por otro lado, y en sentido opuesto, con frecuencia es el propio paciente quién tiene dificultades para reconocer y/o pedir ayuda. En nuestro caso, esquemas cognitivos previos de L. basados en la autoeficacia y autoexigencia, alimentaron cierto sentimiento de vergüenza ante el temor que sentía a la exposición a ciertos estímulos, lo cual supuso prácticamente el aislamiento de su entorno social. Por ello, y siguiendo lo propuesto por Brewin (Brewin, Dalgleish y Joseph, 1996), previo al tratamiento de exposición se trabajaron con reestructuración cognitiva las emociones secundarias que se habían derivado de la evaluación que L. hizo de la situación de robo (culpa y vergüenza, principalmente), a fin de que el tratamiento ganara en efectividad, evitando la activación, ante el recuerdo del trauma, de dichas emociones, que pudieran bloquear la habituación al miedo, e incluso dificultar el procesamiento de estos eventos o recuerdos.

En esta línea, y aunque un análisis de caso único, no permite una generalización de los resultados, cabe destacar el hecho, de la eficacia en el orden de aplicación del programa de intervención propuesto, por cuanto el conocimiento previo de la problemática, el trabajo de las ideas disfuncionales que la alimentaban, y el desarrollo de estrategias de afrontamiento por parte de L., como fueron las técnicas de control de la activación, facilitó la exposición a los estímulos temidos, pese a la aversión que este hecho, inicialmente le generaba. Quizá, parte de este éxito se deba también, al ajuste del tratamiento a las necesidades del paciente, y no al revés; siendo en todo momento la asunción de la responsabilidad activa en el proceso de recuperación por parte de la paciente, eje central de la intervención.

De los resultados, se extrae, por tanto, la posibilidad de desarrollar intervenciones que permitan actuar de forma eficiente y eficaz sobre la sintomatología asociada a un evento percibido como traumático, y las consecuencias que en el desempeño cotidiano puede producir. En otro orden de cosas, este trabajo, no sólo ha permitido el análisis en profundidad de un caso de estrés postraumático tras un suceso percibido como altamente amenazante, sino una evaluación tanto cuantitativa, como cualitativa del mismo, y del tratamiento desarrollado, lo cual, aporta un enriquecimiento

adicional. Así, acorde a los datos objetivos obtenidos, la valoración subjetiva de L. parece corroborarlos, señalando que sus síntomas son menores o bastante menores y que se encuentra mejor o bastante mejor. Es decir, la satisfacción con el tratamiento es alta. No obstante, y aquí reside una de las limitaciones del presente estudio, hubiera sido recomendable la obtención de información por parte de las diferentes fuentes, así como la continuación de las sesiones de seguimiento, para constatar, o no, el mantenimiento de los logros obtenidos durante el tratamiento a medio y largo plazo. Así, los cambios logrados con la terapia deben ser consolidados a través de la puesta en práctica continuada en el tiempo, de las estrategias de afrontamiento aprendidas. Esto, se hace especialmente relevante en nuestro caso, ya que la paciente aún se encuentra inmersa en un proceso judicial, aspecto este que podría generar “recaídas”, como ocurrió durante el tratamiento.

No podemos olvidar que la falta de apoyo social y el nivel de estrés habitual, son dos de los principales factores predictores del desarrollo del trastorno de estrés postraumático (Brewin, Andrews & Valentine, 2000), por lo tanto, es esperable que sean factores asociados a la recuperación de las personas que presentan el trastorno. Parece claramente necesario, por tanto, la modificación funcional de un sistema judicial, que otorga, en la práctica, un papel pasivo a la víctima, favoreciendo la aparición y/o agravamiento, de una problemática que podría reducirse e incluso evitarse. Es por ello que, a mi entender, debieran implantarse programas de información y formación a los profesionales que trabajan en esta área, dirigidos a la prevención. En este sentido, quizá fuera interesante, medir de alguna manera, el impacto que la situación legal y los trámites judiciales a los que se enfrentan las víctimas de un delito, tiene en su recuperación.

Así, tanto las limitaciones temporales, como el tratarse de un estudio de caso único, suponen unas restricciones metodológicas que impiden cualquier generalización, y un diseño que no permite establecer relaciones causales entre los tratamientos aplicados y los efectos terapéuticos conseguidos.

Como conclusión, este trabajo ha tratado de presentar un caso de TEPT agudo a raíz de un suceso delictivo percibido como altamente amenazante para la *víctima*, algo nada inusual en nuestra sociedad, como reflejan las estadísticas policiales y judiciales. Dicho caso, ha pretendido exponerse desde una perspectiva clínica, sin dejar de lado el contexto en el que se desarrolla, esencial para un efectivo abordaje terapéutico, que permita el mantenimiento de los logros a medio-largo plazo. Como se ha puesto de manifiesto, hechos como los descritos en el trabajo, pueden generar elevados niveles de malestar en la persona que los sufre, viéndose afectadas áreas tan diversas como la familiar, laboral o social. El programa de tratamiento cognitivo conductual llevado a cabo, pese a las limitaciones metodológicas que impiden la generalización de los resultados, se ha mostrado eficaz para superar el trastorno de estrés postraumático y las variables de adaptación y sintomatología concomitante asociada (depresión, baja autoestima, inadaptación a la vida cotidiana, ansiedad y cogniciones negativas derivadas

de la experiencia traumática) en una víctima de delito violento. Resultados que se ven en el postratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P y Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Albuquerque, A. (1992). Tratamiento del estrés postraumático en excombatientes. En Echeburúa (ed): Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Madrid: Pirámide.
- Asociación de Psiquiatría Americana (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª Edición). DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Báguena, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*, 13 (3), 479-492.
- Ballentine, R. (1976). *Science of breath*. Glenview. IL, Himalayan International Institute.
- Beck, A.T, Rush, A.J, Shaw, B.F, y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression: A treatment manual*. Nueva York. Guilford.
- Bernstein E, Putnam, F.W. *Development, reliability, and validity of a dissociation scale*. *J Nerv Ment Dis*, (1986); 174: 727-735.
- Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Taylor, A.E., y Loos, W.R y cols. (1996). Who develops PTSD from motor vehicle accidents? *Behavior Research and Therapy*, 34:1-10.
- Breslau, N., Kessler, R.C, Chilcoat, H.D, Schultz, L.R, Davis G.C, y Andreski, P. (1998): Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroi area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Brewin, C. (1989). Cognitive change processes in psychotherapy. *Psychological Review*, 96 (3),379-394.
- Brewin, C.; Dalgleish, T. & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103 (4), 670-686.
- Brewin, C.; Andrews, B. & Valentine, J. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 748-766.

- Brewin, C.; Andrews, B. & Valentine, J. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 748-766.
- Brewin, C. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 373-393.
- Bryant, R. (2000). Cognitive behavioral therapy of violence-related posttraumatic stress disorder. *Aggression and Violent Behavior*, 5 (1), 79-97.
- Carlson, E.B, Putnam, F. W. *An update on the Dissociative Experience Scale*. *Dissociation* (1993); 6:16-27.
- Chemtob, C.M, Tomás, S., Law,W. y Cremniter, D. (1997). Postdisaster psychosocial intervention: a field study of de impact of debriefing on psychopatological distress. *American Journal of Psychiatry*,154, 415-417.
- Corral, P., Echeburúa, E. y Sarasua, B.(1989). Estrés postraumático en víctimas de violación. En E.Echeburúa (dir.), *Estrés: problemática psicológica y vías de intervención* (pp. 26-47). San Sebastián. Universidad del País Vasco.
- CIE-10 (Décima revision de la clasificación internacional de las enfermedades) (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Dalgleish, T. (1999). Cognitive theories of post-traumatic stress disorder. En W. Yule (Ed.), *Post-Traumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy* (pp. 193-220). Chichester: John Wiley & Sons Ltda.
- Davidson, J.R y Foa,E.B (1991). Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: considerations for the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 346-355.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995). *Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*. La Coruña. Fundación Paidea.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J, Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2: 7-19.

- Echeburúa, E.; Corral, P.; Amor, P. J.; Zubizarreta, I. & Sarasua, B. (1997b). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: Propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23 (90), 503-526.
- Echeburúa, E. & Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. En E. Echeburúa y P. de Corral, *Manual de Violencia Familiar* (pp. 71-175). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S. A.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (1998). *Manual de Violencia Familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Trastorno de Estrés Postraumático*. En Vallejo, M (ed.): *Manual de Terapia de Conducta* (Vol. 1).Madrid. Dykinson.
- Echeburúa, E.; Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26 (107), 325-340.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de delitos violentos*. Madrid. Pirámide.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Amor, P.J, (2005). Evaluación del trastorno de estrés postraumático. En V.E. Caballo (dir.). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* (pp.489-505). Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Amor, P.J, (2007). Tratamiento psicológico en las fases tempranas del trastorno de estrés postraumático. En J.L. Vázquez-Barquero y A. Herrán (dirs.), *Las fases iniciales de las enfermedades mentales: los trastornos de ansiedad* (pp. 133-141). Barcelona: Elsevier-Masson.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Amor, P.J, (2011). Trastorno de estrés postraumático y trastorno de estrés agudo. En Caballo, V, Salazar, I, Carroble, J.A. *Manual de Psicopatología y Trastornos psicológicos*. Gran Canaria. Pirámide.
- Echeburúa, E., y Corral, P. (2008). Trastorno de estrés postraumático. En A.Belloch, B. Sandín y F.Ramos (dirs.), *Manual de psicopatología* (2ªed., vol2, pp.137-148). Madrid: McGraw-Hill.
- Echeburúa, E., y Corral, P. y Ortiz, C. (2008). Técnicas de exposición. En F.J. Labrador (dir.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp.261-286). Madrid: Pirámide.

- Echeburúa, E., y Corral, P. (2009). ¿Por qué las víctimas no reaccionan de la misma manera ante un mismo suceso traumático? Factores de protección y factores de vulnerabilidad. En A. Medina, M.J. Moreno. R. Lillo y J.A. Guija (dirs.). *El sufrimiento de la víctima (Psiquiatría y Ley)* (pp.161-184). Madrid: Triacastela.
- Everly, G.S. (1989). *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. Nueva York. Plenum.
- Foa, E. B,y Kozak, M.J (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*,99, 20-35.
- Foa, E., Steketee, G y Rothbaum,B.O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Foa, E.; Rothbaum, B.; Riggs, D. & Murdock, T. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (5), 715-723.
- Foa, E., Zimbarg R. y Rothbaum,B.O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in posttraumatic stress disorder: an animal model. *Psychological Bulletin*, 112, 218-238.
- Foa, E.B. y Riggs, D.S. (1995). Posttraumatic stress disorder following assault: theoretical considerations and empirical findings. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 61-65.
- Foa, E., y Rothbaum,B.O. (1998). Treating the trauma of rape. Cognitive-behavioral therapy for PTSD. New York. Guilford Press.
- Foa, E.; Ehlers, A.; Clark, D. M.; Tolin, D. F. & Orsillo, S. M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11 (3), 303-314.
- Foa, E.B., Keane, T.M. y Friedman, M.J. (2003). *Tratamiento del estrés postraumático*. Barcelona. Ariel.
- Harvey, J. (1978). Diaphragmatic breathing: A practical technique for breath control. *The behavior Therapist*, 1, 13-14.
- Hirai, T. (1975): *Zen Meditation Therapy*. Tokyo, Yapan Publications.
- Hodgkinson, P.E., Joseph, S., Yule, W y Williams, R (1995).Measuring grief after sudden violent death: Zeebrudge bereaved at 30 months. *Personality and Individual Differences*, 18:805-808.

- Keane, T.M, Fairbank, J.A., Caddell, J.M., Zimering, R.T, y Bender, M.E. (1985). A behavioral approach to assessing and treating posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans, en C.R.Figley (dir.), *Trauma and its wake: The study and treatment of posttraumatic stress disorder*. Nueva York, Brunner/Mazel.
- Keane, T.M, (1989). Posttraumatic stress disorder. Current status and future directions. *Behavior Therapy*,2, 149-153.
- Kessler, R.; Sonnega, A.; Bromet, E.; Hughes, M. & Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52 (12), 1048-1060.
- Kilpatrick, D.G, Saunders, B.E, Amick-Mc-Mullan, A., Best, C.L, Veronen L.J, y Jesnick, H.S (1989). Victim and crime factors associated with the development of crime related PTSD. *Behavior Therapy*. 20.199-214.
- Kusher, M. G., Riggs, D. S., Foa, E. B., y Miller, S. M. (1992). Perceived controllability and development os posttraumatic stress disorder in crime victims. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 105-110.
- Labrador, F. J.; Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la Elección de Tratamientos Psicológicos Efectivos. Hacia una Nueva Psicología Clínica*. Madrid: Dykinson-Psicología.
- Lang, P.J. (1985). Experimental desensitization of a phobia. *Journal of Abnormal and Social Psychology*,66, 519-525.
- Paz Rincón, P. (2003). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención*. Tesis.
- Resick, P. & Schnicke, M. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-760.
- Richards, D. y Lovell, K. (1999). Behavioural and cognitive behavioural interventions in the treatment of PTSD. En W. Yule (Ed.), *Post-Traumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy* (pp. 239-266). Chichester: John Wiley and Sons Ltda.
- Robles, J.I, y Medina, J.L (2002). *Intervención Psicológica en las catástrofes*. Madrid. Síntesis.
- Rosenberg, A. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey. Princeton.

- Schnurr, P.; Friedman, M. & Bernardy, N. (2002). Research on posttraumatic stress disorder: Epidemiology, pathophysiology and assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (8),877-889.
- Solomon, S. y Johnson, D. (2002). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder: A practice-friendly review of outcome research. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (8), 947-959.
- Spielberger,C.D, Gorsuch, R.L, y Lushene, R.E, (1970). STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire). Palo Alto. California: Consulting Psychologists Press.
- Vázquez, C. & Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8 (3), 403-422.
- Vázquez, C. & Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10 (1), 59-81.
- Ward, R. (1977). Aging group consciousness: Implications in an older sample. *Sociology and Social Research*, 61 (4), 497-519.
- Wittchen, H.U., Gloster, A., Beesdo, K., Schönfeld, S.Y. y Perkomigg, A. (2009). Posttraumatic stress disorder: Diagnostic and epidemiological perspectives. *CNS Spectrums*, 14 (supl 1), 5-12.
- Zubizarreta, I.; Sarasua, B.; Echeburúa, E.; Corral, P.; Saucá, D. & Emparanza, I. (1994). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa, *Personalidades Violentas* (pp. 129-152). Madrid: Pirámide.

RECURSOS ELECTRÓNICOS

Anuario Estadístico 2010 sobre delitos, faltas y detenciones. Ministerio del Interior. Gobierno e España. <http://www.interior.gob.es/anuarios-estadisticos-12/anuario-estadistico-2010-901>.

Estadística de condenados 2009. Instituto Nacional de Estadística. <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t18/p466&file=inebase>.

Guía de Referencia Rápida de Tratamientos Psicológicos con Apoyo Empírico. Universidad Complutense de Madrid. (2011-2012). <http://www.ucm.es/info/psclinic/guiarefrat/index.php>.

ANEXO

AUTORREGISTRO TIPO A-B-C

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha	Situación	Qué pensaste	Qué sentiste	Qué hiciste (afront./evitación 0-10)	Nivel máx. de malestar (0-10)

AUTORREGISTRO EJERCICIOS DE CONTROL DE LA RESPIRACIÓN

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha	Hora		Nivel de Ansiedad (0-10)		Observaciones
	Inicio	Fin	Antes	Después	

AUTORREGISTRO ACTIVIDADES GRATIFICANTES

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha	Actividad	Grado de satisfacción (0-10)	Observaciones
A			

AUTORREGISTRO A-B-C-D. PENSAMIENTOS ALTERNATIVOS.

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha	Situación	Qué pienso	Qué siento	Grado malestar (0-10)	Pensamiento alternativo	Qué siento ahora	Grado malestar (0-10)

AUTORREGISTRO EXPOSICIÓN RELATO ROBO

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha	Hora		Tarea de exposición	Nivel de Ansiedad (0-100)			Observaciones
	Inicio	Fin		Antes	Durante	Después	

AUTORREGISTRO EXPOSICIÓN SITUACIONES EVITADAS

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha	Hora		Tarea de exposición	Nivel de Ansiedad (0-100)			Sólo o con terapeuta	Observaciones
	Inicio	Fin		Antes	Durante	Después		

AUTORREGISTRO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Nombre: _____ Fecha: _____

Problema	
Alternativas de solución.	<ul style="list-style-type: none">• _____• _____• _____• _____• _____
Alternativa elegida y motivos.	
Evaluación	