

# TRATAMIENTO DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJER OBJETO DE VIOLACIÓN Y VIOLENCIA FÍSICA POR SU EX PAREJA

**Dionisio F. Zaldívar Pérez**

*Facultad de Psicología Universidad de La Habana*

## **Resumen**

El siguiente trabajo trata sobre el tratamiento a una joven mujer de treinta años que presentaba sintomatología asociada al estrés posttraumático como consecuencia de la violación y maltrato físico, con intento de homicidio, por parte de su ex pareja. La atención le fue brindada en el COAP (Centro de Orientación y Atención Psicológica) adscrito a la facultad de psicología de la Universidad de La Habana. El tratamiento utilizado, consistió en el empleo de terapia de relajación con visualización, exposición a situación traumática de manera encubierta y terapia de reestructuración cognitiva. Después de cinco encuentros, a razón de un encuentro por semana, la mejoría observada en la sintomatología presentada por la paciente, en cuanto a disminución en frecuencia e intensidad, así como en su estado emocional, fue notable. Después de un seguimiento de cuatro meses, se comprueba la estabilidad de los resultados logrados.

**Palabras claves:** Estrés posttraumático, violencia en la mujer, tratamiento por estrés posttraumático, terapia de relajación y visualización, terapia de exposición encubierta, terapia de reestructuración cognitiva.

## **Abstract**

*The following work is about the treatment of a young woman of thirty years who had symptoms associated with post-traumatic stress as a result of rape and physical abuse, with intent of homicide, by her ex-partner. Attention was given to him in the COAP (Psychological Care and Counseling Center) attached to the faculty of psychology of the University of Havana. The treatment used consisted of the use of relaxation therapy with visualization, exposure to the traumatic situation in a covert manner and cognitive restructuring therapy. After five encounters, one reason for an encounter per week, the observation observed in the symptomatology presented by the patient, in terms of a decrease in frequency and intensity, as well as in his emotional state, was remarkable. After a follow-up of four months, the management of the results achieved is verified.*

**Key words:** Post-traumatic stress, violence in women, post-traumatic stress disorder, relaxation and visualization therapy, covert exposure therapy, cognitive restructuring therapy.

## **Introducción**

La violencia es un fenómeno de la vida contemporánea que afecta a personas sin distinción de sexo, edad, nivel socioeconómico y cultural, cuenta entre sus víctimas preferidas a mujeres, ancianos y niños y que se vincula con la disfunción familiar que se expresa en la violencia interfamiliar que con tanta frecuencia se reporta hoy en día.

Los sujetos que son víctimas de actos de violencia, con frecuencia “quedan traumatizados”, presentan diversas afectaciones en su salud mental y frecuentemente las consecuencias o impactos de esta violencia se expresa en la aparición de sintomatología asociada al trastorno de estrés post traumático que de alguna manera afecta el bienestar y calidad de vida de estas personas.

Podemos referirnos al trauma como un malestar intenso causado por un suceso negativo inesperado, de consecuencias catastróficas y que en muchas ocasiones es provocado por otro ser humano. Este tipo de acontecimiento desborda la capacidad de respuesta de la persona que se siente incapaz de enfrentar las situaciones que se ve obligada a vivir. Las estrategias de afrontamiento suelen ser equivocadas o insuficientes y las expectativas son pesimistas (Echeburúa, 2004). Con frecuencia la persona experimenta emociones negativas tales, como el odio, el rencor e intensos deseos de obtener venganza, que en muchas ocasiones suelen complicar la situación. Como consecuencia de ello, la persona, se muestra incapacitada para enfrentar la nueva situación, se siente indefensa, pierde la esperanza en el futuro, la confianza en sí misma, y pierde la iniciativa para emprender otras actividades (Foa & Rothbaum, 1998).

En la tabla siguiente podemos observar algunos de los trastornos que pueden afectar a las víctimas de actos violentos:

- Sentimientos negativos: humillación, vergüenza, culpa o enojo.
- Ansiedad.
- Preocupación constante por el trauma, con tendencia a revivir el suceso.
- Depresión.
- Pérdida progresiva de confianza personal como consecuencia de los sentimientos de indefensión y de desesperanza experimentada.
- Disminución de la autoestima.
- Pérdida de interés y de la concentración en actividades anteriormente gratificantes.
- Cambios en el sistema de valores, especialmente la confianza en los demás y la creencia en un mundo justo.
- Hostilidad, agresividad, abuso de alcohol y de drogas.
- Modificación de las relaciones (dependencia emocional, aislamiento).
- Aumento de la vulnerabilidad, con temor a vivir en un mundo peligroso, y pérdida de control sobre la propia vida.
- Cambio drástico en el estilo de vida, con miedo a acudir a los lugares de costumbre; necesidad apremiante de trasladarse de domicilio.
- Alteraciones en el ritmo y el contenido del sueño.
- Disfunción sexual.

Tabla 1.1 Daño psicológico en víctimas de delitos violentos. Fuente: Esbec, 2000.

### ***Estrés post traumático***

En los últimos tiempos, se le ha prestado una atención considerable al fenómeno del estrés, tanto, por el impacto que provoca en la salud física, como mental de los sujetos que lo padecen y también por sus afectaciones al bienestar emocional y la calidad de vida de las personas en general.

Aunque diversas conceptualizaciones se han realizado con relación al estrés, las propuestas interactivas o transaccionales suelen ser las más aceptadas, ya que enfatizan la relevancia de los factores psicológicos, principalmente cognitivos, que median entre los estímulos (estresores) y las respuestas de estrés (Lazarus & Folkman, 1984). Desde esta visión el individuo tiene una participación activa, principal, en el proceso de estrés, a diferencia de los enfoques centrados en la

respuesta o el estímulo. El enfoque interaccional define el estrés como el resultado de relaciones particulares entre la persona y su entorno.

Uno de los aspectos principales de la teoría es la importancia que se otorga a la evaluación cognitiva como mediador entre las reacciones de estrés y los estímulos potencialmente estresantes. Así, podemos considerar que la evaluación cognitiva es un proceso universal, según el cual los sujetos valoran constantemente la significación de lo que está sucediendo relacionado con su bienestar personal.

El **estrés** puede ser considerado como un proceso natural del organismo humano, que genera una respuesta automática cuando nos enfrentamos a condiciones externas que resultan desafiantes o que amenazan nuestro bienestar, y que requieren una movilización de recursos físicos, mentales y conductuales para hacerles frente, lo que suele perturbar el equilibrio emocional de la persona cuando la demanda está por encima de los recursos del sujeto.

Si bien en un primer momento la respuesta de estrés y la activación de los distintos sistemas del organismo, resulta necesaria y adaptativa, cuando esta se prolonga o intensifica en el tiempo, la salud, y el equilibrio de las personas puede verse afectado.

### Efectos del estrés

Los efectos y consecuencias del estrés pueden ser muy diversos y numerosos. Algunas consecuencias pueden ser primarias y directas; otras, la mayoría, pueden ser indirectas y constituir efectos secundarios o terciarios; unas son, casi sin duda, resultados del estrés, y otras se relacionan de forma hipotética con el fenómeno; también pueden ser positivas, como el impulso exaltado y el incremento de automotivación. Muchas son disfuncionales, provocan desequilibrio y resultan potencialmente peligrosas. Una taxonomía de las consecuencias del estrés sería:

- a) *Efectos subjetivos.* Ansiedad, agresión, apatía, aburrimiento, depresión, fatiga, frustración, culpabilidad, vergüenza, irritabilidad y mal humor, melancolía, poca estima, amenaza y tensión, nerviosismo, soledad.
- b) *Efectos conductuales.* Propensión a sufrir accidentes, drogadicción, arranques emocionales, excesiva ingestión de alimentos o pérdida de apetito, consumo excesivo de bebidas o cigarrillos, excitabilidad, conducta impulsiva, habla afectada, risa nerviosa, inquietud, temblor.
- c) *Efectos cognoscitivos.* Incapacidad para tomar decisiones y concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad a la crítica y bloqueo mental.
- d) *Efectos fisiológicos.* Aumento de las catecolaminas y corticoides en sangre y orina, elevación de los niveles de glucosa sanguíneos, incrementos del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea, sequedad de boca, exudación, dilatación de las pupilas, dificultad para respirar, escalofríos, nudo de la garganta, entumecimiento y escozor de las extremidades.

### Tipos de estrés:

Podemos considerar la existencia de diferentes tipos de estrés:

- **Estrés agudo.** Resulta un estrés a corto plazo que tiende a desaparecer rápidamente. Este es un fenómeno que aparece ante presiones ordinarias de la vida. Podemos sentirlo cuando estamos preocupado por una reunión, dificultades transitorias con la pareja, o cuando estamos enfrentando una situación conflictiva en la que tenemos que tomar una decisión que no nos satisface mucho. También ocurre cuando hace algo nuevo o excitante. Todas las personas podemos sentir estrés agudo en algún momento en algún momento de nuestra vida.
- **Estrés crónico.** Este es el estrés que se prolonga en el tiempo podemos sentir estrés crónico si tenemos problemas de dinero, una enfermedad inesperada o problemas con el vecino. Cualquier tipo de situación que resulte amenazante y que continúa por semanas o meses puede convertirse en estrés crónico.

- **Estrés crónico episódico.** Como su nombre lo indica es una reacción que se repite con cierta periodicidad en sujetos que viven constantemente angustiados o presionados por determinada situación o evento vital.

A la lista anterior pudiéramos agregar el llamado estrés post traumático que ocurre luego que hemos enfrentado eventos traumáticos como un accidente automovilístico, una violación, abuso físico u otros; la persona se siente estresada, ansiosa o con temor, luego de pasado el peligro o la amenaza a la cual estuvo sometida. Rompe el equilibrio y bienestar emocional del sujeto y también puede afectar a las personas que lo rodean.

La descripción del Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT) se realizó por primera vez en la tercera edición del DSM (APA, 1980). El mismo fue reconocido como una variante de los trastornos de ansiedad que ocurren posterior a la exposición a un evento altamente perturbador, donde la vida o la integridad de la persona resultan seriamente amenazadas.

En la actualidad el TEPT, ya no se considera entre los trastornos de ansiedad, sino en una nueva categoría denominada "Trastornos relacionados con traumas y eventos estresantes" comprendiendo un conjunto de síntomas de estrés que se manifiestan fundamentalmente en los cuatro grupos siguientes: 1) Exposición a la ocurrencia o amenaza de muerte, lesiones graves o violación sexual ; 2) Evitación; 3) Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas a suceso/s traumático/s; 4) Alteración importante de la activación y reactividad asociada a suceso/s traumático/s; su diagnóstico se puede realizar utilizando los criterios del DSM-V o del CIE-10, veamos la propuesta que se realiza mediante el primer documento nombrado.

**A. La persona ha estado expuesta a: muerte o amenaza de muerte o peligro de daño grave, o violación sexual real o amenaza, en una o más de las siguientes maneras:**

- 1) Experimentar uno mismo el acontecimiento.
- 2) Ser testigo del acontecimiento que le ha ocurrido a otro.
- 3) Tener conocimiento de un acontecimiento que le ha ocurrido a alguien cercano o a un amigo.
- 4) Experimentar exposiciones repetidas o de extrema aversión a detalles del acontecimiento (por ejemplo personal de emergencias que recoge partes de cuerpo; agentes de policía expuestos repetidamente a detalles sobre abuso infantil).

**B. Síntomas intrusivos que están asociados con el acontecimiento traumático (iniciados después del acontecimiento traumático), tal y como indican una (o más) de las siguientes formas:**

- 1) Recuerdos dolorosos del acontecimiento traumático, espontáneos o con antecedentes recurrentes, e involuntarios e intrusivos.
- 2) Sueños recurrentes angustiosos en los que el contenido y / o la emoción del sueño están relacionados con el acontecimiento.
- 3) Reacciones disociativas (por ejemplo, *flashbacks*) en el que el individuo se siente o actúa como si el acontecimiento traumático estuviese ocurriendo (estas reacciones pueden ocurrir en un continuo, en el que la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno).
- 4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- 5) Importantes respuestas fisiológicas al recordar el acontecimiento traumático.

**C. Evitación persistente de estímulos relacionados con el acontecimiento traumático (iniciados después del acontecimiento traumático), a través de la evitación de una (o más) de las siguientes formas:**

- 1) Evitación de recordatorios internos (pensamientos, sentimientos o sensaciones físicas) que estimulan recuerdos relacionados con el acontecimiento traumático.

2) Evitación de recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que estimulan recuerdos relacionados con el acontecimiento traumático.

**D. Alteraciones negativas en las cogniciones y del estado de ánimo que se asocian con el acontecimiento traumático (iniciadas o empeoradas después del acontecimiento traumático), tal y como indican tres (o más) de las siguientes formas:**

- 1) Incapacidad para recordar un aspecto importante del acontecimiento traumático
- 2) Persistente y exageradas expectativas negativas sobre uno mismo, otros, o sobre el futuro
- 3) Culpa persistente sobre uno mismo o sobre los otros sobre la causa o las consecuencias del acontecimiento traumático.
- 4) Estado emocional negativo generalizado, por ejemplo: miedo, horror, ira, culpa o vergüenza.
- 5) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
- 6) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
- 7) Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas

**E. Alteraciones en la activación y reactividad que están asociados con el acontecimiento (iniciadas o empeoradas después del acontecimiento traumático), tal y como indican tres (o más) \* de las siguientes formas:**

- 1) Comportamiento irritable, enojado o agresivo.
- 2) Comportamiento temerario o auto-destructivo.
- 3) Hipervigilancia.
- 4) Respuestas exageradas de sobresalto.
- 5) Dificultades para concentrarse.
- 6) Trastornos del sueño, por ejemplo, dificultad para quedarse o permanecer dormido.

\* Los síntomas necesarios para el cumplimiento de este criterio serán contrastados con datos a nivel empírico.

**F. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C, D y E) se prolongan más de un mes.**

**G. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.**

**H. Los problemas no se deben a efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una condición médica general.**

Tabla 1.2 Propuesta para los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Post Traumático.  
Fuente: DSM-V. American Psychiatric Association, 2013

### **Estrés postraumático y violencia sexual.**

La violencia sexual suele tener serias implicaciones psicológicas en las personas que la sufren, Amor, Echeburua, De Corral, Zubizarreta, y Sarasua, (2001) reportaron que la tasa de prevalencia del trastorno de estrés post traumático en víctimas de violencia familiar sin agresiones sexuales (42%) se incrementa (54%) cuando hay relaciones sexuales forzadas. Los autores señalan que el paso del tiempo no resulta una condición suficiente, en una mayoría de las víctimas, para que desaparezcan los síntomas del trastorno. En estudios anteriores, estos investigadores observaron que las víctimas de agresiones sexuales presentaban entre un 50% y un 70% un trastorno por estrés post traumático agudo y/o crónico (Echeburúa; Corral, Saraús y Zubizarreta, 1995).

En otro estudio, Kelly, Weathers, Meghan, McDevitt-Murphy, Eakin y Flood (2009) encontraron que los distintos tipos de trauma provocan variantes en el TEPT, y en especial las agresiones sexuales frente a los accidentes de tráfico y otros. Según estos autores todo parece indicar que cierto tipo de

eventos traumáticos, en particular las agresiones sexuales, están asociados con un alto riesgo de padecer un TEPT y también de exhibir una sintomatología más compleja y grave del trastorno. Igualmente observaron que en este tipo de víctimas las respuesta de miedo eran más elevadas y se observaban cambios en las estructuras cognitivas vinculadas a lo social. Echeburúa y Corral (1997) han planteado que este perfil diferencial obedece esencialmente a que las víctimas de agresiones sexuales, frecuentemente sufren este tipo de ataque en un ambiente que supuestamente le resultaba seguro.

Los investigadores Darves-Herman, Bornozy y col. (2008), realizaron un estudio sobre la epidemiología de las enfermedades mentales en Europa (Bélgica, Francia, Holanda, Italia, España, y Alemania), y en el mismo encontraron una gran variedad de eventos traumáticos que se relacionaban con la aparición del TEPT entre los que se encontraban el maltrato físico y sexual, y la violación.

### **Tratamientos para el estrés post traumático.**

Diversas estrategias se han empleado en el tratamiento del estrés post traumático, centraremos nuestra atención en los tratamientos psicológicos y en particular de aquellos que se fundamentan en los principios conductuales y cognitivos que se consideran los más eficaces para este trastorno y que se han derivado de los descubrimientos del laboratorio y han tenido su confirmación en su aplicación en investigaciones sobre el estrés y que podemos clasificar según tres acercamientos principales (Richards y Lovell, 1999):

1. El empleo de técnicas de exposición (en imaginación e *in vivo*), cuyo objetivo es el evocar la ansiedad y facilitar la habituación y control de ella.
2. La reestructuración cognitiva, dirigida a la modificación de los supuestos, creencias y pensamientos irracionales y desadaptativos.
3. Las técnicas de manejo de la ansiedad (básicamente el entrenamiento en inoculación de estrés y la relajación), cuyo objetivo es enseñar y dotar a los sujetos en habilidades de afrontamiento para manejar la ansiedad y otros síntomas.

### **Terapia de exposición.**

Este es uno de los procedimientos más empleados para el tratamiento del estrés post traumático, la exposición puede llevarse a cabo de diversas maneras: en vivo, en la imaginación, utilizando procedimientos de realidad virtual, haciendo que la persona dibuje escenas relacionadas con el trauma o bien que haga un relato de lo sucedido, entre otros procedimientos.

Se han brindado varias explicaciones sobre los posibles mecanismos que están en la base de la efectividad de los procedimientos de exposición, en uno de ellos se presupone que la terapia de exposición funciona debido a que la exposición continuada rompe la asociación entre el estímulo y la respuesta emocional condicionada, lo que facilita la disminución de la respuesta y, de hecho, posibilita la extinción por exposición repetida (Stampfl y Levis, 1967) o habituación (Watts, 1979).

Como otra explicación sobre los mecanismos de la terapia de exposición, se utilizan conceptos de procesamiento de información. Específicamente, Jaycox y Foa (1996) han planteado que la exposición a los recuerdos de sucesos traumáticos lleva a una reducción de los síntomas debido a que el sujeto sufre un proceso de aprendizaje que le permite comprobar que: (a) los estímulos que le recuerdan el trauma no le producen ningún daño, (b) el recuerdo del trauma no implica, necesariamente, revivir la amenaza, (c) ocurre una habituación de la ansiedad en tanto el sujeto se mantiene próximo a los recuerdos temidos, y (d) la experiencia de ansiedad no produce finalmente la pérdida de control esperada. Así los dos procesos diferentes, pero interconectados, que están presentes en las técnicas de exposición y que serían responsables de la mejora de los síntomas serían: primero la existencia de una habituación a la ansiedad, segundo el proceso de aprendizaje a través del cual el sujeto comprende que la exposición no implica amenaza alguna.

### **Reestructuración cognitiva.**

Los procedimientos de reestructuración cognitiva, se fundamentan en que los comportamientos y emociones inadecuadas o desadaptadas de los sujetos, tienen su génesis en los esquemas disfuncionales de pensamiento e ideas irracionales a partir de las cuales los sujetos valoran la realidad. Distorsionándola.

Los objetivos, didácticos-terapéuticos, que se buscan con estos procedimientos son que los pacientes:

- a. aprendan a identificar sus pensamientos desadaptativos;
- b. puedan evaluar la validez de esos pensamientos y cambiar los que resultan erróneos o inútiles;
- c. sustituirlos por otros más racionales y adecuados.

Los procedimientos de reestructuración cognitiva, a menudo se combinan con otros tratamientos para el abordaje de disímiles trastornos, entre ellos el estrés post traumático, así se han realizado estudios con mujeres víctimas de agresión sexual (p.e., Del Corral, Echeburúa, Zubizarreta y Sarasúa, 1995), los estudios de caso (p.e., Thrasher, Lovell, Norshirvani y Livanou, 1996; Espada y Méndez, 2000) o estudios como el de Resick y Schnicke (1992) con su terapia de procesamiento cognitiva, combinándose la terapia cognitiva con procedimientos de exposición y aunque se han reportado resultados positivos, no se ha podido establecer la eficacia diferencial de la terapia cognitiva con relación a la exposición u otras modalidades de tratamiento con las que se combina.

### **Técnicas de manejo de la ansiedad.**

En el tratamiento del estrés post traumático, se ha empleado también diversos procedimientos que tienen por objetivo la adquisición, por los sujetos, de habilidades para el afrontamiento y la reducción de la ansiedad; además de las técnicas de relajación, en este grupo podemos incluir a otras como la inoculación del estrés, diseñada por Meichenbaum (1985), que resulta una de las más completas o integrales pues incluye diversas técnicas, tales como: educación, relajación muscular profunda, control de la respiración, juego de roles, modelamiento, detención de pensamiento y entrenamiento autoinstruccional. Este procedimiento terapéutico se ha empleado exitosamente en el tratamiento de mujeres que han sido objeto de violación. En un estudio realizado por Veronen y Kilpatrick (1983), se reportó como el procedimiento de inoculación del estrés ofrecía como resultado una disminución de los niveles de ansiedad vinculados con la violación.

Las técnicas de relajación, que suelen emplearse de manera combinada con otros procedimientos o formando parte de estos, ha mostrado su utilidad en aquellos casos de personas que muestran una tensión física y malestar subjetivo extremos debido a la reexperiencia de los recuerdos traumáticos. Esta se emplea como procedimiento de afrontamiento.

De cualquier manera, como hemos señalado anteriormente, la terapia cognitiva-conductual se encuentra entre los procedimientos más empleados para el tratamiento del estrés post traumático y la que más evidencias empíricas ha recogido, desarrollándose programas de entrenamiento que combinan de manera efectiva procedimientos de exposición, reestructuración cognitiva y técnicas de afrontamiento y manejo de la ansiedad (Báguena, 2001).

### **Metodología de la intervención.**

A continuación presentaremos la estrategia de tratamiento seguida con la paciente a la cual llamaremos M. Es una joven de treinta años de edad, casada en proceso de divorcio de su marido, una niña de ocho años producto de un primer matrimonio, nivel escolar universitario y trabaja como especialista de recursos humanos en una institución de la capital. Acude al Centro de Orientación y Atención Psicológica (COAP) de la Facultad de psicología de la Universidad de La Habana tres meses después de haber sufrido agresión física y violación de parte de su ex pareja.

La agresión física y sexual tuvo lugar en casa de su ex pareja cuando fue con él mismo a buscar unos documentos para dar inicio al trámite de divorcio. F (esposo de M) la fue a buscar al trabajo para ir al bufete donde tramitarían el divorcio y por el camino, con el pretexto de haber olvidado unos documentos logró que M lo acompañara a su casa y una vez en ella la obligó, golpeándola en pechos y cara a que se desnudara y procedió a la violación, al culminar la agredió con un cuchillo propinándole dos pinchazos en el cuello y una puñalada de cierta gravedad en el pecho cerca del cuello.

M logra salvar la vida ya que al entrar una llamada de la madre de F al celular de este, M grita y alerta sobre lo que estaba pasando. Estuvo hospitalizada por espacio de quince días, parte de ellos en terapia intensiva.

M acude a la consulta presentando un cuadro clínico de trastorno de estrés post traumático. Entre los síntomas que presentaba, se encontraban los siguientes: presentaba pensamientos recurrentes y molestos relacionados con el evento sufrido y una hiperreactividad psicofisiológica (sudoración en las manos, aceleración del ritmo cardíaco, etc.) cuando se enfrentaba a estímulos que le recordaban la situación o cuando algún compañero de trabajo le hablaba sobre ello. Igualmente, mostraba un estado de ansiedad generalizada que se expresaba en temor a salir sola a lugares que antes frecuentaba sin ningún tipo de dificultad (“ir a visitar a sus amigas” “caminar por el barrio en horas tempranas de la noche o ir a botar la basura”, “tomar el ómnibus para ir y regresar del trabajo”, etc.), y a pesar de tener una nueva pareja, manifestaba sentir poca motivación por mantener relaciones sexuales y afectivas.

Además de los síntomas anteriores, M tenía recuerdos recurrentes y dolorosos sobre lo sucedido y luchaba por evitarlos o suprimirlos sin gran éxito al respecto. Presentaba dificultades para conciliar el sueño y la presencia de pesadillas, un estado emocional negativo con sentimientos de incertidumbre y temor (“este desgraciado ha cambiado por completo mi vida, ya no seré la misma”) y sobre todo un gran enojo con deseos de vengarse de F (“siento tremendos deseos de destruirlo, de devolverle todo lo que me hizo y me está haciendo pasar”).

Los datos recogidos en esta primera entrevista, se contrastaron con los criterios diagnósticos planteados en el DSM V para este tipo de trastorno de estrés. Así, nos encontramos con una persona, que en síntesis, presentaba un trastorno de estrés post traumático, con dificultades de adaptación, estado emocional negativo con presencia de ansiedad, inseguridad, temores relacionados con las consecuencias de la violación sobre su persona y futuro. La paciente se muestra muy irritada, resentida y expresa sus intensos deseos de venganza en relación con su agresor.

Esta primera sesión de trabajo, de alrededor de una hora, sirvió además de la recogida de los datos sobre el motivo de consulta y algunos datos generales de M, como espacio catártico para que ella pudiera ventilar algunas de sus emociones reprimidas y temores, de igual manera se le brindó apoyo emocional y motivación para el tratamiento.

Durante el segundo encuentro, se le brindó a la paciente retroalimentación sobre su situación y se le explicó aspectos esenciales del trastorno de estrés post traumático, igualmente se negociaron con ella los pormenores del tratamiento a seguir y se le aclararon las dudas al respecto.

En esta segunda sesión, se le enseñó a la paciente, como estrategia de afrontamiento, técnica de relajación, brindándole las instrucciones correspondientes, una demostración, ejecución del procedimiento por parte de esta y un control sobre los resultados que se evaluaba, mediante una escala de percepción subjetiva de relajación 1 al 5, donde 1 significaba ninguna relajación y 5 muy relajado. En este primer ejercicio M logró un resultado de 3.

De igual manera, trabajamos la estrategia de reestructuración cognitiva enfocada al afrontamiento y modificación de los pensamientos inadecuados e irracionales relacionados con la situación traumática por la que pasó. Para finalizar, se aclararon dudas y se orientaron las tareas terapéuticas para la casa consistente en la práctica de la relajación de dos a tres veces por día, según sus posibilidades, e igualmente a seguir las instrucciones para la reestructuración cognitiva y monitorear, mediante



anotaciones en una libreta u hoja de papel, los pormenores (tipo de pensamiento, confrontación, alternativas y resultados).

En el tercer encuentro, se comienza con el control de las tareas terapéuticas orientadas, La paciente refiere la práctica regular de la relajación, manifiesta que la ha ayudado mucho (resultados entre 3 y 4 según escala de evaluación subjetiva), se siente menos ansiosa y comienza a dormir mucho mejor. En el caso de la reestructuración cognitiva, no ha logrado el dominio de la técnica, sobre todo porque aún presenta comportamientos de evitación a enfrentar pensamientos relacionados con la situación traumática.

En esta sesión, se combina el ejercicio de relajación con exposición encubierta a escenas relacionadas con la agresión y violación, se le pide que aporte escenas de las menos temidas a la más temida y en conjunto elaboramos una escala donde estas escenas se ordenan de menor a mayor intensidad. Se le instruye para que aprenda a desensibilizarse ante estos recuerdos, sometiéndose a las escenas elegidas y afrontando la ansiedad y temores activados mediante una respuesta de relajación, una vez relajada se le instruye para que emplee procedimientos asertivos (aserciones encubiertas), enfrentando en la escena imaginada al agresor con aserciones tales como: “no tienes dominio sobre mi persona”, “no puedes condicionar mi futuro”, “puedo enfrentar la situación sin doblegarme”, “puedo recobrar el rumbo normal de mi vida” .

La sesión culmina con un ensayo de lo enseñado, se aclaran dudas y se orientan las tareas terapéuticas, manteniéndose la reestructuración cognitiva la práctica de la relajación con exposición encubierta para la desensibilización y el empleo de las aserciones correspondientes.

Se comienza la cuarta sesión con el chequeo del cumplimiento de las tareas indicadas, así como de los resultados obtenidos. La paciente refiere haber alcanzado resultados entre 4 y 5 en la escala de relajación y manifiesta una mejoría notable en su estado; no pasa trabajo para conciliar el sueño, las pesadillas han desaparecido por completo, puede enfrentar de manera más efectiva los pensamientos vinculados con la agresión y violación sexual y ha ido ganando en seguridad para retomar el curso habitual de su vida, logrando salir a reuniones con sus amigas y realizar otras actividades fuera de la casa.

Se mantiene el tratamiento y las tareas orientadas.

En la quinta y última sesión de trabajo realizada con la paciente, se mantienen los progresos obtenidos.. Se refuerzan las indicaciones dadas para el ejercicio de la estrategia de reestructuración cognitiva y se le sugiere mantener la práctica de la relajación con o sin visualización, según resulte necesario. Se dispone el seguimiento.

Acordamos con la paciente mantener cuatro encuentros de seguimiento a razón de uno por mes.

### **Consideraciones finales**

La evolución de la paciente a lo largo del tratamiento resulto favorable, manifestándose a partir del cuarto encuentro una mejoría de sus síntomas clínicos expresado en: La disminución del nivel de ansiedad y de los pensamientos recurrentes relacionados con la agresión sufrida, estabilización del sueño y la posibilidad de realización de las actividades normales de trabajo, ocio y relación social. Los resultados obtenidos en las dos sesiones de seguimiento a las cuales la paciente asistió, mostraron la estabilidad de los resultados terapéuticos obtenidos tras la intervención. Por la no asistencia de M a los otros dos encuentros pautados, el chequeo de su situación se realizó mediante llamadas telefónicas. La paciente manifestó mantener la mejoría lograda.

La multiplicidad de síntomas presentados por la paciente, hizo necesario la utilización de variadas estrategias que han sido referidas por diversos autores como efectivas para los componentes de este tipo de trastorno (Frank *et al.*, 1988; Kilpatrick,1992). Lo anterior no nos permitió determinar la relevancia relativa de las distintas técnicas al éxito general del tratamiento, lo que queda como asunto pendiente para futuras investigaciones al igual que el estudio de otros factores inespecíficos como, la motivación de la paciente, la edad, el sexo del terapeuta, etc.

La no realización, de manera presencial, de los cuatro encuentros de seguimiento confirma lo planteado por diversos autores sobre la tendencia de este tipo de pacientes al abandono del tratamiento antes de su conclusión total.

De cualquier manera, este tipo de tratamiento parece brindar algunos beneficios a los pacientes tratados en cuanto al alivio de sus síntomas clínicos y la regularidad de sus actividades habituales.

## Referencias bibliográficas

- Amor, P. J.; Echeburúa, E. ; Corral, P. ; Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2001). Perfil psicopatológico diferencial en víctimas de maltrato doméstico y de agresiones sexuales. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 605-629.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ªed.)(DSM-III). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª ed.). Washington, DC: Autor.
- Báguena, M.J. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático *Psicothema*, vol. 13, nº 3, pp. 479-492.
- Darves-Bornoz, J. M.; Alonso, J.; De Girolamo, G.; De Graaf, R. ; Haro, J. M. ; Kovess-Masfety, V. ; Gasquet, I. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress*. 21, 455-462.
- Echeburúa, E., De Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995). *Trastorno de Estrés Post Traumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*. A Coruña: Fundación Paidea.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (1997). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de Estrés Postraumático. *Ansiedad y Estrés*, 3, 249-264.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Espada, J.P. y Méndez, F.J. (2000): Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de estrés post-traumático por accidente de tráfico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 105: 83-103.
- Esbec, E. (2000). Evaluación psicológica de la víctima. En Esbec, E. & Gómez, G. *Psicología*.
- Foa, E. & Rothbaum, B.O. (1998). Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD. New York. *The Guilford Press*.
- Frank, E.; Andmon, B.; Stewart, B.D.; Dancu, C.; Hughes, C. y West, D. (1988). Efficacy of cognitive behavior therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma. *Behavior Therapy*, 19, 403-420.
- Kilpatrick, D.G. (1992). Tratamiento psicológico de las agresiones sexuales. En E. Echeburúa (ed.). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid.
- Kelley L. P.; Weathers F. W.; McDevitt-Murphy M. E.; Eakin, D. E. y Flood AM. (2009) A Comparison of PTSD Symptom Patterns in Three Types of Civilian Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 227-235.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Nueva York: Springer.
- Meichenbaum, D. (1985): *Stress inoculation training*. New York: Pergmon.
- Richards, D.A. 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. New York. Wiley & Sons.
- Watts, F.N. (1979). Habituation model of systematic desensitization. *Psychological Bulletin*, 86: 627-637.

Jaycox, L.H. y Foa, E.B. (1996). Obstacles in implementing exposure therapy for PTSD: Case discussions and practical solutions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3: 176-184.

Thrasher, S.M.; Lovell, K.; Norshirvani, H. y Livanou, M. (1996). Cognitive restructuring in the treatment of post-traumatic stress disorder: Two single cases. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3: 137-148.

Resick, P.A. y Schnicke, M.K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60: 748-756.

Veronen, L.J. y Kilpatrick, D.G. (1983). Stress management for rape victims. En D. Meichenbaum y M.E. Jaremko (eds.), *Stress reduction and prevention*, pp. 341-374. New Cork: Plenum.