

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO CRÓNICO EN UNA VÍCTIMA DE ABUSOS SEXUALES EN LA INFANCIA

MARÍA NIEVES VERA GUERRERO*
Universidad de Granada, España

ABSTRACT

This article describes in detail a program of assessment and treatment applied to a female victim of childhood sexual abuse suffering from chronic posttraumatic stress disorder. The 22-year-old patient had been the subject of sexual abuse between the ages of 5 and 12. The treatment itself (relaxation, in vivo exposure, imaginal exposure and cognitive therapy) was conducted in 8 sessions. The patient was much improved at the end of treatment and even more so at the end of a 6-month follow-up period in all clinical variables measured. Clinical implications of this case are discussed, especially the usefulness of introducing cognitive restructuring during imaginal exposure to promote emotional change.

Key words: Chronic posttraumatic stress disorder, sexual abuse in childhood, cognitive-behavioral treatment.

RESUMEN

Se describe detenidamente un programa de evaluación y tratamiento aplicado a un caso de trastorno de estrés posttraumático crónico en una víctima de abusos sexuales en la infancia. La paciente, de 22 años, sufrió abusos sexuales desde los 5 a los 12 años. El tratamiento en sí (relajación, exposición en vivo, exposición en la imaginación y terapia cognitiva) constó de ocho sesiones. La

Continúa ➡

* Correspondencia: MARÍA NIEVES VERA GUERRERO, Facultad de Psicología, Universidad de Granada, Campus de la Cartuja, Granada, España. Correo electrónico: mnvera @ugr.es

Continuación →

paciente evolucionó favorablemente tanto al final del tratamiento como, sobre todo, a los seis meses de seguimiento en todas las variables clínicas medidas. Se discuten las repercusiones clínicas del caso, en especial, la conveniencia de introducir la reestructuración cognitiva durante la exposición en la imaginación para promover el cambio emocional.

Palabras clave: trastorno de estrés postraumático crónico, abuso sexual en la infancia, tratamiento cognitivo-conductual.

INTRODUCCIÓN

El trastorno de estrés postraumático (TEP) aparece, según el DSM-IV (American Psychiatric Association 1994), cuando la persona ha experimentado o ha sido testigo de un suceso que implica riesgo a la integridad física de uno mismo o de otras personas, y cuando la reacción emocional al mismo lleva consigo respuestas intensas de miedo, indefensión y horror. Los síntomas se agrupan en tres categorías: (1) reexperimentación cognitiva y emocional del suceso, (2) evitación cognitiva y conductual de estímulos asociados con el trauma, y (3) síntomas de hiperactivación. Las agresiones sexuales han sido señaladas como uno de los principales traumas que llevan a la aparición del TEP (Kilpatrick, Saunders, Amick-McMullan, Best, Veronen y Resnick, 1989). De hecho, parece que más de un 50% de mujeres víctimas de agresiones sexuales desarrollan el trastorno. Por otro lado, un 30% de mujeres que han sufrido abusos sexuales en la infancia llegarían a la edad adulta con el diagnóstico (Dickinson, DeGruy, Dickinson y Candib, 1998). Estas supervivientes coinciden en historias de abusos sexuales severos, abusos físicos y familias caóticas. Presentan, además, comorbilidad con depresión, abuso de sustancias, problemas somáticos, y con el trastorno de personalidad límite. Siendo muy frecuente el abuso a edad temprana, por parte de un familiar directo y prolongándose durante años (Baker, 2002).

La relevancia de este trastorno en mujeres víctimas de agresiones sexuales, ha llevado a la aplicación de diversas técnicas de modificación de

conducta. Entre las más utilizadas destacan las técnicas de exposición en vivo, de exposición en la imaginación, de relajación y de reestructuración cognitiva (Echeburúa, De Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1997; Foa, Keane y Friedman, 2000; Foa y Rothbaum, 1998; Foa, Rothbaum y Steketee, 1993; Follette, Ruzek y Abueg, 1998; Resick y Schnicke, 1996; Zubizarreta, Echeburúa, Sarasua y De Corral, 1998). Aunque el tratamiento cognitivo-conductual ha resultado, en general, eficaz, existe un porcentaje de pacientes (aproximadamente el 25%) que, según Foa y Rothbaum (1998) siguen presentando el diagnóstico de TEP después del tratamiento.

Algunos autores intentan explicar las diferencias individuales encontradas, tanto en la cronicidad como en la resistencia al cambio del TEP, a través de modelos cognitivos derivados del procesamiento de la información (Ehlers y Clark, 2000; Foa y Rothbaum, 1998; Resick y Schnicke, 1996). Estos modelos hipotetizan que las pacientes que cronificarían el TEP serían aquellas en las que la información proveniente de la experiencia traumática no se ajuste a sus esquemas cognitivos previos. Esto es, tanto aquellas que consideraran el mundo como un lugar completamente seguro o completamente inseguro, como aquellas que se consideran a sí mismas personas extremadamente competentes o extremadamente incompetentes, tendrían más probabilidad de cronificar que las que no tuvieran estos esquemas irracionales. Por otro lado, el cambio en estos esquemas acerca del mundo (el mundo es un lugar completamente peligroso), de los otros (no se puede confiar en los hombres) y de sí misma (soy incompetente) sería fundamental para superar el TEP. De esta forma,

para que se produzca el cambio emocional hay que, primero, activar la estructura de miedo al estímulo temido, exponiéndose a él y, segundo, proporcionar evidencia contradictoria con la misma. Ésta se puede conseguir en un contexto terapéutico seguro y prolongando la exposición el tiempo suficiente para que se produzca habituación de la respuesta de ansiedad al trauma. El cambio en los esquemas cognitivos se produciría, o bien de manera indirecta después del cambio emocional producido con la habituación, o bien, como proponen Resick y Schnicke (1996), de manera directa con la reestructuración cognitiva de dichos esquemas. En este sentido, Ehlers y Clark (2000) proponen potenciar el cambio terapéutico utilizando después de la exposición en imaginación, reestructuración cognitiva para cambiar las emociones disfuncionales manifestadas durante dicha exposición.

Investigaciones llevadas a cabo por Dunmore, Clark y Ehlers (1999; 2001), para evaluar el rol mediador de estas variables cognitivas, señalan como mejores predictoras de la cronicidad del TEP en seguimiento de 6 y 9 meses, las siguientes: (1) procesamiento no semántico del suceso (disociación, amnesia, recuerdo de impresiones sensoriales, confusión mental y derrota mental), (2) significado negativo de los síntomas del TEP, (3) percepción de falta de soporte social, (4) creencias negativas sobre sí misma y el mundo, y (5) estrategias de control poco apropiadas (conductas de evitación). Dentro de la percepción negativa de sí misma, se ha señalado, como especialmente relevante, aquellas atribuciones causales que llevan a emociones de culpa, vergüenza y rabia contra sí misma (Kubany, 1998; Novaco y Chemtob, 1998).

El objetivo del presente estudio es poner de relieve la necesidad de llevar a cabo una evaluación conductual de los pacientes en la búsqueda de posibles variables causales. De esta forma, se puede llegar a la formulación de un modelo explicativo del caso basado tanto en el análisis individual como en los modelos teóricos explicativos del problema. Asimismo, aunque los tratamientos seleccionados en este caso siguen de cerca los

propuestos por Foa y Rothbaum (1998) y Ehlers y Clark (2000), es necesario, como se documentará, adaptarlos a las necesidades particulares de cada paciente. Con este objetivo, un aspecto terapéutico novedoso fue el de incorporar la reestructuración cognitiva no sólo después de la exposición en la imaginación sino durante la misma para potenciar el cambio de emociones de culpa y asco hacia ella misma.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Datos Personales y Motivo de Consulta

La paciente es una chica de 22 años, soltera, estudiante de último curso de Psicología. En el momento de acudir a consulta, convivía con su novio.

El motivo de consulta y las expectativas de la paciente es superar las secuelas que le ha dejado la situación de abuso sexual por parte de su tío-abuelo “estuvo abusando de mí sistemáticamente durante todos los veranos de los 5 a los 12 años”. De la terapia quiere destapar “la caja de Pandora y que salga toda la mierda que llevo dentro, que me hace sentir ira contra el mundo entero, desconfianza con todos los hombres y necesidad de tener siempre el “control”. Quiero dejar de sentir miedo y de sentir mi cuerpo como un “bloque rígido”. Espero que esta sea la última vez que tenga que hacer terapia por este problema”. La paciente tiene buena apariencia física, buenas habilidades de comunicación e integración social, y un excelente rendimiento académico. Su cuerpo, sin embargo, está rígido y manifiesta respuestas de sobresalto a pequeños ruidos. Informa presentar frecuentes síntomas de reexperimentación del suceso (imágenes y emociones intrusivas), evitación de situaciones que se lo recuerdan así como continua tensión y alerta en la calle y, por último, numerosos síntomas de hiperactivación diarios (sueño no reparador, tensión muscular, irritabilidad...). Presenta, además problemas somáticos: contracturas musculares, dolores de cabeza y dolor de estómago continuo que alivia con conductas de ingesta compulsiva, presentando sobrepeso.

*Descripción del Trauma e
Historia Clínica del Problema*

Sufrió abusos sexuales desde los 5 a los 12 años por parte de un tío abuelo en cuya casa veraneaba. El ritual era siempre el mismo: En la mesa de la terraza donde pasaban las tardes, él le ponía la mano en la pierna izquierda (siempre se sentaba en el mismo sitio) e iba subiéndola hasta tocar todos los órganos genitales de la niña e introducir su dedo en la vagina. Hay muchos aspectos que no puede recordar, siendo la imagen más nítida la de la mano de él sobre ella “es como si la pudiera ver a través de la mesa. Mi cuerpo y mi cabeza estaban separados. Yo estaba y no estaba allí” (síntomas disociativos). La amenazaba con que nadie le creería si lo contaba y la culpabilizarían. Efectivamente, a los 7 años se lo cuenta a su hermano mayor y no la cree. No entiende por qué tarde tras tarde continuó sentándose en aquella mesa. Por un lado, se sentía indefensa y con miedo de que le echaran la culpa a ella, él era respetado por todos, y, por otro lado, tenía necesidad de ser “especial” para alguien en una familia en la que no recibía mucha atención. Su familia es muy estricta en las normas y comportamientos sociales. La madre proviene de una familia de maltrato físico violento por parte del padre a todos excepto a ella a quien no tocaba por no despertar sospechas de “abuso sexual”. Sus padres no han tenido violencia física pero sí agresiones verbales continuas.

Los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEP) los tiene desde que recuerda. No le perdona a la madre que no se diera cuenta de ello y le pidiera silencio cuando por fin se lo contó a los 12 años. En la actualidad, sigue sintiendo rabia hacia la madre y la relación con ella es de continua tensión y roces. Los síntomas se incrementaron en dos situaciones especiales. La primera, cuando, una noche, el tío no fue a trabajar y realizó los tocamientos en la habitación de la niña. A partir de ahí, aparece el miedo a estar sola, a la oscuridad y a dormir con las puertas abiertas. La segunda, al pasar el tío unas vacaciones en su casa y quedarse en el salón donde dormía la niña, con la excusa de que tenía el sueño alterado. La paciente pasó toda la noche angustiada aunque él sólo mirara: “En la

terrazza, tenía algún control. En esas situaciones, no”. A partir de ahí, presenta problemas de sueño y pesadillas.

El peor período de su historia es a los 17 años. Coincide con el internamiento de la madre por depresión y con un episodio en un campamento en el que está de monitora y la gente la trata con “desconfianza”. Posteriormente, descubre que una amiga había contado su “secreto”. En esta época, va a urgencias por “hinchazón y adormecimiento en el brazo izquierdo” (síntomas de conversión) y le diagnostican depresión estacional. Acude a terapia psicológica en dos ocasiones, permaneciendo la segunda dos años en tratamiento cognitivo-conductual. Mejora la depresión pero no los síntomas del TEP, la experiencia traumática no fue abordada en ningún momento. En la actualidad, no está bajo tratamiento farmacológico, ni toma drogas.

Técnicas Evaluativas Utilizadas

Se utilizaron tres tipos de técnicas evaluativas: Entrevista, autoinformes y autorregistros.

Entrevistas. (a) entrevista estructurada de diagnóstico diferencial “escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático” de Echeburúa, De Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua (1997), (b) entrevista semiestructurada relativa al suceso traumático de Foa y Rothbaum (1998), (c) una entrevista semiestructurada de evaluación conductual elaborada para recoger aspectos antecedentes (externos e internos), respuestas (en sus tres modalidades: emocional-cognitiva, fisiológica y conductual) y consecuencias (externas e internas). Asimismo, cubre variables mediadoras importantes en el éxito del tratamiento como respuestas de afrontamiento y recursos personales, percepción de ella misma, de los demás y de cómo le gustaría llegar a ser, nivel de motivación y expectativas con el tratamiento, y, por último, (d) una entrevista semiestructurada general elaborada para evaluar el grado de interferencia y la existencia de problemas adicionales en las distintas áreas vitales.

Autoinformes. (a) cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1982), (b) inventario de depresión (BDI) de Beck (Conde y Useros, 1974), (c) inventario de ansiedad manifiesta (TMAS) de Taylor (Gómez, Mengual y Leal, 1971), (d) inventario de actitudes disfuncionales (DAS-A) de Weissman y Beck (Sanz y Vázquez, 1993), (e) inventario clínico multiaxial (MCMI-II) de Millon (1987), (f) cuestionario de estrés postraumático (PSS) de Foa, Riggs, Dancu y Rothbaum (1993) y, (g) inventario de cogniciones relativas al trauma (PTCI) de Foa, Tolin, Ehlers, Clark y Orsillo (1999).

Autorregistros. (a) autorregistro de situaciones que provocan ansiedad, grado de ansiedad y conductas de evitación y/o escape, y (b) autorregistro cognitivo de ABC (A: situaciones disparadoras, B: creencias irracionales y C: emociones disfuncionales). A través de estas técnicas se llegó a los aspectos clínicos comentados ante-

riormente, al diagnóstico diferencial y a la evaluación conductual del problema.

Diagnóstico Diferencial

La paciente presenta un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático crónico causado por la situación de abusos sexuales continuados. Este diagnóstico se establece a través de la entrevista estructurada de Echeburúa y col. (1997) y semiestructurada de Foa y Rothbaum (1998), y a través de los cuestionarios específicos diseñados con esta finalidad (el PSS y el PTCI). Los datos de los cuestionarios (en tres momentos de medición: evaluación, postratamiento y seguimiento) aparecen en la tabla 1, donde puede observarse puntuaciones muy altas en las tres subescalas del PSS que validan los encontrados en la escala de Echeburúa y col. (1997). Asimismo, en el PTCI, presenta percepciones muy negativas del mundo aunque no demasiado elevadas en los ítems de culpa.

TABLA 1
Resultados en las escalas e inventario de diagnóstico del TEP antes y después del tratamiento

Escalas e inventario	Puntuación		
	Pre	Post	6 meses
Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático			
• Síntomas de reexperimentación	10	0	0
• Síntomas de evitación	14	2	0
• Síntomas de hiperactivación	14	2	2
Escala de Síntomas de Estrés Postraumático (PSS)			
• Síntomas de reexperimentación	11	0	0
• Síntomas de evitación	15	2	0
• Síntomas de hiperactivación	14	2	2
Inventario de Cogniciones Postraumáticas (PTCT)			
• Pensamientos negativos acerca de uno mismo	3.5	1.2	1
• Pensamientos negativos acerca del mundo	6.7	3.7	2.4
• Culpa	2.4	1	1

Nota. En la escala de gravedad de síntomas de estrés postraumático, se necesita un mínimo de 5 en reexperimentación, 6 en evitación y 4 en hiperactivación para el diagnóstico de TEP, siendo el requisito menor en el PSS.

Los pacientes con TEP presentan en el PTCT una media de 3.6, 5 y 3.2 en sus subescalas de pensamientos negativos acerca de uno mismo, del mundo y de culpa respectivamente.

Otros síntomas clínicos presentes (*véase* tabla 2) son la ansiedad elevada (datos del STAI), especialmente de rasgo (estado: 27, centil= 65; rasgo: 44, centil= 96) que se manifiestan, sobre todo, de manera somática (*véanse* datos del TMAS). No presenta depresión clínica aunque está en el límite con ella (datos del BDI). En cuanto a las actitudes disfuncionales (DAS-A) la puntuación más eleva-

da corresponde a las subescalas de logro y dependencia, lo que puede indicar creencias irracionales de necesidad de amor y de perfeccionismo. Por último, en la única escala en la que la paciente puntúa por encima de 85 (punto de corte establecido por Millón para el diagnóstico) es en la compulsiva.

TABLA 2
Resultados en cuestionarios e inventarios de síntomas clínicos antes y después del tratamiento

Cuestionarios e inventarios	Pre	Puntuación	
		Post	6 meses
Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI)			
• Estado	27	11	8
• Rasgo	44	17	10
Inventario de ansiedad (TMAS)	38	26	18
Inventario de depresión (BDI)	17	6	4
Inventario de actitudes disfuncionales (DAS-A)			
• Total	142	130	71
• Dependencia	35	30	21
• Logro	41	36	16
• Actitud autónoma	25	19	12
Inventario clínico multiaxial (MCMI-II)			
• Escala compulsiva	105	90	90

Evaluación Conductual

Tanto la entrevista semiestructurada como los autorregistros recogen una serie de problemas dentro de las tres modalidades de respuesta, que pasarían a formar parte de las conductas-objetivo del tratamiento. En las tablas 3, 4 y 5 se

recogen la modalidad conductual (grado de dificultad: 0= nada; 10= muchísima); fisiológica y comer compulsivo (frecuencia en la última semana de los tres momentos de medición); y emocional (intensidad: 0= nada; 10= muchísima), respectivamente, medidas en la evaluación, postratamiento y seguimiento.

TABLA 3
Grado de dificultad de las conductas-objetivo en la modalidad conductual, antes y después del tratamiento

Conductas-objetivo	Grado de dificultad (0-10)		
	Pre	Post	6 meses
Permanecer sola en casa	6	0	0
Permanecer sola en habitación oscura	7	0	0
Permanecer sola en dormitorio y cuarto de baño sin cerrar	7	0	0
Quedarse a solas con niños	7	0	0
Conversaciones y películas sexuales	8	4	0
Intimidad con contacto físico	8	4	0
Andar sola por la calle	10	0	0
Conversaciones sexuales de niños	10	6	2
Encuentros sexuales no planeados	10	6	0

TABLA 4
Frecuencia de las conductas-objetivo en la modalidad fisiológica y de comer compulsivo, antes y después del tratamiento

Conductas-objetivo	Frecuencia semanal		
	Pre	Post	6 meses
Comer compulsivo	Cada 3 horas/diario	2	0
Sueño no reparador	Diario	2	1
Dolor de cabeza	5	2	0
Dolor de estómago	Diario	0	0
Contracturas musculares	Diario	0	0
Tensión muscular	Diario	1	0
Hiperreactividad (respuesta de alarma)	Diario	0	0

TABLA 5
Grado de intensidad de las conductas-objetivo en la modalidad emocional, antes y después del tratamiento

Conductas-objetivo	Grado de intensidad (0-10)		
	Pre	Post	6 meses
Tensión por la calle	10	0	0
Miedo a disfrutar	10	4	0
Temor a la posibilidad de perder al novio	10	0	0
Desconfianza hacia los hombres	8	0	0
Asco al contacto físico	8	3	0
Asco a las miradas	10	4	0
Rabia a los otros	8	0	0
Rabia a la madre	10	4	2
Asco a ella misma	8	0	0
Rabia a ella misma	9	0	0
Preocupación por el aspecto físico	8	3	0

A nivel conductual, la paciente procura evitar una serie de situaciones (véase tabla 3) que le provocan un profundo malestar subjetivo y respuestas fisiológicas elevadas. De todas estas situaciones, la más estresante, por tener que realizarla a diario, es la de caminar sola por la calle. Presenta conductas de escape (ejemplo, acelerar el paso) cuando piensa que alguien la sigue. Va en estado de continua tensión e hipervigilancia, con profundo miedo de ser atacada y necesidad de controlar. Por último, evita intimidad física y contactos sexuales con su novio que no hayan sido planeados. Quiere cambiar esto más por él que por ella. Cuando ella “controla” llega sin problemas al orgasmo. Planea casarse con su novio aunque no le gusta físicamente demasiado y tienen valores diferentes que les llevan a múltiples discusiones.

A nivel fisiológico presenta una alta reactividad a los estímulos ambientales, además de los problemas fisiológicos que aparecen en la tabla 4. No ha vuelto a experimentar el entumecimiento y parálisis temporal del brazo izquierdo que aparece en la historia clínica.

A nivel emocional, en la tabla 5, se recogen las principales emociones encontradas. Estas emociones son recogidas, principalmente, a través de los autorregistros cognitivos en los que se ponen de manifiesto una serie de pensamientos negativos que podrían agruparse en las siguientes categorías: (a) con respecto al mundo, tema de peligrosidad (“el mundo es un lugar peligroso”, “tengo que estar en continua alerta”) lo que le llevaría a emociones de ansiedad y miedo en las situaciones descritas anteriormente, (b) con respecto a los otros, devaluación (“no puedo confiar en nadie”, “los hombres son sucios”) e imposición del “deber” y la justicia (“los demás deben actuar con las normas que yo considero justas y apropiadas”) lo que lleva, por un lado, a sentimientos de desconfianza y asco a la intimidad y, por otro lado, a sentimientos de rabia e irritabilidad con los otros, y (c) con respecto a ella misma, tema de control (“tengo que estar en control”) que lleva a no permitirse relajarse y disfrutar, y autodevaluaciones (“no soy buena, es toda apariencia falsa”, “soy incompetente por tener aún estos síntomas”) que le lleva a sentimientos de asco y rabia contra ella. Asimismo, presenta una fuerte

inseguridad y temor con los niños ante la idea de no distinguir el límite entre el juego y la erotización. Por último, la creencia irracional de “necesito ser amada, sería terrible si mi novio me dejara” la llevaría a sentimientos de ansiedad anticipatoria.

Modelo Explicativo del Problema e Hipótesis

Según los datos extraídos de la evaluación, se puede formular un modelo explicativo que se contrastaría en la fase de tratamiento. El modelo aparece reflejado en la figura 1. Según el mismo, el TEP aparece como consecuencia de los abusos sexuales en la infancia, mediado por variables cognitivas que, según los modelos actuales, podrían ser responsables de la cronicidad del trastorno. Además, se recogen también variables moduladoras negativas de la intensidad del TEP, provenientes del contexto y de la propia situación de abuso. Por otra parte, también existen variables moduladoras positivas de la paciente que podrían explicar que no se dé en ella un peor desajuste y una patología más severa (diversos trastornos de personalidad, depresión clínica, incapacidad en las relaciones sexuales, etc.).

Asimismo, se hipotetiza que el TEP es el diagnóstico que mayor peso causal tiene sobre los otros problemas presentados, de manera, que la disminución de esta sintomatología a través de los tratamientos cuya eficacia ha sido demostrada, como se recoge en la literatura, llevaría a la disminución en el resto de los problemas encontrados. Por último, hay que destacar que tanto las características del abuso recibido por la paciente (intento de que la niña participe del juego erótico) como la existencia de un contexto familiar, y social en general, estricto y moralizante pudieron llevarla a una reacción emocional ambivalente repulsión-placer durante el abuso que llevaría a la negación de dicha emoción (podría explicar síntomas disociativos y de amnesia parcial del suceso) y a la instauración de creencias negativas con respecto a ella misma (explicaría los sentimientos de rabia y asco hacia ella misma y las conductas de ingesta compulsiva). Esta hipótesis necesita ser contrastada durante la exposición al trauma, si se confirmara, se propone introducir la reestructuración cognitiva durante la exposición para potenciar el cambio emocional.

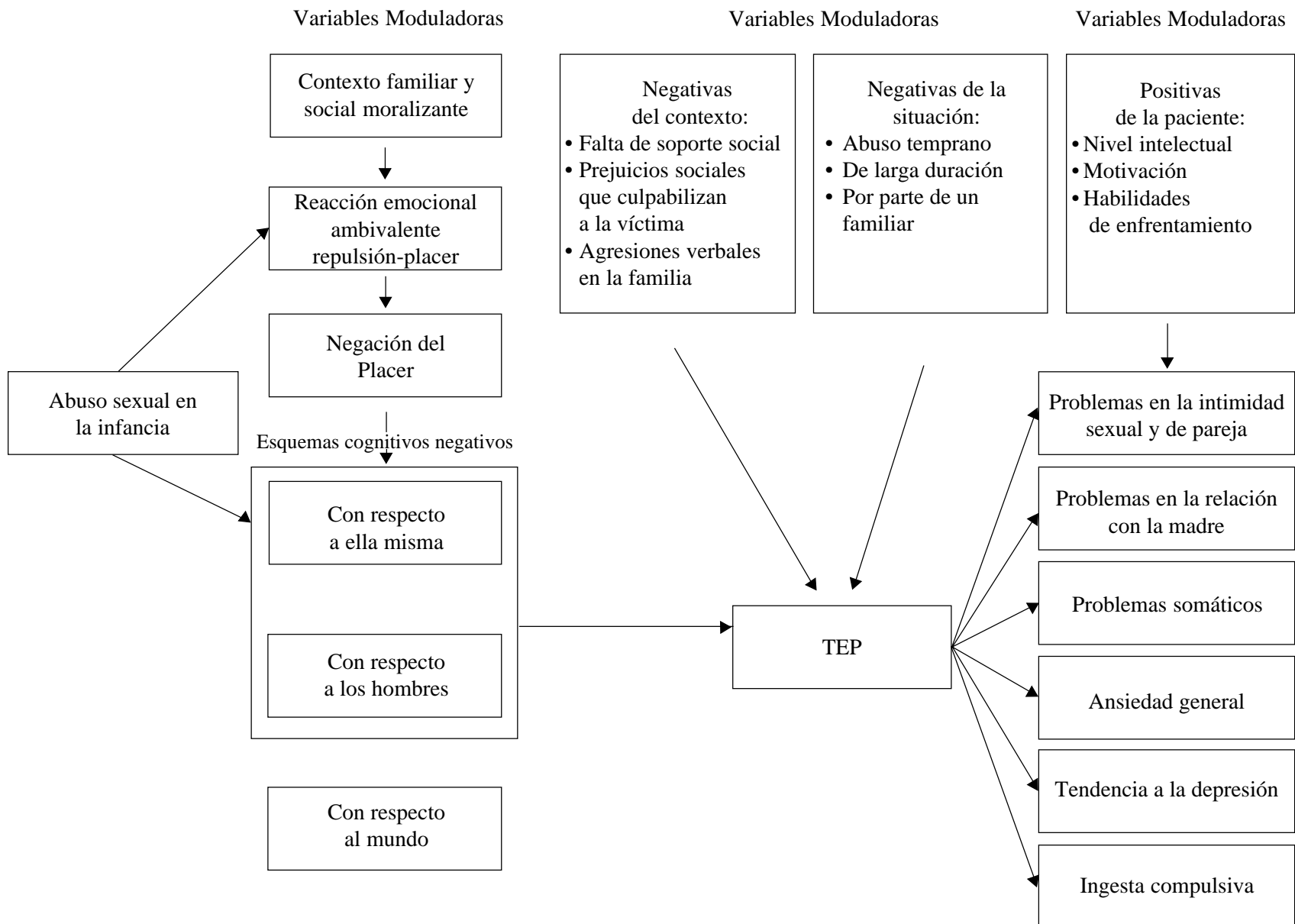


Figura 1. Modelo explicativo del problema.

Secuencia y Contenido de las Sesiones

Se realizaron tres sesiones de evaluación, de hora y media, durante dos semanas; ocho de tratamiento y una de finalización del mismo, semanales, todas de una hora excepto las tres de exposición en la imaginación que fueron de hora y media; y una de

seguimiento, de dos horas, seis meses después del tratamiento. El contenido de cada sesión se organizaba en fichas con: (a) número de sesión y fecha, (b) objetivos de la sesión, (c) revisión de tareas, (d) incidencias en el desarrollo de la sesión, y (e) tareas y objetivos para la próxima sesión. El cronograma de las sesiones aparece en la tabla 6.

TABLA 6
Cronograma de las fases de intervención

	Sesiones evaluativas				Sesiones de tratamiento								Sesión de seguimiento
	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a	11 ^a	12 ^a	13 ^a
Técnicas evaluativas y de tratamiento													
Entrevista de diagnóstico diferencial y de evaluación conductual	*												
Entrevista de áreas vitales		*											
Entrevista de descripción del trauma			*										
Psicoeducación				*									
Relajación				*	*	*							
Exposición en vivo					*	*	*	*					
Reestructuración cognitiva					*	*	*	*	*	*	*		
Exposición en imaginación									*	*	*		
Exposición en imaginación con reestructuración cognitiva en "puntos calientes"										*	*		
Afrontamiento de futuros problemas												*	
Técnicas evaluativas en el seguimiento													*

Sesiones 1-3: evaluación. Se trabaja, desde el principio, a través de las habilidades del terapeuta la creación de una buena alianza terapéutica cuyo objetivo principal es la aceptación incondicional de la paciente de manera que ésta llegue a reconciliarse consigo misma, independientemente de lo que haga, piense o sienta. Se decide realizar en primer lugar la entrevista de diagnóstico y la de evaluación conductual porque el TEP es crónico y la paciente está más motivada, en principio, a hablar de sus síntomas que del trauma. Los cuestionarios e inventarios se piden como tarea para casa en la primera sesión, excepto el PSS y el PTCI que los realiza en esa sesión. También en las sesiones se le enseña a realizar los autorregistros evaluativos que llevará como tarea diaria.

Sesión 4: presentación modelo explicativo y técnicas de relajación. Se le explica a la paciente cómo los síntomas que presenta son reacciones normales a una situación anormal de abusos sexuales en su infancia. Debido a lo impactante de la situación, no lo pudo procesar adecuadamente, con lo que los recuerdos y sensaciones vuelven repetidamente. "Es como un cajón desordenado que no se pudiera cerrar porque todas las prendas lo desbordaran. Habría que vaciarlo entero, doblarlas y colocarlas de manera ordenada en él para poder cerrarlo". Se discute con ella el folleto de síntomas ante el trauma adaptado de Foa y Rothbaum (1998). A partir de ahí se le presentan las principales técnicas que se van a utilizar y la lógica de aplicarlas. Se realiza la jerarquía de

situaciones de evitación y/o escape que presenta. Se le enseña la técnica de relajación autógena y de respiración. La practicará media hora diaria anotando el estado de tensión antes y después de realizarla.

Sesión 5-8: reestructuración cognitiva y exposición en vivo. Al principio de la sesión 5ª se detectan problemas con la práctica de la relajación, se tensa en vez de relajarse. Se identifica, debate y sustituyen los pensamientos negativos que provocan esto (principalmente la necesidad de “tener que controlar y relajarse bien”). Una vez superado este problema la paciente se relaja sin dificultad y, a partir de la sesión 6ª, lo hace automáticamente de manera condicionada a una palabra que ella identifica como relajante, la palabra “playa”.

La reestructuración cognitiva de estas semanas se centra, principalmente, en las creencias negativas con respecto al mundo (tema de la peligrosidad), con respecto a los hombres (tema de la desconfianza y de la injusticia) y con respecto a ella misma (en el tema de control). El debate y sustitución de estas creencias facilita tanto la capacidad de relajación como de exposición a la jerarquía, especialmente a la situación de ir por la calle. Asimismo, se empieza a debatir y sustituir la necesidad de ser amada que lleva al temor de que el novio la deje. Por último, se le enseña la diferencia entre el juego afectuoso con los niños y la erotización planeada por un adulto para satisfacción sexual propia, y se sustituyen sus temores irracionales a llegar a realizarlo.

Un resumen ilustrativo de la utilización de los autorregistros por parte de la terapeuta para el debate y cambio cognitivo y emocional aparecen en las tablas 7 y 8. En primer lugar, en la columna B, la terapeuta utiliza la técnica de la escalera descendente (flechas hacia abajo en la columna) para realizar una serie de preguntas que lleven a

la obtención de las creencias e inferencias evaluativas irracionales que originan el pensamiento negativo autorregistrado por la paciente. A partir de ahí, se le enseña a la paciente (columna D) a debatir esos pensamientos y creencias de manera socrática, esto es, interrogándolas y cambiándolas por otras más lógicas, empíricas y prácticas que cambian la emoción disfuncional en funcional (columna E).

La exposición en vivo se centra fundamentalmente en la situación de caminar por la calle. La exposición a las situaciones anteriores en la jerarquía se realiza directamente como tarea para casa, después de comentarlas en la sesión. En cuanto a las de intimidad física y encuentros sexuales no planeados no se realizaron por empezar la paciente a planear la ruptura con el novio. Por tanto, se dedica gran parte del tiempo de estas sesiones a elaborar y practicar respuestas incompatibles con las de hipervigilancia (ejemplo: no mirar de reojo hacia los laterales, no girar la cabeza hacia atrás); con las de tensión (ejemplo: aplicar relajación condicionada a la palabra “playa”); y con las de escape (ejemplo: no cruzar a la otra acera, ni acelerar el paso). Asimismo, aplica la reestructuración cognitiva cuando las emociones de ansiedad, asco a las miradas o sentimientos de culpa por no estar alerta aumentan. Por último, se practica una nueva forma de caminar que conlleva un “tomar conciencia” de dicho acto. Esto es, ser consciente del placer y la complejidad que supone el movimiento muscular cuando andamos. Además de todas las percepciones sensoriales que tenemos al caminar: las formas, los colores, los olores, etc.

Las tareas para casa en estas sesiones fueron: (a) continuar con los registros de tensión antes y después de la relajación, (b) registrar la ansiedad antes y después del paseo, y (c) continuar con los autorregistros cognitivos.

TABLA 7

Ejemplificación de la reestructuración cognitiva de la necesidad de “control” sobre el autorregistro de la paciente

A Disparador ¿Qué ocurrió?	B Creencia Irracional ¿Qué pensé?	C Emoción ¿Qué sentí? (Intensidad: 0-10)	D Debate y cambio ¿Qué sería más lógico, empírico y práctico decir?	E Efecto en la emoción ¿Qué siento ahora? (Intensidad: 0-10)
No consigo relajarme	<p>“Ya debería ser capaz de relajarme”</p> <p>↙ ▲ Y si no lo soy... ¿qué significa?</p> <p>“Que si no tengo ni el control de esto, de qué lo voy a tener”</p> <p>↙ ▲ ¿Y si no tuviera control? “Sería una mierda”. “No valdría para nada” (autodevaluación)</p>	Rabia contra mí misma (9)	<p>¿Dónde está escrito que ya debería? “En ningún sitio. Es algo que tengo que aprender”</p> <p>¿Esforzándome mucho en relajarme, lo voy a conseguir? “No, dejándome llevar”</p> <p>Si no tengo control, ¿soy una mierda? “No, sólo soy un ser humano que por tanto, a veces, descontrola”</p>	Rabia contra mí misma (3)

TABLA 8

Ejemplificación de la reestructuración cognitiva del tema de la peligrosidad sobre el autorregistro de la paciente

A Disparador ¿Qué ocurrió?	B Creencia Irracional ¿Qué pensé?	C Emoción ¿Qué sentí? (Intensidad: 0-10)	D Debate y cambio ¿Qué sería más lógico, empírico y práctico decir?	E Efecto en la emoción ¿Qué siento ahora? (Intensidad: 0-10)
Paseando por la calle percibo peligro a mi alrededor	<p>↙ ▲ “Puede ocurrirme algo malo” ¿Y...?</p> <p>“Debo estar en alerta para que no me ocurra”</p> <p>↙ ▲ ¿Por qué si no...?</p> <p>“Me habré fallado de nuevo”</p> <p>↙ ▲ ¿Y eso significa...?</p> <p>↙ ▲ “Que no me lo podría perdonar” (Autodevaluación)</p>	<p>Miedo (8)</p> <p>Tensión (9)</p> <p>Culpa (9)</p>	<p>¿Qué probabilidad hay de que ocurra algo malo? “En realidad, muy poca”</p> <p>¿Por estar alerta voy a evitar que ocurra? “No lo puedo evitar, no hay garantías de seguridad en el mundo”</p> <p>Si ocurriera, ¿significaría realmente que me he fallado a mí misma? “No, me fallaré si sigo machacándome e impidiéndome disfrutar”</p>	<p>Miedo (5)</p> <p>Tensión (5)</p> <p>Culpa (4)</p>

Sesiones 9-11: reestructuración cognitiva y exposición en la imaginación. Tanto el rato de relajación en casa como los paseos se han convertido en algo placentero que procura realizar a diario. Continúan, sin embargo, los síntomas de reexperimentación y fisiológicos descritos. Se comienzan las sesiones explicando de nuevo la racionalización de la técnica de exposición en imaginación y se le dice exactamente cómo se va a hacer. La paciente presenta un fuerte temor a la misma. Se le asegura que va a ser acompañada en todo momento por la terapeuta: “vamos a meternos en la tempestad juntas, con el timón bien cogido”. La duración es de unos 45 minutos. Se sigue la técnica según la presentan Foa y Rothbaum (1998). La exposición se graba con el fin de practicarla a diario. Un fragmento ilustrativo de la primera sesión se presenta a continuación. P: “...me ha puesto la mano en mi pierna izquierda y la deja allí... ¿qué es esto? ...no sé cuánto tiempo pasa, algo no va bien, no entiendo, estoy inmóvil... todo se convierte en su mano, la puedo ver a través de la mesa... la va subiéndome, ¿qué va a pasar?, cierro las piernas y aprieto... no entiendo nada, no puedo hacer nada, dependo de lo que él haga”. T: “muy bien, lo estás haciendo muy bien, ¿qué está ocurriendo ahora?”. P: “...me aprieta, me empuja para que abra las piernas, me dice algo, no sé por qué pero termino cediendo... me toca ahí, me dice algo que no recuerdo, me sigue tocando... me habla... no recuerdo”. T: “¿Cuánta ansiedad tienes ahora?”. P: “10”.

A medida que avanza en la exposición, la ansiedad va disminuyendo hasta terminar en 0. Empiezan a salir otras emociones: rabia hacia él (“por lo que me está haciendo”), rabia hacia ella (“por ceder y sentir algo raro”), rabia hacia su familia (“por no darse cuenta y ayudarla”) y miedo y vergüenza a que se le note. Se trabajan con reestructuración cognitiva.

En la revisión de tareas de la segunda sesión, la paciente dice haberse deprimido al escuchar la cinta debido a las emociones despertadas, por lo que sólo la ha oído una vez. Esta sesión es más directiva, deteniéndose más en los “puntos calientes” (situaciones que evaluó como 10 de ansiedad y, que en parte, no recuerda). La terapeuta lleva a la paciente a que focalice su atención en lo que perci-

be, en cómo responde su cuerpo, en lo que siente y en lo que se dice a sí misma. Asimismo, realiza la reestructuración cognitiva durante la exposición para cambiar las emociones de asco y culpa que surgen durante la misma. P: “... mis piernas se han separado... me está hablando... no sé qué me dice”. T: “intenta escuchar lo que te está diciendo”. P: “no sé, mueve la boca pero no sé qué dice... (silencio)... dice algo del “conejito”, ¡qué asco!, le llama “conejito”... dice que está mojado, que me gusta... no es cierto, le odio...qué asco”. T: “sientes odio hacia él, asco hacia la situación...¿hacia ti? (Asiente), de todas estas emociones ¿cuál es la más intensa?”. P: “me da asco mi cuerpo”. T: “¿qué te dices a ti misma para sentir asco?”. P: “...que es verdad que estoy mojada, ...que mi cuerpo me está traicionando...que sigo yendo allí para que me toque...que estoy dejando que lo haga...”. T: “y, si dejas que lo haga...¿dice eso algo con respecto a ti misma?”. P: “...que soy una niña mala”. T: “muy bien, entonces cuando te dices “no debía sentir esto, soy una niña mala”, ¿te sientes...?”. P: “sucias...culpable”. T: “¿como cuánto?”. P: “Como 10”. T: “muy bien, ahora me gustaría que intentaras reducir esa emoción a la mitad. Puedes hacerlo, tómate tu tiempo. Avísame cuando lo consigas”. P: “(minutos)...ya”. T: “¿qué te dices para sentirte menos culpable? P: “que sólo soy una niña que está siendo manipulada”. T: “entonces, si te está estimulando, ¿debes o no debes estar mojada?”. P: “...en ese sentido, es normal que esté mojada pero no es normal en una niña pequeña”. T: “una niña pequeña que reacciona de manera normal a una situación anormal de excitación inapropiada. Di con fuerza lo que te dices que te baja la culpa”. P: “que sólo soy una niña que quiere que la quieran. Que es normal que esté mojada porque me está estimulando. Que es él el único responsable”. T: “y, cuando te dices eso, ¿te sientes? ...”. P: “aliviada”.

En la última sesión, se aborda con el mismo procedimiento un suceso, previamente olvidado, en el que la paciente con 12 años busca a su pariente para que la acaricie. La culpa inicial desaparece al final de la exposición con reestructuración cognitiva.

Sesión 12: finalización del tratamiento y prevención de futuras recaídas. La recogida de tareas

refleja que la paciente no presenta ya problemas con la cinta de exposición. Por otro lado, ha decidido dejar la relación con su novio y volver a su casa ya que ha terminado sus estudios. Se prevén y ensayan estrategias de hacer frente a posibles problemas con su madre. Se puntúan las escalas de conductas-objeto de terapia y se vuelven a pasar los cuestionarios y escalas iniciales.

Sesión 13: seguimiento. Se vuelve a realizar la medición en las variables dependientes y se recoge la impresión subjetiva de la paciente. Informa estar pasando el mejor momento de su vida “estoy disfrutando de la vida en vez de protegerme de ella. Lo mejor es haber sido capaz de quitarme la enorme rabia que sentía contra mí misma y contra los demás”. Al ser más tolerante, ha mejorado la relación con su madre. Ha tenido sexo espontáneo satisfactorio con un amigo. Se han terminado los episodios de ingesta compulsiva y ha perdido peso.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el caso expuesto (tablas 1, 2, 3, 4 y 5) señalan claramente el éxito de la intervención. Especialmente cuando la mejoría no sólo se mantiene con el tiempo, sino que aumenta.

Como se hipotetizó, el éxito del tratamiento dirigido al TEP (tabla 1) se generalizó al resto de los problemas presentados por la paciente (tabla 2). Igualmente, se consiguieron los objetivos terapéuticos en las tres modalidades de respuesta: conductual, fisiológica y emocional (tablas 3, 4, y 5). Asimismo, los pensamientos negativos cambian radicalmente como reflejan las puntuaciones del PTCI y del DAS-A (tablas 1 y 2, respectivamente). Aunque esto no demuestra su rol mediador, el cambio podría haberse dado como resultado de la disminución sintomatológica, hay que señalar dos observaciones clínicas que apuntarían en esa dirección: (1) la relajación y la exposición en vivo se facilitaron, y (2) la eficiencia de la exposición en la

imaginación se incrementó (3 sesiones *versus* un mínimo de 6 que utilizan Foa y Rothbaum (1998) en su procedimiento estandarizado), cuando la paciente aplicó reestructuración cognitiva a las emociones que bloqueaban su ejecución. Por otro lado, hay que señalar que los síntomas de reexperimentación del TEP no disminuyeron hasta que no se introdujo esta técnica. Por tanto, aunque la técnica de exposición en vivo es suficiente para algunos pacientes como informa Echeburúa y cols. (1997), otros, tal como recomiendan Foa y Rothbaum (1998) necesitarían de la exposición en la imaginación.

Por último, tal como se hipotetizó, la exposición en la imaginación desveló un sentimiento de culpa más intenso que el reconocido inicialmente por la paciente. Como ha señalado frecuentemente la literatura (Baker, 2002; Kubany, 1998; Resick y Scnicke, 1996), las víctimas interiorizan los prejuicios sociales que culpabilizan a la mujer ante la agresión sexual. Intensificándose esto aún más si existe excitación sexual durante ella, al no ser interpretada ésta como una respuesta adaptativa sino como una señal de deseos secretos repulsivos (Ehlers y Clark, 2000). En este caso, la aplicación de la reestructuración cognitiva durante la exposición cambió eficaz y eficientemente (sólo dos sesiones) dicha emoción.

Las conclusiones de este estudio son limitadas y tentativas dado que se aplican sólo a una paciente y se utiliza una amplia gama de técnicas y otras variables terapéuticas relevantes como la aceptación incondicional de la paciente y, desde ahí, el fomento de la motivación para el cambio. Serían necesarias futuras investigaciones que replicaran estos datos en estudios más controlados experimentalmente. Sí se puede concluir, sin embargo, diciendo que el objetivo de este trabajo se consigue en la medida en que se pone de manifiesto la necesidad de realizar evaluaciones conductuales que lleven a adaptar las técnicas a los pacientes y no al contrario. No hay que olvidar que hacer terapia es una ciencia pero también un arte.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Baker, C. D. (2002). *Female survivor of sexual abuse*. New York: Brunner-Routledge.
- Conde, V. y Useros, E. (1974). El inventario para la medida de la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*, 212-213, 153-157.
- Dickinson, L. M.; DeGruy, F. V.; Dickinson, W. P. y Candib, L. M. (1998). Complex posttraumatic stress disorder: Evidence from the primary care setting. *General Hospital Psychiatry*, 20, 214-224.
- Dunmore, E.; Clark, D. M. y Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 809-829.
- Dunmore, E.; Clark, D. M. y Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical and sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1063-1084.
- Echeburúa, E.; De Corral, P.; Amor, P. J.; Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.
- Echeburúa, E.; De Corral, P.; Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behavior Modification*, 21, 433-456.
- Ehlers, A. y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Foa, B. E.; Keane, T. M. y Friedman, M. J. (2000). *Effective treatments for PTSD*. New York: The Guilford Press.
- Foa, B. E.; Riggs, D. S.; Dancu, C. V. y Rothbaum, B. O. (1993). Realibility and validity of a brief instrument for assessing posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473.
- Foa, B. E. y Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape. Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: The Guilford Press.
- Foa, B. E.; Rothbaum, B. O. y Steketee, G. S. (1993). Treatment of rape victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 256-276.
- Foa, B. E.; Tolin, D. F.; Ehlers, A.; Clark, D. M. y Orsillo, S. M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314.
- Follette, V. M.; Ruzek, J. I. y Abueg, F. R. (1998). *Cognitive-Behavioral therapies for trauma*. New York: The Guilford Press.
- Gómez, M.; Mengual, J. B. y Leal, C. (1971). La escala de ansiedad manifiesta de Taylor: Estudio normativo, validez, sensibilidad, fiabilidad y composición factorial. Congreso Nacional de Neuropsiquiatría, Málaga: Actas.
- Kilpatrick, D. G.; Saunders, C. L.; Amick-McMullan, A.; Best, C. L.; Veronen, L. J. y Resnick, H. S. (1989). Victim and crime factors associated with the development of crime related posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 199-240.
- Kubany, E. S. (1998). Cognitive therapy for trauma-related guilt. En V. M. Follette, J. I. Ruzek y F. R. Abueg. (Eds.), *Cognitive-Behavioral therapies for trauma* (pp. 124-162). New York: The Guilford Press.
- Millon, T. (1987). *MCMI-II Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II. Versión española*. Madrid: TEA.
- Novaco, R. W. y Chemtob, C. M. (1998). Anger and trauma: conceptualization, assessment and treatment. En V. M. Follette, J. I. Ruzek y F. R. Abueg. (Eds.), *Cognitive-Behavioral therapies for trauma* (pp. 124-162). New York: The Guilford Press.
- Resnick, P. A. y Schnicke, M. K. (1996). *Cognitive processing therapy for rape victims. A treatment manual*. London: Sage Publication.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1993). Adaptación española de la escala de actitudes disfuncionales (DAS) de Beck: Propiedades psicométricas y clínicas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 707-750.
- Spielberger, C. D.; Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de ansiedad estado rasgo (STAI). Versión española*. Madrid: TEA.