

Psicoterapia del Trastorno de Estrés Postraumático. A propósito de un Caso

Psychotherapy of Post-traumatic Stress Disorder. A view to a Case

Susana Amodeo Escribano

Centro de Salud Mental de Villaverde. Madrid, España

Resumen. El trastorno de estrés postraumático es uno de los diversos tipos de reacción a la exposición traumática. En este artículo se expone un caso clínico cuya sintomatología cumple criterios diagnósticos de TEPT en una paciente la cual sufrió abusos sexuales en la infancia, 50 años atrás. Se describe la historia de la víctima, así como el proceso terapéutico hasta conseguir superar el trauma.

Palabras clave: experiencia traumática en la infancia, trastorno de estrés postraumático, exposición al recuerdo traumático, superación del trauma.

Abstract. Posttraumatic stress disorder is one amongst the several types of reaction to traumatic exposure. This article introduces a case whose symptoms comply with the diagnostic criteria for PTSD in a patient who suffered sexual abuse in childhood, 50 years ago. It describes the history of the victim and the therapeutic process to getting over the trauma.

Keywords: traumatic experience in childhood, PTSD, traumatic memory exposure, trauma overcoming.

Introducción

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se definió en 1980 en el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) para describir los síntomas asociados con una respuesta prolongada a un acontecimiento traumático. Actualmente según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), el TEPT aparece cuando la persona ha sufrido, o ha sido testigo de una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona, y cuando la respuesta emocional incluye terror o indefensión. Los aspectos centrales del cuadro clínico son la experimentación del acontecimiento traumático, la evitación conductual y cognitiva de aquello asociado al trauma y la respuesta de hiperactivación.

Dentro del TEPT podríamos diferenciar los síntomas positivos (reexperimentación, evitación) y los síntomas negativos (apatía, embotamiento afectivo). El TEPT casi nunca se da en ausencia de otros trastornos. Del 50 al 90% de las personas con TEPT sufre un trastorno mental asociado (Freedly, Shaw, Jarrell, 1992; Kulka, Schlenger y Fairbank, 1990). Los trastornos comorbidos más frecuentes son los trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos de somatización y trastornos relacionados con sustancias. La pregunta que suscita

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a la autora al e-mail: samodeo@ono.com

este hecho es si el TEPT se da en personas más vulnerables que ya padecen trastornos previos, o si el hecho de padecer TEPT supone un mayor riesgo para otros trastornos (Friedman y Yehuda, 1995).

Se estima que este cuadro puede afectar al 1% de la población, siendo más frecuente en mujeres que en hombres y puede iniciarse a cualquier edad, incluso durante la infancia. Los síntomas suelen aparecer en los tres primeros meses posteriores al trauma, si bien puede haber un lapso temporal de meses, incluso años, antes de que el cuadro sintomático se ponga de manifiesto.

En la mayoría de los casos no remite espontáneamente necesitando tratamiento, el cual tiene algunos componentes imprescindibles. El primero de estos componentes es el establecimiento de una adecuada relación terapéutica, donde el paciente se sienta seguro para poder así enfrentarse a los recuerdos traumáticos. Otro componente fundamental es descondicionar el miedo y la ansiedad asociados a los recuerdos traumáticos y por último, restaurar el sentimiento de integridad y control personal.

El caso que se describe se refiere a una paciente de 55 años que presenta un TEPT crónico habiendo sufrido abusos sexuales por parte de un familiar cercano entre los cuatro y los seis años de edad.

Según Saxe, Van der Kolk y Berkowitz (1993), los traumas infantiles, en particular los abusos sexuales y físicos pueden inducir a dificultades en la capacidad individual para modelar y tolerar los afectos, la propensión a la conducta disociativa y la capacidad para las relaciones.

Caso clínico

M. es una mujer de 55 años, casada y con dos hijos de 26 y 30 años. Trabaja como modista en su casa. Estos datos han sido modificados con el fin de proteger la confidencialidad de la paciente.

Motivo de consulta

Es remitida al servicio de salud mental derivada por su médico de atención primaria por:

“Antecedentes de cuadros depresivos y fibromialgia. Sufrió abusos sexuales en la infancia y actualmente está reviviendo la experiencia presentando cuadros regresivos, refiere mucha angustia, tristeza, sensación de no poder controlar su vida”.

Historia del problema

Refiere haber sufrido abusos sexuales por parte de su tío paterno desde los cuatro a los seis años. Vivían en el pueblo ella, sus padres y su hermano E., cinco años mayor que ella. El padre trabajaba en el campo y la madre le ayudaba, por lo que dejaban mucho tiempo a M. al cuidado de su tío paterno. Según relata, a los 4 años comenzaron los abusos en casa de su tío bajo la amenaza que si lo contaba, la culpabilizaría a ella. Un día la madre descubrió la escena y responsabilizó a la niña de lo ocurrido, que en ese momento tenía 6 años. La llevó a confesar al cura del pueblo, el cual también la hizo responsable de aquello.

La madre de M. tuvo 2 hijos varones antes que naciera ella; su hermano E. (5 años mayor) y M. que murió al mes de nacer. La familia quería otro hijo varón, por eso, al nacer M., se llevaron una gran decepción, y le pusieron el nombre en femenino del hermano fallecido.

A los 20 años conoce a su hoy marido, el cual “siempre me ha tratado con mucho cuidado y me ha protegido, desde el principio supo mi historia”. En su marido siempre ha encontrado apoyo, pero era evidente la relación de dependencia de M. hacia él. Nunca ha tomado decisiones sin su reaseguramiento y siempre ha actuado de forma que se evite el conflicto. Reconoce que esto le ocurre con todos los miembros masculinos de su familia, incluido su hijo y su padre.

La madre de M. murió hace veinte años y en la actualidad, el padre, muy anciano, vive sólo en un piso cercano al de M., y al que cada día acude para asearle y prepararle la comida. Mientras tanto el padre, la veja, la insulta, la desprecia, pero ella nunca ha manifestado ira ante tal trato, en cambio “me bloqueo, me desconecto y luego no lo recuerdo”. Estos bloqueos, junto con recuerdos intrusivos de los abusos, marcada angustia, tristeza, algias diversas, así como profundo sentimiento de minusvalía es lo que lleva a la paciente a pedir ayuda.

Evaluación y descripción de la sintomatología

La evaluación se llevó a cabo en las dos primeras sesiones. El instrumento básicamente utilizado ha sido la entrevista clínica, pero también se ha utilizado, como apoyo a la información de la entrevista y para obtener medidas cuantitativas, una serie de autoinformes, como son la Escala de Gravedad del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS) (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997) la cual nos da una medida de la gravedad e intensidad de los síntomas del cuadro clínico, la Escala de Inadaptación (EI) (Echeburúa, Corral, y Fernández Montalvo, 2000) la cual mide el grado en el que el suceso traumático afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana, el Inventario de ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) (versión española de TEA, 1982) y como medida de la intensidad de los síntomas depresivos, se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) (versión española de Vázquez y Sanz, 1997).

A raíz de la entrevista y los resultados obtenidos en los instrumentos de evaluación, se puede concluir que la paciente sufre un trastorno de estrés postraumático crónico según criterios DSM-IV-TR (APA, 2000):

- Ha estado expuesta a abusos mantenidos en el tiempo que refiere haber experimentado con intenso temor, desesperanza y culpa.
- Re-experimentación: presenta recuerdos intrusivos, sueños (pesadillas) con intenso malestar y reactividad fisiológica asociadas.
- Evitación y restricción del afecto: se esfuerza por evitar situaciones asociadas al trauma como ir al pueblo (donde ocurrieron los abusos), ver a alguien de su familia origen (padre, hermano). No soporta que la abracen, evita el contacto físico y presenta síntomas disociativos (se bloquea ante las figuras masculinas, en especial su padre, y luego no recuerda lo sucedido).
- Síntomas persistentes de aumento de la activación: dificultad para conciliar y mantener el sueño (sólo logra dormir seguido 2 horas), dificultad de concentración y tensión muscular mantenida.
- Malestar clínicamente significativo, e interferencia en su vida cotidiana.
- Duración de los síntomas superior a un mes.

También presentaba las siguientes manifestaciones secundarias asociadas: estado de ánimo bajo y ansiedad difusa, deterioro del nivel de autoestima (“siento que no valgo para nada, no hago nada bien”), sentimientos de culpa y vergüenza, dificultad para tomar decisiones, autocuestionamiento continuo, quejas somáticas y problemas físicos como dolores musculares y de cabeza y dificultades en las relaciones interpersonales, en especial con las figuras masculinas.

Tabla 1. Resultados obtenidos en la evaluación anterior al tratamiento

Instrumentos	Rango de puntuación	Punto de Corte	Puntuación Pre- tratamiento
Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (EGS)	0-51	15	29
Inventario ansiedad Estado-Rasgo (STAI)	0-60	31	35
Inventario de Depresión de Beck (BDI)	0-63	18	28

Intervención psicológica

Una vez realizada la evaluación del caso, se establecieron como objetivos terapéuticos en primer lugar, que la paciente comprendiera su sintomatología en relación con los hechos ocurridos. En segundo lugar, reducir la sintomatología del TEPT y minimizar las secuelas del mismo. En tercer lugar, entrenamiento en habilidades de afrontamiento más eficaces, sobre todo en su relación con los demás, y por último, fomentar un estilo más independiente y gratificante de vida.

El tratamiento, así como la evaluación, fue llevada a cabo en el Servicio de Salud Mental de Villaverde (Madrid). La intervención se realizó a lo largo de 14 sesiones de una hora a lo largo de año y medio. Se estableció al principio una periodicidad de sesiones quincenal para pasar a ser mensual una vez que se evidenció un descenso en la sintomatología. En el seguimiento se espaciaron las sesiones, estableciéndose cada dos, tres y seis meses sucesivamente. A primera vista parece una frecuencia demasiado baja, pero a la luz de los resultados, suficiente.

El tratamiento empleado se encuadra dentro del modelo cognitivo-conductual, y a continuación, pasamos a exponerlo estructurado en seis fases.

Primera fase: alianza terapéutica

El establecimiento de la alianza terapéutica es imprescindible como paso previo para posteriormente ayudar a nuestra paciente a elaborar el trauma. No es posible iniciar este camino si el paciente no confía de forma genuina en su terapeuta. En esta fase inicial es de crucial importancia que nos esmeremos a la hora de brindar lo que Rogers, Gendlin, Kiesler y Truax (1997) llamaron “condiciones facilitativas” en el terapeuta para el establecimiento de una buena relación terapéutica: empatía, autenticidad y aceptación positiva.

Segunda fase: comprensión de su sintomatología

Consistió básicamente en explicar a M. la relación entre su sintomatología y los acontecimientos traumáticos ocurridos en su infancia, cómo ha influido en su autoconcepto, y en la forma de relacionarse con los demás. La comprensión por parte de la víctima, de sus síntomas y su relación con el trauma, de por sí es terapéutica y ayuda generalmente a establecer cierta distancia emocional con la experiencia pudiendo ser el primer paso para situar el episodio traumático dentro de un contexto vital más amplio.

Tercera fase: estabilización y autodomínio

El paciente ha de lograr restituir la sensación de seguridad y confianza en sus propias percepciones y sentimientos, validar sus emociones (Foa, Rothbaum y Riggs, 1991; Linehan, 1993; Van der Hart, Steele y Boon, 1993).

Durante esta fase, ha de aprender a identificar y dar valor a sus emociones, las cuales, además de ser muy intensas y poco controlables, desde su infancia, en el caso de M., las ha vivido como inadecuadas y carentes de valor. En esta fase era también necesario incrementar su sensación de autoeficacia y autodomínio a través de la implementación de nuevas estrategias de afrontamiento de sus propios síntomas; en esta línea, M. presentaba una elevada tendencia a la disociación en situaciones de estrés, era, pues, conveniente que aprendiera a reducir su nivel de activación psicofisiológica y emocional. En el TEPT, el organismo reacciona a los recuerdos traumáticos como si volviera a presentarse el trauma con una hiperactivación generalizada por lo cual se hace

imprescindible ayudar al paciente a controlar sus reacciones fisiológicas excesivas. Para ello entrenamos a M. en sencillas técnicas de reducción de la activación: respiración diafragmática y relajación muscular progresiva, lo cual, aparte de reducir su activación, le dio un sentido de seguridad y competencia al que podría acudir cuando sintiera que sus emociones escapaban a su control.

Cuarta Fase: superación del miedo a los recuerdos traumáticos

La exposición controlada a los recuerdos traumáticos suele ser necesaria cuando las intrusiones perceptivas, emocionales o conductuales involuntarias continúan siendo frecuentes y suponen gran interferencia en la vida de la persona. La mera reexperimentación fragmentada del trauma con el consiguiente malestar emocional asociado impiden la construcción de una memoria integrada, o lo que es lo mismo, de un recuerdo contextualizado en la vida de la persona que deje de actuar como estímulo de respuestas condicionadas (Van der Hart y Opden Velde, 1991).

La seguridad de la relación terapéutica antes comentada permitió a la paciente exponerse a sus recuerdos traumáticos y emociones asociadas desde una perspectiva diferente que cuando tuvo lugar cuando ella era niña. La exposición prolongada a los recuerdos traumáticos permite un cambio en las representaciones del trauma en la memoria (fragmentado y descontextualizado) a un recuerdo en forma de episodio histórico (Foa, Rothbaum y Riggs, 1991), lo cual se traduce en una reducción sintomática.

El procedimiento consistió básicamente en obtener una descripción detallada por parte de la paciente del recuerdo de lo ocurrido, de cómo se sintió, de qué pensaba ella en los momentos en los que fue sometida a abusos, transcribirlo, y luego, tras introducirle un estado de relajación con los ojos cerrados, leer a la paciente lo narrado intentando revivirlo de forma prolongada hasta que el malestar se desvaneciera. Este procedimiento se repitió en dos sesiones, momento en el que se dio por concluido dado que ya no le generaban malestar emocional significativo.

Quinta fase: reestructuración cognitiva de los esquemas disfuncionales relacionados con el trauma y cambio asertivo

Los esquemas acerca de uno mismo y del mundo relacionados con el trauma determinan la forma de sentir y actuar, más aún si el trauma ocurrió en edades tempranas de la vida de la persona. Dada la historia de acontecimientos y de relaciones en su infancia no era difícil entender por qué en nuestra paciente subyacía la idea de que ella era inadecuada, culpable, que sus puntos de vista y emociones no eran válidos, lo cual le hacía depender constantemente de la aprobación y reaseguración externa. Para llevar a cabo cambios cognitivos,

Tabla 2. Ejemplos de pensamientos asociados a emociones negativas

Situación	Pensamiento	Emoción negativa
Voy a casa de mi padre a darle de comer	Tengo que ser yo la que siempre cuide de mi padre. Yo tengo la obligación y mi hermano no	Ira, impotencia, ansiedad
Mi padre me grita	No valgo para nada. Merezco todo lo malo que me pase. Es terrible que se enfaden conmigo; algo he hecho mal	Tristeza, ansiedad, culpa
Mi marido me acompaña a casa de mi padre	No soy capaz de ir sola. Necesito siempre que mi marido me acompañe	Impotencia, ansiedad

empleamos el esquema A-B-C (Ellis, 1962) donde A es la experiencia activadora, B los pensamientos y C es el resultado emocional y conductual de B. Una vez explicadas las relaciones entre A-B-C y propuesto el registro, procedimos al reencuadre cognitivo para lo cual utilizamos el desafío verbal o método socrático. El desafío verbal promueve la idea de que cualquier creencia es una interpretación entre muchas y se basa en el cuestionamiento sistemático y en el razonamiento inductivo.

Dada la tendencia a presentarse ante los demás de forma pasiva y sumisa también se incluyeron técnicas asertivas mediante las cuales, aprendió a respetar sus propias ideas, a expresar sentimientos negativos y positivos y a defenderse de la conducta manipulativa de los demás. En M. la respuesta ante las intromisiones en sus derechos por parte de los demás (masculinos) era siempre pasiva-sumisa dejando sistemáticamente relegados sus propios deseos y sentimientos transmitiendo implícitamente el mensaje “yo no cuento; mis necesidades, emociones y pensamientos son menos importantes que los tuyos”. Las consecuencias de actuar así se traducían en constantes y crecientes demandas por parte de los demás y la sensación de indefensión en ella con los consiguientes efectos devastadores en la autoestima y autocontrol.

Para el cambio se utilizaron principalmente las siguientes técnicas asertivas: autorrevelación (informar siempre y claramente de lo que piensa y siente), bloqueo asertivo (evitar la manipulación o el ataque del otro con expresiones que reflejan la posibilidad de que el otro tenga parte de razón, seguido de la repetición serena de la reivindicación), aceptación asertiva (reconocimiento decidido y comprensivo de la crítica que se nos hace sin adoptar actitudes defensivas), negociación o compromiso viable (ante una situación de conflicto, ofrecer una alternativa viable que pueda satisfacer a ambos) y aplazamiento asertivo (aprender a no responder de inmediato, darse tiempo para pensar o para disminuir la respuesta emocional).

Sexta fase: exposición a experiencias reparadoras

Es importante en esta fase del tratamiento alentar al paciente a exponerse a experiencias que proporcionen sensaciones de dominio y placer. En este caso se concretó en la asistencia a clases de informática, bailes de salón y participación voluntaria en el acompañamiento a niños hospitalizados.

Evaluación de la eficacia del Tratamiento

A lo largo de la intervención se han ido produciendo cambios en los que subyace una elaboración de los recuerdos traumáticos, una integración de los mismos dentro de su memoria biográfica y un cambio de esquemas en cuanto a sí misma, a los demás y al mundo. Más en concreto, refiere mayor sentimiento de control de su propia vida, han disminuido los síntomas de reexperimentación (imágenes intrusivas, pesadillas), no evita “conflictos” sino que los aborda de forma asertiva y tranquila. Actualmente no hay síntomas disociativos ante las situaciones estresantes que antes sí los producían, ha pactado con el hermano el compartir el cuidado del padre y tolera mejor el contacto físico. La latencia de sueño continúa aumentada, pero ahora no hay despertares nocturnos, se ha reducido la frecuencia de las pesadillas, ha mejorado el estado de ánimo y se ha reducido el nivel de ansiedad.

Tabla 3. Resultados obtenidos en la evaluación anterior y posterior al tratamiento

Instrumentos	Rango de puntuación	Punto de Corte	Puntuación Pre- tratamiento	Puntuación Pos-tratamiento
Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (EGS)	0-51	15	29	10
Inventario ansiedad Estado-Rasgo (STAI)	0-60	31	35	20
Inventario de Depresión de Beck (BDI)	0-63	18	28	16

Según la paciente expresa, “ahora siento más control de mi vida. He aprendido a aceptarme como persona de pleno derecho, con derecho a defenderme y a ser valorada intrínsecamente. Aquello que pasó ahora es un recuerdo doloroso pero que pertenece al pasado, es como si se hubiera recolocado en mi mente, ya no está todo el día presente...”.

Reflexiones finales

Este caso ilustra cómo el trauma se puede manifestar tras muchos años después de haber ocurrido el suceso que lo originó y cómo afecta a la globalidad de la persona, particularmente, cuando el hecho traumático se produce en la infancia. También ilustra cómo mediante una adecuada relación terapéutica y la aplicación de una serie de técnicas psicoterapéuticas, es posible el restablecimiento de un equilibrio y “confort” emocional en el paciente. Superar un trauma supone, en definitiva, integrar la vivencia traumática en forma de recuerdo sin que este recuerdo sobrepase la capacidad de control de la víctima, ni interfiera negativamente en su vida actual y futura (Herbert y Wetmore, 1999). No obstante, aún en los casos en los que se logra esta integración y la remisión de los síntomas, hay un mayor riesgo de recaída si se produce una nueva exposición a sucesos traumáticos estén o no relacionados con el trauma original. La mayor o menor probabilidad de recaídas dependerá también en gran medida de las estrategias de afrontamiento adquiridas y en las experiencias vitales reparadoras (Shalev, Friedman, Foa y Keane, 2003).

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR* (4ª. Ed. Texto revisado). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-III* (3ª Ed.). Washington, DC: Author.
- Beck, A. T., Rusk, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación: propiedades psicométrias en contextos clínicos. *Análisis y modificación de conducta*, 26, 325-340.
- Echeburúa, E., 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.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York: Stuart.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O. y Riggs, D. S. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Freedy, J. R., Shaw, D. L. y Jarrell, M. P. (1992). Towards an understanding of the psychological impact of natural disasters: an application of the conservation resources stress model. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 441-454.
- Friedman, M. J. y Yehuda, R. (1995). Posttraumatic stress disorder and comorbidity: psychological approaches to differential diagnosis. En D.S. Charney, A. Deutch, y M. J Friedman (Eds.), *Neurobiological and Clinical Consequences of Stress: From Normal Adaptation to PTSD* (pp. 429-445). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Herbert, C. y Wetmore, A. (1999). *Overcoming traumatic stress. A self-help guide using cognitive-behavioral techniques*. Londres: Robinson.
- Kulka, R. A., Schlenger, W. E. y Fairbank, J. A. (1990). *Trauma and the Vietnam War Generation. Report of Findings From the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel.
- Linehan, M. N. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.

- Rogers, C., Gendlin, E., Kiesler, D. y Truax, C. (1967). *The Therapeutic Relationship and its Impact: A Study of Psychotherapy with Schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Saxe, G. N., Van der Kolk, B. A. y Berkowitz, R. (1993). Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1037-1042.
- Shalev, A.Y., Friedman, M. J., Foa, E. B. y Keane, T. M. (2003). *Integración y resumen. Tratamiento del estrés postraumático*. Barcelona: Ariel.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- TEA (1982). *Cuestionario de Ansiedad estado-rasgo*. Madrid: TEA ediciones.
- Van der Hart, O. y Opden Velde, W. (1991). *Traumatische herinneringen [Traumatic memories], in Trauma, Dissociatie en Hypnose [Trauma, Dissociation, and Hypnosis]*. Amsterdam, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- Van der Hart, O., Steele, K. y Boon, S. (1993). The treatment of traumatic memories: synthesis, realization, and integration. *Dissociation*, 6, 162-180.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.

Manuscrito recibido: 21/02/2011

Revisión recibida: 08/07/2011

Manuscrito aceptado: 30/09/2011