

# Trauma: Cuerpo y Mente. Exposición y Tratamiento de un Caso de Adolescente Víctima de Agresión Sexual desde una Doble Perspectiva: Terapia Cognitivo Conductual y Terapia Sensoriomotriz.

## Trauma: Body and Mind. Presentation Case of an Adolescent Victim of Sexual Assault from a Double Perspective: Cognitive Behavioral Therapy and Sensorymotor Therapy

Elena Escribano Fernández  
Centro de Psicología Alava Reyes Consultores, España

**Resumen.** La violencia sexual es la actualidad un tema de preocupación social, las consecuencias del abuso sexual tienen un elevado coste humano. Los menores maltratados suelen presentar, entre otras muchas secuelas, déficit cognitivos, baja autoestima y serias dificultades para mantener o establecer relaciones interpersonales. En este artículo se expone el tratamiento de una joven de 17 años de edad con Trastorno de estrés postraumático como consecuencia de las múltiples agresiones sexuales cometidas por su padrastro durante más de 6 años. Por fines didácticos, y para lograr una mayor comprensión de los diferentes objetivos trabajados durante el tratamiento, se ha dividido el siguiente artículo en dos partes, que aunque diferenciadas teóricamente, persiguen ser abordadas en la práctica psicoterapéutica de manera conjunta: Un primer módulo que desde una perspectiva Cognitivo Conductual pretende la reducción de los síntomas derivados del Trastorno por estrés postraumático y un segundo módulo que desde la terapia Sensoriomotriz afronta directamente las reacciones corporales relacionadas con el trauma y los síntomas corporales crónicos.

*Palabras clave:* violencia contra las mujeres, abuso sexual, estrés postraumático, tratamiento cognitivo conductual, enfoque sensoriomotriz, superación del trauma.

**Abstract.** Sexual violence is currently a topic of social concern, the consequences of sexual abuse have a high human cost. Abused children often have, among other consequences, cognitive deficits, low self-esteem and great difficulties in maintaining or establishing relationships. This article presents the treatment of a 17 year old suffering from Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) as a result of multiple sexual assaults by her stepfather for over 6 years. For

---

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a la autora al e-mail: [eescribano@alavareyesconsultores.com](mailto:eescribano@alavareyesconsultores.com)  
Elena Escribano pasa consulta como psicóloga en el Centro de Psicología Álava Reyes. [www.alavareyesconsultores.com](http://www.alavareyesconsultores.com)

teaching purposes, and to achieve a greater understanding of the different objectives worked during the treatment, the following article has been split in two parts which, although theoretically different aim to be addressed together for psychotherapeutic purposes: a first module, from a Cognitive Behavioral perspective; seeks to reduce the symptoms resulting from post-traumatic stress disorder; and a second, a module from Sensorymotor therapy, directly addresses the body reactions related to the trauma and chronic physical symptoms.

*Keywords:* violence against women, sexual abuse, Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), cognitive behavioral therapy, sensorimotor approach, overcoming the trauma.

*“Un poco más de persistencia, un poco más de esfuerzo y lo que parecía un fracaso sin esperanza se transformará en un glorioso éxito”*

**Elbert Hubbard**

## Introducción

Muchas investigaciones han intentado dilucidar un concepto más o menos inequívoco de lo que es la violencia. Así, por ejemplo la Organización Mundial de la Salud, define la **violencia** como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o con muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

En la declaración de la ONU sobre la eliminación de la **violencia contra la mujer**, en los artículos 1 y 2 se especifica que “la violencia contra la mujer significa cualquier acto de violencia basada en la pertenencia del sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, que incluye las amenazas de tales actos, la coacción, o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada. Abarca los siguientes actos:

1. La violencia física, sexual o psicológica que tenga lugar en la familia, incluyendo los malos tratos, el abuso sexual a niñas en el ámbito familiar, la violencia relacionada con la dote, la violación marital, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionalmente dañinas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia referida a la explotación.
2. La violencia física, sexual o psicológica que suceda dentro de la comunidad, que incluye la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales o en otros lugares de la comunidad, el tráfico sexual de las mujeres y la prostitución forzada.
3. La violencia física, sexual o psicológica perpetrada o tolerada por el estado donde quiera que ocurra.

La IV Conferencia Mundial sobre la mujer (Beijing, 1995) reconoce que “la eliminación de la violencia contra las mujeres es esencial para la igualdad, el desarrollo y la paz”.

Aunque en principio, cualquier persona puede ser víctima de violencia, algunos grupos tienen una mayor probabilidad de prevalencia, es el caso de las mujeres, niños y ancianos.

Los **abusos sexuales en la infancia** han existido desde los comienzos de la civilización, sin embargo, no ha sido hasta hace unas décadas cuando la sociedad y los profesionales han dado la voz de alarma por un problema de creciente intensidad. En los últimos años se ha producido un importante incremento en los estudios, así como el interés clínico y social por aquellos menores que son víctimas de un abuso sexual y demandan un esfuerzo conjunto por parte de diversas disciplinas.

¿Qué entendemos por abuso sexual a un menor? Una de las definiciones más extendidas es la del National Center of Child Abuse and Neglect (1997) que señala: “Los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra personas. Puede ser cometido, también por una persona menor de 18 años, cuando es significativamente mayor que el niño o cuando está en una posición de poder o control sobre el otro menor”.

Cantón y Cortés (1997) hacen referencia a los escritos de Wolfe, Wolfe y Best (1998), quienes señalan que la conducta sexual entre un niño y un adulto es siempre inapropiada, así como el tipo de relación que tiene la víctima con el agresor. Este segundo factor se ha empleado para distinguir los diferentes tipos de abuso sexual.

En primer lugar se menciona el abuso **intrafamiliar** o incesto con el que nos referimos al contacto sexual que se da entre parientes, no solo cuando existe una relación genética, sino también cuando el adulto asume el papel de padre o pariente como es en el caso de padrastros o padres adoptivos. En segundo lugar, el abuso **extrafamiliar** perpetrado por un conocido o extraño.

Las graves consecuencias del abuso dañan la integridad física y psicológica del menor. Pero no todos los menores víctimas de abusos se ven afectados por igual. Existen diversos **factores**, como el tipo de agresión, su gravedad y frecuencia, la edad del niño y/o características que le hacen más vulnerable como enfermedades, discapacidad psíquica o intelectual y la existencia o no de figuras de apoyo, que contribuyen negativamente al desarrollo emocional y en consecuencia, social y cognitivo del niño.

Las diferentes revisiones que se han realizado de los estudios sobre las **consecuencias a corto plazo** del abuso sexual infantil (Beitchman et al., 1991; Browne y Finkelhor, 1986; Kendall-Tackett et al., 1993; Trickett y McBride-Chang, 1995), han sido unánimes en su conclusión: Los menores víctimas de abuso sexual presentan en mayor medida que el grupo control una serie de síntomas tales como miedo, pesadillas, estrés post traumático, retraimiento social, depresión, neurosis, comportamientos regresivos como enuresis o encopresis, conducta sexual inapropiada, trastornos somáticos, conductas antisociales (escaparse de casa, inactividad, consumo de drogas/alcohol), agresividad, dificultades de aprendizaje e hiperactividad. La baja autoestima y el comportamiento suicida son los dos síntomas que en mayor medida diferencian a los niños que han sufrido abuso de los que no.

Con objeto de analizar en profundidad el caso que se expone a continuación, se reseñan diversos estudios empíricos que han examinado la relación que existe entre abuso sexual y las siguientes variables (Beitchman et al., 1991): Duración y frecuencia del abuso sexual, edad de inicio, relación con el agresor, funcionamiento familiar y reacciones de la familia ante la revelación.

**Duración y frecuencia del abuso sexual:** La mayor parte de las investigaciones afirman que cuanto mayor sea la frecuencia y la duración del abuso, más graves serán las consecuencias del trauma.

**Edad de inicio:** Los resultados sobre los estudios que relacionan la edad de inicio y la gravedad de las consecuencias no permiten llegar a unas conclusiones definitivas. Algunas investigaciones con niños y adolescentes, señalan que las víctimas preadolescentes y adolescentes presentan síntomas más graves que aquellos que fueron abusados a edades más tempranas (Sirles, Smith y Kusama 1989). Por el contrario Nash, Zivney y Hulsey (1993), encontraron que una de las variables que más se relacionaba con trastornos psicológicos más graves era el abuso sexual a edades tempranas. Beitchman et al. (1991) explica estas contradicciones entre los diversos estudios, por la posibilidad de que en algunos casos los síntomas aparezcan a una edad posterior en los niños de menor edad y la falta de control en dos variables que pueden contaminar los resultados; la duración y la gravedad del abuso en víctimas de diferentes edades.

**Relación con el agresor:** Para el análisis de esta variable compararemos el abuso sexual a nivel intrafamiliar y a nivel extrafamiliar. Diferentes estudios indican que los menores víctimas de abuso intrafamiliar presentan más problemas internos (por ejemplo depresión, culpa, trastornos del sueño y de la alimentación, miedos, fobias, vergüenza) y externos (problemas en el colegio, dificultades sociales, fugas de casa) que las víctimas de abusos sexuales extrafamiliares (Sanders-Phillips et al., 1995). Es importante tener en cuenta y no confundir el “grado de parentesco” con el “nivel de intimidad emocional” que existe entre el agresor y la víctima. El abuso sexual de un vecino de confianza, puede resultar más traumático que el perpetrado por un familiar más cercano, como un tío o un abuelo con el que no se tiene tanto contacto.

**Funcionamiento familiar:** Es un factor muy importante a la hora de valorar la gravedad del abuso. Un ambiente familiar disfuncional incrementa la vulnerabilidad hacia el abuso y a los problemas de conducta. Koverola et al. (1993) intenta predecir el nivel de depresión en menores; los resultados obtenidos indican que, los sucesos familiares estresantes (enfermedades, accidentes, conflictos, separación de los padres), el CI de la víctima (capacidades para afrontar el abuso) y el apoyo de la madre, son las únicas variables que predicen estadísticamente la gravedad del abuso.

**Reacción de la familia ante la revelación:** La reacción de la familia, influye en el tipo y la intensidad de los síntomas que presentan las víctimas, cuando los padres o familiares reaccionan con un menor grado de comprensión, los menores presentan menor nivel de adaptación. El apoyo parental es esencial para que las víctimas recuperen su funcionamiento emocional, escolar, familiar, social y conductual tras la revelación.

Las **consecuencias más frecuentes en la edad adulta** del abuso sexual sufrido en la infancia son: Trastorno de estrés postraumático crónico, ansiedad, depresión, trastornos de la alimentación, abuso de sustancias, conductas auto-destructivas y pensamientos de suicidio. Según estudios realizados con mujeres, suelen tener problemas sexuales en un 47 % de los casos, siendo de hasta un 70 % en los casos en los que hubo penetración. Frecuentemente, presentan ansiedad sexual (como evitación de las relaciones sexuales), o bien promiscuidad sexual, en la cual devalúan su sexualidad y a sí mismas. Dicen sentirse menos satisfechas, que el resto de las mujeres, en las relaciones sexuales y, en ocasiones perciben la sexualidad como algo basado en la explotación y la coerción. A menudo, tienen dificultades en sus relaciones de pareja, donde se evidencia mayor probabilidad de insatisfacción, niveles más bajos de comunicación y de cercanía emocional (aunque no tienen problemas para sentir esa cercanía emocional con sus amistades), y un número más elevado de rupturas. Existe también, mayor probabilidad de tener parejas intrusivas, controladoras, y emocionalmente distantes. En los casos de abusos muy graves y duraderos, puede producirse un trastorno de personalidad límite o múltiple.

Hoier et al. (1992), formuló un **modelo cognitivo-conductual**, para comprender la relación antecedente-respuesta-consecuencia. Este modelo incluye, procesos básicos de aprendizaje y cognitivos. Su formulación es la siguiente: El condicionamiento clásico tiene lugar cuando el estímulo incondicionado, que implica dolor, lesiones y/o amenazas, produce respuestas incondicionadas (activación autonómica): incremento del ritmo cardíaco y aumento de la fuerza del latido, cambios en el flujo sanguíneo, aumento en la profundidad y velocidad de la respiración y una mayor sudoración, entre otros. Simultáneamente se producen cambios cognitivos, como la distorsión del tiempo y una mayor focalización en determinados estímulos. Los estímulos neutros asociados a los estímulos incondicionados, como pueden ser determinados pensamientos, imágenes y señales ambientales, pueden llegar a producir una activación similar a los estímulos incondicionados. Cuando determinados estímulos incondicionados, se han repetido junto con los estímulos neutros de manera repetida en un episodio traumático, pueden provocar respuestas condicionadas que producen activación y fenómenos de reexperimentación, aun sin estar presente el estímulo incondicionado.

El aprendizaje instrumental, sucede cuando la conducta es controlada por las consecuencias. El reforzamiento positivo y el negativo actúan de la misma manera conformando las respuestas de la víctima. Por ejemplo, cuando una víctima utiliza una conducta de evitación y escape, y con ello logra huir de la situación de peligro, esta conducta se refuerza y en el futuro la víctima tenderá a repetir ese patrón de respuestas. Con la extinción, las respuestas de la víctima para evitar el abuso no son seguidas de las consecuencias deseadas. De esta manera, cuando la lucha de la víctima no es seguida de un cambio de conducta del agresor, estas conductas tenderán a disminuir o desaparecer.

Según Hoier et al. (1992), la resistencia a la extinción de las respuestas de la víctima (activación/miedo, evitación/escape), una vez finalizado el abuso sexual, puede ser explicado por la generalización (un estímulo neutro se asemeja o comparte algunas de las características con el estímulo condicionado y evoca respuestas traumáticas), por la secuencia y complejidad de los estímulos asociados al abuso y por la adquisición de reglas cognitivas (esquemas de pensamientos que la víctima elabora para explicar la relación entre antecedente-respuesta-consecuencia).

### **Trastorno de Estrés postraumático**

Según el DSM-IV-TR, el trastorno de estrés postraumático aparece cuando el menor ha sufrido, o ha sido tes-

tigo, de una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión.

Se considera que el trastorno de estrés postraumático es agudo cuando la duración de los síntomas es menor de tres meses. Y crónico, cuando es de tres meses o más. Asimismo se debe diagnosticar de inicio demorado, cuando han pasado por lo menos seis meses entre el suceso traumático y la aparición de los síntomas.

Habitualmente los sucesos desencadenantes de este trastorno, suelen ser las catástrofes naturales, accidentes o incluso el diagnóstico de enfermedades graves. Sin embargo, las agresiones intencionadas de otras personas son las que causan el trastorno de mayor gravedad ya que el menor pierde la confianza en los demás seres humanos. El niño experimenta la crueldad de aquellas personas significativas que deberían proporcionarle apoyo, amor y seguridad. Una situación traumática prolongada en el tiempo, sobrepasa la capacidad de adaptación del menor y afecta gravemente a su cognición, su nivel atencional, el apego, la regulación de los afectos, su salud física y la formación de su identidad.

El trauma tiene profundos efectos sobre el cuerpo y el sistema nervioso, de hecho se constata que muchos de los síntomas tienen una base somática (Nijenhuis y Van der Hart, 1999; Van der Hart, Nijenhuis, Steele y Brown, 2004; Van der Kolk, McFarlane y Weisaeth, 1996). Estos pacientes relatan vivencias corporales desreguladas y un flujo constante de emociones y sensaciones físicas intensas desencadenadas por el recuerdo traumático.

El tratamiento psicoterapéutico de Ana, caso que se expone a continuación, es abordado desde un enfoque cognitivo-conductual, junto con intervenciones psicósomáticas utilizadas en la psicoterapia sensoriomotriz, con objeto de tratar las sensaciones físicas reiteradas y espontáneas.

## Evaluación

Para realizar la evaluación, se emplea la entrevista semiestructurada, basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, para el TEPT. Para evaluar los síntomas específicos del abuso, se diseña una entrevista encaminada a obtener información acerca de los miedos y fobias relacionadas con el abuso sexual, las percepciones y las atribuciones acerca del abuso (autoinculpación y culpabilidad, fortaleza, vulnerabilidad, percepción amenazante del entorno), reacciones sociales, gravedad, frecuencia, duración, número de perpetradores, relación emocional con el agresor, nivel de coacción, capacidad del recuerdo, comprensión del abuso y relaciones familiares.

El objetivo de las primeras sesiones es establecer una buena relación terapéutica, realizar la evaluación y presentar la metodología y objetivos del tratamiento. A la hora de crear un vínculo adecuado entre el paciente y el terapeuta, es importante mostrar tranquilidad y evitar reacciones de sorpresa o indignación. En ningún momento se debe realizar ningún juicio de valor acerca del comportamiento del paciente. El terapeuta debe mostrar acogida, transmitir interés, confianza, calidez y seguridad, y comunicará al paciente que se ha captado su mundo emocional y vivencial.

## Antecedentes

Cuando Ana acude a consulta tiene 17 años y solicita ayuda para aprender a manejar su estado de confusión, malestar físico y emocional. Expresa sentirse “extraña”. Sus cambios emocionales son permanentes, pasando de la euforia a la tristeza o a la angustia en cuestión de segundos. A nivel académico, su rendimiento ha disminuido considerablemente, aunque nunca ha ido bien en sus estudios (“yo no sirvo para esto”). Su capacidad de atención y concentración son cada día más bajas. Ana es una chica responsable y trabajadora, pero le inundan los sentimientos de frustración e indefensión al no ver los resultados de tantas horas de esfuerzo y estudio. Ana refiere que aunque tiene amigas, se ha distanciado de ellas, no sabe qué le pasa, últimamente le cuesta mucho

relacionarse con su grupo de iguales y más aun con los chicos. No quiere saber nada de novios y no soporta que los hombres se acerquen a ella. En relación al concepto que tiene de si misma, se siente fea, excesivamente alta y grande; expresa que aborrece su cuerpo, lo pasa muy mal cuando se tiene que duchar y no es capaz de echarse crema corporal.

Una valoración de su historia familiar nos rebela datos significativos. Ana tiene un hermano de 15 años del que siempre ha cuidado. Sus padres se divorciaron cuando ella tenía 3 años y no recuerda nada de esos momentos de conflicto. Su abuela materna siempre ha sido un importante apoyo y referente en la vida de los menores, ya que su madre es azafata de vuelo y pasa mucho tiempo fuera de casa.

Dos años después de divorciarse, la madre de Ana conoce a una nueva pareja y tras un corto periodo de noviazgo, deciden casarse. La unidad familiar se amplía con un nuevo miembro que esperan que sea un apoyo para todos.

En la segunda sesión Ana empieza a aportar datos significativos: Cuando tenía 6 años, y tras un breve periodo de calma, que tan solo dura el primer año de matrimonio, su padrastro empieza a abusar sexualmente de ella durante los periodos en los que su madre estaba trabajando. Desde los 6 hasta los 12 años, momento en el que su madre finaliza la relación, Ana es víctima del vejatorio y traumatizante abuso por parte de una figura que tendría que haber sido una fuente de apoyo en su vida. Ana nunca ha dicho nada, es la primera vez que habla. Lo hace tímidamente, con sentimientos de culpa y vergüenza, indignada consigo misma por haber permitido las agresiones. Aterrorizada y confusa, narra como una cascada emociones y pensamientos que habían estado enterrados durante años, y que están saliendo a raudales sin saber cómo manejarlos o detenerlos.

Hace casi tres años que no sabe nada de su padrastro, le aterra la posibilidad de poder volver a verle, su madre tampoco tiene ninguna relación con él. Ana cree que su madre puede intuir algo y por ello decidió divorciarse, pero nunca han hablado de ello.

## Sintomatología

Ana presenta sintomatología TEPT, crónico y de inicio demorado. En la evaluación se evidencian recuerdos e imágenes recurrentes del abuso, pesadillas, elevadas respuestas fisiológicas ante estímulos internos (pensar en la posibilidad de encontrarse a su padrastro) o externos (hombres con parecido a su agresor), esfuerzo por intentar evitar los recuerdos traumáticos, dificultad para concentrarse, hipervigilancia y estado disociativo. Las reacciones emocionales son de culpa, miedo, ansiedad y cólera. Siente haber quedado dañada para siempre.

## Tratamiento

El tratamiento pretende que Ana afronte sus creencias y actitudes, sus reacciones emocionales y las respuestas conductuales. Consta de varias técnicas cognitivo conductuales, en las que se incluye el modelado, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, la exposición gradual, el procesamiento cognitivo y afectivo sobre el abuso, educación sobre la sexualidad sana y habilidades sociales y asertivas.

## Sesión 1 y 2

Los objetivos de estas sesiones son: Ofrecer una explicación acerca de lo que le está sucediendo, educando acerca del trastorno y estabilizar tras cada sesión.

Ana se siente confundida, cognitiva y afectivamente, por causa del abuso vivido durante tantos años. Es por tanto, objetivo prioritario, abordar las cuestiones de la responsabilidad y ofrecer una adecuada explicación del

abuso así como de los sentimientos que tiene hacia su padrastro (en el momento actual de miedo, odio, asco, ira y pena). Ana se acusa erróneamente atribuyéndose la responsabilidad del abuso.

- Se trabaja en un **cambio de estas distorsiones cognitivas**, haciendo consciente a Ana de que el abuso es siempre responsabilidad del agresor.
- Se trabaja **cómo percibe la reacción de los demás ante la revelación del abuso**. Ana piensa que las reacciones emocionales de su madre serán exageradas o de incredulidad: "...no lo va a poder soportar, no puedo hacerla tanto daño". Semanas después, cuando Ana siente el valor para hablar, cuenta a su madre su experiencia de abuso. Su reacción fue de sorpresa ante la fuerza y el apoyo que le brinda su madre, quien años atrás, decide romper su relación ante indicios del abuso.
- **Ejercicios respiratorios:** Aprendizaje a través del modelado, de la técnica de respiración diafragmática. Se pide a Ana que imagine que su estómago es un globo y que lo infle con una única inhalación y lo desinfla soltando el aire lentamente hasta que se vacíe por completo.
- **Entrenamiento en habilidades de relajación:** Esta herramienta le proporcionará un mayor sentimiento de control sobre la ansiedad que teme que experimentará al enfrentarse a los recuerdos del abuso. Se estimula a la práctica de los ejercicios de relajación dos veces al día en situaciones diferentes.

**Asignación de tareas para casa:** Practicar los ejercicios de respiración y relajación. Cumplimentar autoregistros en los que a través de un sencillo formato, Ana debe escribir aquellos sucesos que le provocan malestar, qué siente y qué es lo piensa en esos momentos.

### Sesión 3 y 4

Los objetivos de estas sesiones son: Identificar a través de los autoregistros, los sentimientos, pensamientos y formas de afrontamiento, así como los estímulos y las situaciones que provocan estas reacciones. Trabajar la imaginación guiada, profundizar en sus habilidades de respiración y relajación y elaborar una lista jerárquica de estímulos y/o situaciones que le recuerden los hechos traumáticos.

- Los primeros minutos de cada sesión se utilizan para **recordar los aspectos más importantes vistos en la sesión anterior** y valorar la realización de los ejercicios de relajación y respiración (Ana emplea registros donde anota las sesiones de relajación que realiza y puntúa de 1 a 10 el resultado obtenido). Es importante reforzar el esfuerzo y los resultados obtenidos.
- **Práctica de dos situaciones neutras no amenazantes, a través de imaginación guiada**, en las que Ana manifiesta dominio: Actuar en una obra de teatro en el instituto y aprobar un examen.
- **Reestructuración de pensamientos irracionales asociados al concepto que tiene de sí misma y de su cuerpo**. El terapeuta sirve de modelo y ofrece un pensamiento alternativo a algunas ideas distorsionadas. Ana repite continuamente en los registros "...me doy asco", "...aborrezco mi cuerpo", "...no puedo ni tocarlo".

**Asignación de tareas para casa:** Práctica de los ejercicios de relajación, respiración e imaginación guiada. Autoregistros.

### Sesión 5

Los objetivos de la sesión son identificar, a través de los registros, los pensamientos, sentimientos, sensaciones y formas de afrontamiento a las que recurrió desde la sesión anterior así como educar para que ofrezca pensamientos y comportamientos adaptativos ante las situaciones no amenazantes de su vida.

- Se trabaja en **reestructuración de los pensamientos irracionales** que se observan en los registros. Ana señala que ella es la responsable de "consentir" los abusos durante años, considera que es una persona

horrible por ello y se avergüenza de sí misma. Durante semanas se trabaja con estos pensamientos fuertemente arraigados. A través de diversas técnicas cognitivas como el **debate socrático**, los **registros de pensamientos y sentimientos alternativos** y **técnicas de control del pensamiento**, logra vencer uno de los mayores obstáculos encontrados en el tratamiento; eliminar sus sentimientos de culpa y vergüenza así como erradicar conductas de evitación/escape ante situaciones que percibe como peligrosas.

- **Relajación e imaginación guiada** en situaciones que le produzcan enfado o rabia. Se pide a Ana que elija un contexto en el que haya sentido enfado. En este caso recuerda una situación en la que vio a un hombre mayor en una actitud cariñosa cenando con una chica muy joven. Le pedimos que detenga en voz alta el pensamiento ¡STOP!, y que inmediatamente respire con profundidad y trate de relajarse a la vez que introduce **pensamientos automáticos alternativos**.

**Asignación de tareas para casa:** Ejercicios de relajación y respiración. Autoregistro.

## Sesión 6 y 7

Los objetivos de esta sesión son exponer a Ana, mediante imaginación guiada, a estímulos o situaciones que le recuerden las agresiones empleando la base de jerarquía elaborada en sesiones anteriores.

- En la sesión 6 se realiza un mínimo de dos **ensayos en imaginación guiada evocando estímulos y situaciones que recuerden el hecho traumático**. Ana describe verbalmente varias situaciones empezando por la de inferior jerarquía (mi madre se despide de mí porque se va a trabajar. Estará unos días fuera de casa y mi padrastro se queda a nuestro cuidado), avanzando hasta situaciones más adversas (él llama a mi puerta y me pregunta si puede pasar). Es importante que Ana domine cada paso antes de pasar al siguiente. Tras finalizar cada ensayo, se anima a la paciente a que se dé refuerzos o elogios por el logro alcanzado.
- **Reflexión y debate acerca de los pensamientos y sentimientos** que surgen durante la imaginación: “...siento miedo. No tengo escapatoria pero no puedo decir nada a mi madre, se va a disgustar mucho y yo no quiero que sufra por mi culpa”.

**Tareas para casa:** Ensayo de las situaciones trabajadas en sesión, relajación profunda/respiración. Autoregistros.

- Durante la sesión 7, se realizaron dos **ensayos en imaginación guiada con relajación profunda, evocando el acontecimiento tal y como lo vivió**. Se debe animar al paciente a que recuerde el suceso doloroso comunicándole que está haciendo un excelente trabajo. Tras cada ensayo pedimos a Ana que describa aquello que piensa y siente.

**Tareas para casa:** Relajación profunda/respiración, entrenamiento en imaginación guiada trabajados en sesión. Autoregistros.

## Sesión 8

El objetivo de la sesión es educar sobre el abuso sexual y una sexualidad sana.

- Ofrecemos a Ana **información sobre el abuso sexual**, de manera que siga entendiendo cada vez mejor sus respuestas y pueda **corregir falsas interpretaciones** que le vayan surgiendo. Estimulamos una comunicación abierta sobre la sexualidad, animándole a explorar sus sentimientos y pensamientos acerca de su imagen corporal, el sexo y la sexualidad en general. Durante las discusiones llevadas a cabo en el procesamiento, y recurriendo siempre a los registros realizados hasta la fecha, se identifican y corrigen las distorsiones cognitivas que ha ido generando como consecuencia del abuso.

**Tareas para casa:** Autoregistros.

## Sesión 9 y 10

El objetivo de la sesión es mejorar la imagen que Ana tiene de sí misma.

- **Revisión de lo sucedido desde la sesión anterior.** Recordar las reacciones adversas más comunes y analizar: ¿Cómo has logrado relajarte?, ¿Qué herramientas has empleado?, ¿Qué dificultades te han surgido?
- Una de las muchas consecuencias del abuso en Ana, fue la grave distorsión que generó acerca de sí misma: “...no sirvo”, “...no merezco vivir”, “...soy fea y grande”, “...soy poco inteligente”. Los recursos que se trabajan durante estas dos sesiones son: **“¡Así soy yo, yo valgo mucho!”**, **autoinstrucciones positivas y atribución de éxitos y fracasos.**

**Tareas para casa:** Registro de aspectos positivos de su persona y de los logros y metas alcanzados en su vida. Autoregistros. Retomar actividades deportivas y de ocio (marcamos tres días en semana para su entrenamiento deportivo, retomar sus clases de inglés los sábados por la mañana y las salidas con sus amigas).

## Sesión 11 y 12

El objetivo final del tratamiento es que Ana llegue a mantener relaciones gratificantes y disfrutar de ellas. A lo largo de todo el proceso terapéutico, expresa su recelo a la hora de iniciar relaciones debido a la gran desconfianza que tiene hacia el ser humano. Fija su atención en aquellos aspectos de la persona que le demuestran que es bueno desconfiar de los demás porque así no le pueden hacer daño. Su marcada tendencia a generalizar (“como algunas personas me han hecho daño hago bien en no confiar en nadie”), es debate de discusión durante varias sesiones. Finalmente, Ana aprende a no culpar, ni a sí misma, ni al resto, de las conductas de las que sólo el agresor tienen total responsabilidad.

- El módulo de asertividad y habilidades de comunicación pretende el aprendizaje de las siguientes conductas y habilidades: **Hacer peticiones, dar y recibir críticas, manejar la vergüenza, expresar y recibir sentimientos positivos y negativos, aprender a decir NO, discrepar de la opinión de los otros, mensajes en primera persona (“yo”), dar la propia opinión, introducirse en un grupo, iniciar y mantener conversaciones y comunicación no verbal.**

**Tareas para casa:** Práctica en situaciones sociales de las herramientas aprendidas. Trabajo de relajación profunda. Autoregistros.

## Sesión 13

Los objetivos son anticipar las recaídas y transferir la responsabilidad del tratamiento al paciente. En esta sesión se invitó a la madre de Ana para compartir con ella la consecución de logros.

- **Revisión de las tareas** y discusión de cómo está aplicando las habilidades que ha adquirido dentro de su **funcionamiento cotidiano.**
- **Análisis de las metas alcanzadas**, dejamos que sea ella quien hable. Se recalca su capacidad de control y realizamos las siguientes preguntas: ¿A qué dificultades te has tenido que enfrentar?, ¿cómo intentarías resolverlas?, ¿por qué es normal fracasar?, ¿a quién recurrirás si fracasas?, ¿cuáles son las variables que te pueden llevar a un fracaso?

Las dificultades más importantes referidas por Ana han sido poder manejar los flash back continuados y los estados disociativos, eliminar sus sentimientos de miedo, de rechazo hacia sí misma y hacía los demás y superar la inmensa culpa que tenía por haber consentido el maltrato.

Se planifican sesiones más espaciadas de seguimiento (cada mes, cada tres meses, cada seis meses...), o en situaciones difíciles. Se detalla también cuándo pedir ayuda al terapeuta.

Ana logra finalizar Bachiller y pasar la selectividad con éxito, en la actualidad estudia en la universidad donde se siente feliz con su nuevo grupo de amigos.

### Terapia sensoriomotriz

Las técnicas cognitivas (enfoque descendente) se sirven del pensamiento para regular los sentimientos y las vivencias sensoriomotrices, centrándose en la comprensión del hecho traumático. En los enfoques descendentes, las sensaciones corporales, los movimientos corporales y las vivencias sensoriales constituyen el punto de partida, y los cambios en la experiencia sensoriomotriz se emplean para obtener cambios en la comprensión. Los pacientes aprenden de qué manera los pensamientos y las emociones afectan a su cuerpo y también de qué forma las diferentes sensaciones y movimientos físicos afectan a la forma en que procesan la información.

### Las tres fases del tratamiento

La terapia Sensoriomotriz sigue las líneas de un modelo de tratamiento en tres fases, según el modelo original. La fase 1 estaría centrada en la reducción de los síntomas y la estabilización. La mirada en esta fase está centrada, no en el recuerdo de los hechos o la elaboración de una narrativa, sino en lograr que el paciente desarrolle un nivel de tolerancia lo suficientemente amplio como para poder entrar en contacto con los recuerdos sin que estos le desestabilicen. En esta primera fase se aprenden a reconocer los estímulos desencadenantes, cambiar las tendencias de orientación y limitar el acceso a las situaciones sobreestimulantes. Se hace hincapié en la conciencia del cuerpo, de manera que los pacientes puedan aprender a conocer los síntomas iniciales de hiperventilación e hipoactivación, y a utilizar las herramientas somáticas para devolver la calma fisiológica.

En la fase 2, se trabaja con los recuerdos, las sensaciones físicas, las emociones y las acciones. El paciente aprende a utilizar su cuerpo para buscar sensaciones de dominio y seguridad.

En la fase 3, se emplean los recursos aprendidos en las fases anteriores para que el paciente inicie una plena recuperación de su vida. También se analizan las distorsiones cognitivas y la forma en la que el cuerpo aprende a mantenerlas.

A continuación se exponen algunos recursos somáticos empleados en la **fase 1** del tratamiento:

### Trabajar el momento presente

La mayor parte de los enfoques psicoterapéuticos “coinciden en que la labor terapéutica en el aquí y ahora, tiene la máxima fuerza a la hora de suscitar el cambio” (Stern, 2004, p.3). Narrar la experiencia traumática ofrece una información primordial acerca del pasado, pero también el tratamiento debe afrontar la vivencia del aquí y ahora del pasado traumático. Observando las reacciones emocionales, los pensamientos, imágenes, sensaciones y movimientos corporales que emergen en la sesión de terapia, descubrimos los estilos de acción y reacciones que serán los objetivos de exploración y cambio. “El estudio (self study, por parte del individuo) del momento presente (Kurtz, 1990), conduce a aumentar el conocimiento y la comprensión de las tendencias de acción físicas y mentales”.

Existen muchas herramientas para trabajar durante la terapia el momento presente y evitar flash back y estados disociativos. Recordemos que Ana tiene serias dificultades para poder mantener la atención en sus estudios, incluso durante periodos cortos de tiempo. Siente cómo su cuerpo se desprende e inicia un viaje fugaz, muchos minutos más tarde se despierta de su ensoñación, perpleja y culpable por haber perdido tantos minutos. Le pedi-

mos que programe una alarma que sonará cada determinado tiempo. Iniciamos la práctica con sesiones cortas, de cinco minutos cada una (máximo tiempo que era capaz de estar con la atención focalizada) para ir, de manera gradual, aumentando el tiempo hasta llegar a sesiones de 35 minutos de atención plena.

Otra herramienta que utiliza en clase cuando no es capaz de fijar la atención en las explicaciones, consiste en centrar todos sus sentidos en el aquí y ahora, focalizando todo su ser en el sonido, la temperatura, los olores, los colores del ambiente o en su propio cuerpo, atendiendo a todas las señales que sus sentidos son capaces de recoger.

Janet (1928) denomina “presentificación” a la capacidad de ser consciente en el momento presente, al tiempo que advirtiendo su relación con el pasado y sus posibles implicaciones o consecuencias para el futuro”. Pongamos un ejemplo en relación a nuestro caso. En una ocasión Ana sintió pánico cuando vio en un avión a un hombre con el pelo engominado y canoso similar al de su agresor. A través de esta situación, aprende a discriminar su experiencia pasada, de la realidad externa actual (este hombre es un desconocido que viaja conmigo en el avión y nada tiene que ver con mi padrastro). Cuando logra tomar conciencia y acepta que los abusos fue algo que le ocurrió en el pasado y nada tiene que ver con su presente, logra responder adecuadamente a las situaciones de su vida actual.

### *La conciencia plena de la organización en el momento presente*

A través de la conciencia plena, Ana pasa de estar atrapada en sus recuerdos traumáticos y reaccionar física y emocionalmente, a sentir curiosidad por ello. Estudiamos qué es lo que está pasando. Es un trabajo de toma de conciencia de cómo organiza su experiencia. Ana advierte que cuando está hablando de una agresión le viene el pensamiento “me quiero morir”. A continuación, observa cómo todo su cuerpo se tensa y empieza a sentirse nerviosa. El terapeuta llama la atención sobre cómo organiza la experiencia en el momento actual. Ana está aprendiendo a distanciarse, a observar sus reacciones e informar sobre ellas. Está descubriendo la diferencia entre “tener” una experiencia y explorar la forma en que ella organiza la experiencia aquí y ahora, días, semanas e incluso años después de los hechos. “La capacidad de mantener la observación de la experiencia interna es lo que podría impedir que los pacientes se sientan desbordados por la estimulación de las reacciones traumáticas pasadas y puedan desarrollar una coherencia mental” (Siegel, 2006).

### *Cambiar las tendencias de orientación*

Ana aprende a tomar conciencia de las tendencias de orientación relacionadas con el trauma y a dirigir su atención lejos del pasado y en dirección al momento presente. El hecho de “desplazar repetidamente la atención del paciente hacia diversas cosas que están teniendo lugar fuera de la conversación, suscita experiencias que son instructivas y emocionalmente significativas” (Kurtz, 2004, p.40). Cuando en algunas de las visualizaciones guiadas, la activación fisiológica de Ana aumenta rápidamente y su pulso comienza a acelerarse, su respiración se altera y se siente inquieta y asustada, le pedimos que deje de hablar y de pensar en la situación traumática, que intente retirar los pensamientos, las imágenes y los sentimientos y se esfuerce por orientarse hacia sus sensaciones físicas. Con nuestra ayuda se concentra en su cuerpo y describe la opresión que siente en el pecho, las sensaciones en sus músculos y el rápido latido de su corazón y su respiración. Estas sensaciones físicas van desapareciendo paulatinamente y es en este momento cuando retomamos la narrativa. Esta herramienta se emplea cada vez que Ana encuentra dificultades para manejar la gran cantidad de estímulos y reacciones que tiene sin asimilar del trauma vivido.

Ensayamos la redirección de la orientación y la atención pidiéndole que tome conciencia de una sensación de seguridad en el cuerpo o que dirija su pensamiento hacia imágenes relacionadas con experiencias positivas

en lugar de concentrarse en el malestar físico que la provoca evocar las imágenes traumáticas. Estos ejercicios de reorientación han de practicarse repetidamente para poder dominarlos.

### *Rastrear la experiencia presente*

La habilidad fundamental en la terapia psicomotriz es la de rastrear la experiencia presente y especialmente la forma en que queda registrada en el cuerpo (Kurtz, 1990).

Esta observación atenta tiene un efecto positivo sobre el funcionamiento cerebral (Davidson et al., 2003), activa el cortex prefrontal a fin de facilitar la observación de las experiencias sensoriomotrices, en lugar de permitir que estos procesos ascendentes relacionados con el trauma aumenten en escalada y “secuestren” el procesamiento de la información a un nivel superior.

Ana advierte, según afloran sus pensamientos y emociones, cómo reacciona su cuerpo, el estudio de sí misma despierta en ella curiosidad. La función del terapeuta es facilitar este autoconocimiento: Cuando te viene ese pensamiento ¿qué le sucede a tu cuerpo?, cuando te sientes culpable, ¿dónde lo siente tu cuerpo?

### *Sensaciones de destreza y de placer*

Esta herramienta tiene como objetivo encontrar los correlatos físicos correspondientes a sensaciones de destrezas y a vivencias de emociones positivas. Son un marco seguro para iniciar el conocimiento en el rastreo del propio cuerpo. Ana encontró su isla de “placer y seguridad física” observando qué pasaba en su cuerpo cuando recordaba las sensaciones de control que tenía al patinar o el placer inmenso que sentía al tomar algunos alimentos.

### *Trabajar la hipoactivación y la hiperactivación*

Cuando durante la narrativa del hecho traumático, Ana experimenta las primeras señales de aumento de tensión, habla rápida y/o alteración de la respiración, se interrumpe la narrativa antes de que la activación fisiológica aumente. Dejar que el paciente reviva la experiencia traumática no tiene ningún objetivo terapéutico. Es el momento en el que se debe fomentar que Ana redirija su orientación, desplazando su atención de sus recuerdos a sus sensaciones corporales.

Se puede guiar al paciente para que oriente su atención únicamente a los objetos del entorno actual, en lugar de dirigirla hacia el pasado: “Ana, deja de pensar en el pasado y mira esta habitación, intenta describirla con el mayor número de detalles”, “levántate y anda por la sala, quiero que te concentres en las sensaciones corporales, en los movimientos de tus piernas”.

### *Tendencias de respiración*

Los pacientes que han vivido una situación traumática tienden a tener dos estilos de respiración: Sobrerrespiración/hiperventilación e infrarrespiración/hipoventilación. Se les enseña a percibir cuál es su tendencia de respiración, que observen si su respiración es superficial o profunda, si está más centrada en el pecho o en el abdomen, si es rápida o lenta. Colocar una mano en la caja torácica ayuda a observar si están respirando con el pecho o con el diafragma.

## *Recuperar la seguridad*

Los abusos sexuales vividos durante su infancia, supusieron para Ana una violación de sus límites personales, dejándola con una sensación de desprotección y vulnerabilidad frente al mundo. Un énfasis importante en la fase 1 del tratamiento, consiste en ayudar al paciente a desarrollar unos límites que le permitan garantizar su seguridad (Kepner, 1987, 1995; Levine, 1997; MacNaughton, 2004; Rosenberg, Rand y Asay, 1989; Rothschild, 2000; Scaer, 2001). A través de una serie de ejercicios el paciente siente como una adecuada distancia personal puede ayudar a sentirse seguro: “Me siento más segura cuando pongo límites con mi cuerpo (levantando una mano indicando alto y estableciendo una distancia) que cuando digo “no” o “para”.

Se realizan ejercicios acercándose y alejándose del paciente para evaluar las reacciones automáticas ante la proximidad. Ana inclina su cuerpo hacia atrás y levantaba sus brazos y manos en posición de defensa. Sustituimos estas defensas corporales automáticas por otras conductas que le permitan experimentar sensaciones de control y seguridad: Apartar a un lado con los brazos, apartar de una patada con la pierna o alejarse andando.

El paciente percibe la “contención” que brinda el cuerpo físico: la piel y la musculatura superficial (Kepner, 1987; Rothschild, 2000). Solicitamos que se frote la piel para vivenciarla como una barrera corporal, o explorar las sensaciones que surgen tensando los músculos largos, en definitiva, aprenden a decir “no” con su cuerpo.

Preguntar y observar qué movimientos favorecen la tranquilidad y pedir al paciente que los emplee fuera de las sesiones, favorece su regulación. Ana observó que al abrazarse a sí misma emergían sentimientos de tranquilidad y seguridad.

Aunque en principio todas estas herramientas exigen un esfuerzo consciente e intenso, con la práctica suficiente, el paciente advierte cómo las realiza de manera automática, casi sin prestar atención, sin darse cuenta.

## **Fase 2: Procesar el recuerdo**

El trauma no es recordado plenamente bajo la forma de una narración autobiográfica, Ana es incapaz de enfrentarse a los efectos del trauma tan solo hablando o pensando sobre ellos, no es capaz de hacer un relato verbal del trauma. Lo que sí está a su alcance son las imágenes visuales y las sensaciones olfativas y auditivas. No puede rememorar muchas de las experiencias del abuso, pero recuerda a la perfección el olor de su colonia, el brillo del pelo engominado y los pasos que se dirigían a su puerta; las emociones intensas de miedo, las sensaciones de dolor y los forcejeos con lo que intentaba defenderse. No son hechos en si, sino fragmentos no verbales del pasado lo que hace que Ana no sea capaz de llevar una vida normalizada.

Al comienzo del trabajo terapéutico con los recuerdos traumáticos, la activación fisiológica suele subir en escalada. Es fundamental detener este secuestro ascendente prestando atención a las sensaciones somáticas y a los movimientos. Abordar los recuerdos traumáticos puede conllevar riesgos como el aumento de la disociación, volver a traumatizar, revivir las tendencias traumáticas, intensificar los estímulos desencadenantes y perder capacidad para desenvolverse en la vida cotidiana.

Algunos aspectos fundamentales para trabajar los recuerdos traumáticos son:

## *Limitar la cantidad de información*

Que el paciente debe procesar en cada sesión, es preciso restablecerle tras el trabajo terapéutico.

### *Trabajar en los límites del margen de tolerancia*

Para integrar el recuerdo traumático es necesario reactivar una parte o fragmento del recuerdo. Si la activación es demasiado elevada, la actividad frontal y el hipocampo se verá nuevamente perjudicada y la persona revivirá el trauma sin transferir la información (Brewin, 2001, p. 386). Sin embargo, si la activación se mantiene en el margen inferior de tolerancia, la integración se puede ver dificultada ya que los fragmentos de recuerdos no verbales no han sido recordados. La labor del terapeuta es abrir con cuidado y lentamente, los fragmentos del recuerdo en los límites del margen de tolerancia, accediendo al material traumático lo suficiente como para poder trabajar con él, pero sin que el paciente quede disociado o traumatizado nuevamente. Terapeuta y paciente rastrean la activación y establecen cuando está comenzando a exceder el margen en uno de los extremos (hipoactivación/hiperactivación).

### *Activar nuevos recursos mientras se trabaja el recuerdo*

El hecho de activar nuevos recursos o recuerdos con sus componentes somáticos, puede cambiar la manera en que se codifica el recuerdo. Ana recuerda las sensaciones de dominio y placer que siente al patinar. Rememorar estos nuevos recursos durante el recuerdo traumático, que hasta entonces estaba asociado con inmovilidad, desprotección e incapacidad de escape, combate los recuerdos traumáticos posibilitando una adecuada integración.

### *Realizar actos exitosos*

El terapeuta ayuda a Ana a llevar a cabo “actos exitosos” en su recuerdo traumático. Se identificaron y recrearon las acciones físicas que quiso tener y no pudo (salir corriendo, lograr escaparse de él...) mitigando en parte sus sensaciones de indefensión y miedo. El movimiento defensivo de empujar es una de las muchas “acciones incompletas”, por tanto el terapeuta ayuda al paciente a descubrir la acción (lucha, escape, evitación) que surge de sus sensaciones.

### *Distinguir las emociones de las sensaciones traumáticas*

Durante un recuerdo traumático Ana expresa sentir mucho miedo. Le pedimos que se centre en sus reacciones físicas, describe una fuerte opresión en el pecho, tensión en la musculatura de sus brazos y sensación de ahogo. El objetivo es que aprenda a separar las emociones de las sensaciones físicas basadas en el trauma, de manera que el procesamiento sensoriomotriz tenga lugar sin la interferencia de las emociones.

Una vez que ha tenido lugar el procesamiento sensoriomotriz adecuado, manteniendo la activación fisiológica dentro de un margen de tolerancia, es posible retomar la labor emocional y cognitiva con las experiencias traumáticas.

El resultado final de la fase 2 es lo que Janet llama el proceso de “concienciación”: “La formulación de una creencia respecto de qué fue lo que pasó (el trauma), cuándo pasó (en el pasado) y a quién le pasó (a uno mismo)”.

En la actualidad Ana se siente protegida, sabe que puede defenderse físicamente y tiene la percepción de vivir “en un mundo seguro”. Las vivencias de abuso no han cambiado, pero los efectos negativos a nivel cognitivo, emocional y corporal se han transformado.

La síntesis de las intervenciones ascendentes junto con un enfoque descendente adopta lo mejor de ambos

modelos, y permite que los pacientes traumatizados puedan por fin integrar pasado y presente, emoción y sentido, pensamiento y cuerpo.

## Referencias

- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A. y Akman, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 15, 537-556.
- Brewin, C. R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behavioral Research and Therapy*, 39, 373-393.
- Browne, A. y Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99, 66-77.
- Cantón, J. y Cortés, M. (1997). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F. ... Sheridan J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness mediation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres (ONU, 1994).
- Hoier, T. S., Shawchuck, C. R., Pallotta, G. M., Freeman, T., Inderbitzen-Pisaruk, H., MacMillan, V. M., Malinosky-Rummell, R. y Grene, A. L. (1992). The impact of sexual abuse: A Cognitive-behavioral model. En W. O'Donohue y J. H. Geer, *The sexual abuse of children: Clinical issues*, 2, 100-142.
- Informe IV Conferencia Mundial sobre la mujer (1995). Beijing.
- Janet, P. (1928). *L'èvolution de la mémoire et de la notion du temps*. París: Chahine.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M. y Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 1, 164-180.
- Kepner, J. (1987). *Body process: A gestalt approach to working with the body in psychotherapy*. Nueva York: Gardner Press.
- Koverola, C., Pound, J., Heger, A. y Lytle, C. (1993). Relationships of child sexual abuse to depression. *Child Abuse and neglect*, 17, 293-400.
- Kurtz, R. (1990). *Body-centered psychotherapy: The Hakomi method*. Mendicino, CA: LifeRhythm.
- Kurtz, R. (2004). Hakomi method of mindfulness-based body psychotherapy. Retrieved, from [www.ronkurtz.com/writing/Readings.Aug.2004.pdf](http://www.ronkurtz.com/writing/Readings.Aug.2004.pdf).
- Levine, P. (1997). *Walking the tiger. Healing trauma*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- MacNaughton, I. (2004). *Body, breath, and consciousness: A somatic anthology*. Berkeley, CA: North Atlantic Press.
- Nash, M. R., Zivney, O. A. y Hulsey, T. (1993). Characteristics of sexual abuse associated with greater psychological impairment among children. *Child Abuse and Neglect*, 17, 401-408.
- National Center of Child Abuse and Neglect (1997). Office of Human Development Services, Department of Health and Human Services (1998). Study findings: Study of national incidence and prevalence of child abuse and neglect. Washington, D.C. U.S. Government Printing Office.
- Nijenhuis, E. y Van der Hart, O. (1999). *Somatoform dissociative phenomena: A Janetian perspective*. En J. Goodwin y R. Attias (Eds.), *Splintered reflections: Images of the body in trauma*, 89-127). Nueva York: Basic Books.
- Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (2002). Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Rosenberg, J., Rand, M. y Asay, D. (1989). *Body, self, and soul: Sustaining integration*. Atlanta, GA: Humanics Limited.
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. Nueva York: Norton.

- Sanders-Phillips, K., Moisan, P. A., Wadlington, S., Morgan, S., y English, K. (1995). Ethnic differences in psychological functioning among black and latino sexually abused girls. *Child Abuse and Neglect*, 19, 691-706.
- Scaer, R. C. (2001). *The neurophysiology of dissociation and chronic disease*. 26, 73-91.
- Siegel, D. (2006). An interpersonal neurobiology approach to psychotherapy: Awareness, mirror neurons, and well-being. *Psychiatric Annals*, 36, 248-256.
- Sirles, E. A., Smith, J. A., y Kusama, H. (1989). Psychiatric status of intrafamilial child sexual abuse victims. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 225-229.
- Stern, D. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. Nueva York: Norton.
- Trickett, P. K. y McBride-Chang, C. (1995). The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developmental Review*, 15, 311-337.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., Steele, K. y Brown, D. (2004). Traumarelated dissociation: Conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 906-914.
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C y Weisaeth, L. (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. Nueva York: Guilford Press.

### Bibliografía complementaria

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders, DSM-IV-TR* (4ª. Ed. Texto revisado). Washington, DC: Author.
- Amor, P.j, Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2001). *Perfil psipatológico diferencial en víctimas de maltrato doméstico y de agresiones sexuales*. Análisis y Modificación de Conducta.
- Albi, Almudena. (1997). *Tu cuerpo es tuyo*. Madrid: Aguilar.
- Beck, A. T., Rusk, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Carballo, E. y Vicente y Simón, M. A. (2002). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Cohen, J.A., Berliner, L., & March, J.S. (2000). *Treatment of children and adolescents*. In E.B. Foa, T.M. Keane, & M.J. Friedman, (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. y Deblinger, E. (2006). *Treating Trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Durrant, M. y White, Ch. (1990). *Terapia de abuso sexual*. Barcelona: Gedisa.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: Víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (1997). *Avances en el tratamiento cognitivo conductual de Trastorno de Estrés Postraumático*. Ansiedad y Estrés.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un Trauma: El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. (1994). *Personalidades violentas*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Echeburúa, E., De Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995). *Trastorno de Estrés Postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*. A Coruña: Fundación Paidea.
- Echeburúa, E., Del Corral, P., Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (1996). *Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico*.
- Ferreira, G. B. (1995). *Hombres violentos, mujeres maltratadas*. Buenos Aires: Editorial Suramericana.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A. M., Riggs, D. S. y Feeny, N. C. (2005). *Randomized trial*

- of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics.* Journal of Consulting and Clinical Psychology.
- Freedman, Rita. (1993). *Amar nuestro cuerpo. Guía práctica para mujeres. Cómo gustarnos a nosotras mismas.* Barcelona: Paidós.
- García M, Calleja A, Reyes, E.M, y Castellanos, R. (1997). *Violencia intrafamiliar, violencia de género.* México: Red de Mujeres.
- Herman, J.L. (2004). *Trauma y recuperación.* Espasa Calpe.
- Lorente, M. (2001). *Agresión a la mujer: realidades y mitos.* Barcelona: Crítica.
- Méndez, Francisco Javier y Macía Antón, Diego. (1990). *Modificación de Conducta con niños y adolescentes. Libro de casos.* Madrid: Pirámide.
- Noguerol, V. (2005). *Agresiones sexuales.* Madrid: Editorial Síntesis.
- Rodríguez Sacristán, Jaime. (2000). *Psicopatología infantil básica. Teoría y casos clínicos.* Madrid: Psicología Pirámide.
- Ruíz-Jarabo Quemada, C. y Blanco Prieto, P. (2007). *La violencia contra las mujeres.* España: Díaz de Santos.
- Sanz, F. (1995). *Los vínculos amorosos.* Barcelona: Editorial Kairós.
- Shalev, A. Y., Friedman, M. J., Foa, E. B. y Keane, T. M. (2003). *Integración y resumen. Tratamiento del estrés postraumático.* Barcelona: Ariel.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitización and Reprocessing. Basic Principles, Protocols and Procedures.* New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. y Silk Forrest, M. (2008) . *EMDR: Una terapia revolucionaria para superar la ansiedad , el estrés y los traumas.* Barcelona: Kairós
- Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolko, D. J., Putnam, F. W. y Amaya-Jackson, L. (2008). *Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events.* Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology.
- Van der Hart, O. Steele, K. y Boon, S. (1993). *The treatment of traumatic memories: synthesis, realization, and integración.*
- Wise, S. y Stanley, L. (1992). *El acoso sexual en la vida cotidiana.* Paidós.

Manuscrito recibido: 11/09/2012

Revisión recibida: 19/10/2012

Manuscrito aceptado: 22/10/2012

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN EL DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000)

- A) *La persona ha estado expuesta a un suceso traumático en el que acontecen las siguientes circunstancias:*
- La persona ha experimentado, ha sido testigo o se ha enfrentado a un suceso que implica la muerte, la amenaza de muerte, una herida grave o un riesgo a la integridad física de uno mismo o de otras personas.
  - La reacción lleva consigo, respuestas intensas de miedo, de indefensión o de horror.
- B) *Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y falta de capacidad de respuesta (no existía antes del trauma), que se pone de manifiesto en al menos, tres de los siguientes fenómenos:*
- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos y/o conversaciones asociadas con el trauma.
  - Esfuerzos para evitar actividades, lugares y/o personas que provocan el recuerdo del trauma.
  - Incapacidad para recordar algunos de los aspectos importantes del trauma.
  - Disminución marcada del interés por actividades significativas así como la participación en las mismas.
  - Sensación de distanciamiento y/o de extrañamiento respecto a los demás.
  - Limitación en la capacidad afectiva.
  - Sensación de acortamiento del futuro (por ejemplo, desconfianza en la capacidad para terminar los estudios).
- C) *Síntomas persistentes de hiperactivación (no existentes antes del trauma), que se ponen de manifiesto en al menos, dos de los siguientes fenómenos:*
- Dificultad para conciliar y/o mantener el sueño.
  - Irritabilidad y/o explosiones de ira.
  - Dificultades de concentración.
  - Hipervigilancia.
  - Respuesta de alarma exagerada.
- E) *La duración del trastorno descrito en los apartados B, C Y D es superior a un mes.*
- F) *El trastorno ocasiona un malestar clínico, y/o es causa de una alteración significativa en el funcionamiento social, escolar y/o en otras áreas importantes de la vida.*