

# METODOLOGÍA CLÍNICA EXPERIMENTAL APLICADA AL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: FORMULACIÓN Y TRATAMIENTO DE UN CASO

## CLINICAL EXPERIMENTAL METHODOLOGY APPLIED TO POSTRAUMATIC STRESS: A CASE STUDY

FRANCISCO J. LABRADOR, ANTONIO CREGO Y GEMA RUBIO

Universidad Complutense de Madrid

Recibido 9-6-03

Aceptado 30-7-03

### Resumen

El diagnóstico de Trastorno de Estrés Post-traumático (TEPT), a pesar de no ser tipificado como tal hasta 1980, se ha convertido en la actualidad en uno de los más utilizados. Es posible que dentro de este diagnóstico se incluyan constelaciones de síntomas muy diferentes dependiendo del tipo de trauma que facilita la aparición del TEPT. Se expone el tratamiento de una joven (21 años) con TEPT asociado al fallecimiento de un amigo. EL TEPT, además de la sintomatología tan desagradable para la paciente, ha afectado a múltiples otras áreas, desorganizando de forma importante su vida habitual. Se aplica un tratamiento, basado en el modelo de Brewin, en el que tras modificar las cogniciones y el nivel de activación, se procede a aplicar la técnica de exposición a las situaciones problema. Se completa el tratamiento con programación de actividades y solución de problemas. Tras 20 sesiones, a lo largo de cinco meses y medio, se consigue un éxito terapéutico completo.

**Palabras clave:** Trastorno por Estrés Post-traumático, Programación de actividades, Exposición, Solución de problemas, Tratamiento Cognitivo-Conductual, Teoría de Brewin.

### Abstract

In 1980 the Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) was considered as a psychopathological diagnosis for the first time. Nowadays, this diagnosis is frequently applied. However, it could include different symptom clusters, according to the traumatic event that triggers the PTSD. This paper presents the treatment of a young woman (21 years old) with PTSD following a friend's death. The PTSD, besides the unpleasant symptoms, had also affected several other areas and disrupted her daily life. The treatment was developed following Brewin's theory. After modifying cognitions and high arousal levels, the exposure technique was applied. The treatment was completed with the schedule of activities and the problem solving training. After 20 sessions, within five and a half months, a complete therapeutic success was reached.

**Key words:** Post-Traumatic Stress Disorder, Activities scheduling, Exposure, Problem Solving, Cognitive-Behavioural Treatment, Brewin Theory.

## Introducción

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) describe un patrón de síntomas que puede desarrollarse en individuos que han sufrido estímulos estresantes traumáticos. Este trastorno se presentó como diagnóstico en 1980 con la aparición del DSM-III (APA, 1980), aunque muchos de sus síntomas ya habían sido reconocidos con anterioridad con diversos nombres como *neurosis de guerra*, *neurosis traumática*, *neurosis de espanto*, *fatiga de combate*, *corazón del soldado*, *corazón irritable* y *shock por bombardeo*. Muchos de estos criterios procedían en gran medida de ex combatientes de guerra. Desde entonces hasta hoy el trastorno de estrés postraumático se ha aplicado a un gran número de traumas, incluyendo víctimas de delitos, víctimas de violación, abuso sexual infantil, abuso físico (incluyendo maltrato doméstico), víctimas de accidentes de tráfico, víctimas de tortura y víctimas de desastres tanto naturales como provocados por el hombre (Astin y Resick, 1997). Se puede incluso señalar que es un diagnóstico que se ha «puesto de moda» en los últimos años, lo que por un lado ha aumentado el número de diagnósticos y por otro los esfuerzos para desarrollar procedimientos eficaces de intervención.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), el trastorno de estrés postraumático aparece cuando la persona ha sufrido, ha sido testigo o ha sabido por personas cercanas, de la existencia de acontecimientos de agresión física o que representan una amenaza para su vida, su integridad física o la de otra persona, y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de temor, desesperanza u horror.

Tres conjuntos de síntomas, mantenidos al menos durante un mes, caracterizan el TEPT:

1. Síntomas de **re-experimentación**: La persona **revive** intensamente la experiencia traumática vivida en forma de imágenes o recuerdos invasivos (flash-back) y pesadillas.
2. **Conductas de evitación**: la persona tiende a **evitar o/y escapar** de lugares y situaciones asociados al hecho traumático,

co, incluso pensamientos o sentimientos para distanciarse emocional y psicológicamente. Suele aparecer también un cierto embotamiento emocional, extrañeza, anhedonia, así como el señalamiento de que el acontecimiento ha marcado una ruptura vital –un antes y un después–.

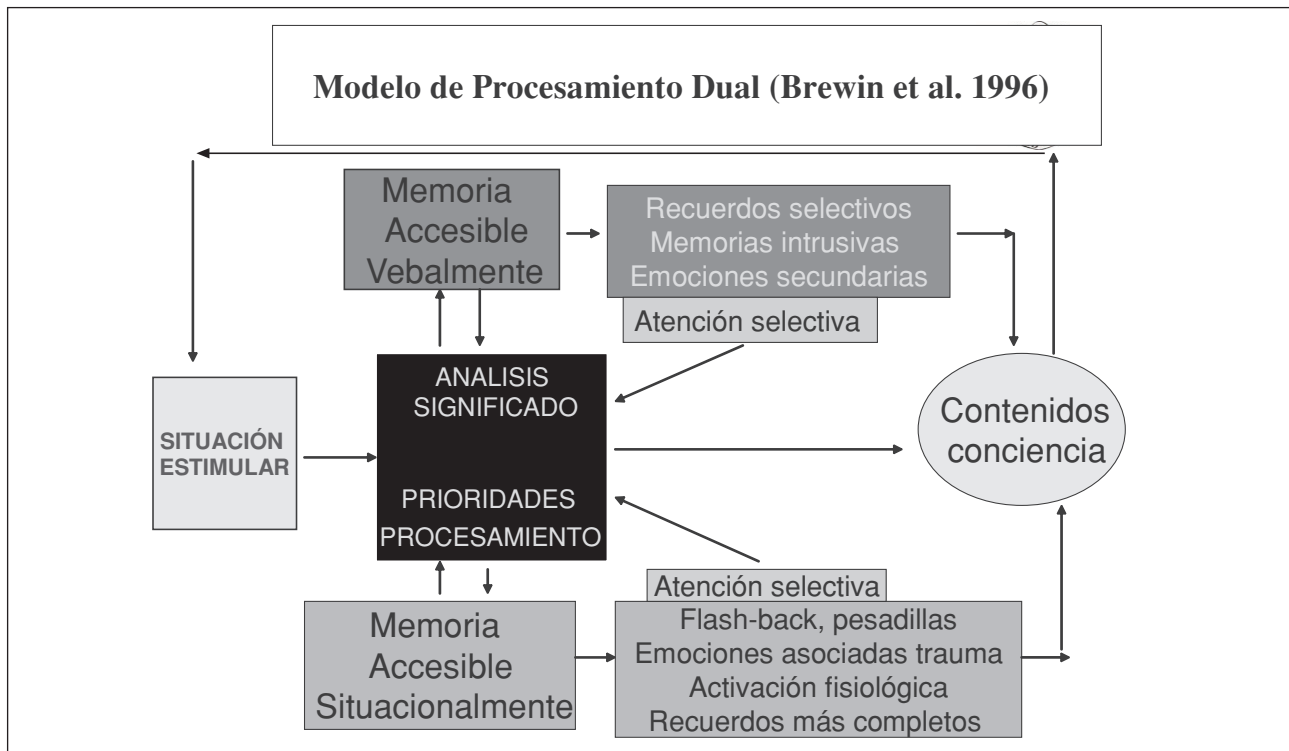
3. Incremento en la **activación** fisiológica, manifestada en hipervigilancia, dificultades de concentración, irritabilidad, problemas para conciliar el sueño.

Otras características que suelen acompañar a la presencia del TEPT son:

- **Amnesia disociativa**: incapacidad para recordar la información relacionada con el hecho traumático. Explicable por sentimientos de vergüenza, culpabilidad, tendencia a olvidar, dificultades de procesamiento, etc.
- **Interferencia significativa en el funcionamiento** social, laboral e interpersonal.
- **Pérdida de interés** por lo que anteriormente resultaba atractivo.
- **Embotamiento afectivo** para recibir y expresar sentimientos de intimidad y ternura.

La prevalencia del TEPT es difícil de estimar, dado que se incluyen casos muy dispares y existen problemas en la identificación de cifras, dependientes éstas de la categorización e instrumentos de evaluación empleados, o de la presencia de sucesos traumáticos. Quizá por eso, se estima que su prevalencia oscila entre el 1% y el 14% en la población general. No obstante se considera como trabajo de referencia el de Kessler y cols. (1995) (se estudió a 5.877 personas; con edades entre 15-54 años), que señala una tasa del 8% en adultos (10.4% mujeres y 5% hombres). Presenta además una alta comorbilidad, estimando la presencia de al menos otro problema a la vez en un 88.3% de los hombres y 79% de las mujeres (Kessler y cols. 1995), además de que muchos de sus síntomas son similares a los de otros trastornos como depresión o ansiedad generalizada.

Se ha considerado que distintos factores pueden estar actuando como facilitadores de la



**Figura 1.** Modelo de Procesamiento Dual (Brewin et al. 1996).

aparición del TEPT. En el meta-análisis llevado a cabo por Brewin, Andrews y Valentine (2000) considerando todos los artículos publicados desde 1980 a 2000, que reunían las suficientes garantías metodológicas (77 en total), se puso de relieve que los tres factores más relevantes para el desarrollo del TEPT tras un trauma, eran la **falta de apoyo social tras el trauma** (peso promedio 0.40), el **nivel estrés habitual tras el trauma** (peso promedio 0.30) y la **severidad del trauma** (peso promedio 0.23). El hecho de que dos factores posteriores al trauma, además de la intensidad de éste, sean los más relevantes al desarrollo del TEPT, pone de relieve lo importante que es la actuación con las personas, después del trauma, para prevenir/superar el TEPT.

Las teorías explicativas del TEPT son muy variadas, desde los intentos iniciales basados en la conjunción de procesos de condicionamiento clásico y operante, a los modelos más actuales que incluyen de una u otra forma la participación de procesos cognitivos, en especial memoria y recuperación. Entre estas teorías están la

Teoría del Procesamiento Emocional (Foa et al. 1991; Foa, Zinbarg y Rothbaum, 1992), la Teoría del Procesamiento de la Información (Resick y Schnicke; 1992; 1993); la Teoría de los Sistemas Representacionales Esquemático, Proposicional, Asociativo y Analógico (SPAARS) (Dalgleish, 1999), o la Teoría de la Representación Dual (Brewin, Dalgleish y Joseph 1996; Brewin, 2001a).

Dos líneas de argumentación pueden destacarse entre estas teorías. Primero que la experiencia del trauma es extraordinaria y supone una ruptura con el sistema de creencias de la persona hasta ese momento («creía que el mundo era un lugar seguro pero el trauma me pone en evidencia que no»). La segunda es que la persona, ante la situación del trauma, almacena la información del trauma, pero parte de ella lo hace a través de un sistema de procesamiento automático (sólo situacionalmente accesible según Brewin), y parte a través de un sistema de procesamiento controlado (verbalmente accesible), y las discrepancias entre el recuerdo de uno y otro sistema desencadenarían el desa-

rrrollo de los síntomas del TEPT. No es el momento de desarrollar las teorías de referencia, pero sí de señalar la importancia que tienen de cara a explicar el problema y a orientar el tratamiento. De todas estas propuestas teóricas, la Teoría de la Representación Dual propuesta por Brewin, parece la más adecuada para explicar las distintas constelaciones de síntomas que se engloban en el TEPT.

Respecto al tratamiento del TEPT, el Informe de la división 12 de la APA señala como tratamiento empíricamente validados:

- Terapia de exposición.
- Entrenamiento en inoculación de estrés.
- Terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares.

No obstante, los tratamientos que más se han utilizado son:

- Terapia de exposición.
- Entrenamiento en técnicas para el control de la ansiedad.
- Reestructuración cognitiva.

El tratamiento habitual suele implicar dos elementos básicos:

- Exposición repetida y reiterada a la información del trauma.
- Modificación de los pensamientos y creencias desadaptativos sobre los sucesos, las conductas o los síntomas.

Aunque se habla mucho del TEPT como una entidad nosológica única, la verdad es que más bien parece una categoría relativamente amplia, o un auténtico «cajón de sastre», en la que se incluyen problemas y síntomas muy variados, que las distintas personas experimentan tras haber estado expuesto a una situación traumática. De hecho es diferente el tipo de síntomas más importantes que suelen presentar las persona con TEPT dependiendo del tipo de trauma al que ha sido expuesto. Así las personas que han desarrollado TEPT a partir de agresiones sexuales, que se suelen llevar a cabo en un ambiente habitual, por alguien conocido y a menudo una sola vez, presentan sobretodo síntomas de **hiperactivación e hipervigilancia**. Por el contrario, en el caso de excombatientes, cuyas experien-

cias traumáticas se han desarrollado en un ambiente no-habitual y muchas veces, el tipo de síntomas más habituales son: **apatía y pesadillas; disociación y complicaciones asociadas (alcoholismo, drogas...)**

Una última consideración. Hasta fechas relativamente recientes se consideraba que para el desarrollo del TEPT era necesario que la persona hubiera estado expuesta a una experiencia traumática excepcional; pero es evidente que también ante situaciones traumáticas, relativamente «normales» o «habituales», también se desarrolla este problema. Esta hace, sin duda, que el número de casos pueda ser muy superior a lo considerado inicialmente. En el presente trabajo se considera un caso típico de TEPT, por los síntomas que presenta, por el acompañamiento de trastornos comórbidos asociados, y cuya características más interesante es su desarrollo ante una situación relativamente «habitual» o «normal», la muerte de una persona próxima.

## Método

### Sujeto

Se trata de una paciente, M.I., de 21 años, soltera, estudiante de una diplomatura universitaria, que además trabaja como dependienta los fines de semana en un centro comercial. Actualmente vive en el hogar paterno. Tiene una hermana mayor (ya independizada) y una hermana menor.

### Problemas y objetivos

#### Motivo de consulta

La paciente acude a consulta a la Unidad Clínica del *Master en Psicología Clínica y de la Salud (UCM)* por sus problemas de ansiedad y bajo estado de ánimo, a partir de un acontecimiento traumático –el fallecimiento de Luis, un amigo de la familia, en un accidente laboral- ocurrido 15 meses antes, en junio de 2000. Desde esa época presenta intensas respuestas emocionales asociadas al acontecimiento traumático que están repercutiendo en diversas áreas de su vida. La interferencia de su problema es

especialmente relevante en el ámbito académico, pues debido a los problemas de concentración que le suponen estar rememorando el suceso traumático, no consigue alcanzar un rendimiento adecuado, lo que le ha llevado en la actualidad a dejar de asistir a clase.

La situación de M.I. parece haberse agravado últimamente debido a la «presión» recibida de su medio familiar. Por un lado, tras los fracasos reiterados de los últimos exámenes (Junio y Septiembre), le han dado un «ultimátum» para que apruebe el curso, amenazándola con dejar de pagarle los estudios si no aprueba. Esto se une a las relaciones conflictivas que ha tenido reiteradas veces en el pasado con su padre.

### Objetivos de la paciente

M.I. señala como objetivos a conseguir:

- Obtener unos buenos resultados académicos en los exámenes de febrero. La paciente considera este objetivo el *más urgente*, debido a su temor de que si no logra conseguirlo, esto creará conflictos en su familia y corre el riesgo de no poder continuar sus estudios.
- Tener un comportamiento «normal», sin experimentar una ansiedad excesiva, ante todo aquello que le recuerda a su amigo Luis. Lo cual incluye el poder mantener conversaciones sobre él, poder ver a sus familiares o poder recordarlo sin que ello le cree un fuerte malestar psicológico.
- Eliminar las imágenes intrusivas que se le vienen a la cabeza relacionadas con el suceso traumático.
- Reducir las consecuencias negativas derivadas de su alto nivel de activación, como dormir bien.

(Los objetivos relacionados con el acontecimiento traumático de la muerte de Luis son considerados por la paciente como los *más importantes*.)

### Historia del problema

El origen del problema se remonta a junio de 2000. Quince meses antes de acudir a consulta

M.I. es informada telefónicamente del fallecimiento de Luis, un amigo de la familia, a causa de un accidente laboral. Este acontecimiento le causa un gran impacto y una vivencia de horror extremo y desesperanza. Desde este momento la paciente comenzó a presentar los síntomas característicos de un trastorno por estrés post-traumático, con re-experimentaciones del suceso traumático. Reiteradas veces «se le viene a la cabeza» –de forma intrusiva– la imagen de Luis en el tanatorio, comienza a tener pesadillas y problemas para conciliar el sueño, síntomas de activación excesiva ante estímulos internos o externos que le recuerdan el suceso traumático, o ante mediadores simbólicos que le recuerdan la muerte (oír la palabra «muerte», imágenes, etc.). Igualmente aparecen ya desde el comienzo las respuestas de evitación, ya sea conductual (evitar lugares y conversaciones) como cognitiva (quedarse bloqueada, tratar de distraerse para no pensar en lo ocurrido) o emocional (prohibirse sentir emociones, incapacidad para sentir afecto). Con estas estrategias de evitación M.I. logra disminuir el malestar emocional progresivamente, hasta que tres meses después del acontecimiento –coincidiendo con los exámenes de septiembre– el problema se agrava, llegando a ser calificado por la paciente como el periodo de mayor intensidad de los síntomas en la evolución del trastorno. Esto es debido a que en esta época se encuentra sometida a una situación de estrés relativamente intensa, tanto porque sus dificultades de concentración le hacen obtener unos malos resultados en los exámenes como por el conflicto que supone en su familia el no aprobar las asignaturas a las que se presentaba.

Pasado este periodo de estrés asociado a problemas académicos, los síntomas propios del estrés postraumático disminuyen su intensidad y se aprecia una estabilización de los mismos desde octubre de 2000 a junio de 2001. En este periodo ocurren algunos hechos a señalar: la conclusión de un tratamiento farmacológico con Seroxat iniciado seis meses antes, y que discontinuó por su cuenta dado que según ella «dejó de funcionarle» y el que M.I. acude en mayo a un psicólogo que, tras una única sesión, le dijo que tenía ningún problema susceptible de tratamiento, lo que supuso una experiencia muy negativa («estaba mal, pero nadie parecía verlo»). También en esta época comienza una

**Tabla 1.** Puntuaciones obtenidas en la Escala de gravedad de síntomas del T.E.P.T. (Echeburúa et al. 1997)

Escala de gravedad de síntomas del T.E.P. T.	Punto de corte	Puntuación obtenida	
		Frecuencia	Intensidad
<b>Escala global</b> (rango 0-51)	15	34	35
<b>ESCALAS ESPECÍFICAS</b>			
<b>Reexperimentación</b> (rango 0-15)	5	11	13
<b>Evitación</b> (rango 0-21)	6	13	12
<b>Aumento activación</b> (rango 0-15)	4	10	10

relación afectiva con Ángel, al que define como una persona muy «rara».

Los problemas de ansiedad (y sus asociados, p. ej. problemas de sueño) vuelven a subir en intensidad nuevamente en junio de 2001, cuando M.I. fracasa en los exámenes de la Universidad. Ante este fracaso se produce una fuerte discusión entre la paciente y su padre, en el que éste llega a agredirla físicamente. M.I. reacciona a esta agresión marchándose de casa durante unos días. Pero este acontecimiento se convierte también en un nuevo trauma para la paciente, apareciendo desde entonces re-experimentaciones del momento en que su padre la agredió y un incremento del nivel de activación. Esta segunda fase de agravamiento alcanza su cenit en el mes de octubre, cuando movida otra vez por problemas académicos y el mal clima familiar la paciente abandona su casa durante un mes, periodo que pasa en casa de Ángel, su novio. M.I. manifiesta que la intensidad del malestar psicológico se redujo desde entonces, volviendo al domicilio familiar (donde reside actualmente), pero manteniéndose la presencia de síntomas de re-experimentación, incremento de activación, manifestaciones somáticas y evitación (síntomas que aparecen generalmente cinco o más veces por semana). Especialmente le preocupa su incapacidad para concentrarse, lo que le hace temer un nuevo fracaso académico.

Por otro lado, sus problemas de rendimiento académico, unidos a los problemas que ello le ocasiona en casa, han provocado en la paciente un bajo estado de ánimo, que llega hasta la depresión moderada.

Paralelamente, M.I. ha mantenido una relación afectiva, durante de siete meses, con Ángel, que ha sido conflictiva, debido a que éste mani-

fiesta una conducta posesiva y agresiva (no se producen agresiones físicas hacia ella, pero sí discusiones en que descarga su ira golpeando objetos). En el periodo que dura la relación, la paciente se ha visto sometida a la conducta manipulativa de su novio (con amenazas, entre otras de suicidio, si no hace lo que él quiere y frecuentes chantajes emocionales, así como agresiones psicológicas que incluyen incluso el recordarle la muerte de Luis). Todo lo cual hace que se incremente el nivel de ansiedad de M.I. Finalmente, la paciente decide dejar su relación con él, resistiéndose a las amenazas de suicidarse si lo dejaba, decisión para la que cuenta con el apoyo de su familia. No obstante, la paciente expresó su temor a que su ex novio volviese a llamarla o incluso a amenazarla físicamente.

## Evaluación

Se llevaron a cabo tres entrevistas y se administraron los siguientes instrumentos:

- Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck y cols. 1979, versión española de Vázquez y Sanz, 1997). Puntuación obtenida: 22, depresión moderada.
- Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa y cols., 1997): véase tabla 1.
- Autorregistro de intrusiones.

## Análisis funcional de los problemas

En la tabla 2 se incluye las conductas, antecedentes y consecuentes obtenidas tras la fase de evaluación:

**Tabla 2.** Análisis de antecedentes, conductas y consecuentes

Antecedentes	Conducta	Consecuentes
<p><i>Variables predispos./ vulnerabilidad:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estilo de afrontamiento negativo, caracterizado por conductas de evitación ante situaciones problema.</li> <li>- Carencia de esquemas cognitivo-emocionales para el tema de la muerte, que siempre ha sido un tema tabú para la paciente.</li> <li>- Padre distante, con estilo emocional frío.</li> <li>- Déficits en la expresividad afectiva y asertividad.</li> <li>- Muerte de sus abuelos cuando la paciente era niña.</li> <li>- Conflictos con su familia a causa de su bajo rendimiento académico.</li> <li>- Conflictos con su ex novio.</li> </ul> <p><i>Estímulos remotos externos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recibir la llamada que la informó del fallecimiento de Luis, un amigo de la familia, en accidente laboral.</li> <li>- Ver a Luis en el tanatorio, y su entierro.</li> <li>- Prohibición por parte de su padre de la conducta de llanto en su presencia.</li> </ul> <p><i>Estímulos remotos internos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creencias sobre emociones: «son peligrosas».</li> </ul> <p><i>Estímulos próximos externos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposiciones a la palabra «muerte» o símbolos de la misma.</li> <li>- Conversaciones sobre Luis, sobre la muerte o sobre accidentes.</li> <li>- Noticias /escenas de películas en TV que le recuerdan el suceso traumático.</li> <li>- Escuchar determinadas canciones.</li> <li>- Ver a familiares de Luis.</li> <li>- Lugares (p. ej. cementerio) y fechas señaladas (p. ej. Navidad).</li> </ul> <p><i>Estímulos próximos internos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recordar/pensar en el trauma.</li> <li>- Imágenes y pensamientos intrusivos y recurrentes que le recuerdan el suceso. (P. ej. imagen del tanatorio).</li> <li>- Pesadillas y sueños relacionados con la muerte.</li> <li>- Flashbacks, revivir la experiencia.</li> <li>- Pensar en la muerte de familiares o en la suya.</li> </ul>	<p><i>Fisiológica:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opresión en el pecho.</li> <li>- Sentir un «nudo» en la garganta, sensación de ahogo.</li> <li>- Temblores.</li> <li>- Ritmo respiratorio acelerado y entrecortado.</li> <li>- Taquicardias.</li> <li>- Sudoración.</li> <li>- Náuseas, malestar abdominal.</li> <li>- Decaimiento/ desmayo.</li> </ul> <p><i>Motora:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quedarse callada.</li> <li>- Mirar fijamente.</li> <li>- No hablar con nadie del suceso traumático.</li> <li>- Fumar.</li> <li>- Ganas de llorar, pero con incapacidad para hacerlo.</li> <li>- Evitación/ escape de los estímulos desencadenantes del recuerdo (evitar conversaciones, no ver a personas familiares de Luis, no ir a lugares como p. ej. el cementerio).</li> <li>- Respirar hondo.</li> </ul> <p><i>Cognitiva:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Emplear estrategias de distracción.</li> <li>- Bloqueo cognitivo, quedársele la mente en blanco.</li> <li>- Sensación de enlentecimiento (percibir las cosas «a cámara lenta»).</li> <li>- Dificultades de concentración.</li> <li>- Pensamientos de desesperanza respecto al futuro.</li> <li>- Pensamiento mágico.</li> </ul> <p><i>Emocionales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad.</li> <li>- Tristeza.</li> <li>- Rabia, dolor, impotencia.</li> <li>- Culpa.</li> <li>- Embotamiento afectivo: no permitirse tener las emociones anteriores o creer que pueden ser peligrosas.</li> </ul>	<p><i>A corto plazo:</i></p> <p><b>REFUERZO NEGATIVO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escape/ evitación arousal.</li> </ul> <p><i>A largo plazo:</i></p> <p><b>CASTIGO NEGATIVO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida actividades gratificantes.</li> <li>- Pérdida autoestima.</li> </ul> <p><b>CASTIGO POSITIVO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemas de sueño.</li> <li>- Problemas académicos.</li> <li>- Conflictos familiares.</li> <li>- Metapreocupación: preocupación sobre la normalidad/ anormalidad de su conducta.</li> <li>- Mantenimiento humor depresivo y aparición de pensamientos negativos sobre sí misma, con distorsiones cognitivas (pensamiento dicotómico, atribución global-interna-estable para acontecimientos negativos).</li> </ul>

## Otras áreas a considerar

### Autocontrol y Estilo de Afrontamiento

La paciente presenta un autocontrol excesivo –modelado en su familia por su padre– en lo referido a la expresión emocional (p. ej. no está permitido sentir emociones ante el tema de la muerte, ha de mantenerse fría), así como incapacidad para la expresión emocional (p. ej.: no puede llorar a pesar de sentir ganas para hacerlo), o para comunicar emociones (no habla con nadie de cómo se siente).

Se constata asimismo un déficit en de asertividad, pues no hace manifiesto o no defiende sus derecho a tener y expresar emociones, en especial emociones negativas como el miedo o el dolor. Tampoco es capaz de negarse a hacer algo que no desea y a hacer frente a la manipulación emocional (en especial con su ex novio Ángel)

El estilo de afrontamiento ante sus problemas es un estilo inadecuado, caracterizado sobretodo por estrategias de evitación/ escape y negación («pensamiento mágico»). En algunas situaciones estresantes ha recurrido a la ingesta masiva de comida (dulces), y al consumo de tabaco, según refiere, cuando se encuentra nerviosa.

### Apoyo social

Dentro de su familia mantiene una buena relación con su madre y con sus dos hermanas, siendo la relación con el padre conflictiva. Cuenta con el apoyo de algunas amigas, aunque teme fuertemente ser rechazada por éstas. La relación que mantenía con Ángel no le resultaba ser una fuente de apoyo, debido a sus numerosos problemas (diagnosticado de trastorno esquizoide, miembro de secta satánica, perteneciente a grupo de skin-heads, consumidor de cocaína, violento...) y al comportamiento que mantenía para con ella.

### Recursos personales y motivación

Su motivación para el tratamiento es elevada, presentando un exquisito cumplimiento de las tareas semanales y aportando en las entrevistas la información requerida.

Con anterioridad a venir a consulta, la paciente conocía una técnica de respiración profunda (suspiro). Tras entrenarla en control de la respiración en la primera sesión (durante la evaluación) utiliza de forma cotidiana la técnica, indicando que le resulta muy positiva, tanto para controlar su activación como para mejorar sus problemas de sueño.

Dice contar con buenas habilidades para dar consejos y resolver problemas pero «siempre para los demás», no para sí misma. No realiza atribuciones de causa respecto de su problema y no tiene idea de porqué le ocurre a ella. Se ve a sí misma con ganas de superar sus problemas pero a la vez con miedo al fracaso en el futuro.

### Situación vital y estilo de vida

M.I. está matriculada en una diplomatura universitaria, pero en el momento en que realizó la evaluación no asistía a clase (hecho que desconocían sus padres). Con anterioridad a la aparición de sus problemas tras el suceso traumático siempre se había considerado una buena estudiante. Ahora se despierta tarde (a las doce) y pasa las mañanas en casa, viendo la televisión o en Internet. Sus intentos de estudiar se ven dificultados por problemas de concentración. Los fines de semana trabaja como dependienta en un centro comercial. Dice que es eficaz y competente en su trabajo. Entre sus aficiones se encuentra la lectura, escribir poesía y el dibujo.

### Diagnóstico DSM-IV

- **EJE I:** F43.1 Trastorno por estrés postraumático [309.81] crónico.
- **EJE II:** Ausente.
- **EJE III:** Ausente.
- **EJE IV:** Problemas relativos al grupo primario de apoyo (fallecimiento de miembros de la familia –abuelos–, conflictos con el padre), problemas relativos al ambiente social (fallecimiento de un amigo, apoyo social inadecuado), y problemas relativos a la enseñanza (problemas académicos, abandono asistencia a clase y estudio).
- **EJE V:** Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG): 50-41: Síntomas gra-



ves (respuesta de ansiedad extrema, reexperimentaciones constantes del suceso traumático, síntomas depresivos, etc.) y alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (conflictos en la familia, con su ex novio, abandono estudios).

## *Formulación del caso*

### **Hipótesis de origen y mantenimiento**

La formación del cuadro de estrés postraumático observado en la paciente puede explicarse por la concurrencia de los siguientes mecanismos:

- La presencia de factores de vulnerabilidad que la predisponían de algún modo a no manejar de forma adecuada un acontecimiento de fuerte carga emocional, en caso de que éste se produjera:
  - a) M.I. carece de esquemas cognitivos y emocionales para afrontar la vivencia de muerte, pues siempre ha adoptado conductas de evitación ante ésta.
  - b) Modelado y presión (prohibición) por el padre para que inhiba sus respuestas emocionales y su manifestación en público, lo que ha generado importantes déficits tanto en la expresión emocional (de todo tipo) en la paciente.
  - c) Adopción de conductas de evitación y negación ante situaciones que provoquen respuestas emocionales como conducta de afrontamiento («determinadas emociones puede ser peligrosas o causar mucho dolor»).
- La aparición de un acontecimiento traumático (muerte de un amigo próximo), provoca fuertes respuestas emocionales (vivencia de amenaza y horror intenso), provoca intensa respuesta de activación y desorganiza sus concepción de «seguridad» en la vida.
- Almacena la información del trauma, tanto estímulos relevantes de la situación como estímulos no relevantes pero que están presentes, tanto por medio del procesamiento controlado como del procesamiento automático (memoria accesible verbalmente y memoria accesible sólo situacionalmente, en términos de Brewin). Pero dadas las intensas respuestas emocionales se reduce de forma importante el Procesamiento Controlado, pero no el Automático.
- La forma de almacenar la información del trauma (redes que incluyen los estímulos presentes –relevantes e irrelevante–, respuestas dadas –cognitivas, fisiológicas y motoras– y emociones experimentadas), hace que la presencia de cualquiera de esos estímulos, respuestas o emociones provoquen la activación de toda la red.
- Al no estar procesados por el Procesamiento Controlado, se perciben como flashbacks, pesadillas, imágenes intrusivas... provocando intensa respuesta de miedo y activación.
- La respuesta de afrontamiento ante estas situaciones es básicamente la evitación o la negación («pensamiento mágico», «Luis no ha muerto»), que se mantienen por reforzamiento negativo (escapar o evitar las emociones negativa, miedo y activación). Estas respuestas incluyen el quedar la mente en blanco, quedarse bloqueada, distraerse, evitar determinados lugares, evitar conversaciones, no expresar emociones ni hablar de ellas con nadie, etc.
- Pero este patrón de respuesta tiene un importante coste, dado que impide el reprocesamiento del trauma, con lo que cada vez que vuelva a aparecer alguno de los estímulos, respuestas o emociones del trauma almacenados en la red el Procesamiento Automático hará que vuelva a reexperimentarse la situación (flashbacks, pesadillas, pensamientos intrusivos...) y que la paciente no pueda integrar esta información o darle un sentido (elaborar un duelo normal); así, los estímulos asociados al trauma continúan provocando fuertes reacciones emocionales.
- Al mantenimiento de esta situación colaboran los déficits de afrontamiento, expresión emocional, carencia de esque-

mas cognitivo-emocionales, etc. que se han señalada como factores de vulnerabilidad.

- Esta situación, en especial las reiteradas respuestas emocionales y reexperimentaciones, provocan problemas paciente problemas de concentración que están interfiriendo negativamente en otras áreas de su vida, p. ej. los estudios. El fracaso académico a su vez está generando conflictos familiares con el padre, que le amenaza con no pagarle la matrícula del curso.
- Tanto los problemas académicos como los familiares inducen la presencia de pensamientos negativos sobre sí misma y atribuciones futuras de fracaso, presentando ánimo depresivo. El mantenimiento de elevados niveles de activación implica el que desarrolle problemas para conciliar el sueño. Todo lo anterior hace que la paciente llegue a preguntarse si todo lo que le pasa es normal o no.
- Como factores que modulan la intensidad del problema, encontramos los estresores académicos (exámenes) y los conflictos familiares (muy dependientes de los anteriores). Por eso, la proximidad a situaciones de exámenes (en realidad de poder obtener calificaciones negativas), hace que se active de forma especial su problema al incrementarse los niveles de estrés.

### Contraste de hipótesis

Las puntuaciones obtenidas a través de la *Escala de gravedad de síntomas del trastorno por estrés postraumático* de Echeburúa et al. (1997) confirman la presencia de síntomas de re-experimentación, evitación, aumento de la activación y manifestaciones somáticas de ansiedad de forma significativa en intensidad y frecuencia. El *BDI* aporta valores moderados en depresión. La presencia de un acontecimiento traumático identificado y su re-experimentación, el predominio de los síntomas de ansiedad sobre los depresivos y la duración del trastorno nos hace descartar que se trate de otro tipo de problema como un duelo no resuelto o un trastorno por estrés agudo.

### Tratamiento

A partir de la hipótesis explicativa del caso se seleccionaron los objetivos de intervención y la técnicas de tratamiento que se incluyen en la tabla 3.

El desarrollo del tratamiento se hizo conforme al plan trazado, siendo el elemento central del mismo las tareas de exposición. En una primera fase de la terapia se dotó a la paciente de ciertas técnicas relativamente fáciles de ser aprendidas y aplicables en situaciones que resultaban especialmente urgentes o incapacitantes para ella. Entre tales técnicas, cabe destacar la relajación mediante respiración (para controlar la sintomatología ansiosa), la planificación de un horario en el que se incluyen tanto tiempos de trabajo/ estudio como actividades gratificantes (con la finalidad de elevar su estado de ánimo a la vez que para mejorar su rendimiento académico), o la parada de pensamiento (con la que se perseguía incrementar la concentración de la paciente durante el tiempo de estudio). A la vez que suponían una primera solución de urgencia para problemas que resultaban altamente desadaptativos, tales técnicas tuvieron un alto valor motivacional para la paciente: la percepción rápida de logros terapéuticos fomentó su mayor adhesión al tratamiento, así como la generación de expectativas de autoeficacia y control en el proceso de solución de sus problemas.

La segunda fase del tratamiento se centró en especial en el tratamiento de exposición. Se comenzó identificando aquellos estímulos que resultaban ansiógenos para la paciente, para lo cual se utilizaron de técnicas narrativas tales como la conversación guiada y el relato escrito de situaciones problemáticas, que la paciente debía elaborar y leer en repetidas ocasiones. Estas primeras técnicas tuvieron efectos terapéuticos en sí mismas, funcionando a la manera de primeras aproximaciones a la exposición. La técnica de exposición se llevó a cabo siguiendo las indicaciones de Echeburúa y De Corral (1993). Se combinaron las modalidades de exposición en imaginación y en vivo, comenzando a habituar el ítem correspondiente en cada momento primero en imaginación, durante la sesión, y seguidamente la paciente realiza-

**Tabla 3.** Objetivos del Tratamiento y Técnicas de Intervención

Objetivos	Técnicas
Conocimiento de los mecanismos de origen y mantenimiento del problema.	Psicoeducación
Reducción de los elevados niveles de activación.	Entrenamiento en relajación mediante respiración.
Mejora del rendimiento académico: <input type="checkbox"/> Disminución problemas concentración. <input type="checkbox"/> Disminución ansiedad ante exámenes.	Parada de pensamiento. Planificación académica Relajación mediante respiración. Reestructuración pensamientos y atribuciones negativas. Contrato con familiares.
Mejora del ánimo depresivo	Planificación de actividades gratificantes. Reestructuración cognitiva.
Manejo de conflictos interpersonales.	Asertividad / Habilidades sociales. Role-playing.
Favorecer la expresión emocional.	Psicoeducación emocional. Entrenamiento en asertividad.
Reducir intensidad de respuestas emocionales condicionadas/ habituación.	Exposición en imaginación y en vivo vs. evitación.
Normalizar la respuesta a EE. neutros.	Entrenamiento en discriminación.
Elaborar normalmente el duelo.	Exposición guiada: «carta de despedida».
Creación de esquemas cognitivos para el tema de la muerte.	Reestructuración
Creación de estilo de afrontamiento adecuado.	Solución de problemas.

ba la misma tarea en vivo durante el período intersesiones. Paralelamente, se trabajó en el entrenamiento en discriminación estimular, enseñando a la paciente a percibir de una forma más adaptativa y «racional» estímulos asociados al trauma.

En una tercera fase de la intervención se persiguió la generalización de habilidades adquiridas. También se contemplaron aspectos de índole más cognitiva (darle un significado al acontecimiento, dar significado al propio proce-

so terapéutico, etc.) y se trataron aspectos tales como la elaboración del duelo subsiguiente al procesamiento del evento como «situación de pérdida afectiva» o la modificación de las estrategias de afrontamiento de la paciente.

Un esquema de las sesiones de tratamiento y las técnicas aplicadas se incluye en la tabla 4.

El tratamiento fue eficaz, eliminándose los síntomas propios del T.E.P., mejorándose el estado de ánimo de la paciente y dotándola de nuevas habilidades (como la solución de proble-

**Tabla 4.** Calendario de sesiones, objetivos y técnicas de tratamiento

Sesiones	Objetivos	Técnicas
<b>SESIONES 1.<sup>a</sup>-3.<sup>a</sup></b> (13 Y 20-XII; 10-I)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Firma del contrato terapéutico.</li> <li>• Recogida de información.</li> <li>• Establecimiento de secuencias y relaciones funcionales.</li> <li>• Hipótesis y su contraste.</li> <li>• Diagnóstico DSM-IV.</li> <li>• Inicio control síntomas de ansiedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevistas clínicas.</li> <li>• Cuestionario de TEPT.</li> <li>• Inventario Depresión.</li> <li>• Autorregistro Intrusiones.</li> <li>• Técnica de control de la respiración.</li> </ul>
<b>SESIÓN 4.<sup>a</sup></b> (17-I)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Devolución de información.</li> <li>• Empezar a recuperar su estilo de vida.</li> <li>• Control síntomas de ansiedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicación del TEPT de acuerdo con el modelo de Brewin.</li> <li>• Planificación de horario de actividades.</li> <li>• Entrenamiento control respiración.</li> </ul>
<b>SESIÓN 5.<sup>a</sup></b> (24/I)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo con la madre: informar del problema, reducir presión.</li> <li>• Continuar con control de la activación y programación actividades.</li> <li>• Explicar y exponer el valor de la técnica de exposición.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrato conductual: madre, paciente y terapeuta..</li> <li>• Repaso a la técnica de control de la respiración.</li> <li>• Establecimiento de nueva planificación de actividades.</li> <li>• Inicio de exposición: escribir el suceso como tarea para casa.</li> </ul>
<b>SESIÓN 6.<sup>a</sup></b> (31/I)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de las tareas (respiración, planificación, tareas gratificantes, exposición).</li> <li>• Identificación de EE relevantes relacionados con el suceso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lectura del suceso traumático en sesión.</li> <li>• Narración del suceso con ojos cerrados.</li> </ul>
<b>SESIÓN 7.<sup>a</sup></b> (7/II)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tareas.</li> <li>• Comenzar jerarquía de ansiedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de ítems de la jerarquía.</li> </ul>
<b>SESIÓN 8.<sup>a</sup></b> (14/II)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tareas: Nueva jerarquía de ansiedad.</li> <li>• Establecimiento ítems jerarquía.</li> <li>• Registro de intrusiones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregistro de intrusiones.</li> </ul>
<b>SESIÓN 9.<sup>a</sup></b> (28/II)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tareas.</li> <li>• Repaso de la jerarquía.</li> <li>• Preparación para la exposición.</li> <li>• Registro intrusiones.</li> <li>• Normalizar asistencia a clases tras exámenes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redactar en tercera persona el suceso, grabarlo y escucharlo.</li> <li>• Planificar la asistencia a clases en su horario de actividades.</li> <li>• Autorregistro intrusiones.</li> </ul>
<b>SESION 10.<sup>a</sup></b> (7/III)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tareas (¡NO acude a clases!).</li> <li>• Reanudar las clases.</li> <li>• Trabajar en cumplimiento del horario (tareas y actividades gratificantes).</li> <li>• Registrar intrusiones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicación del funcionamiento de la ansiedad.</li> <li>• Jerarquía para asistir a clases.</li> <li>• Discusión de pensamientos automáticos negativos.</li> <li>• Destacar actividades cumplidas y no cumplidas en horario.</li> </ul>

**Tabla 4.** Calendario de sesiones, objetivos y técnicas de tratamiento (*continuación*)

Sesiones	Objetivos	Técnicas
<b>SESION 11.<sup>a</sup></b> (14/III)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tareas (cumplimiento óptimo de todas).</li> <li>• Explicación y justificación de la técnica de exposición.</li> <li>• Comenzar la exposición a EE relacionados con el suceso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reglas de oro de la exposición.</li> <li>• Exposición imaginario a los dos primeros ítems de la jerarquía.</li> <li>• Continuar registro intrusiones.</li> </ul>
<b>SESION 12.<sup>a</sup></b> (21/III)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tareas (¡Muchas menos intrusiones!).</li> <li>• Exposición ítems 3-6.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposición en imaginación en sesión.</li> <li>• Exposición en vivo como tarea para casa.</li> </ul>
<b>SESION 13.<sup>a</sup>-17.<sup>a</sup></b> (11/IV a 9/V)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tareas (Cumple todos los horarios, asiste a clases, reducción progresiva de intrusiones).</li> <li>• Exposición a EE de la jerarquía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposición en imaginación en sesión.</li> <li>• Exposición en vivo como tarea para casa.</li> </ul>
<b>SESION 18.<sup>a</sup></b> (14/V)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tareas (percepción de mejoría muy importante. Control de una situación muy problemática con éxito).</li> <li>• Finalizar exposición.</li> <li>• Afrontamiento de situaciones problema.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Final exposición.</li> <li>• Técnica de Solución de Problemas.</li> </ul>
<b>SESION 19.<sup>a</sup></b> (23/V)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tareas.</li> <li>• Aprendizaje Solución de Problemas.</li> <li>• Identificación y discusión de pensamientos automáticos negativos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica de Solución de Problemas.</li> <li>• Material sobre pensamientos automáticos: clasificación y control.</li> </ul>
<b>SESION 20.<sup>a</sup></b> (30/V)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tareas.</li> <li>• Identificar pensamientos erróneos y discusión.</li> <li>• Mantenimiento de logros conseguidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisión de discusión de pensamientos automáticos por la cliente.</li> <li>• Claves y estrategias para mantener logros.</li> </ul>

mas, la relajación, la comprensión de los mecanismos que eran denominador común en dificultades que la paciente presentaba, etc.) que marcaron un cambio postratamiento en las habilidades de afrontamiento de M.I. En la última sesión, se pregunta a la paciente por su valoración del curso de tratamiento seguido. Manifiesta su satisfacción con el tratamiento (a pesar de reconocer que las tareas de exposición le resultaron especialmente costosas en algunos momentos). Refiere haber conseguido los siguientes objetivos terapéuticos: mejora de su

rendimiento académico, de su autoestima, mejor estado de ánimo, eliminación de pesadillas, flashbacks y recuerdos intrusivos (tan sólo aparecían ya muy esporádicamente y en tales ocasiones la paciente tenía estrategias adecuadas para el manejo de la ansiedad subsiguiente; igualmente la intensidad era menor), mayor comprensión de su problema (por ella misma y por sus familiares), disminución de los síntomas de activación, y haber aprendido a afrontar problemas sin evitarlos. La expresividad emocional en el ambiente familiar fue otro área que

**Tabla 5.** Valoración del funcionamiento del paciente en distintos ámbitos de vida cotidiana (escala 0-100, donde 0 se refiere a un funcionamiento máximamente desadaptativo y 100 al funcionamiento óptimo)

Área	Línea-Base	Mitad Tratamiento	Final Tratamiento	Seguimiento
Funcionamiento Familiar	10	40	60	80
Funcionamiento social (trabajo)	30	50	70	90
Funcionamiento global	20	50	70	90

la paciente señaló como éxito terapéutico, así como un incremento en su asertividad (ante familiares, ante su ex pareja y amigas). La paciente refiere que ahora podía pensar en el tema de la muerte sin especiales problemas y hablar sobre ello con otras personas, eliminando ideas irracionales como la sobreestimación de la probabilidad de que a algún otro conocido suyo le ocurriese una desgracia. Según ella, su vida había mejorado tras el tratamiento y podía decir que había aprendido mucho de este acontecimiento doloroso. La madre de la paciente, en entrevista personal, confirmó estos datos, señalando su satisfacción principalmente por la mejora de M.I. en los estudios, por verla más alegre y porque su hija podía ahora hablar de Luis sin sentirse mal.

Tras la intervención, se llevó a cabo el seguimiento de la paciente al mes y dos meses, sin que volvieran a aparecer estos problemas.

Como índice alternativo de evaluación post-tratamiento, se considera la valoración del funcionamiento del paciente en distintos ámbitos de su vida cotidiana (tabla 5).

## Discusión

En el presente trabajo se ha expuesto la formulación y el tratamiento de un caso de Trastorno por Estrés Postraumático, cuya peculiaridad reside en su acontecimiento desencadenante; lejos de ser un trauma debido a una experiencia «extraordinaria», es un evento al que todo ser humano se encuentra expuesto en algún momento: la muerte de un ser querido. El hecho de que el fallecimiento de un amigo cercano de la paciente se produzca de una forma no esperada, accidental, probablemente sea importante pues la persona no espera dicho

evento, no está preparada para integrar o asimilar este evento dentro de su concepción del mundo. Es más, la intensa respuesta emocional que se produce al conocer la noticia, parece bloquear toda posibilidad de un procesamiento adecuado de ésta.

Todos estos aspectos se asemejan bastante a otros casos más clásicos, o al menos más típicos, de TEPT (exposición del paciente a agresiones físicas, violaciones, catástrofes...) en los que asimismo el paciente se enfrentado a acontecimientos traumáticos inesperados, que le producen intensas respuestas emocionales, y en los que la propia activación no les permite un procesamiento (al menos consciente) adecuado de la situación; y lo que parece más importante de todo: la persona no puede integrar adecuadamente la información del trauma, carece de esquemas previos para asumir, categorizar o integrar la experiencia traumática vivida, tanto a nivel cognitivo como emocional. Parece como si lo más importante no fuera la intensidad o característica extraordinaria del trauma, cuanto la incapacidad para integrar la experiencia en la concepción general del mundo de la persona. En ese sentido parece haberse modificado el criterio del DSM-IV-TR referido a la característica del trauma: ya no debe ser una experiencia necesariamente «extraordinaria».

En el caso presentado, más que la forma del fallecimiento de su amigo –ciertamente accidental y violenta– lo que realmente impacta a la paciente es el hecho de la aparición de la muerte. M. I. carecía –en el momento del fallecimiento de su amigo– de esquemas cognitivo/ emocionales en el que poder integrar el tema vital de la muerte. De ahí que más que la reacción prototípica esperable en un caso de pérdida afectiva –la aparición del duelo– se desencadene en ella la sintomatología propia del TEPT. Más que la

pérdida, lo verdaderamente relevante en este caso es que el hecho acontecido ha supuesto una ruptura de su concepción del mundo: el mundo es un lugar agradable para vivir, pero ha acontecido este evento que supone una seria amenaza (las personas somos realmente vulnerables, a cualquiera puede pasarle algo del estilo). Tras el suceso, el mundo de M.I se vuelve un lugar inseguro, impredecible, donde ocurren eventos –entre ellos, la muerte– para los que no dispone de herramientas cognitivas y emocionales que permitan su integración en el esquema anterior.

A la hora de manejar el problema, el modelo de «representación dual» propuesto por Brewin (2001a, 2001b), al que se ha hecho referencia con anterioridad, ofrece un marco teórico adecuado para conceptualizar las relaciones que se establecen entre los distintos elementos implicados en el trastorno, así como una orientación eficaz para determinar sobre qué y cómo intervenir. El modelo de Brewin resulta interesante, en contraste con otros modelos alternativos, pues, por un lado aporta una explicación plausible y empíricamente contrastada de las causas por las cuales se producen síntomas típicos del TEPT –como los flashbacks y re-experimentaciones–: las discrepancias entre lo que se puede recuperar de manera consciente (sistema de almacenamiento accesible verbalmente) y lo que se recupera de forma automática, no consciente (sistema de almacenamiento accesible tan sólo situacionalmente) ante determinada estimulación relacionada o almacenada a partir del evento traumático. Señala también el predominio del procesamiento automático y bloqueo del controlado (accesible verbalmente) cuando los niveles de activación de la persona son elevados (los que sucede en la experiencia del trauma). Además señala la importancia de las técnicas que han demostrado su eficacia y en la actualidad se consideran «empíricamente validadas», como la exposición, pues es el procedimiento idóneo para poder traer a la conciencia los recuerdos almacenados por la memoria sólo situacionalmente accesible y permitir, que una vez presentes en la consciencia puedan ser procesados, conscientemente, por el sistema de procesamiento verbalmente accesible (procesamiento controlado). Además señala la conveniencia de que esta exposición se lleve a cabo en

condiciones que no generen una excesiva respuesta de activación pues eso dificultaría la actuación del procesamiento verbalmente accesible.

De acuerdo con este modelo el núcleo de la intervención se ha orientado en las siguientes direcciones: identificar los estímulos a que la paciente estaba respondiendo (que le producían intrusiones, flashback...), compensar la discrepancia entre el sistema de procesamiento automático y el controlado favoreciendo el reprocesamiento de la amplia gama de estímulos a que la paciente respondía con terror (aquellos aportados por el procesamiento automático pero no integrados en el controlado), y hacerlo en condiciones que no provocaran una alta activación en la paciente (por eso primero se trabajó en explicar su problema para reducir respuestas emocionales secundarias, y en desarrollar habilidades para reducir la activación, después en el desarrollo de la exposición de forma gradual y progresiva). Este tipo de actuación permitió el reprocesamiento consciente de los estímulos asociados al trauma y el poder integrarlo de forma progresiva con sus esquemas cognitivos o concepción del mundo, facilitando en consecuencia integrar informaciones y vivencias relacionadas con la temática de la muerte.

Son de destacar algunos aspectos más. En primer lugar, tal como se señalaba en la introducción a partir de los datos obtenidos en el meta-análisis de Brewin y cols. (2000), que las variables posteriores al trauma son muy relevantes para el desarrollo del trastorno. De hecho se constata como en situaciones especialmente estresantes, como el estrés académico y familiar, aunque no estén relacionadas directamente con el trauma, el problema se agrava. La otra variable que se consideraba de especial relevancia en el meta-análisis aludido, el apoyo social, también ha mostrado en este caso su importancia. Obviamente, lo más importante de todo es que, con independencia de la intensidad del trauma o del tiempo que hace que haya ocurrido la experiencia traumática se puede conseguir intervenir de forma eficaz de cara a la superación del TEPT.

Por último señalar que el TEPT es un trastorno especialmente desadaptativo pues sus síntomas interfieren de forma cotidiana o casi coti-

diana, con múltiples conductas, situaciones, actividades, e incluso llega a modificar aspectos cognitivos tan importantes como los propios esquemas de la persona sobre el mundo y su significado. Por eso su modificación suele también estar acompañado por un cambio importante en otras parcelas de la vida sobre las que el tratamiento no ha trabajado de forma directa. En este caso, por ejemplo, sus problemas de sueño, sus problemas de estudio e incluso sus problemas familiares.

En resumen, en el caso aquí expuesto, el tratamiento de exposición y la reestructuración cognitiva se revelaron como técnicas eficaces para la superación del TEPT, a la vez que fueron susceptibles de ser combinadas con un paquete de técnicas cognitivas y conductuales en función de las necesidades «estratégicas» (motivacionales, de urgencia, de eficacia empíricamente demostrada y eficiencia, etc.) que se presentan al clínico en cada fase de la terapia.

## Referencias

- American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and statistical manual or mental disorders* (3.<sup>a</sup> Ed.), Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and statistical manual or mental disorders* (4.<sup>a</sup> Ed. Text Revision), Washington, DC: APA.
- Astin, M. C. y Resick, P. A. (1997). Tratamiento cognitivo conductual del trastorno por estrés postraumático. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo – conductual de los trastornos psicológicos* (pp. 171-209). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Brewin, C. (2001a) A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour research and Therapy*, 39, 373-393.
- Brewin, C. (2001 b) Memory processes in post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, 13, 159-163.
- Brewin, C.; Andrews, B. y Valentine, J. (2000) Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorders in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Brewin, C., Dalgleish, T. y Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103 (4), 670-686.
- Dalgleish, T. (1999) Cognitive theories of posttraumatic stress disorders. En W. Yule (Ed.) *Posttraumatic stress disorders: Concepts and therapy* (pp. 193-200) Chichester: John Wiley.
- Echeburúa, E. y Corral, P., (1993) Técnicas de exposición. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.) *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid: Pirámide.
- 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 (90), 503-526.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S. y Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (5), 715-723.
- Foa, E. B., Zinbarg, R y Rothbaum, B. O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in posttraumatic stress disorders: An animal model. *Psychological Bulletin*, 112, 218-238.
- Kessler, R; Sonnega, A.; Bromet, E. Hughes, M. y Nelson, C. (1995) Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Resick, P.A., y Schnicke, M.K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-756.
- Resick, P. A. y Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.
- Vázquez, C. y Sanz, J (1997) Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario de depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.