



2008, 14(2-3), 265-288

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA: UN CASO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Esperanza Dongil Collado

Universidad de Valencia

Resumen: Se presenta un caso de intervención psicológica llevado a cabo con una mujer de 36 años, que acude a consulta diagnosticada de vaginismo tras haber recibido tratamiento psicológico basado en exposición sin resultados satisfactorios. En la primera entrevista se le diagnostica un trastorno por estrés posttraumático (TEP) por violación, encontrándose síntomas de reexperimentación muy intensos, con pesadillas y flashbacks frecuentes, destacada hipervigilancia, evitación de casi todas las actividades cotidianas (trabajar, salir de casa, etc.), así como niveles de activación fisiológica muy elevados. Presenta también un trastorno depresivo mayor (TDM). El tratamiento mediante reestructuración cognitiva que se ha utilizado resalta el papel de la autorregulación emocional en los trastornos emocionales (Moses y Barlow, 2006) y recoge una síntesis de los principales modelos y técnicas de reestructuración cognitiva: (1) explicación de los cambios y las secuelas que se producen a nivel cognitivo, fisiológico y motor tras haber sido víctima de una experiencia traumática, destacando el papel del aprendizaje emocional en el desarrollo del problema; (2) entrenamiento en observación de pensamientos, imágenes, respuestas fisiológicas y conductas, relacionados con el aprendizaje emocional traumático, tratando de interpretarlos como una reacción adaptativa; (3) reinterpretación correcta de las reacciones cognitivas, emocionales y conductuales que se van desarrollando en su vida cotidiana, dotando así a la paciente de estrategias cognitivas de manejo de esas reacciones; (4) reforzamiento de las iniciativas propias a la hora de volver a exponerse a situaciones emocionales; y (5) persuasión sobre la eficacia del tratamiento. Tras 32 sesiones (las 28 primeras con periodicidad semanal), se consiguieron los objetivos terapéuticos, destacando eliminación del TEP, el TDM y el vaginismo.

Palabras clave: tratamiento, reestructuración cognitiva, trastorno por estrés posttraumático, violación sexual, trauma, depresión.

Abstract: This manuscript presents a case of psychological intervention for a 36 year old woman who seeks treatment after receiving exposure-based psychological treatment for a diagnosed vaginismus without satisfactory results. During the first interview, she is diagnosed with post traumatic stress disorder (PTSD) following sexual assault given the intense reexperiencing symptoms, including nightmares and flashbacks, continual and increased vigilance, avoidance of everyday activities (work, leave the house, etc.) and hyperarousal. She also suffers from major depressive disorder (MDD). The cognitive restructuring treatment employed highlights the role of emotional self-regulation in emotional disorders (Moses & Barlow, 2006) and synthesizes the principal cognitive restructuring models and techniques: (1) explaining the changes and sequelae that arise at a cognitive, physiological and behavioural level after experiencing a traumatic experience, emphasizing the role of emotional learning in the development of the problem; (2) self-monitoring training of thoughts, images, physiological and behavioural responses, associated with traumatic emotional learning, with the aim of interpreting the information in an adaptive way; (3) correctly reinterpreting everyday life cognitive, emotional and behavioural reactions, helping the patient to handle such reactions by using cognitive strategies; (4) reinforcing the patient's initiative to confront emotional situations; and (5) persuading of the efficacy of the treatment. After 32 sessions (the first 28 on a weekly basis), the therapeutic objectives were achieved, having eradicated PTSD, MDD and vaginismus.

Key words: Treatment, cognitive restructuring, post-traumatic stress disorder, sexual assault, trauma, depression.

Title: *Cognitive restructuring: A posttraumatic stress disorder case report*

*Dirigir la correspondencia a

Clinica "Esperanza Dongil Collado"

Actriz Encarna Máñez, nº 4, piso 12, Pta. 47

46022 Valencia

Email: espedongil@gmail.com

© Copyright 2007: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

El estrés es un tipo de reacción que se activa en aquellas situaciones en las que percibimos que no tenemos suficientes recursos para atender a las demandas (Lazarus, 1990). Se trata de un sistema que compartimos con animales e incluso plantas, y que nos permite reaccionar con rapidez y seguridad ante contextos en los que hay que dar una respuesta para la que no tenemos suficientes recursos de afrontamiento. Este mecanismo pone en marcha un proceso de activación a nivel cognitivo, fisiológico y conductual, que se detiene cuando se consigue el objetivo deseado (Merín, Cano-Vindel, & Miguel-Tobal, 1995). Después de haber agotado la energía y los recursos, éstos se vuelven a recuperar con el descanso, de manera que se trata de un proceso normal de adaptación al entorno que nos rodea (Cano-Vindel & Serrano-Beltrán, 2006). Pueden surgir problemas con el estrés si nuestro cuerpo y nuestra mente están activándose permanentemente, sin que se permita la recuperación (Leza, 2005). En estos casos el estrés puede comenzar a producir algunos síntomas, tales como olvidos, problemas de concentración, pérdida de rendimiento, alta activación fisiológica, agotamiento, insomnio, dolor de cabeza, dolores musculares, contracturas, ansiedad, irritabilidad, aumento del consumo de tranquilizantes, etc. (Cano-Vindel & Serrano-Beltrán, 2006; González-Ramírez, & Landero-Hernández, 2006; Lazarus, 1990). Por supuesto, aparecerán problemas más importantes cuando la situación que provoca el estrés alcance tal magnitud que nos supere por completo y no nos permita dar respuesta alguna, como sucede por ejemplo en los atentados terroristas, o en situaciones igualmente traumáticas, como la violación. En estos casos, además de los citados síntomas, suelen aparecer algunos trastornos mentales como el trastorno por estrés posttraumático (TEP) y la depresión, especialmente en el caso de las mujeres (Calvente, 2005).

El TEP suele producirse tras haber sufrido u observado un acontecimiento altamente traumático (atentado, violación, asalto, secuestro, accidente, enfermedad mortal, etc.), en el que está en juego nuestra vida o la vida de otras personas (Bruguera & Rodríguez, 2006; Iruarrizaga, Miguel-Tobal, Cano-Vindel & González-Ordi, 2004; Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González, & Galea, 2004; Moya-Albiol & Occhi, 2007; Olivares-Crespo, Sanz-Cortés & Roa-Álvaro, 2004). Esta experiencia puede originar un aprendizaje emocional que tiene como fin proteger al individuo frente a nuevas situaciones similares (Conejero, de-Rivera, Páez & Jiménez, 2004), pero que va a ocasionar toda una serie de síntomas agrupados en tres tipos diferentes: rememoración, activación fisiológica y evitación. Las imágenes de la situación traumática han quedado grabadas en una memoria emocional indeleble y vuelven a reexperimentarse una y otra vez con gran viveza, en contra de la propia voluntad, a pesar del paso del tiempo, con todo lujo de detalles, como si estuviera sucediendo de nuevo (flashback). Estos procesos cognitivos disminuyen la capacidad de concentración, memoria, toma de decisiones (Fernández-López & Iruarrizaga, 2005), y producen reacciones emocionales muy fuertes, con intensas respuestas de ansiedad que se manifiestan en elevados niveles de preocupación (Prados-Atienza, 2005), miedo intenso, falta de control, alta activación fisiológica, evitación de situaciones relacionadas, etc., todo ello acompañado de irritabilidad, ira, tristeza, culpa y otras emociones negativas (Pérez-Nieto & González-Ordi, 2005). Todo ello genera una gran activación fisiológica, un tremendo malestar psicológico acompañado de una continua hipervigilancia que mantiene la reacción de estrés, como si volviera a repetirse actualmente la situación traumática, o pudiera repetirse en cualquier momento, generando agotamiento, emociones inten-

sas, pensamientos irracionales, sesgo atencional (todo el tiempo se piensa en lo mismo), sesgo interpretativo (estímulos que antes eran neutros ahora se viven como amenazantes y se evitan), que aumentan aún más la intensidad de las respuestas de ansiedad, sumando más impotencia, debilidad, agotamiento, etc. Los criterios para el diagnóstico del TEP se recogen en la Tabla 1.

Según el estudio ESEMeD (Haro et al., 2006) la prevalencia vida del TEP en la población general en España es del 1,95% (IC 95% 1,18-2,73), siendo del 2,79% (IC 95% 1,71-3,87) en la mujer, frente al 1,06% (IC 95% 0,0-2,2) en el caso del varón. En USA las cifras son mucho más altas, con valores que superan tres veces las cifras españolas.

Tabla 1. Criterios para el diagnóstico del TEP según el DSM-IV-TR (APA, 2000)

Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81)

- A.** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:
1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
 2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados
- B.** El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
 2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
 3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reespecificar el acontecimiento traumático específico
 4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
 5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
- C.** Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
 2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
 3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
 4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
 5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás
 6. restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
 7. sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)
- D.** Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
1. dificultades para conciliar o mantener el sueño
 2. irritabilidad o ataques de ira
 3. dificultades para concentrarse
 4. hipervigilancia
 5. respuestas exageradas de sobresalto
- E.** Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.
- F.** Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses **Crónico:** si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

La probabilidad de desarrollar TEP tras una violación, así como la gravedad y duración del mismo está relacionada directamente con el grado de exposición al trauma (e.g. haber sufrido asalto sexual o no, características de la agresión, etc.), el rol del asaltante (extraño-conocido, si pertenece a una minoría étnica), la agresividad de su conducta, etc.; aunque también influyen otros factores tales como el sexo, la edad de la víctima, o las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales que emite durante la situación traumática y con posterioridad. En un estudio retrospectivo de Kilpatrick et al. (1987) un 57,1% de la muestra de víctimas de violación habían desarrollado estrés postraumático en algún momento posterior a la agresión. Incluso un 16,5% presentaban todavía el trastorno en el momento de la entrevista (cuando la agresión había tenido lugar, por término medio, 17 años antes).

En una encuesta poblacional realizada en el estado de Virginia se encontró que las mujeres que habían sufrido asalto sexual presentaban un riesgo 2,9 veces mayor para desarrollar un TEP, frente a las mujeres adultas que no habían sufrido este tipo de trauma (OR = 2.89, IC 95% 1,46-5,74) y 3,8 veces (OR = 3.75, IC 95% 2,33-6,53) si el asalto se había producido antes de los 18 años (Masho & Ahmed, 2007). En otro estudio (Ullman, Filipas, Townsend, & Starzynski, 2006) se encontró que si el atacante es un extraño existe una mayor amenaza percibida contra la vida por parte de la víctima y una mayor gravedad del asalto sexual, lo que aumenta la intensidad del TEP.

En un meta-análisis llevado a cabo para cuantificar las diferencias sexuales en el número de eventos potencialmente traumáticos y en la prevalencia del TEP (Tolin & Foa, 2006) se encontró que las mujeres adultas tienen una probabilidad seis veces mayor de sufrir asalto sexual que los varo-

nes (OR=5,99; IC 95% 4,42-8,93), aunque los varones sufren en general mayor número de eventos traumáticos; sin embargo, las mujeres sufren con mayor frecuencia el TEP (a todo tipo de eventos traumáticos), aproximadamente dos veces más que los varones, lo cual no puede explicarse sólo por la mayor incidencia de asaltos sexuales en mujeres adultas. Estas diferencias en la mayor propensión a desarrollar TEP (por cualquier evento traumático) podrían explicarse por una serie de respuestas cognitivas peritraumáticas y postraumáticas, entre las que destaca la valoración del evento (Ehlers & Clark, 2000). Así, Vrana & Lauterbach (1994) encontraron que el 53% de las mujeres que habían sobrevivido a un asalto sexual consideraban este evento como lo peor que les había sucedido en la vida, frente a sólo un 11% de varones. Estas diferencias en la valoración cognitiva del evento provocaría a su vez diferentes respuestas emocionales peritraumáticas y postraumáticas, como la mayor frecuencia de aparición de ataques de pánico en mujeres frente a varones, que son también un predictor del desarrollo de TEP (Miguel-Tobal et al., 2006). Sin embargo, los escasos estudios que comparan la prevalencia de TEP en varones y mujeres que han sufrido asalto sexual no encuentran diferencias entre sexos.

El modelo cognitivo de Ehlers & Clark (2000) sobre el TEP defiende que el mantenimiento de la sintomatología de este trastorno se produce mayormente en aquellos individuos que procesan la información sobre el trauma de manera que lo experimentan como una amenaza grave y actual. En concreto, realizan una valoración excesivamente negativa del trauma y de sus consecuencias (e.g. síntomas de reexperimentación, activación y evitación), produciendo una alteración de la memoria autobiográfica (“mi vida no tiene sentido”). La investigación realizada en apoyo de este modelo encuentra que los mejores predic-

tores de desarrollo y mantenimiento del TEP en víctimas que han sufrido asalto físico o sexual serían (Dunmore, Clark & Ehlers, 2001): (1) estilo de procesamiento cognitivo durante el asalto, con un procesamiento no semántico del suceso (disociación, amnesia, recuerdo de impresiones sensoriales, confusión mental y derrota mental), (2) valoración negativa de las consecuencias del asalto y los síntomas del TEP, (3) percepción de falta de apoyo social, (4) creencias negativas sobre sí misma y el mundo, y (5) estrategias de control poco apropiadas (conductas de evitación y búsqueda de seguridad). Estos factores siguen siendo estadísticamente significativos aunque se controlen otros, como la severidad percibida del asalto o el género; por ello, el tratamiento debería tener en cuenta dichos factores cognitivos.

La terapia de exposición ha demostrado claramente su eficacia (Báguena-Puigcerver, 2001), sin embargo en ocasiones se observa un alto número de abandonos de tratamiento, probablemente debido a la falta de preparación para afrontar e integrar los efectos emocionales que genera la exposición. Según el modelo biproceso de Brewin, Dalgleish y Joseph (1996), el tratamiento del TEP exige dos tipos de intervención diferenciadas y ordenadas temporalmente: la primera de tipo cognitivo, para reducir las reacciones emocionales producidas por la valoración del suceso traumático, y la segunda basada en la exposición, para extinguir las reacciones emocionales experimentadas durante el trauma. En una revisión de meta-análisis llevada a cabo por Butler, Chapman, Forman, y Beck (2006), la terapia cognitivo-conductual aparece altamente eficaz para el tratamiento del TEP, sin diferenciar entre el componente cognitivo y el conductual. En general, la reestructuración cognitiva seguramente no ha demostrado ser superior a la exposición, pero también es cierto que en muchos casos la reestructuración cognitiva

que se utiliza en los estudios sobre su eficacia no recoge las últimas aportaciones de los modelos de la psicología cognitiva experimental más recientes, que han obtenido un fuerte apoyo empírico en el laboratorio.

El estrés postraumático se caracteriza por el hecho de conceder una excesiva importancia a las imágenes que se rememoran, a la ansiedad que provocan, al agotamiento permanente y al estado de alerta continuo en que se vive. Este estado puede no remitir nunca, pues en su génesis se han desarrollado una serie de respuestas condicionadas automáticas que tienen como fin preservar la vida frente a situaciones similares al trauma. En un primer momento, tras el impacto emocional de la experiencia traumática se va a producir un primer aprendizaje emocional de tipo pavloviano en el que se condicionan una serie de respuestas automáticas (no conscientes, no deliberadas), similar a la aversión aprendida cuando un determinado alimento nos intoxica: se desarrolla una respuesta automática de aversión que provoca asco, náuseas y evitación del alimento que creemos que ha producido el daño, y que se generaliza a su olor y otros estímulos salientes de la situación. Este aprendizaje (Rodríguez-Saavedra & Cano-Vindel, 1995) tiene un gran valor adaptativo, pues asocia un estímulo que ha sido etiquetado como peligroso con una respuesta emocional potente que nos activa y nos lleva a evitar dicho estímulo.

Además, con el paso del tiempo se suele producir un segundo aprendizaje emocional de tipo cognitivo en el que, a fuerza de repetir continuamente procesos sesgados, se va generando una espiral creciente que mantiene y aumenta el estado emocional. Tras el trauma, se desarrollan muchos procesos y sesgos cognitivos relacionados con el acontecimiento traumático y con sus consecuencias (Eysenck & Eysenck, 2007).

El sesgo cognitivo de tipo atencional consiste en que casi toda la atención se centra en el suceso traumático y en sus consecuencias (síntomas de reexperimentación, activación y evitación). El sesgo interpretativo se observa en varios procesos: se interpretan nuevas situaciones que puedan tener algún parecido con el evento traumático acontecido como peligrosas (e.g., cruzarse con un joven que se parece al violador), el razonamiento justifica de manera irracional ciertas culpas por comportamientos que podían haber evitado el suceso (e.g., “si no hubiera salido de casa”, “si no hubiera elegido esa trayectoria”, “si no hubiera utilizado el transporte público”, etc.), todos los pensamientos son de contenido negativo (“mi vida ya no tiene sentido”, “he muerto en vida”), se concede mucha importancia a estos pensamientos (perdiendo relevancia las cosas que no han cambiado y llenaban su vida), se generaliza de manera que el mundo se percibe como altamente peligroso (ahora muchas situaciones pueden ser peligrosas), las expectativas de que suceda algo malo se multiplican, se pierde la confianza sobre la seguridad propia (disminuye la sensación de control percibido), no se confía en los recursos propios, ni en la posibilidad de recibir ayuda (apoyo social). El TEP es un trastorno de ansiedad en el que sí existe un sesgo de memoria (Paunovi, Lundh, & Ost, 2002), que no se da en otros trastornos de ansiedad, quizás porque en un alto porcentaje de los casos hay comorbilidad con el TDM (en un 26%, según Oquendo et al., 2005), en el que sí se da el sesgo de memoria: los recuerdos giran entorno al trauma, se recuerdan muchos detalles de la situación, o las sensaciones vividas en los momentos del suceso (olores, gritos u otros sonidos), con gran viveza, elevada intensidad y una alta frecuencia. Esas sensaciones visuales, auditivas y táctiles quedan profundamente grabadas en la memoria y poseen una alta relevancia frente a cualquier otro recuerdo.

Se supone que es adaptativo grabar de manera indeleble en la memoria cualquier dato que nos pueda ayudar a impedir que se repita ese suceso terrible que puede ser mortal. Pero el recuerdo de las imágenes y las sensaciones puede hacer que se vuelvan intrusas (estos contenidos acuden una y otra vez a la mente produciendo malestar), especialmente si se pretenden evitar. Cuando queremos evitar un pensamiento no deseado, aumenta la frecuencia del mismo, le damos más importancia y se vuelve más estresante.

Para llevar a cabo el tratamiento de un caso de TEP deberían tenerse en cuenta los dos tipos de aprendizaje emocional que favorecen la génesis y el mantenimiento de este desorden: uno basado en el condicionamiento clásico y otro más cognitivo (que incluye los tres tipos de sesgos mencionados: atención, interpretación y memoria).

En la concepción clásica del condicionamiento por asociación - sin tener en cuenta la intervención de procesos cognitivos - la forma de reducir o eliminar este aprendizaje emocional se basaría en la ley de la extinción y en el principio de exposición: al exponerse el sujeto de nuevo a la misma situación, sin que se asocie con la respuesta incondicionada aversiva, se irá debilitando la asociación y finalmente el estímulo condicionado volverá a ser un estímulo neutro. Pero hoy en día sabemos que la exposición a veces no funciona si no tenemos en cuenta lo que piensa el sujeto (Barlow, 2008). Así, aunque en la psicología clínica la exposición es el tratamiento de elección en el TEP, debemos renovar nuestros conocimientos desde la psicología básica de la emoción y tener en cuenta lo que piensa el sujeto, su interpretación de la situación a la que debe exponerse, porque la mera exposición sin control (por parte del propio sujeto) puede producir sensibilización en vez de extinción de la respuesta emocional condicionada (véase Teoría de

la incubación en H. Eysenck, 1982). Por lo tanto, parece recomendable comenzar trabajando el segundo tipo de aprendizaje emocional, el cognitivo, incidiendo en el procesamiento de la información que realiza el paciente, para que no se sigan manteniendo y aumentando las respuestas emocionales que provocan los procesos cognitivos sesgados. Es preferible que el paciente, antes de hacer exposición, ponga en orden sus experiencias, recuerdos, sensaciones, pensamientos y modifique sus valoraciones excesivamente negativas acerca del trauma y sus secuelas (e.g., los tres tipos de síntomas del TEP).

Para modificar el aprendizaje emocional de tipo cognitivo que el paciente ha ido desarrollando tras la experiencia traumática, las técnicas de reestructuración cognitiva nos han enseñado que el paciente puede y debe tomar un papel activo en este reaprendizaje (Cano-Vindel, 2002), para lo cual resulta imprescindible dotarle de la información necesaria sobre el papel de la cognición, o las relaciones entre procesos cognitivos y emoción, así como entrenarle en la observación, análisis y modificación de sus pensamientos negativos y sesgos cognitivos.

En los desórdenes emocionales existen una serie de procesos cognitivos que están alterados (Cano-Vindel, 1997), como por ejemplo los procesos atribucionales o el sesgo interpretativo. El terapeuta tiene que hacer un análisis de la conducta emocional perturbada y encontrar una explicación del problema en algún modelo cognitivo. Si encuentra este modelo, en el que un proceso cognitivo produce una alteración de la respuesta emocional, entonces la intervención consistirá en modificar dicho proceso cognitivo para conseguir el control o manejo emocional. Esta es la parte más difícil de la reestructuración cognitiva, pues saber qué proceso cognitivo es el responsable y

cómo reestructurarlo o modificarlo no es tarea fácil.

Como primera aproximación se deben revisar las aportaciones básicas a la reestructuración cognitiva de las técnicas cognitivas más importantes (Beck, Ellis, Meichenbaum). También se deben recoger las aportaciones de modelos cognitivos no clínicos, pero que pueden aplicarse en el campo de la psicología clínica (como el modelo de la valoración de Lazarus, o el modelo de los cuatro factores de la ansiedad –Eysenck & Eysenck, 2007-, por ejemplo). Y todas estas aportaciones deben ser integradas por el terapeuta (Cano-Vindel, 2002) para poder ofrecérselas al paciente, explicándoselas de manera que las pueda entender y le sirvan como herramienta para reducir sus respuestas emocionales hasta hacerlas manejables.

Además, para modificar un proceso cognitivo se requiere no sólo entrenar al paciente en autoobservación y autorregistro de pensamientos; en muchas ocasiones vamos a necesitar, por ejemplo, que esta persona afronte problemas que tiende a evitar, para lo cual necesitaremos convencerle, persuadirle para que lo haga, motivándole, y entrenándole para que poco a poco pueda afrontar los primeros pasos, los más sencillos, que le permitirán coger confianza para realizar otros más complejos. Observamos cómo, en general, las distintas técnicas cognitivas recurren a dos herramientas básicas en el tratamiento: la persuasión y el entrenamiento conductual. El terapeuta necesita convencer al paciente para que realice ciertas actividades. Al mismo tiempo, una vez convencido, el paciente tiene que hacerlas. Por lo tanto, para el terapeuta resulta imprescindible entrenarse en técnicas de persuasión y manejar correctamente la forma en que se administran las tareas para casa, los refuerzos por los éxitos conseguidos, cómo se corrigen errores, etc.

En general, hay acuerdo en que las víctimas necesitan apoyo social de las personas que los rodean, necesitan que vuelva a fluir la comunicación, que ventilen (expresen) sus pensamientos, imágenes, emociones, etc., necesitan reelaborar todo ese material. Pero también sabemos que no sirve cualquier apoyo social (Gil-Monte, Carretero, & Roldán, 2005; Moreno-Jiménez, Seminotti, Garrosa-Hernández, Rodríguez-Carvajal, & Morante-Benadero, 2005; Pozo-Muñoz, Alonso-Morillejo, Hernández-Plaza, & Martos-Méndez, 2005; Quiñones, Moysén, Terrones & López, 2006). En la medida en que se lleve a cabo bien o mal esta reelaboración, así será la gravedad de los síntomas de estrés postraumático después del trauma. Se cree también que la intervención temprana en víctimas recientes o potenciales afectados por este trastorno (familiares, cuidadores de las víctimas, personas que observaron la escena, vecinos, etc.) es eficaz y previene la aparición de síntomas. Esta intervención temprana consiste en: (1) dar información sobre el proceso o reacción psicológica que suele seguir, los síntomas que se suelen experimentar, los pensamientos que se suelen desarrollar, etc.; (2) entrenamiento en relajación y respiración; (3) exposición en imaginación a los recuerdos del suceso traumático; (4) exposición real (en vivo) a las situaciones que se evitan, que no supongan riesgo; y (5) reestructuración cognitiva de los pensamientos irracionales que provocan sentimientos negativos. Sin embargo, en muchas ocasiones este procedimiento estándar ha fallado, probablemente por varias razones: (1) porque no siempre se da una información exhaustiva sobre el aprendizaje emocional que se produce en una situación traumática; (2) porque el paciente no puede hacer entrenamiento en relajación, pues aunque lo intente no es capaz; y (3) porque se hace exposición sin haber hecho previamente reestructuración cognitiva en un número importante de se-

siones que permitan al paciente entender y manejar el proceso de reaprendizaje que supone la exposición (Marks, Novell, Noshirvani, Livanou, & Thrasher, 1998).

A la hora de tratar un caso de TEP, el terapeuta debe conocer debidamente qué es la emoción para transmitirle este conocimiento a su paciente. Hoy en día sabemos que las emociones pueden desarrollarse a través de dos tipos de circuitos neuronales. El circuito normal (cuando no hay una emergencia, por ejemplo) incluye la capacidad cognitiva propia del ser humano, con funciones de anticipación, valoración de situaciones, etc., por lo que incluye necesariamente la activación del córtex, o corteza cerebral, la parte más desarrollada y más reciente del cerebro humano. Sin embargo, la reacción emocional de emergencia no necesita procesamiento cortical, sino que se desarrolla a través de la amígdala, una estructura más antigua que procesa emoción y memoria, que juega un papel destacado en el aprendizaje emocional traumático. Este segundo circuito tiene una función adaptativa primordial para la supervivencia, pues si tuviéramos que reconocer primero el peligro para después huir, disminuiría nuestra capacidad para sobrevivir ante dicho peligro, al aumentar el tiempo de latencia de la respuesta.

El primer circuito es el que funciona normalmente en situaciones cotidianas y está mediado en gran parte por los procesos cognitivos. Así, las reacciones emocionales dependen especialmente de la interpretación de la situación, cuando ésta no es lo suficientemente intensa como para disparar mecanismos de aprendizaje más primitivos (asociativos) que el aprendizaje cognitivo. Por ejemplo, podemos enfadarnos, o no, si alguien llega tarde a una cita, pero reaccionamos intensa y rápidamente ante un estruendo, no previsto, con ciertas características de peligro. La reacción emocional normal, cuando no está en juego la super-

vivencia, es por lo tanto más regulable a nivel cognitivo. En cambio la reacción emocional de emergencia no necesita la deliberación racional, la interpretación cognitiva, se dispara rápidamente por meras sensaciones que pueden tener valor emocional y se regula mejor por nuevas asociaciones que por nueva información o reestructuración cognitiva. Así, yo puedo reducir mi enfado si quien llegó tarde tiene un buen motivo; pero no cambia mucho la emoción de una mujer violada por el hecho de que su agresor esté ya encerrado en la cárcel y no pueda volver a violarla, ni puede entender por qué se quedó paralizada cuando la abordó el violador, ni por qué salió corriendo cuando ya la había violado y la llevaba a un lugar más apartado y la quería meter en una zanja.

Sobre la función de la amígdala en la emoción existe un amplio cuerpo de investigación, fundamentalmente de carácter animal, que establece la importancia que esta estructura cerebral tiene en la activación de los procesos emocionales en general, y en particular, del reconocimiento y de la expresión del miedo. La relevancia y el importante número de los hallazgos encontrados sobre la amígdala en las dos últimas décadas sirven para concluir que esta estructura juega un papel fundamental en la asignación de significado afectivo a eventos sensoriales (LeDoux, 1995). Así, por ejemplo, un determinado estímulo puede provocar sensaciones que están asociadas con un significado emocional, inquietante, aunque hagamos razonamientos tranquilizadores; y estas sensaciones pueden tener más fuerza que el razonamiento, provocando una reacción emocional. También se viene comprobando cómo la amígdala se activa en respuesta a la expresión facial de emociones, especialmente ante el miedo (LeDoux, 1993). La amígdala podría ser una estructura, además de necesaria, suficiente para la aparición de respuestas emocionales, en el sentido de que no sería ne-

cesaria la intervención del córtex. Más allá de la relevancia de la amígdala, no hay dudas de que actualmente es el córtex prefrontal quién comparte protagonismo con la amígdala como objeto de estudio en el ámbito de la neuropsicología y la emoción.

El objetivo de este artículo es presentar el proceso de intervención psicológica que se llevó a cabo con una mujer de 36 años que demandaba tratamiento por un problema de vaginismo, tras haber sido violada y recibir tratamiento psicológico durante diez meses para su problema sexual, pero que presentaba además un cuadro de TEP y trastorno depresivo mayor (TDM), desórdenes de los que no había sido tratada y para los que tampoco solicitaba demanda.

Método

Análisis del motivo de consulta

Nos llega a consulta privada el caso que a continuación se describe, el de una mujer que no sabe qué es un TEP, ni un TDM, ni que padece ambos, después de haber sufrido una terrible violación. Cuando llega, pese a estar muy afectada, tras diez meses de tratamiento, sólo busca resolver su problema sexual, porque ve peligrar también su matrimonio. Cree que su marido se cansará algún día de sufrir su rechazo a las relaciones sexuales.

Datos personales

Se trata de una mujer de 36 años, casada, madre de dos hijos, con nivel cultural bajo y sexualmente muy activa antes del acontecimiento traumático.

Historia del problema

El día de la violación se dirigía a coger el autobús que la llevaba a la fábrica donde trabajaba, eran alrededor de las cinco de la madrugada, no había nadie por la calle y era totalmente de noche. Mientras caminaba le pareció que alguien la seguía, enton-

ces miró hacia atrás y vio a un individuo con aspecto extranjero, pero no pensó que iba a hacerle ningún daño y continuó en dirección a la parada del autobús, metiéndose por un callejón, donde el sujeto se abalanzó sobre ella, quitándose la camiseta y pasándose por el cuello, dejándola por completo indefensa. Después la llevó a un parque cercano, donde la golpeó, le ordenó que se quitara toda la ropa, la arrojó al suelo y la violó. Luego la amordazó y sin permitir que se vistiera, le dijo que se iban a otro lugar, a una zona más oscura donde había una zanja en la que pretendía meterla. Mientras le ordenaba cómo meterse en la zanja, M.C. de repente echó a correr, completamente desnuda, sin dirección alguna, sin saber adónde ir, corrió por aquel descampado completamente desierto, hasta que a lo lejos vio unas viviendas, donde recordó que vivían unos conocidos a los que pidió ayuda, desmayándose cuando le abrieron la puerta. El forense que la exploró aquella noche dijo que no se recuperaría jamás.

Semanas después de esta terrible experiencia, buscó ayuda profesional acudiendo a una consulta de psicología donde demandó ayuda para poder volver a mantener relaciones sexuales con su marido, ya que tras la violación le resultaba imposible. Tenía mucho miedo a que su marido se excitara sexualmente tanto que no pudiera controlarse y abusara de ella. Se inició un primer tratamiento que duró diez meses y que fue tratado exclusivamente como vaginismo, donde M.C. debía exponerse a introducir progresivamente objetos en su vagina de diámetro cada vez mayor. Este tratamiento no le ofreció ningún resultado y decidió abandonarlo y buscar de nuevo ayuda psicológica en una segunda consulta profesional donde vuelve a realizar la misma demanda: “vengo porque no puedo tener relaciones sexuales con mi marido desde que me violaron. Me da mucho miedo que mi marido se des controle y me haga daño”.

En la primera sesión, de este segundo tratamiento, le explican que padece un problema sexual muy “fuerte” y que el tratamiento durará años, sin poder ofrecerle garantías de que se resolverá.

Desorientada y sin saber qué hacer, decide realizar una tercera consulta profesional con la esperanza de encontrar alguna solución o algún alivio para su problema poniéndose en contacto con nuestro centro a través de un conocido que le facilita el teléfono.

En la primera visita, M.C. tenía dificultades de expresión, apenas entendía las preguntas que se le formulaban, parecía estar bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva, aunque no tomaba ningún tipo de fármaco. Al preguntarle por el motivo de su consulta, realiza de nuevo la misma demanda que en las dos ocasiones anteriores.

M.C. realizaba esta demanda porque lo único que le preocupaba era perder a su marido – no que se sintiese “como si no existiera” - y pensaba que si no conseguía mantener relaciones sexuales con él prontamente, con el tiempo, su matrimonio se rompería. Por otra parte, M.C. ignoraba que estuviese sufriendo las consecuencias que generalmente siguen a una experiencia traumática, (TEP y depresión), tampoco sabía que su problema se podía solucionar y pensaba que todo lo que estaba viviendo seguiría sucediendo inexorablemente. Sólo pensaba que si al menos conseguía que su marido permaneciera a su lado, sería menos duro continuar viviendo.

Selección de las técnicas de evaluación

La evaluación se llevó a cabo principalmente a través de entrevista, especialmente en la primera fase del tratamiento (dos primeros meses), dado el estado de embotamiento afectivo en el que se encontraba la paciente. Sus procesos cognitivos superiores estaban muy mermados: presentaba dificultades de comprensión (del habla y es-

crita), atención, concentración, memoria, y no podía pensar con claridad ni seguir el hilo de una conversación. Meses más tarde, ella puso nombre a esta etapa y la definió como “cuando yo no estaba”.

Una de las primeras dificultades que presentaba este caso, era tener que someter por tercera vez a M.C. a la descripción de la violación. Con mucha delicadeza, se le explicó la importancia de que pasara otra vez por aquello para poder ayudarla. Se le pidió que lo contara como pudiera, animándola a parar si era necesario y a retomar el relato cuando quisiera.

Se omitieron preguntas que podían resultar dolorosas para M.C. y que no son de nuestra competencia, sino de la policía, como por ejemplo, cuál era el aspecto físico del violador u otros detalles, como la indumentaria.

Se evitó hacer preguntas que de alguna manera podrían estar buscando una justificación para lo sucedido: ¿cómo ibas vestida?, ¿por qué no ibas en coche a trabajar?, ¿no te diste cuenta de que te seguía?, ¿por qué no gritaste?, ¿cómo se te ocurrió meterte por el callejón?, ¿por qué no te acompañaba tu marido?, ¿por qué no saliste corriendo antes de que te violara? Consideramos estas preguntas inapropiadas, pues, en primer lugar, no son necesarias para realizar una buena evaluación y, en segundo lugar, podrían provocar que la persona se sintiera de algún modo culpable o responsable de lo sucedido (algo que suele suceder en víctimas), con el enorme dolor que ese sentimiento le puede causar. Creemos que estas preguntas pueden herir sus sentimientos y estarían en contra de uno de los primeros objetivos terapéuticos de cualquier tratamiento psicológico, que es la empatía, nuestra capacidad para ponernos en el lugar de otra persona. Dadas las circunstancias, con M.C. este objetivo era primordial, había sido violada, había estado sometida a un largo tratamiento que fracasó, una segunda opinión profesional que

no le ofreció ninguna esperanza y llevaba casi un año buscando una ayuda que no llegaba, por tanto era muy importante cuidar la forma y el contenido de lo que se preguntaba. También se evitaron opiniones personales sobre lo sucedido como: “seguro que iba a matarte”, “todos los violadores matan”, “seguro que te siguió varios días antes”, “te estaba esperando”, o “los violadores nunca se rehabilitan”. Nos parece que este tipo de comentarios son inadecuados, porque no ayudan a que la persona mejore su estado de ánimo, más bien al contrario, deprimen, asustan, entristecen y crean profundos sentimientos de inseguridad, debilitando aún más a la persona. Creemos que si en algún momento no sabemos qué decir ante un caso así, es mejor no decir nada. Podemos empatizar no sólo a través de la palabra, sino a través de los gestos, de la sonrisa o incluso la mirada.

Una vez obtenida la información que consideramos necesaria, reforzamos encarecidamente el esfuerzo que había realizado y las 3 ó 4 sesiones posteriores, las dedicamos esencialmente a motivarla, tranquilizarla, crearle expectativas de éxito, ofrecerle seguridad y, poco a poco, se le fue explicando lo que le pasaba y se fue introduciendo el tratamiento.

Estaba profundamente deprimida, e incluso en dos ocasiones pensó en suicidarse: “todo ha terminado”, decía. “Mi vida se ha acabado, me mataron aquel día”. La gente me dice: “tienes que salir de esto”; sí, ya lo sé, pero ¿por dónde salgo?, ¿dónde está la salida?, ¿dónde está el camino? Había perdido la ilusión por todo, había dejado de cuidar su aspecto, le angustiaba la idea de perder a su marido: “Se cansará de esperar, me abandonará, encontrará a otra”. Había perdido el deseo sexual y cualquier cosa que le recordara al sexo le producía asco y mucho miedo. Dejó su empleo en la fábrica, no tenía fuerzas para volver enfrentarse cada día al mismo recorrido, a pasar por aquel lugar, a las miradas, preguntas o co-

mentarios de sus compañeros. Las tareas cotidianas le resultaban una pesada carga, tardaba mucho tiempo en realizar cualquier cosa con la que antes podía disfrutar sin sentirse incómoda. Tenía dificultades para dormir y se encontraba muy cansada la mayor parte del tiempo, habiendo perdido el interés y la capacidad para disfrutar de cualquier actividad. Su familia era la principal razón para evitar pensar en el suicidio. Cumplía los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo mayor, episodio único.

M.C. también cumplía los criterios del trastorno de estrés post traumático (TEP) según la clasificación DSM-IV. Tenía imágenes y recuerdos de la violación muy frecuentes y a menudo lo revivía como si le estuviera pasando de nuevo (reexperimentación). Sufría pesadillas y numerosos flashbacks de la cara del violador, que definía como una "taladradora que me destrozaba". Estaba continuamente en alerta, le resultaba imposible centrar su atención en alguna tarea porque permanecía hipervigilante en cualquier situación, incluso estando en su propia casa acompañada por su familia. Intentaba apartar de su mente todos esos recuerdos, todas las imágenes, quería pensar en otras cosas, olvidarlo todo, pero no podía.

La hipervigilancia y la sobreactivación eran las dos características del TEP que más la incapacitaban. Pasaba la mayor parte del día sola en casa y se sobresaltaba si escuchaba que alguien salía o entraba en el ascensor, teniendo que mirar por la mirilla frecuentemente para tranquilizarse. No era capaz de relajarse o distraerse viendo la televisión o realizando cualquier otra tarea, como cocinar, ordenar, limpiar o hablar por teléfono. Sólo se encontraba un poco mejor cuando sus hijos volvían del colegio. No obstante, se mostraba menos cariñosa con ellos, pues sus afectos estaban también muy embotados.

En cuanto empezó a encontrarse mejor, se evaluó su sintomatología del TEP con la Escala de Trauma de Davidson (DTS; Davidson et al., 1997; Bobes et al., 2000), diseñada para valorar la frecuencia y gravedad de cada uno de los síntomas del TEP en sujetos que han sufrido un evento estresante, según la clasificación DSM-IV, y con la Escala de 8 Ítems para los Resultados del Tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático (TOP-8, Davidson & Colket, 1997; Bobes et al., 2000), que se deriva de la escala DTS, donde se evalúan los 8 ítems que puntúan con más frecuencia y que son más sensibles al cambio.

En la DTS obtuvo puntuaciones muy elevadas, tanto en frecuencia como en gravedad. De las cinco alternativas de respuesta presentadas en un formato tipo Likert de 5 puntos, en la escala de Frecuencia (0 = Nunca, 1 = A veces, 2 = 2-3 veces, 3 = 4-6 veces, 4 = A diario) seleccionó la mayor alternativa en 11 de los 17 ítems que componen esta escala, y en la escala Gravedad (0 = Nada, 1 = Leve, 2 = Moderada, 3 = Marcada, 4 = Extrema), la alternativa 4, también en 11 de los 17 ítems.

En la Escala TOP-8, seleccionó la alternativa "extremadamente grave" en los 8 ítems que componen la escala.

Consensuamos con la paciente unos objetivos básicos, eliminar el TEP y el cuadro depresivo, así como tratar otros déficits que aparecieron en la evaluación: reducir otras emociones negativas, como la culpa; aumentar la emocionalidad positiva, la confianza en sí misma y la autoestima; ayudarla a conseguir la reinserción laboral; y, por supuesto, recuperar la sexualidad.

Plan de tratamiento

El primer objetivo que trabajamos fue la eliminación de los síntomas del TEP (reexperimentación, activación y evitación), pues, si conseguíamos eliminar estos síntomas o reducirlos significativamente, nos resultaría más fácil trabajar los otros obje-

tivos (depresión, culpa, autoestima, sexualidad, etc.). Para la eliminación de estos síntomas era imprescindible que M.C. tuviera toda la información necesaria para entender lo que le pasaba. De manera que se le fue explicando, poco a poco, qué es un suceso traumático y qué le pasa a una persona cuando es víctima de una experiencia traumática en la que ha estado en juego su vida, qué aprendizajes desarrolla y qué consecuencias siguen a una reacción traumática. Así, se le explicó qué es el aprendizaje emocional y el papel de la amígdala en el aprendizaje no consciente ante situaciones en las que está en juego la supervivencia, qué es la ansiedad y qué es el miedo. También se le explicó el carácter adaptativo del aprendizaje emocional que había sufrido, por qué se dan estos tres tipos de síntomas (activación, reexperimentación y evitación), por qué se producen tras una experiencia traumática y para qué se producen, cuál es su función. Se le insistía en que esos síntomas seguramente eran un mecanismo muy primitivo, heredado por el hombre para su protección, para seguir sobreviviendo tras haber sufrido una experiencia traumática. Como introducción, se le describía, por ejemplo, qué es la aversión aprendida, para qué sirve, cómo se genera en un momento dado si nos hace daño un alimento, cómo se condiciona desde ese momento no sólo el sabor de una determinada comida, sino incluso otros estímulos salientes que nos pueden ayudar a anticipar que no debemos ingerir dicho alimento, desarrollando una reacción condicionada automática de náusea al olor de esa comida. Se le explicaba el carácter automático de este aprendizaje, o cómo volver a aprender a comer ese alimento, sin que se produzca la reacción aversiva, insistiendo en el papel de los procesos cognitivos y emocionales que pueden ayudar a volver a probar el alimento. De esta manera, al conocer el proceso, el aprendizaje que la paciente había desarrollado desde su

violación, poco a poco, fue reconociendo sus síntomas e integrando todo lo que estaba experimentando tras este suceso traumático. Así, sus síntomas iban dejando de ser una amenaza para ser considerados como una respuesta de protección para su supervivencia.

Una función básica del diagnóstico es la explicación al paciente de lo que le pasa, pues si entiende lo que le sucede, por qué tiene esos síntomas, a qué puede atribuir ese malestar, dejarán de ser una amenaza, se tranquilizará mucho más que si está perdida en medio de una maraña de emociones, pensamientos, sensaciones, cambios, dificultades y déficits que no puede entender ni integrar. Cuando además comprende todo el proceso que ha sufrido, qué reacciones, qué aprendizajes se producen, qué consecuencias siguen a una experiencia traumática, por qué tiene reexperimentación, por qué está hipervigilante, por qué evita pensamientos, situaciones y actividades, entonces empezará a rebajar sus síntomas al contar con una explicación acerca de lo que le pasa, para todo lo que está viviendo, y poco a poco irá cesando la alarma, la ansiedad. Y si además entiende cuál es la función de esos síntomas, para qué se produce la reexperimentación, los flashbacks o la activación, cuál es su finalidad, para qué sirven esos síntomas, se tranquilizará mucho más. Así, se le explicaba por ejemplo, que la amígdala es una estructura fundamental para la memoria y la emoción, que graba aquellas secuencias que nos han sucedido y que nunca debemos olvidar, porque son fundamentales para la supervivencia. O se le explicaba que tras la violación había aprendido, de una manera un tanto primitiva pero básica para la supervivencia, que las relaciones sexuales podían ser peligrosas, de ahí que las situaciones sexuales despertaran ahora otras emociones más básicas para la supervivencia, como el miedo.

Nuestra hipótesis desde el primer momento fue que el conocer todo este proceso tendría un efecto terapéutico pues disminuiría la valoración de amenaza sobre la situación traumática y sobre los síntomas que se habían generado tras el suceso. Por un lado le quitaría la preocupación de no saber qué le ocurre y por otro dejaría de centrar su atención en los síntomas y los interpretaría de otra manera menos amenazante. Por ejemplo, éramos conscientes de que ella estaba viviendo algunos síntomas de reexperimentación como si volvieran a violarla de nuevo, en el momento que estaba “reviviendo” en su imaginación con gran nitidez la cara del violador, que “le taladraba su cerebro”; pero si le explicábamos que esas imágenes eran sólo un registro del suceso traumático en su memoria, en una memoria especial que sólo actúa en casos de emergencia, ella comprendería que aunque fueran imágenes de gran realidad, eran ya algo que estaba en el pasado, o que su finalidad era proteger su vida frente a nuevas experiencias similares. Ello le ayudaría a ir restando importancia al hecho de seguir teniendo esos síntomas de reexperimentación y a ir disminuyendo poco a poco la frecuencia de esas imágenes. Así pues esta hipótesis es la que ha guiado la intervención: si no sabe qué le pasa, tendrá mucha ansiedad y amplificará e interpretará los mismos síntomas de una manera más catastrófica, menos realista; en cambio, disminuir el sesgo atencional e interpretativo rebajará sus síntomas, lo que le hará sentirse mucho mejor y le ayudará a encontrarse más preparada para ir exponiéndose poco a poco a todo aquello que antes evitaba.

En efecto, comprobamos que cuando ella entendió por qué se aceleraba su corazón si veía a un hombre de características similares al violador, o por qué estaba en alerta, hipervigilante, tenía “los oídos amplificados” cuando estaba sola en casa, siendo capaz de escuchar cualquier ruido, por pequeño que fuese, o por qué un día se

quedó paralizada y no podía entrar en su casa al ver que unos jóvenes estaban en la puerta de su portal haciendo una mudanza, o por qué la cara del violador le venía a la mente “como una taladradora”, cuando ella al fin tuvo una explicación para todo esto, comenzó a ver de otro modo toda su activación, o su alerta, o sus evitaciones, y comenzó a reestructurarlo de otra manera, tranquilizándose mucho al saber que todos esos síntomas tienen como fin la supervivencia, que son necesarios en este momento (tras haber vivido una situación en la que pudo morir) y que aunque todos esos síntomas son desagradables, o incluso aversivos, y lo pasaba muy mal, era bueno que sucedieran, porque significaba que su sistema biológico de defensa estaba cumpliendo su función de protección frente otros sucesos similares.

Cuando la paciente entendió todo esto, fue comenzando a revivir, a reexperimentar todos sus flashbacks, toda su activación de otra manera, y cuando de nuevo tenía que enfrentarse a situaciones cotidianas, como bajar a la calle a comprar el pan (que antes le producía mucha ansiedad y la mera exposición no rebajaba, porque sus procesos cognitivos generaban más ansiedad), comenzó a bajar con mayor sensación de control, con más seguridad, sufriendo cada vez menos ansiedad, y dejando poco a poco de evitar, porque ya no lo pasaba tan mal, porque lo estaba reestructurando de otra manera. Esta exposición a situaciones que antes provocaban una gran ansiedad, o se evitaban, y que la mera exposición no disminuía, fue produciendo ahora, con la ayuda de la reestructuración cognitiva, un nuevo y rápido aprendizaje, de manera que ahora la exposición sí iba reduciendo la ansiedad, de modo bastante rápido, lo que producía alegría y más motivación para seguir exponiéndose a otras situaciones todavía temidas.

En la medida en que iba comprendiendo lo que estaba experimentando, y tenía una

explicación realista y funcional para lo que le pasaba, su estado de ánimo fue mejorando, sus pensamientos se fueron haciendo más positivos, y por consiguiente fue disminuyendo, no sólo su ansiedad, sino también su depresión (González-García, Talavera-Martín, García-Toro, Tejeda-Navalón, & Sáiz-Ruiz, 2005). A medida que iba mejorando, fue recuperando su anterior estilo de vida, comenzando de nuevo a realizar actividades que había abandonado, como ordenar la casa, ir de compras, arreglarse, y volver al gimnasio, lo que contribuyó también a la recuperación de su autoestima. La vuelta a la actividad le daba otra forma de ver su vida, de interpretar la realidad, y a su vez estos cambios cognitivos la animaban a hacer más cosas. Era como volver a describir la misma espiral que antes había recorrido, cuando estaba cada vez más deprimida, pero ahora en sentido inverso.

El trabajo sobre la recuperación de su vida sexual se realizó de forma paralela al resto del tratamiento y desde el inicio, pero no de un modo explícito, ni en un momento concreto de la terapia, donde por ejemplo, le expusieramos ahora que ya te encuentras mucho mejor, vamos a empezar a trabajar tu sexualidad, tienes que esforzarte en volver a encontrar atractivo a tu marido, el sexo te tiene que apetecer, te debe gustar, el sexo es maravilloso, antes te gustaba mucho, te voy a explicar unas técnicas psicológicas que te pueden ayudar.

Dado el carácter complejo y sutil de la sexualidad, se decidió trabajar de forma implícita, sin que tuviera conciencia de que estábamos trabajando en la recuperación de su sexualidad. De vez en cuando en alguna sesión, se le hacían preguntas relacionadas con el sexo para darnos una idea de cómo se iba encontrando en ese plano. Así, fuimos trabajando sus primeras respuestas: “el sexo ha muerto para mí, no quiero saber absolutamente nada del sexo, todo aquello terminó”; después, más adelante, otras como “bueno, ya sé que no todos los hombres

violan, pero si los hombres desaparecieran del mundo, yo estaría mejor”. Y más adelante otras como “he visto una película y me ha gustado que se besaran, no me he sentido mal”. De esta manera, fuimos reestructurando y deshaciendo todos los sesgos, ideas irracionales o pensamientos negativos que la experiencia traumática le habían ocasionado, hasta llegar al final del tratamiento donde sus sentimientos de rechazo hacia el sexo, hacia los hombres, se habían flexibilizado y podía por ejemplo, ver películas románticas y disfrutarlas, sin sentir asco, temor, odio u otras emociones negativas. Llegados a este punto y combinándolo siempre con la intención paradójica (“el deseo llegará, no te preocupes si ahora no te apetece tener sexo, eso es normal, olvídate del sexo, cuanto menos pienses en el sexo, antes recuperarás tu respuesta sexual”) se le fue entrenando en exponerse poco a poco a situaciones temidas como dormir desnuda (algo que hacía antes de ser violada y había dejado de hacer), intercambio de caricias con su pareja, primero ella a él, después él a ella y sólo en zonas del cuerpo que no le producían ansiedad y en aquellas situaciones en las que ella ejercía un control total. Insistiendo mucho en que no forzara nada, se advertía que el objetivo no era tener relaciones sexuales, ni experimentar deseo, sino desensibilizar su cuerpo al contacto, a las caricias y a la intimidad con su pareja. De esta manera se fueron superando situaciones de dificultad creciente, hasta llegar a situaciones de contacto sexual que también se fueron jerarquizando y que incluían la penetración vaginal.

Sobre este punto, es muy importante entender la importancia de no forzar ningún sentimiento, ninguna emoción, ninguna conducta, que no es posible manipular a voluntad, pues si una persona experimenta ansiedad ante las relaciones sexuales, activa unas funciones fisiológicas que son contrarias a la activación sexual; por lo tanto,

es necesario que primero aprenda a manejar su ansiedad. Si se siente obligada a tener deseo, a excitarse sexualmente, eso le producirá más ansiedad y paradójicamente esa exigencia impedirá que surja su deseo sexual. Cuando una persona ha sufrido una violación, la reacción aprendida de rechazo (porque estuvo en juego su supervivencia y podría volverlo a estar) es más fuerte que la atracción sexual. Por lo tanto, se requiere mucha paciencia, tiempo, ternura, empatía, saber ayudar y saber esperar.

Sesiones

Para alcanzar el primer objetivo (eliminación de los síntomas del TEP), se fueron atendiendo las necesidades y dificultades de la paciente que nos mostraba en cada sesión, explicándole, analizando, lo que ella nos había referido y amoldando la información a cada experiencia que iba teniendo. Por ejemplo, un día sufrió una subida de ansiedad muy intensa, con palpitaciones muy fuertes, temblor en las piernas y sensación de que iba a desmayarse, cuando llegando a su casa de comprar el pan, vio que había unos jóvenes haciendo una mudanza en el portal de su casa y no era capaz de entrar. Otro día se agarró a un señor mayor, desconocido, cuando vio venir de frente a un individuo que se la quedó mirando. Si en alguna ocasión entraba acompañada en algún lugar público y tomaban asiento, debía sentarse con la espalda protegida por la pared y en un ángulo que le permitiera visualizar todo el local. Si andaba por la calle se giraba continuamente para comprobar que no la seguía nadie. Pues bien, en todos estos casos, o en cualquier otro que nos relatase qué le había sucedido en la última semana, se trabajaron las interpretaciones erróneas de lo que le había acontecido en cada caso, explicándole que sus reacciones de ansiedad se daban ante la presencia de estímulos asociados a la situación traumática. Así, ante los tres jóvenes que estaban en la puerta de su casa

haciendo una mudanza, se le explicó que probablemente guardaban cierto parecido con el violador (por su juventud, por su aspecto, etc.) y así entendía su reacción de no poder pasar a su portal, porque ciertos estímulos que guardaban algún parecido con el suceso traumático se habían asociado a reacciones emocionales aversivas. De la misma manera, se le dio una explicación plausible de por qué se agarró a un señor mayor desconocido que le ofrecía menos temor que el joven que venía de frente y la miraba. En cada sesión se iba orientando y dirigiendo hacia la interpretación correcta de cada situación en la que había habido una reacción emocional, para la cual no encontraba anteriormente una explicación.

La información que se va suministrando se tiene que ir combinando y adaptando a las necesidades de la paciente en cada sesión. No podemos llevar a cabo un plan rígido preestablecido que diga: yo me voy a dedicar sólo a ir haciendo en cada sesión lo que marca el programa que estamos aplicando, y ya está, aplazando o no atendiendo sus necesidades, sus inquietudes, sus emociones más inmediatas en ese momento. En algunas sesiones ella necesitará que la ayudemos con su depresión, o con su culpa, o con su pérdida de reforzadores, o con su vida laboral, o con cualquier otra circunstancia que le preocupe y necesite superar y tenemos que adaptar el programa de tratamiento a las necesidades de esa semana.

En una ocasión nos preguntó por qué salió corriendo cuando ya la había violado y por qué no huyó en el callejón, donde pensó en darle una patada cuando la cogió del cuello, pero no se atrevió. Desde el punto de vista de la supervivencia nos pareció que una posible explicación para ese comportamiento podría ser que antes de que la violara ella no sabía qué era mejor, si atacar (darle la patada), huir (salir corriendo) o quedarse quieta para que pasara el peligro y seguir viviendo. Pero cuando

ya la había violado, la iba a meter en una zanja, probablemente pensó “ahora va a matarme”, o quizás no lo pensó, pero se le pusieron los pelos de punta, y sin pensarlo salió corriendo. Y ¿por qué sin pensarlo? Pues probablemente porque intervino la amígdala (procesamiento inconsciente, automático), en lugar del córtex (procesamiento cognitivo, consciente), ya que necesitaba dar una respuesta inmediata al peligro y si se hubiera parado sólo unos segundos a pensar en qué hacía (si huía o esperaba a ver qué hacía el violador), podría haber muerto. Esta explicación tranquilizó mucho a M.C. y dejó de sentirse culpable por no haber huido antes.

El tratamiento duró 10 meses, los ocho primeros con una periodicidad semanal de una sesión de una hora de duración y los dos últimos meses se espaciaron a una sesión cada quince días.

Técnicas utilizadas

El tratamiento se ha fundamentado en una reestructuración cognitiva que ha ido corrigiendo los sesgos cognitivos (atencional e interpretativo) mediante múltiples explicaciones sobre los cambios que se producen a nivel cognitivo, fisiológico y motor tras haber sido víctima de una experiencia traumática. Así, se fueron modificando procesos, esquemas cognitivos y pensamientos automáticos distorsionados (Cano-Vindel, 2002). Para ello se utilizó la información, incluyendo biblioterapia, el entrenamiento en autoobservación y autocorrección, así como la persuasión para generar buenas expectativas de resultado, o una excelente motivación para ir haciendo tareas para casa, e incluso tareas que a ella se le ocurrían. La exposición gradual jerarquizada se utilizó para algunas situaciones específicas como bajar al parking y coger el coche.

En resumen, el tratamiento mediante reestructuración cognitiva ha consistido básicamente en ir construyendo una comunica-

ción positiva con la paciente, sesión a sesión, en la que íbamos desarrollando las siguientes actividades (Cano-Vindel, 2002): (1) explicación de los cambios y las secuelas psicológicas que la experiencia traumática ha generado a nivel cognitivo, fisiológico y conductual, resaltando la importancia del aprendizaje emocional en la evolución del problema; (2) entrenamiento en autoobservación de pensamientos, imágenes, recuerdos, respuestas fisiológicas y conductuales relacionadas con el aprendizaje emocional que se ha producido tras el suceso traumático, entendiéndolo como una respuesta adaptativa que tiene como fin la supervivencia; (3) reinterpretación adecuada de todas las reacciones emocionales, cognitivas y conductuales que iban surgiendo, enseñándole estrategias y habilidades que le permitan manejar esas reacciones; (4) reforzamiento por las tareas realizadas, el esfuerzo y la iniciativa personal puestos en cada exposición a situaciones emocionales difíciles; y (5) creación de expectativas de éxito, motivando y persuadiendo en la eficacia del tratamiento que se estaba llevando a cabo.

No fue posible, aunque hubiera sido deseable, utilizar técnicas de relajación, dado el estado de alerta y activación tan elevados en que se encontraba la paciente. Recordemos que tenía imágenes y pensamientos intrusos, que le resultaba imposible concentrarse, o que mantenía un estado de confusión y alerta permanente. Por todo ello, cuando intentaba seguir unas instrucciones simples de relajación, por ejemplo sobre respiración abdominal, se activaba más.

Sin embargo, esta intervención, cuyo eje central ha sido la reestructuración cognitiva, ha permitido ir consiguiendo los objetivos terapéuticos que nos habíamos propuesto.

Resultados

A lo largo del tratamiento se han ido eliminando los tres tipos de síntomas de TEP de manera paulatina. La reexperimentación fue disminuyendo poco a poco. Así, desde el principio, los recuerdos, imágenes o flashbacks recurrentes e intrusos que provocaban tanto malestar comenzaron a verse como un producto de su experiencia, pero que estaban en el pasado, en su memoria (la violación no se estaba repitiendo), y ya no era necesario combatirlos, o sufrírselos, ni siquiera aunque provocaran activación, pues tenían un fin protector, y poco a poco irían desapareciendo si no se intentaba suprimirlos, e igualmente irían desapareciendo las pesadillas, así como el número de estímulos que provocaban recuerdos emocionales por asociación o similitud. Efectivamente, así fue sucediendo, no sólo con este tipo de síntomas, sino también con el resto. Igualmente, fueron eliminándose, de forma gradual también, los síntomas de activación, reduciéndose las dificultades para conciliar o mantener el sueño, la hipervigilancia ante estímulos desconocidos, las respuestas exageradas de sobresalto por cualquier cosa, así como la irritabilidad, y, en general, los diferentes síntomas de activación fisiológica; todo lo cual iba ayudando a eliminar también las dificultades que presentaba para concentrarse, leer, ver la televisión, etc. Además, con respecto al tercer tipo de síntomas, la paciente entendió desde el principio que las respuestas de evitación que había desarrollado (evitar bajar al parking, estar sola en casa, llevar los niños al colegio, viajar, etc.) estaban relacionadas con los otros tipos de síntomas, y que era normal que las tuviera, puesto que su función era protegerla, pero que tendría que ir las modificando a medida que fuese teniendo más capacidad para manejar sus emociones; lo que así fue haciendo, de manera espontánea, gradual y voluntaria. Poco a poco dejó de evitar dichas actividades e

incluso los pensamientos relacionados con la violación. Además, comprendió por qué no podía recordar algunos detalles, o los síntomas de embotamiento emocional que había estado padeciendo (sensación de desapego con los demás, restricción de la vida afectiva) y la falta de interés por las actividades más importantes de su vida, o la sensación de un futuro vacío, sin nada. Y al comprender todo esto, al integrarlo, al conocer las relaciones entre estos fenómenos y su dinámica, todo ello fue cambiando en la dirección esperada. Ella adoptó un papel activo, lo que le permitió ir afrontando con alegría los pequeños progresos que iba haciendo en aras de eliminar sus evitaciones, recuperar el interés, su vida afectiva con los suyos y su ilusión por el futuro.

A lo largo del tratamiento desapareció también la depresión. De manera gradual fue mejorando su estado de ánimo, disminuyendo la tristeza, el llanto, la desesperanza, recuperando objetivos, el interés por la vida, o recobrando su peso. Igualmente se fueron desvaneciendo otros síntomas de la depresión como el enlentecimiento motor, la ideación suicida, así como los sentimientos de inutilidad y culpa.

De manera paralela fue mejorando su autoestima, comenzando a desarrollar actividades que había dejado de hacer, como arreglarse, ir de compras, sentirse atractiva, ir al gimnasio, conducir, etc. Con el tiempo también consiguió un nuevo trabajo, lo que la animó todavía más, ayudándola a distraerse, ser más independiente y a establecer nuevas relaciones sociales.

La recuperación de la sexualidad (primero del deseo, posteriormente la eliminación de los problemas de vaginismo y finalmente la obtención del orgasmo) era cuestión de tiempo. Y, efectivamente, con el tiempo, se fueron cubriendo estas tres etapas, de manera secuencial, sin presiones, sin prisas, sin apenas dar instrucciones sobre lo que debía ir haciendo la pareja; tan

sólo pidiendo mucha paciencia, que se respetaran las tres etapas descritas, que no se pasara a la siguiente sin haber superado la anterior y haciendo ver que la sexualidad es una actividad en la que cuenta mucho más lo emocional y la imaginación, que lo físico.

Datos Pre y Post

En el DTS de Davidson se consiguió una reducción en la Frecuencia de los síntomas, desde 55 puntos iniciales hasta los 19 de la evaluación realizada tras el tratamiento, lo que supone un 65,5% de disminución de dicha frecuencia. En la subescala de Gravedad de los síntomas se obtuvieron idénticos resultados a la escala que acabamos de comentar. Ver la Figura 1.

En la escala TOP-8, la puntuación directa inicial de 30 descendió tras el tratamiento hasta 14, lo que supone una reducción del 53,3% en los principales síntomas y más sensibles al cambio terapéutico del TEP. Ver la Figura 2.

Discusión

A pesar de tratarse de un caso que había alcanzado una alta gravedad, a pesar de haber fracasado un tratamiento psicológico previo de diez meses de duración y a pesar de un pronóstico desesperanzador por parte del forense y de un tercer psicólogo, los resultados obtenidos en el tratamiento de este caso han sido plenamente satisfactorios para la paciente y han permitido alcanzar los objetivos propuestos inicialmente: elimina-

Figura 1: Puntuaciones pre y postratamiento en la escala DTS (Escala de Trauma de Davidson), subescalas de Frecuencia y Gravedad

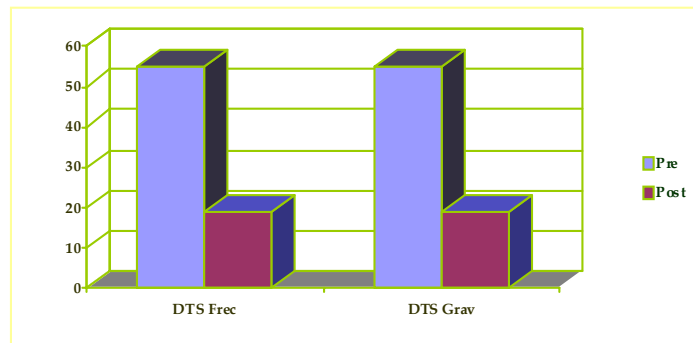
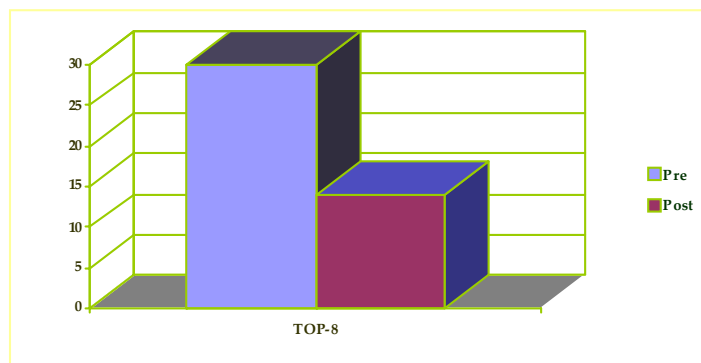


Figura 2: Puntuaciones pre y postratamiento en la escala TOP-8



ción del TEP, TDM y disfunción sexual, recuperación del bienestar psicológico, reinserción laboral y reparación de la funcionalidad en las tareas cotidianas. Como habíamos establecido en nuestras hipótesis una serie de actividades llevadas a cabo durante la intervención terapéutica habrían ido generando los resultados esperados, que encadenados entre sí han supuesto la consecución de los objetivos: (1) el haber establecido una buena relación terapéutica y haber usado la persuasión para generar altas expectativas de éxito seguramente ayudaron a que la paciente no abandonara el tratamiento; (2) la información suministrada en todo momento muy probablemente ayudó a que desarrollara un papel activo en todo el proceso; (3) se consiguió eliminar el TEP posiblemente gracias a la intervención llevada a cabo, basada en el modelo de Brewin et al. (1996) -que resalta la necesidad de comenzar haciendo reestructuración cognitiva antes de realizar exposición alguna-; (4) la reestructuración cognitiva que utilizamos basada en un modelo cognitivo general de la emoción como respuesta adaptativa al trauma pensamos que fue fundamental para que la paciente comprendiera la sintomatología del TEP, lo que habría favorecido la reducción del sesgo atencional, el sesgo interpretativo, y con ellos los tres tipos de síntomas del TEP; (5) creemos que la progresiva recuperación del autocontrol emocional animó a la paciente a ir exponiéndose poco a poco a situaciones que antes evitaba, como bajar al garaje; (6) el refuerzo continuo, resaltando una gran alegría por estos pequeños logros, habría animado a la paciente a continuar haciendo progresivas exposiciones, que a su vez habrían ido reduciendo respuestas emocionales condicionadas; (7) el éxito del tratamiento dirigido al TEP se habría generalizado al resto de los problemas presentados por la paciente; y (8) trabajando de la misma forma se consiguieron los objetivos terapéuticos restantes en las tres modalida-

des de respuesta (cognitiva-subjetiva, fisiológica-somática y conductual). Lógicamente, aunque es cierto que se han conseguido los resultados esperados, descritos en este párrafo, no podemos estar seguros de que se deban por completo a las intervenciones específicas que apuntamos en cada caso, pues se necesitarían nuevos estudios con mayor control para probar dichas relaciones (Wood, 2007). Pero sí podemos afirmar que el modelo de intervención que hemos descrito ha sido aplicado a lo largo de las sesiones y presumiblemente ha producido los resultados esperados, que no se habrían conseguido en una intervención previa.

La violación es un estresor muy potente, pues supone una amenaza real para la propia vida o integridad física de la mujer y está causado deliberadamente por el hombre, por lo que puede producir un trastorno especialmente grave y duradero, el TEP, que se va extendiendo si no se pone remedio hasta otras patologías, como el TDM. Este evento traumático provoca una serie de reacciones emocionales muy potentes que tienen su raíz en una capacidad básica del ser humano para aprender a sobrevivir a situaciones potencialmente letales. Estas reacciones constituyen en realidad la base de los tres síntomas del TEP (reexperimentación, activación y evitación) y suponen en muchos casos un conflicto, especialmente si no se tiene información sobre este fenómeno y no se comprende su finalidad. Esta pérdida de autorregulación emocional (Barlow, 2008; Moses & Barlow, 2006) que se suele producir tras el episodio traumático no hace sino agravar los síntomas del TEP. Por ello, la recuperación del paciente con TEP exige volver a recuperar el control emocional en sus diversas facetas (Cano-Vindel, 2003). La intervención que se ha llevado a cabo ha tenido en cuenta este proceso de desarrollo creciente de los diferentes síntomas y cuadros psicopatológicos a partir de la viola-

ción, para revertir dicho proceso hasta volver a recuperar el autocontrol emocional.

El número de sesiones es muy superior a los que habitualmente se suelen usar en estudios experimentales, pero la gravedad del caso justifica a nuestro entender dicho número. Con otros casos de sintomatología menos severa, con menor cronicidad, o provocados por eventos traumáticos menos duros (e.g. haberse comenzado a despertar durante una operación quirúrgica) el número de sesiones podría reducirse sensiblemente.

Hay que destacar el grado de colaboración tan alto que mostró en todo momento la paciente, así como la excelente relación terapéutica que se estableció desde un principio. Es esencial, en este tipo de casos, que haya una gran empatía, flexibilidad e inteligencia emocional (Extremera, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda, & Cabello, 2006; Fernández-Berrocal & Extremera, 2006; Hervás & Vázquez, 2006; Salguero-Noguera & Iruarrizaga-Díez, 2006) por parte del terapeuta, así como un gran deseo y una fuerte expectativa de alcanzar un buen resultado por parte del paciente. La empatía y la flexibilidad del terapeuta fueron esenciales para comprender el estado en que se encontraba la paciente, entender que no era posible llevar a cabo una evaluación exhaustiva o un análisis funcional de la conducta al inicio del tratamiento, vencer la tentación de llevar a cabo un tratamiento típico con técnicas de relajación y exposición (que con toda seguridad hubiera fracasado, como fracasó el primer tratamiento), o superar las limitaciones de una reestructuración cognitiva al uso que insiste casi exclusivamente en que es irracional pensar que vuelva a suceder de nuevo la violación. Sin embargo, todo esto hubiera

sido insuficiente si nos hubiéramos encontrado con una víctima (que a veces encontramos) que se encierra en sí misma, no quiere hablar de sus problemas porque no cree que se puedan resolver y le resulta doloroso hablar de ello; con lo que finalmente no colabora en nada, como si estuviera empeñada en que se cumpliera su expectativa negativa de resultado.

Las limitaciones de este estudio son claras dado que se ha llevado a cabo la intervención en la clínica con un único paciente y se utiliza una amplia gama de técnicas (reestructuración cognitiva, exposición voluntaria) y otras variables terapéuticas relevantes como la persuasión, generación de expectativas positivas de resultado, aceptación incondicional de la paciente, o fomento de la motivación para el cambio. Serían necesarias futuras investigaciones que replicaran este tipo de tratamiento en estudios más controlados experimentalmente, con un mayor número de sujetos, realizando una evaluación más exhaustiva y con un periodo de seguimiento. Sí se puede concluir, sin embargo, diciendo que el propósito de este trabajo se consigue en la medida en que se lograron eliminar los diferentes cuadros clínicos, las disfunciones iniciales que se habían desarrollado tras la violación, y demás objetivos terapéuticos que nos habíamos propuesto alcanzar. Además, el contacto telefónico con la paciente nos asegura que no se ha producido recaída alguna tras la evaluación postratamiento.

Artículo recibido: 30-07-2008 aceptado: 16-09-2008

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Báguena-Puigcerver, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*, *13*, 479-492.
- Barlow, D. H. (2008). One treatment for emotional disorders? *Monitor on Psychology*, *39*, 26.
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, F., González, M.P., et al. (200) Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés posttraumático. *Actas Esp Psiquiatr*, *28*, 207-218.
- Brewin, C., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of post-traumatic stress disorder. *Psychological Review*, *103*, 670-686.
- Bruguera, M. R., & Rodríguez, R. H. (2006). Las víctimas del 11M: Estudio de seguimiento desde el dispositivo de atención psicológica del SUMMA 112. *Ansiedad y Estrés*, *12*, 75-87.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M. & Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*, *26*, 17-31.
- Cano-Vindel, A. (1997). La visión del psicólogo. Alteraciones de los procesos cognitivos por el estrés. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, *XLIV*(172), 103-111.
- Cano-Vindel, A. (2002). Técnicas cognitivas en el control del estrés. En E. G. Fernández-Abascal y M. P. Jiménez Sánchez (Eds.), *Control del Estrés* (pp. 247-271). Madrid: UNED Ediciones.
- Cano-Vindel, A. (2003). Desarrollos actuales en el estudio del control emocional. *Ansiedad y Estrés*, *9*, 203-229.
- Cano-Vindel, A. & Serrano-Beltrán, M. (2006). *Para no enfermar de estrés. Cómo combatir la ansiedad laboral*. Madrid: Recoletos Grupo de Comunicación.
- Calvete, E. (2005) Género y vulnerabilidad cognitiva a la depresión: el papel de los pensamientos. *Ansiedad y Estrés*, *11*, 203-214.
- Conejero, S., de Rivera, J., Páez, D., & Jiménez, A. (2004). Alteración afectiva personal, atmósfera emocional y clima emocional tras los atentados del 11 de Marzo. *Ansiedad y Estrés*, *10*, 299-312.
- Davidson, J.R.T., Book, S.W., Colket, J.T., Tupler, L.A., Roth, S., David, D., et al. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychol Med*, *27*, 153-60.
- Davidson, J.R.T. & Colket, J.T. (1997). The eight-item treatment-outcome post-traumatic stress disorder scale: A brief measure to assess treatment outcome in post-traumatic stress disorder. *Int Clin Psychopharmacol*, *12*, 41-45.
- Dunmore, E., Clark, D. M. & Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research & Therapy*, *39*, 1063-84.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 319-345.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: Development and evaluation. *Behav Res Ther*, *43*, 413-431.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., & Cabello, R. (2006). Inteligencia Emocional, estilos de respuesta y depresión. *Ansiedad y Estrés*, *12*, 191-205.
- Eysenck, H. J. (1982). *Personality, genetics and behaviour*. New York: Praeger.
- Eysenck, M. W. & Eysenck, W. (2007). Four-factor theory and the anxiety disorders. *Ansiedad y Estrés*, *13*, 283-289.
- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2006). La investigación de la Inteligencia Emocional en España. *Ansiedad y Estrés*, *12*, 139-153.
- Fernández-López, V., & Iruarrizaga, I. (2005). Intervención psicológica en la toma de decisiones: un caso clínico. *Ansiedad y Estrés*, *11*, 291-301.
- Gil-Monte, P. R., Carretero, N., & Roldán, M. D. (2005). Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, *11*, 281-290.
- González-García, E., Talavera-Martín, J. A., García-Toro, M., Tejada-Navalón, P., & Sáiz-Ruiz, J. (2005). Perfil cognitivo de la depresión mayor y la distimia: los errores en tareas

- acústico-vocales. *Ansiedad y Estrés*, 11, 49-61.
- González-Ramírez, M.T. & Landero-Hernández, R. (2006). Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 12, 45-61.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España [Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study]. *Med Clin (Barc)*, 126, 445-51.
- Hervás, G., & Vázquez, C. (2006). Explorando el origen emocional de las respuestas rumiativas: el papel de la complejidad emocional y la Inteligencia Emocional. *Ansiedad y Estrés*, 12, 279-292.
- Iruarrizaga, I., Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., & González-Ordi, H. (2004). Consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid en víctimas, familiares y allegados. *Ansiedad y Estrés*, 10, 195-206.
- Kilpatrick, D.G., Saunders, B.E., Amick-McMullan, A., Best, C.L., Veronen, L.J. & Resnick, H.S. (1989). Victim and crime factors associated with the development of crime-related post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 199-214.
- Lazarus, R. S. (1990). Stress, coping and illness. In H. S. Friedman (Ed.) *Personality and disease. Wiley series on health psychology/behavioral medicine* (pp. 97-120). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Quiñones, A. M. L., Moysén, J. S., Terrones G, A., & López, Y. M. (2006). Estudio comparativo de estresores y apoyo psicosocial en adolescentes embarazadas en cinco ciudades de la República Mexicana. *Ansiedad y Estrés*, 12, 31-43.
- LeDoux, J. E. (1993). Emotional networks in the brain. En M. Davis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp.109-118). New York: The Guilford Press.
- LeDoux, J. E. (1995). Emotion: Clues from the brain. *Annual Review of Psychology*, 46, 209-235.
- Leza, J. C. (2005). Mecanismos de daño cerebral inducido por estrés. *Ansiedad y Estrés*, 11, 123-140.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., & Thrasher, S. (1998). Treatment of post-traumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Arch Gen Psychiatry*, 55, 317-325.
- Masho, S. W. & Ahmed, G. (2007) Age at sexual assault and post-traumatic stress disorder among women: prevalence, correlates, and implications for prevention. *J Womens Health (Larchmt)*, 16, 262-71.
- Merín, J., Cano-Vindel, A., & Miguel-Tobal, J. J. (1995). El estrés laboral: bases teóricas y marco de intervención. *Ansiedad y Estrés*, 1, 113-130.
- Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., González-Ordi, H., Iruarrizaga, I., Rudenstine, S., Vlahov, D., et al. (2006). PTSD and depression after the Madrid March 11 train bombings. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 69-80.
- Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., González, H., & Galea, S. (2004). Consecuencias psicológicas de los atentados del 11-M en Madrid. Planteamiento general de los estudios y resultados en la población general. *Ansiedad y Estrés*, 10, 163-179.
- Moreno-Jiménez, B., Seminotti, R., Garrosa-Hernández, R., E., Rodríguez-Carvajal, R., & Morante-Benadero, M. E. (2005). El burnout médico: la ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes. *Ansiedad y Estrés*, 11, 87-100.
- Moya-Albiol, L. & Occhi, S. (2007). Sintomatología del Trastorno por Estrés Post-traumático y empatía en población no directamente afectada tras los atentados terroristas de Madrid del 11 de Marzo de 2004. *Ansiedad y Estrés*, 13, 269-281.
- Olivares-Crespo, M. E., Sanz-Cortés, A., & Roa-Álvaro, A. (2004). Trastorno de estrés postraumático asociado a cáncer: revisión teórica. *Ansiedad y Estrés*, 10, 43-61.
- Oquendo, M., Brent, D.A., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B. et al. (2005). Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: Factors mediating the association with suicidal behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 560-566.
- Paunovi, N., Lundh, L. G., & Ost, L. G. (2002). Attentional and memory bias for emotional information in crime victims with acute posttraumatic stress disorder (PTSD). *J Anxiety Disord*, 16, 675-692.
- Pérez-Nieto, M. Á., & González-Ordi, H. (2005). La estructura afectiva de las emociones: un estudio comparativo sobre la Ira y el Miedo. *Ansiedad y Estrés*, 11, 141-155.
- Pozo-Muñoz, C., Alonso-Morillejo, E. Hernández-Plaza, S., & Martos-Méndez, M. J. (2005). Determinantes de la satisfacción laboral en trabajadores de la Administración Pública: el valor de las relaciones interpersonales en el lugar de trabajo. *Ansiedad y Estrés*, 11, 247-264.
- Prados-Atienza, J. M. (2005). Pensamiento y emoción: el uso científico del término preocupación. *Ansiedad y Estrés*, 11, 37-48.
- Rodríguez-Saavedra, R., & Cano-Vindel, A (1995). Relación en-

- tre adquisición y patrón de respuestas de ansiedad en la fobia dental. *Ansiedad y Estrés*, 1, 105-111.
- Salguero-Noguera, J. M., & Iruarrizaga-Díez, I. (2006). Relaciones entre inteligencia emocional percibida y emocionalidad negativa: ansiedad, ira y tristeza/depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12, 207-221.
- Tolin, D.F. & Foa, E.B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132, 959-992.
- Ullman, S. E., Filipas, H. H., Townsend, S. M. & Starzynski, L. L. (2006). The role of victim-offender relationship in women's sexual assault experiences. *J Interpers Violence*, 21, 798-819.
- Vrana, S., & Lauterbach, D. (1994). Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *J Trauma Stress*, 7, 289-302.
- Wood, C. M. (2007). Los trastornos de ansiedad en las publicaciones de autores españoles. *Ansiedad y Estrés*, 13, 153-161.