

Intervención en un caso de trastorno de estrés postraumático por violencia sexual

Ana Gil-Iñiguez

Centro Terapéutico Espiral, Alicante, España

Resumen

Las víctimas de violencia sexual suelen beneficiarse de tratamiento psicológico, si bien se trata de un tema en el que se requiere de más evidencias sobre su evaluación y tratamiento. El presente trabajo presenta la intervención en un caso clínico diagnosticado de trastorno de estrés postraumático por violencia sexual. Se describe el caso de una joven de 19 años que presenta sintomatología de este trastorno tras haber sido víctima de violencia sexual y maltrato psicológico por parte de su ex pareja. Tras la evaluación se aplicó un tratamiento basado en la terapia cognitivo-conductual. La intervención se basó en psicoeducación, reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática y técnicas de respiración y relajación. Se llevó a cabo durante dos meses y medio con un total de nueve sesiones. La evaluación post-tratamiento indicó una disminución en la frecuencia de los síntomas y un aumento progresivo de su estado anímico. Este trabajo aporta nuevas evidencias de la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual, y en concreto la exposición al trauma como método para tratar el estrés postraumático.

Palabras clave: Trastorno de estrés postraumático, intervención clínica, tratamiento, exposición, desensibilización sistemática.

Abstract

Intervention in a case of posttraumatic stress disorder caused by sexual violence. The treatment of victims to sexual violence in adolescence is an issue that requires further evidence about its assessment and evaluation. This paper presents a clinical case diagnosed of posttraumatic stress disorder caused by sexual violence. It describes the case of a 19-year-old woman, presenting symptoms of this disorder after becoming a victim of both sexual violence and psychological abuse by her ex-partner. After the assessment, a treatment based on cognitive-behavioral therapy was applied. The intervention consisted of training in psychoeducation, cognitive reconstruction, systematic desensitization, and relaxation techniques. The intervention was carried out for two months and a half, in a total of nine sessions. The post-treatment assessment revealed a decrease in frequency of the symptoms as well as a progressive increase of the patient's mood. This work provides new evidence of the effectiveness of cognitive behavioral therapy, and trauma exposure in particular, as a method for treating posttraumatic stress disorder.

Keywords: Posttraumatic stress disorder, clinical intervention, treatment, exposure, systematic desensitization.

Un trauma supone un malestar intenso por un suceso negativo brusco e inesperado de consecuencias dramáticas. Este tipo de acontecimiento desborda con frecuencia la capacidad de respuesta de un individuo, que puede sentirse incapaz de adaptarse a la nueva situación y no poder convivir con los acontecimientos sufridos (Echeburúa, 2004). Hay personas que consiguen sobreponerse a situaciones traumáticas como puede ser una agresión sexual o de una relación traumática de pareja. Sin embargo, actualmente no se conocen las razones por las que una persona puede verse más afectada tras vivir una situación traumática o que, por el contrario, sea capaz de olvidarlo fácilmente y continuar con su vida (Echeburúa, 2004). Varios autores coinciden en que las personas que sufren trastorno de estrés postraumático (TEPT) deben hacer frente al trauma original para crear pautas de afrontamiento eficaces, de forma que si vuelven a experimentar una situación similar, reaccionen de una manera terapéutica y no traumática (Barlow y Lehman, 1996).

Según el manual DSM 5 (APA, 2013), la característica esencial del TEPT es la aparición de síntomas característicos que siguen a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el sujeto vive hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo presencia un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien conoce a través de otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves.

En la actualidad el trastorno incluye sucesos dentro de la normalidad y sucesos que no ha vivido el sujeto en primera persona, pero sí deben producir reacciones emocionales intensas (APA, 2013). Estas especificaciones incluyen un mayor número de estresores para desarrollar el trauma y como consecuencia mayor número de personas vulnerables a desarrollar un TEPT.

Correspondencia:

Ana Gil-Iñiguez.

Centro Terapéutico Espiral.

Avenida de la Comunitat Valenciana, 7, Local 1. Benidorm (Alicante) - España.

E.mail: anagil.psicologia@gmail.com

El trastorno de estrés postraumático por situaciones de violencia en la pareja tiene una tasa de entre el 45 y el 60% (Cascardi, O'Leary y Schlee, 1999). Las reacciones de las víctimas se caracterizan por sentimientos de humillación, vergüenza, preocupación y miedo, tratando por todos los medios de ocultarlos. Con el paso del tiempo se producen sentimientos de culpa y en muchas ocasiones resistencia a conocer nuevas parejas sentimentales (Echeburúa y Corral, 1998; Sarasua y Zubizarreta, 2000). La gravedad de los efectos psicológicos de la víctima marca la intensidad del maltrato, que no necesariamente debe ser físico, sino que el psicológico, en algunas ocasiones es de mayor gravedad.

Según el manual DSM 5 (APA, 2013) los criterios diagnósticos para este trastorno son los siguientes:

- a. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido amenazas para su integridad física o la de los demás y la persona ha respondido con un temor intenso ante esta situación.
- b. El acontecimiento traumático es reexperimentado a través de sueños y recuerdos intrusivos que provocan malestar intenso psicológico, al exponerse a estímulos que recuerdan el acontecimiento provoca una respuesta fisiológica negativa.
- c. Evitación de estímulos asociados al trauma: como pensamientos, lugares, actividades que antes hacía, restricción de la vida afectiva, e incapacidad para recordar partes concretas del trauma.
- d. Excesiva activación fisiológica: Dificultad para dormir y concentrarse, rabia e ira, hipervigilancia o respuestas exageradas de sobresalto.
- e. Estos cambios provocan malestar o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida del sujeto durante más de un mes de duración.

La relación entre el TEPT y sexo con violencia (que es el doble en mujeres), se explica por el riesgo de sufrir agresiones sexuales simplemente por el hecho de ser mujer (Amor, Bohórquez, y Echeburúa, 2006). Además de secuelas psicológicas en las víctimas de violencia sexual por parte de sus parejas, hay una disminución de su calidad de vida y un deterioro en su salud física y psicológica, de hecho es el tercer factor (después de diabetes y problemas de parto) que más pérdida de calidad de vida supone en la mujer (Labrador, Rincón, de Luis, y Fernández-Velasco, 2004; Lorente, 2001). Las víctimas presentan frecuentemente síntomas de depresión, ansiedad, baja autoestima y un peor grado de adaptación a la vida diaria (Amor et al., 2002, 2006; Mertin y Mohr, 2000).

Los tratamientos basados en la teoría del aprendizaje se asientan en los principios conductuales y cognitivos y en su aplicación en la investigación sobre el estrés, distinguiéndose tres acercamientos principales (Richards y Lovell, 1999): (i) el uso de técnicas de exposición (en imaginación y en vivo) con el objetivo de evocar la ansiedad y promover la habituación; (ii) la reestructuración cognitiva, con el fin de modificar los supuestos, creencias y pensamientos desadaptativos; y (iii) las técnicas de manejo de la ansiedad (básicamente el entrenamiento en inoculación de estrés), cuyo objetivo es enseñar a los individuos habilidades de afrontamiento para manejar la ansiedad y otros síntomas.

Revisiones como la de Báguena (2003), Echeburúa (2004) o Foa y Meadows (1997) definen el tratamiento psicológico como primera línea de actuación, sugiriendo el uso de fármacos si fuera necesario para complementar el tratamiento. El uso de fármacos suele utilizarse en caso muy graves que afecten directamente al funcionamiento diario y conlleve alteraciones clínicas específicas relacionadas con el

trauma. En la mayoría de los casos se utiliza los denominados inhibidores selectivos de reparación de la serotonina, ISRS.

En consecuencia, el objetivo de este trabajo es presentar el proceso de intervención cognitivo conductual en una mujer de 19 años que cumple con los criterios diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, causado por una historia de violencia sexual ejercida por la pareja.

Descripción del caso

Identificación del paciente

María (nombre supuesto) es una joven de 19 años y 8 meses. En el momento en el que acude a consulta cursa 2º de un grado universitario. Vive con sus padres y su hermana mayor. Tienen un nivel socio-cultural alto.

Historia del problema

María cuenta que cinco meses atrás había terminado con una relación sentimental después de dos años. Define su relación desde el principio como "extraña" (desde un inicio su ex pareja dejó claras cuáles eran las pautas a seguir, por ejemplo cuántas veces debían verse y como debían hacerlo). Durante los primeros meses fue una relación satisfactoria, en la que recibía un buen trato por parte de su pareja, iban a cenar, y le hacía halagos continuamente. Con el paso del tiempo terminó convirtiéndose en una persona posesiva y celosa, que no permitía a María relacionarse con nadie, ni salidas de ocio sin que él estuviera presente. María no podía salir con sus amigas, ni hablar con otros chicos, no debía vestirse de forma provocativa y controlaba su teléfono y redes sociales. El último año fue tormentoso para ella, su pareja le hacía chantaje emocional, le amenazaba con dejarla por no ser lo suficientemente buena para él, la insultaba y menospreciaba con frecuencia ("eres tonta", "no sabes hacer nada", "tú no vales para eso", "me merezco algo mejor que tú"). Durante los últimos meses empezó la violencia física mientras mantenían relaciones sexuales. Comenzó pidiendo permiso para "pegarle", aunque si ella se negaba la acusaba de egoísta y de no hacer lo suficiente por él. Con el tiempo, mientras mantenían relaciones sexuales, llegó a pegarle, escupirle de forma habitual incluso hasta causarle hematomas.

Desde entonces tiene baja autoestima, su estado de ánimo ha disminuido con el paso de los meses y tiene continuamente pensamientos negativos de culpa, del tipo ("no debería haber consentido ese comportamiento", "la culpa fue mía por no haber dicho que no"), y pesadillas relacionadas con el trauma, lo que provoca un sueño poco reparador. Ha disminuido su peso notablemente a lo largo de los últimos meses.

María viene de estudiar en un colegio religioso privado con unas ideas muy marcadas y estrictas sobre el sexo y las relaciones de pareja. Además, en casa no hablan de temas relacionados con la sexualidad y tienen unas pautas muy claras sobre cómo deben llevarse a cabo. María nunca ha podido hablar de sexo ni con miembros de su familia ni con sus amigas. Las ideas relacionadas que tiene son las que ha podido oír en la calle y aquellas que le han inculcado desde casa y el colegio.

Motivo de consulta

María acude a consulta según su propia definición porque necesita "sanar". Informa de que no se encuentra bien desde hace meses y que necesita reconstruirse a sí misma desde que terminó esta última relación. Quiere aparentar ser una mujer fuerte a la que nada le

afecta, pero al hablar de determinados temas se derrumba y deja ver su estado anímico real. No puede hablar de su relación pasada, sobre todo de las relaciones sexuales, habla con gestos para que la entienda y es incapaz de llamar a cada cosa por su nombre.

Además, cuenta que necesita dormir mejor y eliminar esos pesamientos de culpa que tiene continuamente y que le causan mucho sufrimiento. María tiene multitud de pensamientos negativos relacionados con los episodios de violencia que vivió con su ex pareja y se siente culpable de haber consentido esa situación. Esto le provoca un estado anímico muy bajo, apatía, inseguridad en sí misma, con un nivel de ansiedad muy alto y llanto varias veces a lo largo del día. En su casa están muy preocupados puesto que ven a María muy decaída y conocen parte de la situación que ha pasado estos últimos meses.

Evaluación

Entrevista

Se mantuvo una entrevista abierta con María con el objetivo de obtener información sobre el motivo de consulta. Se le hicieron preguntas sobre el problema, la sintomatología que presentaba y datos generales sobre su vida. Se mostró como una chica alegre e inteligente. Durante la primera entrevista estuvo llorando de forma continuada, sin apenas poder narrar las situaciones vividas, con mucho malestar y ansiedad. Al final de la sesión se le entregó la Entrevista general adulta para completar información sobre el problema.

Autoinformes

Se le administraron varios cuestionarios para conocer su nivel de ansiedad y su estado de ánimo:

Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI; Spielberger, 1970). Se administró al final de la primera sesión de evaluación. Consta de 20 ítems para la ansiedad estado y otros 20 para la ansiedad rasgo. El rango de puntuaciones es de 0 a 120. El tiempo de aplicación es de aproximadamente 15 minutos. La puntuación que obtuvo fue en ansiedad estado un percentil 50, lo que refiere una ansiedad estado dentro de la media, y en ansiedad rasgo un percentil 30, que refiere un nivel de ansiedad bajo.

Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, 1961). Se aplicó antes y después del tratamiento. Consta de 21 elementos con 4 alternativas de respuesta, mide la intensidad de los síntomas depresivos. Esta prueba tiene un gran valor cuantitativo, al utilizarse como pretest y postest en los tratamientos, además de cualitativo al otorgar importancia a los principales componentes de la depresión. La puntuación directa fue 9, lo que refiere altibajos normales del estado de ánimo.

Symptom Assessment-45 (SA-45; Davison, 1997), es un instrumento de autoinforme de síntomas psicopatológicos de 45 ítems derivado del SCL-90. Consiste en nueve escalas de 5 ítems cada una que evalúan las mismas dimensiones que el SCL-90. Las escalas son: depresión, hostilidad, sensibilidad interpersonal, somatización, ansiedad, psicoticismo, obsesión-compulsión, ansiedad fóbica e ideación paranoide. María ha obtenido las puntuaciones de las escalas por debajo de la media, a excepción de la escala obsesión-compulsión que ha obtenido una puntuación de 9 (media en mujeres-5), sin embargo no supera dos desviaciones típicas por encima de la media por lo que no es una puntuación excesivamente alta.

A pesar de que las puntuaciones de los cuestionarios no fueron muy significativas, María expresaba su malestar ante esta situación y se continuó con la intervención.

Observación y autoobservación

Se le pidió a María que registrara sus conductas problema para así poder establecer una línea base. Para ello, se empleó un modelo de registro con el que sería posible conocer el estado anímico diario (en una escala del 0 al 10, donde 0 significa que estaba muy baja anímicamente y 10 que se encontraba muy bien anímicamente), el nivel de ansiedad (en una escala del 0 al 10, donde 0 corresponde a un nivel de ansiedad muy bajo y 10 el nivel máximo de ansiedad), el número de pensamientos obsesivos y si lloraba (Sí/no) ese día. También se le dio un registro donde debía anotar de los pensamientos negativos que tenía a lo largo del día, como se sentía cuando tenía estos pensamientos, que conductas hacía, que consecuencias provocaba y el grado de credibilidad que le daba a estos pensamientos.

Además, se estudiaron los criterios diagnósticos del manual DSM-5, y se comprobó que cumplía los del trastorno de estrés posttraumático.

Análisis topográfico

Mediante el registro se obtuvieron los siguientes datos: presentaba muchos pensamientos negativos de momentos relacionados con el trauma, lloraba varias veces al día y tenía una ansiedad media de 7 y un estado anímico muy bajo con una puntuación media de 4 (en una escala del 0 al 10 en ambos casos).

Análisis funcional

Una vez llevada a cabo la evaluación, se planteó el análisis funcional que permitiría explicar la situación de María. La sintomatología principal: estado de ánimo bajo y niveles de ansiedad altos. Se presentaba en dos niveles: a nivel cognitivo tenía multitud de pensamientos negativos de ira y culpa por la situación vivida (por ejemplo: "La culpa fue mía por no saber pararlo"). A nivel físico tenía sintomatología propia de la ansiedad (taquicardia, dolor de estómago, sequedad de boca, respiración acelerada, etc.)

Su pareja empezó a maltratarla psicológicamente en un inicio y pasado el tiempo físicamente mientras mantenían relaciones sexuales (estímulo desencadenante), esto provocaba en ella sentimientos de culpa a diario y pensamientos negativos. La respuesta ante este comportamiento fue de no relacionarse con su grupo de iguales e intentar cambiar su comportamiento para satisfacer a su pareja, como consecuencia de este proceso, un estado anímico deprimido, una autoestima baja y una carencia de reforzadores sociales.

Hipótesis explicativa

Una vez presentado el análisis funcional del caso, se plantearon las hipótesis del origen y mantenimiento del problema. Los estímulos que desencadenaban el problema eran los recuerdos de vivencias que tenía de manera intrusiva. La situación que generaba el problema era la siguiente: Tenía recuerdos traumáticos intrusivos, que le venían a la cabeza continuamente. Estos recuerdos le provocaban pensamientos negativos y pensamientos de culpa por la situación vivida que a su vez provocaban los síntomas propios de la ansiedad. Una vez se producía esta situación entraba en un bucle del que no podía salir y empezaba de nuevo el proceso, lo que provocó que cada vez se sintiera más culpable y más baja anímicamente.

Aplicación del tratamiento

El proceso completo de evaluación se llevó a cabo en doce sesiones. La tercera sesión se dedicó a la explicación del análisis funcional y las hipótesis planteadas para el origen y mantenimiento del problema. Habiendo sido todo esto contrastado, comprendido y aceptado por María, se acordaron los objetivos del tratamiento que una vez alcanzados daría por finalizado el tratamiento de forma exitosa. Dichos objetivos se concretaron en: Mejorar el estado anímico de María y reducir los niveles de ansiedad.

Se diseñó un plan de intervención estructurado en tres apartados:

Fase educativa (2 sesiones): Se trabajó con María conceptos relacionados con las relaciones de pareja, relaciones sexuales, y violencia. Se le enseñaron conceptos relacionados con la violencia de género, que no conocía (por ejemplo: Todas las personas tenemos derecho a decidir cuando queremos algo y después cambiar de idea respecto al tema).

Fase de intervención (4 sesiones): Reestructuración cognitiva, detención del pensamiento, habilidades sociales, entrenamiento en relajación y control de la respiración y desensibilización sistemática.

También aprendió a controlar sus niveles de ansiedad mediante técnicas de relajación y respiración. Cada noche antes de dormir (era uno de los momentos en los que más ansiedad tenía puesto que cuando se relajaba era cuando tenía estos pensamientos negativos) practicaba sus respiraciones. Cuando aparecían estos pensamientos negativos aprendió a combatirlos mediante reestructuración cognitiva, de forma que aprendió a eliminarlos cuando llegaban sin darle credibilidad. Finalmente, se fueron reduciendo en número.

Se aplicó la técnica de desensibilización sistemática de la siguiente manera: Cada día debía relatar un recuerdo traumático específico, explicando los mínimos detalles e imaginándolo. Una vez terminara el relato se combinaba con respiraciones para tranquilizarla. En casa debía practicarlo cada noche este mismo proceso. En un principio no podía relatar el suceso, no ponía nombres sino que explicaba con señas, lloraba y tenía un nivel de ansiedad muy elevado, finalmente relataba los sucesos con niveles de ansiedad mucho más bajos, ponía nombres concretos y aprendió a hablar de temas relacionados con la sexualidad sin vergüenza y sin sentirse culpable.

Fase de prevención de recaídas (1 sesión): Se dedicó la última sesión a revisar los cambios, las estrategias aprendidas y la forma de proceder en caso de presentarse situaciones problemáticas futuras. También se le mostraron gráficas comparativas con los logros obtenidos con el trabajo en las sesiones.

La intervención duró 3 meses, en los cuales se realizaron 9 sesiones presenciales.

Se dividieron las técnicas que se querían trabajar con María en varias sesiones. A lo largo de la cita, se trabajaba una técnica y debía practicarla en casa a lo largo de la semana e ir registrando en el auto-registro y en el registro de pensamientos. En primer lugar, puesto que se consideró la parte más importante, se trabajó la psicoeducación, a continuación, se trabajó reestructuración cognitiva con los pensamientos que traía anotados en el registro semanalmente. Las siguientes sesiones aprendió el control de la respiración y la siguientes se empezó a trabajar con la desensibilización sistemática, combinando momentos de exposición en imaginación, relatando hasta los más mínimos detalles de cada recuerdo (por ejemplo: Quién había, qué ropa llevabas, Cómo te sentiste, etc.), con control de la respiración aprendida previamente. Esto debía practicarlo cada noche.

En las sesiones de psicoeducación, se le enseñaron las diferentes formas de relación sentimental que existen, a decir No cuando algo no le gustaba y a reaccionar de manera asertiva ante los problemas.

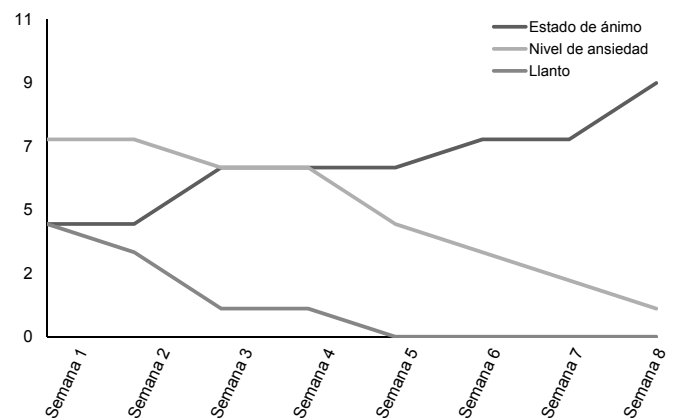
Durante la intervención se dialogó sobre sexualidad y violencia en el colegio. María ya conocía su contenido puesto que se había tratado en sesiones anteriores. Esta conversación provocó que los pensamientos de culpa de los que tanto sufrió volvieran por un momento. Su reacción fue la de quedarse a terminar la charla y afrontar estos sentimientos y controlarlos, después de esto hubo un cambio positivo muy significativo en su comportamiento, puesto que se dio cuenta de que era capaz de controlar sus pensamientos y de la poca veracidad que tenían.

En las sesiones de prevención de recaídas se hicieron un par de ensayos conductuales. María se encontraba mucho mejor y afirmaba que ya nunca volvería a tener esta sintomatología y que no había nada que pudiera hacer que sintiera ansiedad de nuevo. Ante esto se hicieron pruebas para prevenir recaídas una vez se encontrara en persona con su ex pareja. Por ejemplo: Desde un inicio le producía mucha ansiedad mirar el estado de whatsapp de su ex pareja. Se hizo la prueba de hacerlo en la sesión y el nivel de ansiedad subió rápidamente. Ante este estado se trabajaron técnicas de control de respiración y no se dejó de provocar la situación hasta que hubo una habituación por su parte. También ensayos provocando que sus niveles de ansiedad subieran ante situaciones relacionadas con su ex pareja, por ejemplo: Desbloqueando su contacto del teléfono móvil, esto le provocaba mucha ansiedad por miedo a lo que él pudiera hacer a través del teléfono. Se trabajó en consulta y finalmente su nivel de ansiedad se redujo e incluso llegó a eliminarlo de su lista de contactos.

También se trabajó mediante psicoeducación, exposición en imaginación. Creando escenas futuras que podrían pasar con seguridad y preparando estrategias para salir de estas situaciones mediante las técnicas aprendidas (Por ejemplo: “Vas a encontrarlo en mercadean este verano, vamos a imaginar cómo afrontar esta situación”).

Resultados

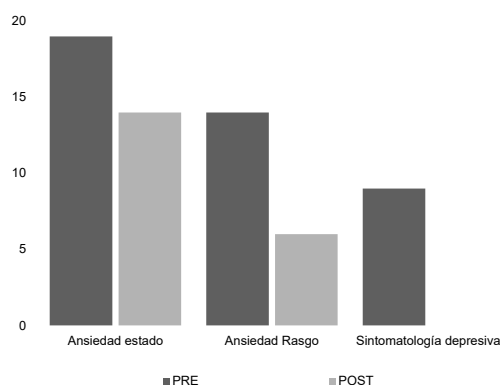
Figura 1. Evolución del estado de ánimo, nivel de ansiedad y llanto a lo largo del tratamiento.



En la segunda sesión empezaron a obtenerse los primeros registros. En ellos se observó que la media de las ocasiones en las que María lloraba eran 3 veces al día, tenía un nivel de ansiedad medio de 7 y un estado de ánimo general de un 4. Con el paso de las semanas se pudo comprobar cómo la frecuencia de estos síntomas disminuyó en cuanto a frecuencia y duración. Las siguientes semanas continuaron disminuyendo de forma progresiva, incluso llegando a desaparecer finalmente. Los incidentes que se producían eran informados por María y estaban relacionados con temas externos a la situación traumática, y se consideraron que estaban justificados.

Transcurridas 12 semanas desde que comenzó a registrarse la sintomatología y observar cambios significativos, se administró de nuevo el STAI con el que se obtuvieron resultados que indicaban que la ansiedad de María era ligeramente menor y el BDI en el que se obtuvieron puntuaciones ligeramente más bajas en ambos cuestionarios, que en la del pretest. En el cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), obtuvo una puntuación en ansiedad estado de 14, en el centil 40 y en ansiedad rasgo obtuvo una puntuación de 6, en el centil 20, ambas puntuaciones se habían reducido desde la primera sesión y se encontraban muy por debajo de la media. En el cuestionario BDI, obtuvo una puntuación directa de 0 en sintomatología depresiva.

Figura 2. Resultados de cuestionario STAI y del BDI (test-postest).



STAI = State-Trait Anxiety Inventory; BDI = Beck Depression Inventory.

La reducción de las puntuaciones se vio mínimamente, esto se debió a que en la primera consulta María falseó los resultados de los cuestionarios y no fue todo lo sincera que debería respondiendo a las cuestionares de los test. Esta parte la comentó en sesiones posteriores escudándose en que quería parecer una persona fuerte y no le gustaba mostrarse débil frente a un desconocido. El gran cambio se observó en la consulta y en la predisposición del trabajo de María y la actitud con la que acudía a las citas, así como en los registros aportados por ella cada semana.

Discusión y conclusiones

Tras las diez semanas del tratamiento, los resultados indicaron que se habían alcanzado todos los objetivos planteados y se habían cumplido las hipótesis sobre el caso. La frecuencia e intensidad de la sintomatología negativa había disminuido considerablemente hasta casi desaparecer. María volvió a ser la misma de siempre, una persona muy alegre y positiva, volvió a retomar actividades de ocio que había dejado de hacer y volvió a relacionarse con chicos y perdió el miedo a tener una relación sentimental.

Los resultados mostraron cómo mejoró la sintomatología de María. Se mostraron en los cambios percibidos de manera objetiva mediante las puntuaciones anotadas en los registros y cuestionarios. Pero el cambio más importante se vio de manera subjetiva: El cambio de María se iba viendo tras cada sesión, asistía a la terapia más contenta, hacía los planes como solía hacerlos antes de tener esta problemática, empezó una nueva relación sentimental, aprendió a no avergonzarse al hablar de sexualidad, se arreglaba más y perdió el miedo a ir a ciertos lugares por no encontrarse a su ex pareja.

María mejoró al enfrentarse a las situaciones que tanto temía y tratando de reducir su sintomatología de ansiedad a pesar de estar ante una situación adversa para ella.

La técnica que más cambio provocó en María, fue la psicoeducación, en ella aprendió diferentes conceptos relacionados con la pareja y con el derecho de la mujer, que ayudaron a reducir su sentimientos de culpa (por ejemplo: “El me pegaba porque no le decía que no quería que lo hiciera” cambio a “la culpa siempre es del maltratador, no hay ninguna razón que justifique el maltrato hacia otra persona”).

También fue muy importante para ella darse cuenta del problema que tenía y ponerle el nombre que le correspondía, puesto que ella nunca habló, de su situación como de maltrato (por ejemplo: “Me pegaba en algunas ocasiones pero no creo que eso sea maltrato cambio a “Sufrió un maltrato psicológico y físico por parte de mi ex pareja”). Para ella esta parte de comprender su situación y poder afrontarla, produjo un cambio muy significativo.

Se utilizó la técnica de desensibilización sistemática y no solo la exposición, puesto que a María le creaba mucha ansiedad y mucha inquietud recordar todas esas vivencias, no se podía evitar que los recuerdos volvieran a su mente, pero si modificar su reacción. Con esta técnica aprendió a reducir la ansiedad que le provocaban estos recuerdos y evitar que el miedo ocupara la mayor parte del día y de sus pensamientos. Actualmente María ha obtenido el alta, no tiene pensamientos de culpa, ha vuelto a retomar sus salidas con amigas e incluso ha empezado a salir con un chico al que conoció meses atrás.

Artículo recibido: 1/7/2015

Aceptado: 23/11/2015

Referencias

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª ed.). Washington, DC: Autor.
- Amor, P. J., Bohórquez, I. A. y Echeburúa, E. (2006). ¿Por qué y a qué coste físico y psicológico permanece la mujer junto a su pareja maltratadora? *Acción Psicológica*, 2, 129-154. doi:10.5944/ap.4.2.483
- Báguena, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*, 13(3), 479-492.
- Báguena, M. J. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de estrés postraumático*. En M. Pérez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp. 311-335). Madrid: Pirámide.
- Barlow, D. H. y Lehman, C. L. (1996). Advances in the psychosocial treatment of anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53, 727-735.
- Cascardi, M., O'Leary, K. D. y Schlep, K. A. (1999). Co-occurrence and correlates of post-traumatic stress disorder and major depression in physically abused women. *Journal of Family Violence*, 14, 227-249. doi:10.1023/a:1022827915757
- Davison, M. K., Bershadsky, B. J., Silversmith, D., Maruish, M. E. y Kane, R. L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: preliminary findings. *Assessment*, 4(3), 259-276.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Foa, E. B., Keane, T. M. y Friedman, M. J. (eds) (2000). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: The Guildford Press.
- Foa, E. B., Davidson, J. R. T. y Frances, A. (1999). The Expert Consensus Guideline Series: Treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 1-76.

- Foa, E. B. y Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments of posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480. doi: 10.1146/annurev.psych.48.1.449
- Gavino, A. (2004). *Tratamientos psicológicos y trastornos clínicos*. Madrid: Pirámide.
- Mertin, P. y Mohr, P. B. (2000). Incidence and correlates of posttraumatic stress disorder in Australian victims of domestic violence. *Journal of Family Violence*, 15, 411-422. doi:10.1023/A:1007510414571
- Moscicki, E. K. (1989). Epidemiologic surveys as tools for studying suicidal behavior: A review. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 19, 131-146.
- Richards, D. A. y Lovell, K. (1999). Behavioural and cognitive behavioural interventions in the treatment of PTSD. En W. Yule (Ed.), *Post-traumatic stress disorders: Concepts and therapy* (pp. 239-266). New York. Wiley & Sons.
- Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2000). *Violencia en la pareja*. Málaga: Aljibe.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema*, 19(3), 459-466.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto: Consulting Psychologist Press. (Adaptación española en Editorial TEA).