# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

## TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO E INTERVENCIONES HUMANÍSTICAS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

GABRIELA ISABEL RAMÍREZ CASAS

DIRECTORA DE TESIS: LIC. ROSA ELENA ALCÁNTARA GONZÁLEZ
SINODALES: MTRA. ROSA ISABEL GARCÍA LEDESMA
LIC. GERARDO LEIJA ALVA

IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO 2007

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**
**Tesis Digitales**
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# *AGRADECIMIENTOS*

***A mi mamá:*** *Te amo, gracias por estar conmigo, por escucharme, comprenderme y aconsejarme. Gracias por ser mi refugio seguro y por saber amar incondicionalmente.*

***A Rosy Alcántara:*** *Gracias por contribuir tan significativamente en mi crecimiento personal y profesional. Muchas gracias por estar dispuesta a compartir tus conocimientos y ayudarme a resolver dudas y a descubrir nuevos caminos.*
*Finalmente gracias por ayudarme a "evolucionar" (tú entiendes)*

***A Mundo:*** *Gracias por tu amor, apoyo y calidez. Gracias por formar parte de mi presente y compartir conmigo una relación de respeto, comprensión y confianza.*

***A mis amigas***

*Vero: Eres muy especial para mí, la amiga con quien siempre encuentro comprensión y apoyo. Aunque no nos vemos con frecuencia sabes que tienes un lugar muy importante en mi vida, te quiero un buen.*

*Nayeli: Gracias por tu sonrisa, tus consejos y tu apoyo incondicional. Te quiero mucho amiga, eres una persona muy importante para mí y espero que esta amistad perdure por mucho tiempo.*

***A mis compas:*** *Angélica, Gerardo, Jessica y Susana: Gracias por estar conmigo en Servicios de Desarrollo Humano. Gracias por su honestidad, compromiso y responsabilidad. Los quiero.*
*Gerardo gracias por aceptar ser uno de mis sinodales.*

***A Rosy García Ledesma:*** *Gracias por tus observaciones, sugerencias y comentarios durante la elaboración de esta tesis, la enriquecieron enormemente.*
*Mis reconocimientos por ser una profesional humana, honesta y responsable.*

***A todas las personas que he atendido en terapia:*** *Mil gracias por darme importantes lecciones de vida, por enseñarme que a pesar del abuso, el maltrato, las injusticias y la traición, el ser humano tiene la capacidad de trascender, de renovarse y ser feliz.*

***A la UNAM y a la FES IZTACALA:*** *Gracias por formarme como universitaria.*

# ÍNDICE.


Introducción 7

1. Antecedentes del Estrés Postraumático. 11
   1.1 Historia. 11
   1.2 Definición de estrés y Estrés Postraumático. 19

2. Dimensiones del Estrés Postraumático. 27
   2.1 Causas. 27
      a) Violencia. 33
      b) Accidentes. 54
      c) Enfermedades. 55
      d) Desastres naturales. 56
      e) Otras fuentes de trauma. 58
   2.2 Consecuencias individuales. 61
      a) Funcionamiento CASIC. 64
      b) Síndrome de la mujer maltratada. 66
      c) Síndrome post violación o Síndrome del Trauma de la Violación. 67
      d) Síndrome del niño maltratado. 68
      e) Síndrome del sobreviviente. 69
      f) Síndrome de Estocolmo. 69
      g) Otros trastornos vinculados. 71
   2.3 Impacto social. 75
      a) Familia. 76
      b) Escuela. 77
      c) Trabajo. 78
      d) Comunidad. 79

2.4 Aspectos legales. 80
2.5 Investigación reciente en Estrés Postraumático. 83

3. Evaluación. 86
3.1 Instrumentos de evaluación. 86
a) Escala de Trauma de Davidson. 87
b) Perfil de Estrés de Nowack. 88
c) Escalas de Apreciación del Estrés. 88
d) Escala de Depresión de Hamilton. 89
e) Escala de Depresión de Zung. 89
f) Inventario de la Depresión de Beck. 90
g) Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE) 90
h) Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE) 90
i) Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2) 91
3.2 Criterios para el diagnóstico. 91
a) CIE-10 92
b) DSM-IV-TR 93
c) Diagnóstico diferencial. 96

4. Tratamiento. 98
4.1 Marco humanístico. 98
4.2 El Enfoque Centrado en la Persona. 101
4.3 Técnicas gestálticas. 108
4.4 Técnicas cognitivo-conductuales. 114
4.5 Hipnosis Ericksoniana. 123
4.6 Otros enfoques de intervención. 134
4.7 Planeación del tratamiento. 149

4.8 Duración del tratamiento. 155
4.9 Evaluación para finalizar el tratamiento. 156

5. Ámbitos para la intervención profesional del psicólogo. 159
5.1 Intervención del psicólogo en procesos legales. 159
5.2 Interdisciplinariedad. 162
5.3 Síndrome de Burnout. 168
5.4 Prevención para el profesional. 173
5.5 Ética en la intervención de Estrés Postraumático. 174

Conclusiones. 183

Referencias. 193

Anexos

# RESUMEN.

Se ha comprobado científicamente que experimentar un acontecimiento traumático puede impactar a la totalidad del individuo, a su funcionamiento emocional, fisiológico, psicológico y conductual. El Estrés Postraumático afecta todas las áreas de la vida de la persona, y además es con frecuencia comórbido con otros trastornos, tales como la depresión, la ansiedad y el suicidio, por lo que resulta muy importante dar una atención psicológica adecuada a las personas que lo padecen.

Es por esto que la presente tesis tiene como propósito describir las técnicas de intervención más comunes y efectivas para el Estrés Postraumático, procedentes de diversos enfoques terapéuticos, todas ellas enmarcadas en el Enfoque Centrado en la Persona, que servirá de Columna Vertebral para la intervención psicoterapéutica.

En el primer capítulo se revisan los antecedentes históricos del Estrés Postraumático y se expone su definición, también se realiza una descripción de los tres aspectos nucleares del trastorno: reexperimentación, evitación e hiperactivación, y se expone una explicación a la alta comorbilidad del Estrés Postraumático con otros trastornos.

En el segundo capítulo se revisan las dimensiones del Estrés Postraumático, exponiendo lo que se entiende por *evento traumático* y mencionando los principales factores que pueden originar el trastorno. De la misma forma, se mencionan las características de los acontecimientos que desencadenan con más frecuencia el Estrés Postraumático y se exponen sus consecuencias a nivel individual y social. Por último se describen los aspectos legales del trastorno y la investigación reciente en este campo.

Por otro lado, en el tercer capítulo se describen varios instrumentos de evaluación para el Estrés Postraumático y otros trastornos comórbidos en personas adultas, presentando al final de este trabajo, en el anexo 2, ejemplares de algunos de ellos. Además, se describen los criterios para el diagnóstico del Estrés Postraumático de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), y con la Clasificación Internacional de Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10). Al final de este capítulo también se hace referencia a la importancia del diagnóstico diferencial del Estrés Postraumático, no sólo para distinguirlo de otros trastornos, sino para estructurar un plan de intervención adecuado.

En el cuarto capítulo se describe el marco humanístico de intervención para el Estrés Postraumático, y se habla del Enfoque Centrado en la Persona, de sus propósitos y sus conceptos básicos. También se describen algunas técnicas de intervención para el Estrés Postraumático procedentes de diversos enfoques terapéuticos, y al final de cada descripción, se ejemplifica cómo se aplicaron algunas de ellas en distintos casos de Estrés Postraumático, tomando como marco de intervención el Enfoque Centrado en la Persona. Posteriormente, se describe cómo se lleva a cabo la planeación del tratamiento desde este enfoque humanístico, y se menciona cuál es su duración y los aspectos que se deben considerar para finalizar el tratamiento.

Finalmente, en el quinto capítulo se aborda el papel del terapeuta en los procesos legales y en la atención interdisciplinaria al Estrés Postraumático. Así mismo, se describen los elementos propios de la práctica psicológica que predisponen al Síndrome de Burnout, presentando al final de esta tesis, en el anexo 3, algunos instrumentos para evaluar el Burnout en psicólogos. Posteriormente, se expone la importancia de la prevención para el profesional en términos de autocuidado y asesoramiento, y por último, se describe en qué consiste una intervención psicológica ética en casos de Estrés Postraumático.

# INTRODUCCIÓN.

Dado que las personas de este país diariamente somos víctimas de delitos y otros hechos violentos, así como de desastres naturales cada vez más frecuentes, el concepto de Estrés Postraumático ha adquirido importancia, principalmente porque nos hace concientes de las consecuencias emocionales de un evento traumático y de la necesidad de una atención especializada y adecuada a las personas que lo padecen.

El Estrés Postraumático se refiere a los cambios abruptos que sufre una persona que ha experimentado o atestiguado un evento traumático, el cual ha sobrepasado sus capacidades de afrontamiento. El Estrés Postraumático puede incapacitar a las personas, ya que es con frecuencia comórbido con otras enfermedades o síntomas, tales como: el trastorno depresivo mayor, otros trastornos de ansiedad, el abuso de sustancias y el suicidio.

Debido a las consecuencias del Estrés Postraumático, es fundamental realizar un diagnóstico diferencial del mismo, que permita una comprensión de la naturaleza del fenómeno y de su tratamiento.

En la práctica clínica, los criterios diagnósticos más ampliamente utilizados para la evaluación del Estrés Postraumático son los que se recogen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría, y en la Clasificación Internacional de Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud.

En ambos sistemas de clasificación, se contemplan los diversos mecanismos del trastorno, así como sus tres aspectos nucleares: a) la reexperimentación de la experiencia vivida, b) la evitación conductual o cognitiva de lugares o situaciones asociados a la agresión y c) las respuestas de

hiperactivación, que se manifiestan como dificultades para mantener la concentración o para conciliar el sueño.

Generalmente, el trastorno es más grave y duradero si el episodio traumático es más intenso y es producto de la obra del ser humano y no de un accidente o desastre natural. Al respecto, algunos autores afirman que las agresiones sexuales y los secuestros son eventos que ocasionan el trastorno con mucha más frecuencia, mientras que otros como los terremotos o los accidentes de tráfico lo producen sólo ocasionalmente.

La intervención psicológica en Estrés Postraumático implica una adecuada evaluación del trastorno, para lo cual diversos autores han elaborado una gran cantidad de entrevistas estructuradas y semi-estructuradas, escalas y cuestionarios que se han utilizado para realizar el diagnóstico y monitorización de los signos y síntomas del trastorno.

En Estrés Postraumático el objetivo de cualquier tipo de intervención psicológica será reducir la evitación y la negación del problema, así como facilitar que la persona optimice sus propios recursos y genere estrategias de afrontamiento.

Al respecto, los procedimientos más comúnmente usados en la intervención en Estrés Postraumático han sido la terapia de exposición y el entrenamiento en el control de la ansiedad, sin embargo dada la complejidad y multidimensionalidad del trastorno resulta útil considerar otras modalidades terapéuticas no invasivas, que aplicadas desde un marco de intervención humanístico permitan al individuo la translaboración del evento traumático y la adquisición de estrategias de afrontamiento.

El Enfoque Centrado en la Persona es una intervención humanística que conlleva una visión del hombre como responsable de sí mismo, libre y con la

capacidad de elegir, es por ello que consideramos útil su aplicación en el tratamiento para el Estrés Postraumático, pues se trata de un enfoque que tiene un elevado concepto de las personas, quienes son capaces de desarrollar todo su potencial, de tal modo que se vean favorecidos su conservación y su enriquecimiento.

Para conseguir el cambio psicoterapéutico, el Enfoque Centrado en la Persona establece tres condiciones básicas durante la intervención: congruencia, aceptación incondicional y empatía.

Con el establecimiento de estas condiciones, el Enfoque Centrado en la Persona facilita la expresión y exploración adecuada de sentimientos y conductas, además de resaltar los recursos y habilidades de las personas, beneficiando a aquellos individuos con Estrés Postraumático, quienes han experimentado situaciones adversas cuyas consecuencias físicas y emocionales afectan su salud, su sentimiento de seguridad y sus relaciones interpersonales.

Cabe mencionar que a lo largo de esta tesis el lector se encontrará con conceptos tales como *paciente, cliente y consultante.* Los dos últimos aparecerán durante la descripción de los marcos teóricos del Enfoque Centrado en la Persona y de la terapia Gestalt, mientras que el concepto *paciente* se retomará cuando la autora de este trabajo exponga una reflexión o comentario personal, ya que en la práctica clínica prefiero el uso de este término no por seguir un modelo médico, sino para referirme a la persona que accede a un proceso terapéutico con el propósito de resolver sus conflictos emocionales.

De esta forma, en este trabajo se pretende describir algunas técnicas de intervención para el Estrés Postraumático procedentes de diversos enfoques terapéuticos, tales como la terapia Gestalt, la terapia Cognitivo-Conductual y la Hipnosis Ericksoniana, enmarcadas en el Enfoque Centrado en la Persona, intervención humanística que facilita el establecimiento de un ambiente cálido,

seguro y permisivo, en el cual la persona con Estrés Postraumático puede realizar una autoexploración de sentimientos, experiencias y conductas para conseguir integrarlas y reorganizarlas, además de permitirle resignificar los eventos y resaltar sus recursos y habilidades para translaborar el suceso traumático, integrarlo a su vida y trascender a sus efectos.

# CAPÍTULO I.
# ANTECEDENTES DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

## 1.1 Historia.

Los seres humanos a lo largo de la historia han tenido que lidiar con eventos traumáticos y con las consecuencias emocionales que de ello se deriva. Desde la antigüedad, las personas han presenciado sucesos tales como las guerras, abusos sexuales y catástrofes naturales, eventos que actualmente son considerados especialmente perjudiciales, ya que provocan un intenso impacto emocional que puede modificar al individuo en sus planos biológico, psicológico y social. “Tanto es así que el recuerdo del acontecimiento traumático es capaz de teñir el resto de la vida psíquica del individuo, llegando incluso a alterar la capacidad de apreciar la realidad que le rodea de una manera adecuada” (Bobes, Bousoño, Calcedo y González, 2000; p. 1).

El Trastorno de Estrés Postraumático tiene sus raíces en la psiquiatría de finales del siglo XIX y principios del siglo XX. A lo largo de la historia de la psiquiatría, las investigaciones acerca del papel del trauma psicológico en la génesis de diversos problemas psiquiátricos ha sido un punto central de discusión, ya que siempre se ha debatido la posibilidad de que los traumas psicológicos produzcan cambios importantes en el sistema nervioso central (SNC). Otro tema que generó conflicto fue la etiología del trauma, ya que en ese entonces se debatía que sus causas fueran orgánicas o psicológicas.

Bobes et al. (op. cit.) señalan que la primera descripción de un cuadro parecido al Trastorno de Estrés Postraumático surgió en la segunda mitad del siglo XIX, cuando el médico británico John Erich Erichsen describió las lesiones “en latigazo” *(whipslash)* que sufrían las víctimas de los accidentes ferroviarios.

Este autor defendió la existencia de una enfermedad genuina que debía diferenciarse de la histeria y de la simulación.

Cazabat (2002), refiere que Herbert Page fue un médico británico que defendió la propuesta de que el origen del trauma era psicológico; este autor llamó “shock nervioso” a la sintomatología postraumática, atribuyendo su etiología al terror experimentado y no al daño orgánico, tal como era la creencia de su época. Un ejemplo de esta última tendencia son los estudios del neurólogo alemán Hermann Oppenheim, quien además de acuñar el término “neurosis traumática” en 1889, atribuía la sintomatología postraumática a cambios moleculares muy sutiles en el SNC. Al respecto, Van der Kolk, Weisaeth y Van der Hart (1996), refieren que la alta frecuencia de los síntomas aparentemente relacionados con el corazón, como la taquicardia y las palpitaciones, ocasionaron que durante mucho tiempo la llamada *neurosis traumática* se asociara al grupo de las *neurosis cardiacas*.

Siguiendo la clasificación de Judith Herman, Cazabat (op. cit.), divide la historia del estudio del Trauma en tres etapas: la del estudio de la histeria, el estudio de las consecuencias de la guerra y del combate y el estudio de las consecuencias de la violencia doméstica y sexual, apoyado en el movimiento feminista.

La histeria ya había sido muy estudiada por neurólogos y psiquiatras de principios del siglo XIX, y las investigaciones habían llevado a entender la histeria “particularmente como una enfermedad caracterizada por ataques histéricos agudos, consistentes en paroxismos de gesticulaciones (involuntarias al parecer), contorsiones corporales, síntomas crónicos como la ceguera, el mutismo o la parálisis” (Levin, 1985; citado en Montes de Oca, 2002; p. 55).

Van der Kolk et al. (op. cit.) señalan que la existencia de la relación entre la histeria y los traumas psicológicos se detectó a mediados del siglo XIX, sobretodo

por las investigaciones de la escuela francesa, cuando Briquet estudió los síntomas de la histeria incluyendo la somatización, encontrando que en la mayoría de sus pacientes había antecedentes de traumas infantiles.

Jean Martin Charcot también notó la relación entre la histeria y los traumas sufridos, y para explicación y tratamiento de la histeria “desarrolla un modelo etiológico de ella de origen traumático, es decir, propone, que en un sistema nervioso, con predisposición hereditaria, un choque nervioso o el miedo inducen a un estado hipnótico volviendo a la víctima susceptible de sugestión” (Montes de Oca, op. cit.; p. 56). Para Charcot, la experiencia de un trauma podía situar al paciente en un estado similar al que se consigue mediante la hipnosis, y como refiere la autora, su modelo proporcionó un nuevo punto de vista sobre la histeria, al considerarla una enfermedad funcional que no implica una lesión anatómica pero sí una anormalidad fisiológica, y en donde el miedo es el elemento clave del trauma físico.

Bobes et al. (op. cit.) comentan que siguiendo la línea de investigación propuesta por Charcot, Pierre Janet también estudió la relación entre la histeria y los traumas previos, introduciendo el término subconsciente para referirse al conjunto de recuerdos que constituyen los esquemas mentales y que dirigen las relaciones del individuo con su entorno.

Janet propuso que cuando las personas experimentan emociones intensas producto de experiencias aterrorizantes, se vuelven incapaces de confrontar esas experiencias con los esquemas cognoscitivos preexistentes. Como consecuencia de esto, los recuerdos de la experiencia traumática no pueden integrarse a la conciencia y se disocian, de tal forma que los recuerdos del trauma constituyen una idea fija que no puede eliminarse, y que aparece de forma intrusa como percepciones aterrorizantes, preocupaciones obsesivas y reexperiencias somáticas.

Bobes et al. (2000) refieren que Janet también observó que los pacientes parecían reaccionar ante situaciones que recordaban el trauma, de forma similar a cuando experimentaron el suceso traumático, determinando que esas reacciones no tenían un valor adaptativo, sino que constituían un fracaso por parte de los pacientes para integrar la experiencia traumática al plano de la conciencia, haciéndolos quedar fijados a los recuerdos del trauma y afectando su capacidad para asimilar nuevas experiencias en la vida.

Sigmund Freud fue discípulo de Charcot, y al igual que Janet, se interesó por el tema de la histeria. Cazabat (op. cit.) señala que en 1896 en *La etiología de la histeria,* Freud afirmaba que las experiencias sexuales prematuras estaban en la base de la histeria. “Al escuchar Freud los relatos de sus pacientes, se daba cuenta que resurgían una y otra vez experiencias de índole sexual, esto lo lleva a incluir en su teoría que la causa de la histeria es un trauma sexual infantil, sufrido por parte de un adulto seductor, principalmente el padre” (Montes de Oca, op. cit.; p. 62).

Sin embargo al término de un año Freud abandonó esta teoría atribuyendo los recuerdos de abusos sexuales que escuchaba de sus pacientes a fantasías y deseos infantiles. Al respecto, Bobes et al. (op. cit.) señalan que durante la Primera Guerra Mundial, Freud se interesó nuevamente por las neurosis traumáticas, pero que a diferencia de Janet, postuló que el origen de éstas se encontraba en pulsiones sexuales reprimidas durante los conflictos de la fase edípica, y no en el fracaso del paciente por adaptar un acontecimiento a nuevas situaciones.

Freud siempre buscó la etiología de las neurosis traumáticas en los conflictos durante la infancia pero… “Actualmente está demostrado que los postulados de Freud eran erróneos. Lo que ocurre en la infancia de un individuo no influye en el desarrollo de una neurosis traumática, salvo que haya existido un acontecimiento traumático en sí mismo” (Bobes et al., op. cit.; p. 6), por ejemplo un

abuso sexual o una situación de violencia familiar. Por el contrario, muchas de las aportaciones de Janet sobre el estudio del trauma, han sido redescubiertas y ampliamente reconocidas en los últimos 20 años.

La guerra y sus variaciones son otro conjunto de incidentes que pueden producir un impacto emocional intenso, en tanto que constituyen una amenaza para la vida, para las propiedades y para la identidad nacional. La llegada de la Primera Guerra Mundial y después de la segunda, propició que el estudio acerca de las secuelas de la guerra se centrara en soldados que habían estado expuestos al combate.

Durante la Primera Guerra Mundial diversos autores investigaron acerca de los trastornos que sufrían los soldados, creyendo inicialmente que la sintomatología traumática era de origen físico, atribuyéndolo al efecto de la explosión de las granadas *("shell shock")*. Además, la frecuencia de los síntomas cardiovasculares hizo que se describieran estas reacciones con diversos términos como astenia neurocirculatoria, corazón del soldado o corazón irritable, entre otros. Al principio, los síntomas se conceptualizaron dentro del contexto médico dominante.

Van der Kolk et al. (1996) señalan que el psiquiatra militar británico Charles Samuel Myers fue el primero en acuñar el término *"shell shock"* en sus investigaciones, pero más adelante, al encontrar que había soldados que presentaban reacciones postraumáticas sin haber estado directamente expuestos al combate, postuló que esto se debía a causas de origen psicológico, encontrando incluso similitud con los síntomas de la histeria. A pesar de esto, se siguió atribuyendo el origen de la sintomatología postraumática a la debilidad de los soldados, muchos de los cuales fueron ejecutados por el delito de cobardía.

El psiquiatra Abram Kardiner comenzó su carrera tratando a veteranos norteamericanos de la Primera Guerra Mundial, y poco después de estallar la

Segunda Guerra Mundial, escribió *The Traumatic Neurosis of War,* obra fundamental para el desarrollo conceptual de las neurosis traumáticas y que ya describía los síntomas asociados al Estrés Postraumático, incluyendo la amnesia. Fue entonces que durante la Segunda Guerra Mundial se empleó por primera vez una base psicológica para explicar la serie de síntomas que presentaban los soldados expuestos al combate.

Kardiner observó que los enfermos de neurosis traumática desarrollan un grado de vigilancia anormal, así como una sensibilidad excesiva respecto a estímulos del entorno considerados amenazantes por los pacientes. “Estos pacientes no pueden soportar que alguien les dé una palmada en la espalda de manera brusca; no pueden tolerar tener un tropezón o estar a punto de caerse. Desde un punto de vista fisiológico existe un descenso en el umbral de estimulación, y desde un punto de vista psicológico hay un estado de predisposición para reacciones de huída” (Kardiner, 1941; citado en Bobes et al., op. cit.; p. 6).

Kardiner también describió las alteraciones del sueño, las reacciones de alarma y las explosiones de agresividad que presentaban los pacientes. Al igual que Janet, encontró que muchas de estas personas tendían a comportarse de forma similar a como si estuvieran experimentando el trauma de una manera real. La sintomatología postraumática para algunos pacientes se desencadenaba ante estímulos sonoros, mientras que para otros casos esto ocurría cuando entraban a algún tren y experimentaban *flashbacks* de imágenes del combate. El término *flashback* se refiere a la experimentación de imágenes de hechos ocurridos anteriormente.

En 1952 aparece el primer Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), y en esos tiempos los psiquiatras norteamericanos se encontraban tratando activamente a los veteranos de la Segunda Guerra Mundial y de Corea. En esa primera edición se incluyó el diagnóstico “reacción a gran

estrés" *(gross stress reaction)* que describía la sintomatología que presentaban los individuos expuestos a situaciones de estrés intolerable. Sin embargo, en el DSM-II esta clasificación fue reemplazada por el diagnóstico de "trastorno adaptativo de la vida adulta".

Cazabat (2002) señala que fue con los veteranos de la guerra de Vietnam cuando se empezó a prestar una verdadera atención a las consecuencias traumáticas de la guerra. En 1970 la organización Veteranos de Vietnam contra la Guerra *(Vietnam Veterans Against the War)* comenzó a buscar ayuda psicológica fuera de los ámbitos oficiales, y para 1978 Charles Figley, veterano de Vietnam e investigador de las consecuencias emocionales de la guerra, publicó el libro *Stress disorders among Vietnam veterans,* en el cual -como refiere Cazabat- se delinean las características principales de lo que luego se denominaría Trastorno por Estrés Postraumático.

Posteriormente, el estudio cada vez más serio de las secuelas de la guerra llevó al reconocimiento oficial de la existencia de un trastorno producto de hechos o experiencias traumáticas. En 1980 la Asociación Americana de Psiquiatría *(American Psychiatric Association)* incorpora en el DSM-III el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático.

Otro acontecimiento que ha tenido gran impacto en el desarrollo del concepto del Trastorno de Estrés Postraumático, es el estudio de los sobrevivientes de los campos de concentración y exterminio nazis durante la Segunda Guerra Mundial.

Bobes et al. (2000) mencionan que el psicoanalista Henry Krystal estudió el efecto a largo plazo de los traumas masivos en las víctimas de los campos de concentración, encontrando que la experiencia nuclear de estas personas había sido aceptar la rendición, la muerte y la destrucción como inevitables, ya que durante su reclusión el estado de hiperalerta evolucionó a un progresivo bloqueo

de las emociones, inhibición conductual y desdiferenciación de los sentimientos, es decir dificultad para distinguir o identificar lo que sentían. Henry Krystal también observó en los sobrevivientes una alteración en la capacidad para identificar ciertos estados corporales y relacionarlos con un estado de ánimo concreto.

Además del estudio sobre las secuelas de la guerra en los veteranos de Vietnam, otro acontecimiento que propició la introducción del concepto del Trastorno por Estrés Postraumático en el DSM-III fue el estudio de las consecuencias de la violencia doméstica y sexual, incluyendo la descripción psicopatológica de las mujeres víctimas de una violación.

El movimiento feminista por la liberación de la mujer que se desarrolló en los años 70 en los Estados Unidos de Norteamérica, llamó la atención sobre la violencia doméstica y sexual hacia los niños y las mujeres, y los estudios que se realizaron a partir de entonces mostraron que las víctimas de la violencia doméstica y sexual presentaban síntomas similares a los de los veteranos de guerra.

En 1974 Ann Burgerss y Linda Holstrom describieron el síndrome de la mujer violada, y entre las reacciones que destacaron fueron las pesadillas y los *flashbacks* que experimentan las mujeres víctimas de una violación, las cuales también son reacciones comunes en los veteranos de guerra. Más adelante, en 1979, Leonore Walker introduce el término de síndrome de la mujer golpeada, produciéndose una mayor sensibilización respecto a la violencia doméstica.

Por tanto, debido a que cada vez había más estudios que comprobaban la similitud de los síntomas entre los veteranos de guerra y las víctimas de violencia familiar y sexual, los psiquiatras que los trataban empezaron a presionar para que la enfermedad se incluyera como una categoría diagnóstica en el DSM-III, y fue como los diversos síndromes que se estudiaban por separado (síndrome de la mujer violada, de la mujer maltratada, del niño maltratado y del veterano de

Vietnam) se incluyeron en la misma categoría diagnóstica: Trastorno por Estrés Postraumático.

1.2 Definición de estrés y Estrés Postraumático.

El Diccionario de la Real Academia Española (2001), define la palabra estrés como una tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves. La palabra estrés se deriva del latín y se corresponde con el verbo STRINGER, que significa provocar tensión. Durante el siglo XVII se usó para representar “adversidad” o “aflicción”, en el siglo XVIII evolucionó para designar “fuerza”, “presión” o “esfuerzo” y a finales del siglo XX las ciencias biológicas y sociales iniciaron investigaciones acerca de sus efectos, principalmente en la salud del cuerpo y en la mente de las personas. Actualmente el concepto de estrés se entiende como un proceso que implica no sólo aspectos biológicos, sino también psicológicos y sociales.

Los especialistas distinguen dos tipos de estrés: el EUSTRÉS, indispensable para el desarrollo, el funcionamiento del organismo y la adaptación al medio; y el DISTRÉS, provocado cuando las demandas del medio son excesivas, intensas y/o prolongadas, superando la capacidad de resistencia y adaptación del organismo. Este tipo de estrés es riesgoso para el individuo ya que le puede provocar enfermedades físicas.

El médico canadiense Hans Selye, considerado el padre del estrés y pionero en las investigaciones sobre el mismo, lo define como “la respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda, ya tenga por resultado condiciones agradables o desagradables. Durante ambos, eustrés (“buen estrés”) y distrés (“mal estrés”), el cuerpo experimenta en la práctica las mismas respuestas inespecíficas a los diversos estímulos positivos o negativos que actúan sobre él. Sin embargo, el hecho de que el eustrés cause mucho menos daño que el distrés

demuestra gráficamente que es el “cómo lo tomes” lo que determina, en último término, si uno puede adaptarse al cambio de forma exitosa” (Selye, H., 1978; citado en Gutiérrez, 1998; p. 1).

Desde 1935, Hans Selye introdujo el concepto de estrés para referirse al conjunto de reacciones fisiológicas no específicas del organismo a diferentes agentes nocivos del ambiente, ya fueran de naturaleza física o química. Sus investigaciones dieron lugar al llamado Síndrome General de Adaptación (SGA), que hace referencia al proceso de acomodación de la persona a situaciones nuevas y a la respuesta inespecífica y estereotipada a todos los estímulos que trastornan su equilibrio. Selye identificó tres fases en la respuesta del estrés, y su aportación ha permitido identificar los síntomas fisiológicos del mismo.

a) Fase de alarma. El organismo reconoce cuando se encuentra súbitamente expuesto a una situación a la que le resulta difícil adaptarse, por lo que se presenta una reacción de shock, en la que las glándulas endocrinas liberan hormonas (adrenalina y noradrenalina) que aumentan los latidos del corazón y el ritmo respiratorio, elevan el nivel de azúcar en la sangre, incrementan la transpiración, dilatan las pupilas, se pierde tono muscular y se hace más lenta la digestión. A esto le sigue una reacción de contrashock en la que el cuerpo se prepara para la acción, ya sea de ataque o de fuga.

b) Fase de resistencia. El cuerpo hace intervenir todos sus mecanismos de defensa y adaptación para reparar cualquier daño causado por la reacción de alarma y adaptarse al estresor. Sin embargo, si la situación estresante continúa, el cuerpo permanece alerta y no puede reparar los daños; en esta fase se muestran pocos signos externos de estrés y el organismo se torna vulnerable a ciertos problemas de salud, entonces se pasa a la siguiente fase.

c) Fase de agotamiento. La exposición prolongada a la situación estresante acaba con las reservas adaptativas del organismo, agota las reservas de energía

del cuerpo e incluso le puede producir la muerte. En esta fase aparece la patología llamada psicosomática.

Los trastornos psicosomáticos generalmente afectan el sistema nervioso autónomo que controla los órganos internos del cuerpo. Al respecto, podemos decir que ciertos tipos de jaqueca, el asma, úlcera de estómago, hipertensión, fatiga, tensión, envejecimiento, irritabilidad, alteraciones en el sistema inmune y depresión, son ejemplos de alteraciones físicas relacionadas con el estrés.

Aunque Selye pensó que las reacciones fisiológicas descritas anteriormente aparecen de la misma forma y frente a todos los factores que producen estrés, ya fueran físicos o psicológicos, ahora parece que ese no es realmente el caso. Por el contrario, actualmente se piensa que los individuos poseen reacciones específicas y bastante individualizadas contra las amenazas externas.

Para Richard Lazarus el estrés es “el resultado de la relación entre el individuo y su entorno, evaluado por aquel como amenazante, que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar” (J. Sánchez, 1991; p. 247-248). Esta definición considera que el estrés es más que un estímulo o una respuesta únicamente.

J. Sánchez (op. cit.) señala que el grupo de investigadores del *Berkeley Stress and Coping Project* desarrolló un sistema de medición del estrés basado en las molestias y contrariedades de la vida diaria, que resultan adecuados predictores del estrés psicológico y de sus síntomas somáticos.

Al respecto, Gutiérrez (op. cit.) refiere que al traducir la palabra *stress* se ha importado exclusivamente la acepción negativa del término, que comúnmente se usa para describir un estado de presión, tensión o coacción. La autora señala que este concepto requiere un apropiado prefijo calificativo para su correcta comprensión, de tal forma que se use el término *distrés* cuando nos referimos a

las consecuencias perjudiciales de una excesiva activación psicofisiológica, y *eustrés* cuando se hace alusión a la adecuada activación necesaria para culminar con éxito una determinada prueba o situación complicada. De acuerdo con esto, podemos considerar que el estrés hace referencia a la acumulación de presiones normales y anormales de la vida diaria que ponen a prueba la habilidad del individuo para enfrentarlas.

En cuanto a los sucesos anormales que pueden experimentar las personas, tenemos las catástrofes naturales, los accidentes y las distintas manifestaciones de la violencia, tales como el ataque físico, la violación, el secuestro o el asesinato de seres queridos. Estos acontecimientos constituyen ejemplos de eventos traumáticos, los cuales “fuerzan las capacidades ordinarias de los individuos y las comunidades más allá de un punto que sus recursos pueden tolerar y absorber” (Wainrib y Bloch, 2001; p. 32). Los eventos traumáticos siempre son considerados especialmente destructivos en la vida de las personas, familias y comunidades enteras.

El Estrés Postraumático se refiere a los cambios abruptos que sufre una persona que ha experimentado o atestiguado un evento traumático, el cual ha sobrepasado sus capacidades de afrontamiento y representa una amenaza para su vida, su integridad física o la de otra persona. Al respecto, Echeburúa y Corral (1997), señalan que el Estrés Postraumático suele ser más grave y duradero cuando las causas son obra del ser humano y no de hechos accidentales.

Báguena (2001), señala que desde la introducción del Trastorno por Estrés Postraumático como categoría diagnóstica en el DSM-III, la definición del estresor ha llegado a ser cada vez más amplia.

En la tercera edición del DSM se exigía que el estresor fuese lo bastante grave como para generar síntomas significativos en la mayoría de las personas, y se determinaba que el suceso fuese considerado como fuera de la experiencia

humana normal. La revisión de esta tercera edición agregó que el estresor debía ser experimentado con miedo, terror y desamparo intensos, y que el suceso podía ser escuchado o visto, y no necesariamente experimentado de forma directa. Para el DSM-IV, se realizó una ampliación de los estresores, incluyendo aquellos sucesos que no necesariamente estuvieran considerados como fuera de la experiencia humana normal, pero que también produjeran reacciones emocionales intensas. De tal forma que, actualmente se determina que el Trastorno por Estrés Postraumático aparece cuando la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o por amenazas a su integridad física o a la de otras personas, y ha respondido con un temor, una desesperanza y un horror intensos.

El Trastorno de Estrés Postraumático se desarrolla debido a la incapacidad de las personas para integrar el recuerdo del trauma en su memoria y hacerlo parte de su pasado. El trauma permanece presente en la vida de los individuos, quienes tienen la sensación de que éste acaba de ocurrir a pesar de que hayan transcurrido muchos años… “Pueden recordar incluso los más mínimos detalles, sabores, olores, detalles insignificantes, las caras de las personas que intervinieron, etc.” (Bobes et al., 2000; p. 10).

Los tres aspectos nucleares del Estrés Postraumático son: a) la reexperimentación de la experiencia vivida, b) la evitación conductual o cognitiva de lugares o situaciones asociados a la agresión y c) las respuestas de hiperactivación, que se manifiestan como dificultades para mantener la concentración o para conciliar el sueño.

Las personas con Estrés Postraumático experimentan pensamientos o imágenes intrusas del suceso traumático, las cuales aparecen cuando la persona se encuentra en estado de alerta o cuando está expuesta a situaciones que le recuerdan el trauma; y es que uno de los síntomas de éste trastorno es la llamada “huella del horror”, que se refiere a “las imágenes, sonidos y olores registrados en

la mente durante un episodio traumático, constituyéndose en desencadenadores de reacciones postraumáticas por horas, días, meses, y en algunos casos por años" (Alcántara et al., 2005; p.12). La reexperimentación del trauma se manifiesta a través de *flashbacks* disociativos, recuerdos del suceso traumático, pensamientos recurrentes y pesadillas, y puede convertirse en una situación crónica llegando incluso a condicionar totalmente la vida de las personas.

Debido a que la reexperimentación del trauma trae consigo reacciones emocionales intensas y desagradables, las personas comienzan a evitar situaciones o estímulos que les recuerden el suceso traumático, tales como pensamientos, conversaciones, actividades, lugares o personas. La evitación provoca un embotamiento emocional, haciendo experimentar a la persona sensaciones de vacío, de desapego y desinterés respecto a los demás así como la percepción de un futuro desolador. Bobes et al. (op. cit.) mencionan que algunos autores clásicos en el estudio del Estrés Postraumático han definido esta situación como estar "muerto para el mundo".

El Estrés Postraumático provoca en la persona que lo padece un estado de hiperactivación, que se manifiesta a través de dificultades para conciliar el sueño, para concentrarse y para tomar decisiones, los individuos se muestran irritables y presentan respuestas exageradas de sobresalto. La persona se torna hipervigilante respecto a los estímulos de su entorno, lo que le provoca reacciones fisiológicas significativas ante las situaciones más irrelevantes, tales como latidos cardiacos acelerados, presión arterial elevada, dificultad para respirar, fatiga, desmayos, palidez, temblores, sudoración, mareos y dolor de cabeza, entre otras reacciones.

Echeburúa y Corral (op. cit.) refieren que el Estrés Postraumático no remite espontáneamente con el transcurso del tiempo, sino que tiende a cronificarse; se trata también de un trastorno que puede incapacitar a las personas, ya que es con

frecuencia comórbido con otras enfermedades o síntomas tales como el trastorno depresivo mayor, los trastornos de ansiedad, el abuso de sustancias y el suicidio.

Al respecto, Rincón (2003) señala que diversos autores han explicado la alta comorbilidad del Estrés Postraumático con otros trastornos aludiendo a que muchos de sus síntomas se solapan con síntomas de otras enfermedades; por ejemplo, algunos síntomas del trastorno señalados en el DSM-IV-TR tales como la disminución del interés en actividades significativas, dificultades para conciliar el sueño, y los problemas de concentración también corresponden a síntomas de depresión, mientras que otros de sus síntomas como irritabilidad y respuestas exageradas de sobresalto, corresponden también a síntomas del trastorno de ansiedad generalizada.

Debido a su frecuente comorbilidad, establecer el diagnóstico diferencial entre el Trastorno de Estrés Postraumático y otros trastornos puede ser una labor complicada. Sin embargo, como señalan Bobes et al. (op. cit.) existen ciertos elementos que permiten establecer el diagnóstico del trastorno, tales como la naturaleza del acontecimiento desencadenante, la intensidad de los síntomas y los criterios cronológicos. Estos elementos se describirán más adelante, cuando se hable del diagnóstico diferencial del trastorno en el capítulo 3.

Como se ha revisado a lo largo de este capítulo, el Trastorno de Estrés Postraumático es una categoría diagnóstica relativamente reciente, cuyos orígenes se pueden ubicar en la psiquiatría de principios del siglo XIX, donde la mayoría de las investigaciones con respecto al trauma, le atribuían un origen orgánico y clasificaban sus síntomas dentro del modelo médico dominante.

Posteriormente, la investigación en tres áreas de estudio (la histeria, las consecuencias de la guerra y las consecuencias de la violencia doméstica y sexual), facilitó la transición del estudio del trauma al ámbito psicológico, ya que los resultados de estas investigaciones emplearon por primera vez una base

psicológica para explicar los síntomas que presentaban las personas expuestas a situaciones traumáticas.

Desde su aparición como categoría diagnóstica en el DSM-III, el Trastorno de Estrés Postraumático ha experimentado importantes modificaciones, las cuales han resaltado la influencia del aspecto subjetivo para que se desarrolle el trastorno. De esta forma, en el DSM-IV-TR se especifica que el trastorno aparece cuando la persona ha experimentado directa o indirectamente, uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o por amenazas a su integridad física o a la de otras personas, y ha respondido con un temor, una desesperanza y un horror intensos.

De acuerdo con lo expuesto en este capítulo, podemos decir que aunque sucesos tales como los desastres naturales, las guerras, los abusos sexuales y la violencia familiar han acompañado a la humanidad a lo largo de su historia, éstos eventos sólo pueden considerarse traumáticos en la medida en que la persona los perciba como tales, ya que la forma de vivirlos y significarlos depende de varios factores, tales como: las características individuales, la época, la cultura, la educación, las costumbres, etc.

Por esta razón, en el siguiente capítulo se describirán con más detalle los factores que determinan la respuesta emocional de las personas ante un suceso considerado traumático.

# CAPÍTULO II.
# DIMENSIONES DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

## 2.1 Causas.

El Trastorno de Estrés Postraumático es un cuadro clínico que aparece en las personas que han experimentado o atestiguado un evento traumático, el cual ha sobrepasado sus capacidades de afrontamiento. Sin embargo, como refieren Echeburúa y Corral (1997), no todas las personas que experimentan Estrés Postraumático lo sufren con la misma intensidad, ya que esto depende de las características propias del evento traumático así como de factores individuales y sociales.

La naturaleza del evento traumático, así como la frecuencia, intensidad, duración y proximidad del acontecimiento, son los principales factores que pueden desencadenar Estrés Postraumático. En la actualidad también se ha dado importancia a otras variables, tales como la interpretación que hace la persona del evento, la forma en que afronta el acontecimiento, y “la victimización –el hecho de ser víctima de un delito- que puede causar repercusiones psicológicas muy negativas en la estabilidad emocional de las personas afectadas” (Echeburúa y Corral, op. cit.; p. 249).

Respecto a la naturaleza del evento traumático, el DSM-IV-TR entiende por traumático el acontecimiento caracterizado por muertes o amenazas para la integridad física de la persona o de los demás. Para la Clasificación Internacional de Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10), un acontecimiento es traumático cuando su naturaleza es excepcionalmente amenazante o catastrófica, y ese suceso provocaría casi en cualquier persona molestias.

Aunque ambos sistemas de clasificación indican con claridad lo que debe entenderse por evento traumático, determinar si un suceso concreto es traumático o no resulta en ocasiones una tarea complicada, ya que algunos eventos como los terremotos, la violación o la guerra encajan perfectamente en la descripción de los sistemas de clasificación; mientras que otros sucesos presentan una naturaleza más dudosa, por ejemplo un embarazo con dificultades.

Además de considerar la naturaleza del acontecimiento, se debe dar mayor importancia a la interpretación que hace la persona del mismo, ya que el aspecto subjetivo es uno de los principales factores que determinan el desarrollo del Estrés Postraumático. De esta forma, contemplando el acontecimiento traumático desde su perspectiva objetiva (su naturaleza) y subjetiva (la interpretación que de éste hace la persona), puede decirse que ante eventos similares las personas no responden de la misma forma, ya que poseen repertorios cognoscitivos y reacciones específicas bastante individualizadas. (Bobes et al., 2000).

Los eventos traumáticos pueden afectar a cualquier persona en cualquier momento, y suelen presentarse de forma repentina e incontrolable. Puesto que la mayoría de las personas no están preparadas para enfrentar un acontecimiento traumático, cuando éste ocurre daña seriamente el sentido de seguridad y auto-confianza de los individuos, haciéndolos sentir vulnerables y frágiles.

Entre los acontecimientos que suelen desencadenar Estrés Postraumático se encuentran los siguientes ejemplos:

- Actos violentos.
- Accidentes.
- Enfermedades.
- Desastres naturales.
- Desastres provocados por el hombre.
- Experiencias de combate.

Cabe mencionar, que el Estrés Postraumático tiende a ser más severo si es provocado por obra del ser humano, y si su conducta fue voluntaria y tuvo la intención de causar un daño. Al respecto, Bobes et al. (op. cit.) señalan que las víctimas de agresiones sexuales, de violencia intrafamiliar y de actos terroristas son quienes presentan con mayor frecuencia e intensidad este trastorno.

Como ya se mencionó, otros factores que predicen el desarrollo del Estrés Postraumático son la frecuencia, duración, intensidad, y proximidad del acontecimiento traumático.

Los eventos traumáticos experimentados de forma frecuente, con un alto grado de incertidumbre y duración de la amenaza, como es el caso de la violencia intrafamiliar, suelen desencadenar reacciones emocionales intensas en las personas, ya que sus consecuencias suelen ser completamente imprevisibles. Por su parte, Wainrib y Bloch (2001) aseguran que cuanto más daño, lesiones y muertes hayan, mayor será la intensidad del impacto psicológico.

Montt (2001) comenta que la severidad del trauma también se correlaciona con el grado de la exposición, medido a través de la proximidad física y emocional del estresor. Al respecto, se puede decir que con independencia de la pérdida o el daño personal, el lugar donde el individuo se localiza con respecto al evento es importante, ya que en general, cuanto mayor es la proximidad, mayor es el riesgo de desarrollar Estrés Postraumático. (Wainrib y Bloch, op. cit.).

Echeburúa y Corral (op. cit.), señalan que el desarrollo del Estrés Postraumático también depende de otras variables, tales como la edad de la persona, el historial de agresiones previas, la estabilidad emocional anterior, los recursos psicológicos propios, la autoestima, el apoyo social y familiar y las relaciones afectivas actuales. Estos autores comentan que todos esos elementos interactúan de forma variable, y configuran las diferencias individuales que se presentan entre las víctimas de un mismo evento traumático.

La manera de afrontar un evento traumático es otro factor que puede predecir el desarrollo del Estrés Postraumático, ya que como se mencionó anteriormente es muy importante considerar el significado que tiene para la persona el acontecimiento que ha experimentado.

Wainrib y Bloch (op. cit.) refieren que Lazarus concibe el estrés psicológico y las habilidades de afrontamiento como el producto de la relación continua que tiene el individuo con su medio ambiente. Para Lazarus, cuando un individuo se enfrenta a una situación potencialmente estresante, su respuesta comprende tres procesos: *evaluación primaria, evaluación secundaria y afrontamiento.*

La *evaluación primaria* es el proceso de percibir una situación o acontecimiento como amenaza; esta evaluación implica dos perspectivas: la cognición y la emoción. La aproximación cognitiva evalúa los riesgos de la situación, mientras que la emoción refleja la evaluación que la persona hace de su confrontación con el evento, considerándola perjudicial, amenazante, desafiante y/o benigna. (J. Sánchez, 1991).

La *evaluación secundaria* es el proceso de elaborar en la mente una respuesta a la amenaza potencial, aquí el individuo determina qué puede hacer frente al estresor considerando sus recursos personales e interpersonales.

El *afrontamiento* es el proceso de ejecutar una respuesta, la cual se define en función de lo que la persona hace o piensa con respecto a la situación. “Definimos el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986; citados en J. Sánchez, op. cit.; p. 249).

Wainrib y Bloch (op. cit.), comentan que la evaluación que hace la persona de la situación va a depender de sus recursos personales e interpersonales, los cuales abarcan cuatro áreas: a) los recursos internos (autoestima, temperamento), b) los recursos interpersonales (familia, amigos), c) los recursos comunitarios (servicios de salud, apoyos legales) y d) los recursos espirituales (creencias, filosofía de vida, fe religiosa). Por último, las autoras refieren que la flexibilidad de la persona al emplear una amplia variedad de estrategias de afrontamiento, así como su habilidad para buscar ayuda constituyen importantes determinantes para que la situación se perciba como abrumadora y destructiva o como un desafío y reto.

Por otro lado, como señalan Echeburúa y Corral (1997), el hecho de ser víctima de un delito es otro factor que puede predisponer a una persona a desarrollar Estrés Postraumático, ya que la victimización ocasiona un impacto emocional significativo.

El Diccionario de la Real Academia Española (2001), define el concepto víctima como aquella persona que padece daño por culpa ajena o por causa fortuita; sin embargo Wainrib y Bloch (op. cit.), comentan que el concepto se construye con base en las impresiones y reacciones emocionales empáticas que se experimentan a través de la exposición con sucesos traumáticos, ya sea de forma directa (haber experimentado un evento traumático en sí mismo o en algún familiar o amigo cercano) o indirecta, principalmente a través de los medios de comunicación. Al respecto, las autoras opinan que son precisamente los medios de comunicación los que nos familiarizan, a menudo gráficamente, de lo que significa ser una víctima.

La indefensión ha sido un atributo muy vinculado al victimismo, y en muchos casos la sensación de indefensión que acompaña a la persona víctima de un delito o hecho violento llega a cronificarse, obstaculizando su proceso de recuperación.

Wainrib y Bloch (2001), opinan que las características individuales influyen en la sensación que tiene la persona de haber sido una víctima, y afirman que es la interacción entre los atributos individuales con los tipos particulares de traumas lo que lleva a sentimientos crónicos de victimización o supervivencia. Al respecto, las autoras sugieren que “El asistente profesional puede jugar un papel importante para alterar la noción, a menudo estereotipada, de la víctima llevándola desde una indefensión inevitable y duradera hasta el fortalecimiento” (p. 47).

Al hecho de ser víctima de un delito se le suma la llamada victimización secundaria, que para Ronda (1997) se entiende como el choque entre las expectativas previas de la víctima y la realidad institucional. Este autor refiere que la víctima se siente maltratada, y en ocasiones humillada, por un sistema legal que ignora sus expectativas, sentimientos y necesidades. La victimización secundaria muchas veces trae consigo la exposición de la persona a más situaciones que percibe como amenazantes, y el contacto con autoridades poco sensibles a su situación puede llegar a cronificar el problema, dificultando su recuperación.

De acuerdo a lo anterior, tenemos que los principales factores que actúan como predictores del Estrés Postraumático son: la naturaleza del evento, el significado o interpretación que hace la persona del suceso, sus recursos personales y los recursos interpersonales con los que cuenta para afrontar la situación.

A continuación comentaremos las características de algunos acontecimientos que suelen desencadenar Estrés Postraumático, tales como la violencia, los accidentes, las enfermedades, los desastres naturales y otros.

a) Violencia.

La raíz etimológica del término *violencia* remite al concepto de “fuerza”, y se corresponde con verbos tales como “violentar”, “violar” y “forzar”. La violencia implica siempre el uso de la fuerza para provocar un daño. (Corsi, 1994).

Alcántara et al. (2005) mencionan que la violencia es algo que se aprende y se mantiene culturalmente y casi siempre es ejercida por las personas que tienen el poder en una relación, por ejemplo, el padre o la madre sobre los hijos, los jefes sobre los empleados, los hombres sobre las mujeres y las mujeres sobre otras mujeres. Al respecto, Corsi (1994) señala que para que la conducta violenta sea posible, tiene que darse un desequilibrio de poder, que puede estar definido culturalmente o por el contexto y que puede ser permanente o momentáneo.

De acuerdo a lo anterior, se puede concebir la violencia “como el poder que ambos géneros (masculino y femenino) pueden ejercer sobre una o varias personas y que implica un tipo de maltrato que se llega a manifestar en los ámbitos psicológico, físico, social, económico, etc.” (Benítez y Martínez, 2000; p. 31).

Según Alcántara et al. (op. cit.; p. 4) las formas más comunes que adopta la violencia son:

- **Violencia verbal.** Incluye insultos, gritos, palabras hirientes y ofensivas, descalificaciones, humillaciones, amenazas, piropos ofensivos, etc.
- **Violencia emocional.** Son todas aquellas actitudes que dañan la estabilidad emocional de la persona violentada o cualquier acción que busca denigrar, intimidar, amenazar o manipular a través de gestos agresivos, malos tratos, falta de atención, silencio y chantajes.

- **Violencia económica.** Es una de las formas sutiles de violencia, que consiste en el castigo a través del control del dinero o de los bienes materiales.
- **Violencia física.** Son aquellos actos que dañan el cuerpo y la salud física, es decir, todo acto hostil que tenga contacto físico o que afecte el cuerpo. Incluye empujones, pellizcos, rasguños, bofetadas, puñetazos, puntapiés, tirones de cabello y golpes con objetos. Este tipo de violencia muchas veces deja cicatrices, enfermedades que duran toda la vida, lesiones leves o severas e incluso puede causar la muerte.
- **Violencia sexual.** Es toda relación con connotaciones sexuales que se realiza contra cualquier persona sin su consentimiento, dañando la libertad y el desarrollo psicosexual, generando inseguridad, sometimiento y frustración.
- **Violencia social o ambiental.** Implica prohibiciones en el vestir, maquillarse o relacionarse con otras personas, incluyendo amigos, familia y compañeros de trabajo. También incluye el imponer horarios para determinadas actividades, humillación frente a otras personas y prohibición de una actividad remunerativa (trabajo). el uso de la fuerza puede ser psicológico, físico o mixto; el tipo de daño es emocional, social y económico.

Estas formas de violencia pueden ocurrir por separado, de manera combinada o todas al mismo tiempo. No obstante, como señala Corsi (1994), un hecho importante es que los distintos tipos de violencia tienen un elemento común: el efecto de daño emocional.

A continuación se mencionarán las consecuencias de la violencia en diversas áreas del desarrollo, tal y como las refieren Alcántara et al. (op. cit.; pp. 6-8).

**Consecuencias para la víctima a corto plazo.**

**A nivel afectivo.** Aversión a diversas situaciones y personas; sensación de indefensión física y emocional; sentimientos de tristeza y humillación; deseos de venganza; temor a la violencia y a la muerte; miedo a la autoridad; sentimientos de enojo y vergüenza; sentirse sucio, malo o tonto; miedo a la desintegración familiar y a perder el amor del agresor en caso de que la situación violenta haya sido ejercida dentro de la familia; choque de sentimientos; sentimientos de culpa; sensación generalizada de aturdimiento; irrealidad; extrañeza acerca de sí misma (o) y de lo que le rodea; sensación de ser rechazada (o); miedo a perder el amor de los seres queridos, al cumplimiento de las amenazas de las que fue objeto, a que alguien cercano muera intempestivamente, se aleje o lo abandone.

**A nivel cognitivo.** Inseguridad en sí misma (o) y/o en otras personas; ideas irracionales; catastrofización; sobregeneralización; expectativas negativas sobre el futuro; negación del suceso; incredulidad; desamparo; preocupación por la opinión de los otros; pensamientos autodevaluatorios; autoconcepto y autoimagen negativos; evocación obsesiva acerca del (los) ataque (s); dificultades de concentración; fantasías acerca de los sucedido; e ideas acerca de que el agresor pueda hacer daño a otros.

**A nivel conductual.** Dependencia de la TV y radio; ausencia a la escuela o al trabajo; hostilidad hacia personas del mismo sexo que tiene el agresor; modificación de los hábitos alimenticios (comer más o comer menos); escapar de casa, escuela o trabajo para no enfrentar la situación; comportamientos autodestructivos; rebeldía; agresividad; conductas de regresión a etapas del desarrollo anteriores; inhibición; extroversión; ensimismamiento; mutismo; excesiva sumisión; apatía; irritabilidad; y llanto.

**A nivel fisiológico.** Infecciones; embarazo; somatizaciones como dolor de cabeza y de estómago; dolor en el área lesionada; ganancia o pérdida de peso;

fatiga o cansancio generalizado; vómito; alergias; náuseas; mareos; prurito; trastornos genitourinarios e intestinales; enfermedades contagiadas por los agresores; enuresis y encopresis.

**A nivel físico.** Afasia temporal; en casos extremos muerte por rompimiento de órganos; lesiones; contusiones del cuero cabelludo; hematomas en rostro y cuello; desgarros perineales; contusiones y desgarros vesicales; quemaduras; lesiones incisivas; trastornos causados por aplicación de inyecciones; despegamiento de uñas y estrangulamiento.

**A nivel social.** Vagancia; alteraciones en las relaciones interpersonales; aislamiento social; desconfianza hacia las personas del mismo sexo del agresor; autoculpabilización por desintegración familiar o es culpada (o) por la familia, también en el caso de que un familiar sea arrestado (en casos de secuestro y/o si hay un familiar involucrado); pandillerismo; comportamiento delictivo; y bajo desempeño académico y laboral.

**A nivel sexual.** Escenas retrospectivas del suceso; promiscuidad; conducta sexual inapropiada; verbalizaciones sobre preocupaciones sexuales; confusión de identidad sexual.

**A nivel de conductas compuestas.** Baja autoestima; intentos de suicidio; tensión física; ataques histéricos y suicidio; neurosis depresiva; tics; depresión; ansiedad; psicosis; trastornos en la alimentación; alteraciones del ciclo sueño-vigilia; desarrollo de fobias; comportamiento pseudomaduro; adaptaciones neuróticas como conductas obsesivo-compulsivas o fóbicas como defensa ante la ansiedad; alucinaciones; Síndrome de Estocolmo.

**Consecuencias para la víctima a largo plazo.**

**A nivel afectivo.** Sentimientos de ansiedad; depresión; miedo a volver a vivir la situación; repulsión y miedo a situaciones que le hacen evocar el suceso; miedo o temor generalizado; e hipersensibilidad afectiva, es decir, cambios bruscos de temperamento y/o estado de ánimo y aparición de sentimientos de tristeza y enojo fácilmente disparados por distintas situaciones y/o personas, sin una aparente justificación o razón de ser (parecen reacciones muy exageradas en relación con el estímulo que las provoca).

**A nivel cognitivo.** Imágenes y pensamientos obsesivos acerca del suceso; preocupación sobre no poder controlar las situaciones; autorrechazo; desconfianza; autoestigmatización; incapacidad para tomar decisiones; problemas de memoria, concentración y atención; imágenes retrospectivas recurrentes.

**A nivel conductual.** Hostilidad; intentos suicidas; comportamiento delictivo; y comportamiento autodestructivo y automutilaciones.

**A nivel fisiológico.** Dispareunia (dolor al coito); estado general de la salud deteriorado; dolor crónico; migraña; tensión muscular y contracturas; gastritis, colitis y úlcera; hipertensión arterial; diabetes.

**A nivel físico.** Cicatrices y deformaciones.

**A nivel social.** Dificultad para mantener relaciones cercanas tanto con hombres como con mujeres; introversión; alteraciones en el funcionamiento social que puede llegar a continuar la cadena víctima-victimario; problemas maritales; pandillerismo; conflictos interpersonales y aislamiento social; siendo madre, la víctima se muestra fría y poco protectora –o sobreprotectora- con sus hijos; dependencia en las relaciones interpersonales.

**A nivel sexual.** Ausencia de satisfacción sexual; eyaculación precoz; impotencia; cambios en la respuesta sexual; falta de deseo; problemas en el ajuste sexual; menosprecio al tocamiento físico; aversión al acto sexual; frigidez; anorgasmia.

**A nivel de conductas compuestas.** Cuadros psicopatológicos, como trastornos de ansiedad, depresión crónica y baja autoestima; adicciones; esquizofrenia; fobias; neurosis histérica y depresiva; personalidad “borderline” (limítrofe); procesos psicóticos; tendencia a la revictimización; trastornos en la alimentación como anorexia nerviosa, bulimia, obesidad y anemia; e hipocondrías.

Si esta variada sintomatología no es atendida oportunamente, la persona víctima de violencia tiene mayores probabilidades de desarrollar no sólo Estrés Postraumático, sino otros trastornos comórbidos como depresión, ansiedad, abuso de sustancias y/o intentos de suicidio.

Existen una serie de factores que pueden influir en la gravedad de las consecuencias o secuelas de la violencia. Alcántara et al. (2005; pp. 8-9) refieren los siguientes:

***Los factores internos*** que influyen en la gravedad de las consecuencias para la víctima son: la forma en que la persona perciba el suceso, su sexo, su edad al momento del evento (a menor edad, mayor daño); las habilidades sociales, emocionales y cognitivas de la víctima y sus condiciones psicológicas anteriores al suceso.

***Los factores externos*** son: el tipo y las características del evento y la cercanía del agresor con la víctima (si es un conocido o un familiar, mayor será la gravedad de las consecuencias); la respuesta y/o reacción de la familia al conocer el hecho; si el agresor utilizó la fuerza física, violencia verbal o física y/o amenazas; cuando el suceso duró mucho tiempo (aunque se van desarrollando

mecanismos de defensa o estrategias de enfrentamiento, a mayor duración, mayor daño); cuando el evento traumático fue perpetrado repetidamente; la respuesta de la primer persona en quien confíe la víctima para revelar lo sucedido (si es culpada, se le cree o se le aísla o rechaza, mayores serán las secuelas); el apoyo social (de la comunidad, de la escuela, de la iglesia a la que pertenezca); cuando hubo violencia sexual; cuando la víctima decide denunciar al agresor y éste no es encarcelado; y la participación en pornografía.

Medina-Mora et al. (2005) mencionan que la Organización Mundial de la Salud (OMS) subdivide la violencia interpersonal en dos grandes categorías: la violencia familiar y de pareja, que suele ocurrir en el hogar y la violencia comunitaria, que se comete frecuentemente fuera del hogar por individuos que pueden tener o no algún tipo de relación con la víctima.

La violencia familiar, las agresiones sexuales, el secuestro, la tortura y la guerra son manifestaciones de la violencia interpersonal, y se trata de eventos que suelen desencadenar con más frecuencia el Trastorno de Estrés Postraumático, por lo que a continuación comentaremos las principales características de estos sucesos y describiremos sus consecuencias psicológicas.

*Violencia familiar.*

Corsi (1994) entiende a la violencia familiar como un término que alude a todas las formas de abuso, ya sea físico, psicológico o sexual que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia. “Se denomina relación de abuso a aquella forma de interacción que, enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, incluye conductas de una de las partes que, por acción o por omisión, ocasionan daño físico y/o psicológico a otro miembro de la relación” (p. 30).

Existen tres grandes categorías dentro de la violencia familiar, las cuales son: la violencia física, la violencia sexual y la violencia psicológica o emocional.

Estas categorías se interrelacionan constantemente y rara vez se dan de manera aislada. (Rincón, 2003).

La violencia física implica todos aquellos actos que dañan el cuerpo y la salud física. Corsi (1994) distingue entre formas activas y formas pasivas de maltrato físico; entre las formas activas se encuentran actos como abofetear, empujar, dar puñetazos, patadas o estrangular; mientras que el abandono físico y el abandono emocional serían ejemplos de formas pasivas de maltrato. Rincón (op. cit.) agrega que la privación de cuidados médicos durante una enfermedad o lesión o el no aviso intencionado de situaciones de riesgo (escape de gas, fallo en los frenos del coche), también son ejemplos de conductas pasivas de maltrato físico.

Alcántara et al. (op.cit.) entienden por violencia sexual a toda relación con connotaciones sexuales que se realiza contra la persona sin su consentimiento, y que daña su libertad y desarrollo psicosexual. Este tipo de violencia incluye todo tipo de conducta de carácter sexual, no limitándose a la penetración vaginal o anal, y aunque es un tipo de maltrato físico, se suele considerar de forma diferenciada por tener connotaciones y consecuencias muy particulares, las cuales se describirán más adelante.

Por otro lado, “Se entiende por maltrato psicológico, cualquier conducta física o verbal, activa o pasiva, que atenta contra la integridad emocional de la víctima, en un intento de producir en ella intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento” (López, 2002; McAllister, 2000; Villavicencio & Sebastián, 1999; citados en Rincón, op. cit.; p. 10).

Para Corsi (1994) el maltrato psicológico o emocional comprende una serie de conductas verbales tales como insultos, gritos, críticas permanentes y desvalorizaciones. Sin embargo, el maltrato emocional también comprende actos no verbales como el silencio o la falta de atención para manipular o chantajear.

Rincón (op. cit.) menciona que desde la modificación establecida en el DSM-IV sobre lo que se considera un suceso traumático, la violencia familiar se ha constituido como un estresor capaz de provocar el desarrollo del Estrés Postraumático, ya que las agresiones físicas o sexuales que pueden ocurrir al interior de la familia constituyen una amenaza a la vida o al bienestar de la víctima, quien responde con miedo, horror y desesperanza intensos. Respecto a la violencia emocional o psicológica, la autora comenta que por sorprendente que pueda parecer, el maltrato emocional es un predictor más fuerte del miedo que la violencia física, y que también resulta ser más predictiva en el desarrollo del Estrés Postraumático que otros factores tales como la severidad o frecuencia del daño físico.

Aunque todos los miembros de una familia pueden ser agresor o víctima, es el adulto varón quien con más frecuencia utiliza las distintas formas de abuso, siendo más común que las mujeres y los niños sean las víctimas de esta situación.

Rincón (op. cit.) refiere que al estudiar las consecuencias de la violencia familiar se desprenden las siguientes conclusiones:

- Las consecuencias tienden a persistir aún cuando el maltrato ha desaparecido.
- Mientras más grave es el maltrato, mayor es el impacto en la salud física y emocional de las víctimas.
- El impacto en el tiempo de diferentes tipos de maltrato y de varios episodios de violencia tiende a ser acumulativo.

Siguiendo a esta autora, a continuación se mencionarán las consecuencias más comunes de la violencia familiar en la salud física y mental de las víctimas.

En la salud física las principales consecuencias son los llamados trastornos funcionales, tales como el colon irritable, fibromialgia, trastornos gastrointestinales

y síndromes de dolor crónico. Otros estudios han agregado daño permanente en las articulaciones, pérdida parcial de audición o visión y disfunciones sexuales. En casos más extremos de violencia familiar puede ocurrir incluso la muerte de la víctima.

En cuanto a la salud mental, las consecuencias más comunes son el Trastorno de Estrés Postraumático, depresión, abuso o dependencia de sustancias, ansiedad, tristeza, baja autoestima, déficit en solución de problemas y suicidio o ideación suicida.

Rincón (op. cit.) señala que el Estrés Postraumático y la depresión son los problemas más importantes, ya que se encuentran en promedio en tasas de prevalencia de un 63.8% y un 47.6% respectivamente.

En las mujeres víctimas de violencia familiar que desarrollan el Trastorno de Estrés Postraumático, los síntomas más frecuentes son: “Recuerdos intrusivos, malestar psicológico intenso al recordar el maltrato, pérdida de interés en actividades que antes eran significativas y sensación de futuro desolador, todos ellos presentes en más del 75% de las mujeres que desarrollaron TEP o su subsíndrome. Asimismo, entre el 50% y el 75% de ellas presentaba malestar fisiológico intenso al recordar el maltrato, evitación de pensamientos y sentimientos asociados al maltrato, sensación de distanciamiento respecto a los demás, insomnio, irritabilidad y dificultades de concentración” (Echeburúa, Corral & Amor, 1998; citados en Rincón, op. cit.; p. 114).

Por otro lado, Patró y Limiñana (2005) opinan que el hecho de que los niños sean testigos de violencia familiar o que puedan ser víctimas directas de ésta, conlleva toda una serie de repercusiones negativas para su bienestar físico y psicológico. Estas autoras refieren que los niños expuestos a la violencia en la familia presentan con mayor frecuencia conductas agresivas y antisociales, inhibición, miedo, menor competencia social y menor rendimiento académico.

El Estrés Postraumático se desarrolla cuando la violencia familiar es lo bastante intensa y cuando el niño la sufre de manera directa. Al margen de otros factores como la edad, el nivel de desarrollo y diversos aspectos familiares, la experiencia de violencia familiar suele resultar traumática para el niño, en tanto que implica una amenaza de muerte o agresión física para él o para otro miembro de la familia.

El Estrés Postraumático "impacta a la totalidad del sujeto, a su funcionamiento emocional, fisiológico, psicológico y conductual, y en los niños tiende a interferir en el desarrollo de todas las áreas de la personalidad, dada su especial adaptación y vulnerabilidad a los eventos externos" (Montt, 2001; p. 110).

Esta misma autora refiere que en cuanto a la triada sintomática del Estrés Postraumático, la *reexperimentación* en los niños se expresa a través de recuerdos recurrentes e intensos del acontecimiento traumático, pesadillas que enmascaran aspectos del trauma los cuales pueden aparecer en forma de monstruos y catástrofes, ensoñaciones diurnas sobre el suceso e hipersensibilidad frente a los estímulos del medio que recuerdan el trauma. Bobes et al. (2000) refieren que la *reexperimentación* en forma de *flashbacks* es poco frecuente en los niños, y señalan que en ocasiones el niño puede revivir la experiencia buscando en su fantasía formas de haber evitado lo que ocurrió, de haberlo cambiado o de haber protegido a las personas que resultaron lastimadas.

En cuanto a los síntomas de *evitación,* los niños van a intentan eludir cualquier situación, conversación o persona que les provoque reacciones emocionales negativas asociadas al evento traumático. Montt (op. cit.) menciona que los esfuerzos de evitación de los niños se manifiestan a través de la pérdida de algunas habilidades adquiridas, regresiones, temor a la oscuridad e incluso amnesia parcial o total. Las conductas evitativas a menudo afectan otras áreas del desarrollo del niño, ya que éste comienza a aislarse de los demás, pierde interés en personas o en actividades que antes le resultaban satisfactorias, y presenta

una disminución en la capacidad para sentir emociones, especialmente las asociadas con la intimidad o el afecto.

Los síntomas de *hiperactivación* se manifiestan a través de dificultades para conciliar el sueño, hipervigilacia, sobresaltos, dificultades para concentrarse e irritabilidad; “En los casos más leves se observa mayor irritabilidad o temor a perder el control y, en los casos más graves, explosiones impredecibles o incapacidad para expresar sentimientos de rabia” (Montt, op. cit.; p. 112).

El Estrés Postraumático en víctimas de violencia familiar es con frecuencia comórbido con otros trastornos y problemas psicopatológicos, como el Síndrome de la Mujer Maltratada, el Síndrome de Adaptación Paradójica, la depresión, los trastornos de ansiedad, el abuso o dependencia de sustancias, las cogniciones postraumáticas, el déficit en solución de problemas, problemas de adaptación y suicidio o ideación suicida. Estos trastornos vinculados se describirán más adelante en el apartado sobre las consecuencias individuales del Estrés Postraumático.

De acuerdo a lo anterior, se puede decir que las víctimas de violencia familiar tienen una alta probabilidad de experimentar Estrés Postraumático, ya que las agresiones de las que son objeto se caracterizan por amenazas a su vida, a su integridad física o a la de otras personas, por lo que es común que respondan con un miedo, terror y desesperanza intensos.

Es posible que los síntomas del Estrés Postraumático en víctimas de violencia familiar sean más severos que los ocasionados por experiencias de desastres naturales y por accidentes, debido a que las agresiones de las que son objeto son intencionales y ocurren en un lugar que se supone es fuente de seguridad y protección: el hogar. Este hecho contribuye a deteriorar aún más la visión del mundo como un lugar seguro y organizado en este tipo de víctimas. (Rincón, 2003).

*Violencia sexual.*

La violencia sexual se refiere a cualquier intimidad sexual forzada, ya sea por medio de amenazas, intimidación, o coacción, e incluye todo tipo de conductas de carácter sexual, no limitándose a la penetración vaginal o anal. (Rincón, op. cit.).

La violencia sexual puede ir desde el exhibicionismo y los tocamientos hasta la violación, que es el grado extremo de este tipo de violencia.

Las primeras reacciones emocionales de la víctima de violación comprenden “susto, preocupación, temor, confusión, indefensión, rabia, vergüenza, humillación, llanto incontrolado, evitación de las situaciones temidas, aislamiento social, pesadillas, retrospecciones y sentimientos de culpa y de pérdida de autoestima.” (Trujano, 1992; p. 110). Además de estas consecuencias, la autora señala que también se presentan ansiedad, depresión, sensación de agotamiento y pensamientos obsesivos acerca de la violación.

En 1974, Ann Burgerss y Linda Holstrom fueron las primeras autoras que hablaron del Síndrome del Trauma de la Violación, también llamado síndrome post violación o síndrome de la mujer violada, el cual describe las reacciones emocionales que comúnmente experimenta una víctima de violación y que se caracteriza por dos fases, una aguda de desorganización y otra de reorganización a más largo plazo; este síndrome se describirá con detalle más adelante, en este mismo capítulo.

El Trastorno de Estrés Postraumático es un cuadro clínico que resulta evidente en las víctimas de violación, ya que – como refiere Trujano (op. cit.) - éstas tienden a revivir la agresión sufrida a través de recuerdos constantes, se esfuerzan en evitar situaciones asociadas a la agresión y responden con una alerta exagerada. A estas reacciones la autora agrega el sentimiento de culpa, la

ansiedad, la depresión, el decremento de la satisfacción sexual, la pérdida de autoestima y la dificultad para expresar sentimientos, los cuales considera síntomas permanentes a largo plazo.

Echeburúa y Corral (1997) afirman que las víctimas de agresiones sexuales, principalmente de violación, son la población más afectada por el Trastorno de Estrés Postraumático, ya que en comparación con otros tipos de víctimas como los ex combatientes, tienen mayores probabilidades de desarrollar el trastorno porque el suceso se produce con frecuencia en un ambiente seguro, como su casa o el lugar de trabajo. Los autores refieren que el miedo a volver a experimentar el evento traumático es mayor en las víctimas de violación que en los ex combatientes, ya que éstos al no estar más en un entorno bélico no se vuelven a exponer a esa situación de estrés.

Medina-Mora et al. (2005) llevaron a cabo un estudio para reportar la prevalencia del Estrés Postraumático en la población mexicana, encontrando que este trastorno es una reacción más frecuente en víctimas de delitos violentos, como violencia sexual, abuso sexual o maltrato físico severo en la infancia, y en mujeres víctimas del crimen, especialmente violación y tortura. En este estudio también se reportó que las mujeres están más expuestas a la violencia derivada de su condición de género, principalmente a la violencia sexual y a la violencia por parte de su pareja, sucesos que se asocian con secuelas más severas. Los autores reportaron que aparentemente las mujeres desarrollan el Trastorno de Estrés Postraumático en una proporción mayor a la de los hombres, y explican que este hecho puede estar relacionado con el estigma social que acompaña a sucesos tales como el abuso sexual o la violación, que tienen repercusiones en todas las áreas de la vida y que son delitos más frecuentes en mujeres.

En cuanto a la manifestación de los síntomas del Estrés Postraumático en las víctimas de violación, Bobes et al. (2000) mencionan que la ansiedad tiende a aparecer con mayor frecuencia en las víctimas de agresiones sexuales, y

comentan que en relación con el perfil psicopatológico específico del Estrés Postraumático, la reexperimentación es muy elevada en este tipo de víctimas.

Echeburúa y Corral (op. cit.), mencionan que la hiperactivación funciona como una respuesta adaptativa ante el miedo de volver a experimentar otra agresión, y que las pesadillas por el contrario ocupan un lugar secundario, quizá porque la mayor parte de las víctimas de violación han estado en contacto sólo una vez con el suceso traumático. Por otro lado, estos autores mencionan que el grado de intensidad del Estrés Postraumático es independiente del tipo de agresión sufrida (violación consumada, intento de violación, tocamientos, exhibicionismo), ya que opinan que la percepción que tiene la víctima de la amenaza es un mejor predictor del trastorno que la amenaza misma.

*Secuestro.*

La palabra secuestro proviene del latín *secuestrare,* que significa apoderarse de una persona para exigir rescate o el cumplimiento de determinadas condiciones para dejarlo en libertad. (Fundación País Libre, 1999).

Existen varios tipos de secuestro, pero el de mayor comisión por parte de la delincuencia organizada es el secuestro extorsivo. Uribe (2001) menciona que este tipo de secuestro consiste en arrebatar, sustraer, retener u ocultar a una persona, con el propósito de exigir por su libertad algún provecho.

Aguilar (2004) refiere que el secuestro se vive por etapas, las cuales tienen como objetivo desesperar a la familia de la víctima para conseguir que las demandas de los secuestradores sean cumplidas.

La primera etapa es la de *asalto,* donde se utiliza el factor sorpresa, ya que la probable víctima al estar sumergida en su rutina cotidiana no tiene en cuenta la posibilidad de un secuestro.

La segunda etapa es el *rapto,* donde se somete a la víctima mediante el uso de la fuerza y se le aleja del contacto familiar y social. En esta fase es cuando comienza el secuestro en sí, y es una experiencia muy impactante para el secuestrado, quien experimenta sorpresa, confusión, miedo y terror.

La tercera etapa es el *traslado* de la víctima al lugar donde se verá sometida al cautiverio, el cual consiste según Meluk (1998a) en hechos inesperados y en momentos inciertos en espacios desconocidos. Este autor refiere que durante el cautiverio el secuestrado experimenta ansiedad, miedo, confusión severa, llantos prolongados, desesperanza profunda y alteraciones graves del sueño, principalmente insomnio.

La cuarta etapa es la *deprivación,* "donde físicamente se le limita a la víctima en la ración de comida, no se le permite asearse, se mantiene con la misma ropa desde su captura, se mantiene aislado y lejos de cualquier ruido, les vendan los ojos para no permitirles que reconozcan a sus captores, los encierran en cuartos muy pequeños y obscuros" (Aguilar, op. cit.; p. 29).

La quinta etapa es la *negociación,* donde los secuestradores establecen contacto con la familia de la víctima para fijar el monto del rescate.

La sexta etapa es el *maltrato,* que puede ser físico, verbal y psicológico, y que tiene como objetivo conseguir el sometimiento de la víctima y aumentar el terror, la ansiedad y el miedo a la muerte no sólo en el secuestrado sino también en su familia.

La séptima etapa es el *preduelo,* en ella tanto la víctima como la familia experimentan una desesperanza profunda, ya que sienten que el secuestrado jamás regresará a casa con vida.

La octava etapa es la *oferta,* donde el negociador por parte de la familia se pone en contacto con el negociador de los secuestradores para fijar una cantidad menor a la exigida o solicitar más tiempo para reunir la cantidad acordada.

La novena etapa es la *entrega,* ya sea del dinero del rescate o de la víctima a la familia. En ocasiones esta etapa sólo consiste en la entrega del dinero, ya que los secuestradores asesinan a la víctima a pesar de haber recibido el rescate.

La décima y última etapa es el *duelo,* el cual inicia desde el momento en que la familia se entera del secuestro y culmina en ocasiones con la muerte de la víctima.

En cuanto a las consecuencias psicológicas del secuestro, Aguilar (op.cit.) menciona que aunque el ex secuestrado llega a casa con la alegría de haber sobrevivido, el temor de que ocurra un nuevo secuestro es una de las consecuencias más comunes en este tipo de víctimas. Este temor se manifiesta a través de pesadillas frecuentes sobre la experiencia, recuerdos momentáneos e inesperados del secuestro (*flash back)* y actitudes de evitación y evasión sobre el tema. “Se presenta también un estado ansioso generalizado, gran irritabilidad, despersonalización, donde la víctima pierde el valor como ser humano tomando el lugar de una *cosa*; desorientación de tiempo y espacio, así como ansiedad demostrada con manifestaciones somáticas tales como dolor de cabeza, mareo, dolores de pecho cansancio e insomnio y se puede presentar en algunos casos el llamado *Síndrome del sobreviviente*, que se caracteriza por la triada típica compuesta por cefaleas frecuentes, pesadillas recurrentes y estados de tristeza periódicos” (Meluk, 2001; citado en Aguilar, op.cit.; p. 50).

El Trastorno de Estrés Postraumático es una consecuencia común en este tipo de víctimas, principalmente si durante el cautiverio hubo maltrato físico y emocional, amenazas de muerte reiteradas o simulacros de ejecución. La Fundación País Libre (2003) menciona una serie de reacciones iniciales en el ex

secuestrado, las cuales se pueden agrupar en los tres aspectos nucleares del Estrés Postraumático: a) la reexperimentación, b) la evitación y c) la hiperactivación.

La reexperimentación en los ex secuestrados se manifiesta a través de pesadillas frecuentes, malestar emocional al exponerse a situaciones que recuerden el acontecimiento traumático y recuerdos intrusivos sobre el secuestro, los cuales activan sentimientos de inseguridad, vulnerabilidad y temor. La evitación se manifiesta a través de esfuerzos por evitar cualquier pensamiento, sentimiento, conversación y lugares que recuerden el secuestro; mientras que la hiperactivación consiste en actitudes de hipervigilancia, irritabilidad, olvidos frecuentes y desconcentración en las labores y conversaciones que se realizan.

Otra consecuencia común en las víctimas de secuestro es el llamado Síndrome de Estocolmo, concepto que sirve para dar cuenta de las relaciones afectivas inconcientes que establece la víctima hacia su victimario, esto para evitar sentir la amenaza y peligro de la situación. Más adelante se describirán con detalle las características de este síndrome.

En cuanto a otro tipo de cautiverio, Frankl (2004) distinguió tres fases en la psicología de los prisioneros de los campos de concentración nazis: una fase inmediata al internamiento, una fase de adaptación a la vida del campo y una tercera de liberación.

La fase inmediata al internamiento se caracteriza por un *shock* agudo e intenso, acompañado por un total desconocimiento de los sucesos por venir, y por ilusiones de ser liberados de un momento a otro.

La fase de adaptación a la vida del campo se caracteriza por una apatía generalizada, por sentimientos embotados e indiferencia hacia el sufrimiento de otros prisioneros. La apatía emocional surge por las constantes agresiones, y ésta

le permite al prisionero permanecer impasible ante los continuos sufrimientos diarios, funcionando como un íntimo escudo protector. En esta fase todos los esfuerzos se concentran en una sola tarea: conservar la vida.

Por último, en la fase de liberación, las principales reacciones emocionales del prisionero son incredulidad y despersonalización, ya que al prisionero, la liberación le parece irreal y misteriosa, como si se tratara de un sueño. Además, el prisionero también se da cuenta que ha perdido su capacidad de alegrarse, por lo que poco a poco debe volver a aprenderla.

*Tortura.*

“Se entenderá por el término “tortura” todo acto por el cual se inflija intencionalmente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas” (Naciones Unidas, 1999; p. 1).

La experiencia de tortura es tan extrema que suele tener consecuencias emocionales serias, las cuales dependerán principalmente del significado que se le atribuya al evento, del tipo de tortura (física, psicológica y sexual), del tiempo que se estuvo sometido a la misma, del desarrollo de la personalidad y de factores sociales, políticos y culturales.

El diagnóstico que se asocia con más frecuencia a la experiencia de tortura es el Trastorno de Estrés Postraumático, sin embargo este tipo de víctimas también suelen presentar otros síntomas y trastornos.

De acuerdo con el Protocolo de Estambul de las Naciones Unidas (op. cit.), el Estrés Postraumático en víctimas de tortura se caracteriza por la presencia de trastornos de la memoria, tales como recuerdos intrusivos, pesadillas e incapacidad para recordar aspectos importantes del evento traumático, es decir que la persona puede ser incapaz de recordar detalles específicos de los actos de tortura, pero si podrá recordar los principales aspectos de la experiencia. Al respecto, el protocolo refiere que durante la evaluación psicológica a una supuesta víctima de tortura, la incapacidad para recordar detalles precisos apoya, más que reduce, la credibilidad de la historia que narra la persona.

La víctima de tortura también evitará todo estímulo asociado al trauma; sentimientos, conversaciones o lugares que le recuerden la experiencia de tortura. De la misma forma, presentará signos y síntomas de hiperactivación, tales como dificultades para conciliar el sueño, irritabilidad o brotes de cólera, hipervigilancia y respuestas de sobresalto exageradas.

Otras reacciones psicológicas frecuentes en este tipo de víctimas son: depresión, disfunciones sexuales, psicosis, abuso de sustancias y deterioro neuropsicológico, lo que significa que en situaciones de tortura la comorbilidad del Estrés Postraumático con otros trastornos y síntomas es muy elevada.

*Guerra.*

Desde el reconocimiento de las *neurosis de guerra* en la Primera Guerra Mundial, las investigaciones sobre las consecuencias psicológicas de combatir han crecido enormemente. Hinde (1999) menciona que se halla bien establecido que el hecho de combatir tiene efectos marcados más o menos inmediatos y de

larga duración, ya que muchos veteranos de la Segunda Guerra Mundial aún mostraban síntomas generalmente descritos como Estrés Postraumático después de 20 años de la experiencia de combate.

Ibáñez (2003) refiere que las guerras civiles modernas y la violencia política están diseñadas para desintegrar la sociedad y la cultura del enemigo. Las guerras se dirigen contra buena parte de la población civil, con el objeto de aniquilar su identidad y desproveerla de recursos comunitarios vitales. El autor menciona que las estrategias para cumplir con los objetivos de la guerra implican actos como la violación sistemática de mujeres, genocidio, hostigamiento y tortura, por lo que en lo concerniente a las consecuencias emocionales de la guerra se debe hablar de *trauma psicosocial,* ya que el combate involucra tanto a soldados como a civiles.

Las consecuencias psicológicas de la exposición a la guerra en soldados y en la población civil, dependen de múltiples factores tales como: experiencias traumáticas previas (accidentes, asaltos, desastres), inestabilidad familiar, miedo a separarse de los padres y haber presenciado o sido víctima directa de un acto de violencia como homicidio o violación. (Hinde, op. cit.).

Al respecto, la mayoría de los estudios sobre las consecuencias de la guerra se han realizado en situaciones de post-guerra, y el trastorno que se ha encontrado con mayor frecuencia es el de Estrés Postraumático, tanto en soldados como en población civil.

Echeburúa y Corral (1997) señalan que el Estrés Postraumático en los ex combatientes está caracterizado por la apatía y por un gran número de pesadillas. De la misma forma, las amnesias selectivas, los fenómenos disociativos y otros trastornos asociados como depresión y abuso de sustancias son muy comunes en estas personas.

Además del Estrés Postraumático, Ibáñez (2003) refiere que los refugiados y desplazados de guerra presentan una amplia variedad de reacciones psiquiátricas y psicológicas, tales como ansiedad, psicosis, depresión, insomnio, abuso de sustancias, suicidio y el llamado síndrome del sobreviviente, que se describirá más adelante cuando se hable de las consecuencias individuales en este mismo capítulo.

b) Accidentes.

A diferencia de la violación, el secuestro o la violencia familiar, los desastres naturales y los accidentes automovilísticos producen sólo ocasionalmente el Trastorno de Estrés Postraumático, ya que éste tiende a ser más probable, grave y duradero cuando las causas que lo producen son obra del ser humano y no meramente accidentales. (Echeburúa y Corral, op. cit.).

Por accidente se entiende “un hecho que se presenta y que tiene como consecuencia un daño; si éste es en nuestras pertenencias o en nuestra persona, se asimilará toda consecuencia, pero si éste involucra bienes ajenos o a terceras personas será un ilícito” (Flores, 2001; citado en González, 2004; pp. 1-2). Al respecto, este último autor menciona que además, para que se considere accidente a ese hecho, es necesario que pase, sin desearlo, sin pensarlo, sin planearlo y en general sin que exista ninguna tentativa de las que la ley señala como agravantes.

González (op. cit.) señala que los accidentes automovilísticos se deben a la combinación de diversos factores que pueden estar fuera del dominio del conductor: la situación de las calles y carreteras, fallas mecánicas, distracciones momentáneas involuntarias y la falta de respeto a los límites de velocidad. Este autor refiere que se debe considerar a los accidentes automovilísticos como *crisis circunstanciales,* ya que además de implicar un desequilibrio emocional, generan cambios en la vida familiar, afectándola económica y socialmente.

Bobes et al. (2000) refieren que las consecuencias psicológicas de los accidentes automovilísticos pueden implicar dolores de cabeza, depresión, trastornos de ansiedad, fobia a la conducción y Estrés Postraumático. Sin embargo, los autores refieren que este último cuadro no es tan frecuente, y que el perfil más habitual es el denominado subsíndrome del Trastorno de Estrés Postraumático, que se caracteriza en los casos de accidentados, por síntomas de reexperimentación y de hiperactivación, pero con un menor número de síntomas de evitación y de embotamiento afectivo.

Echeburúa y Corral (op. cit.) mencionan que la presencia de este cuadro clínico en personas accidentadas, se puede predecir considerando los antecedentes de depresión, el miedo a morir en el accidente, la gravedad de las heridas sufridas y los problemas judiciales derivados del evento. Al respecto, Bobes et al. (op. cit.) agregan que si el accidentado presenta un estilo de afrontamiento evitador, es muy probable que presente síntomas postraumáticos intrusos.

c) Enfermedades.

Los criterios de diagnóstico para Estrés Postraumático según el DSM-III excluían a los pacientes con enfermedades médicas como cáncer o SIDA, ya que estas enfermedades no se consideraban sucesos lo suficientemente estresantes o graves para desarrollar los síntomas del trastorno. Sin embargo, para el DSM-IV, se realizó una ampliación de los estresores, incluyendo aquellos sucesos que no necesariamente estuvieran considerados como fuera de la experiencia humana normal, pero que también produjeran reacciones emocionales intensas. Actualmente, las personas con antecedentes de cáncer o SIDA están consideradas como pacientes con riesgo de desarrollar Estrés Postraumático.

Quade (2002) refiere que tener una enfermedad que pone en peligro la vida, estar bajo tratamiento médico de la misma y convivir con las amenazas

constantes a la integridad física y a la autonomía, constituyen experiencias traumáticas para muchos pacientes. En el caso particular de los enfermos de cáncer, el autor menciona que es difícil identificar un estresor independiente que genere los síntomas de Estrés Postraumático, ya que el estresor puede ser el diagnóstico inicial, la percepción de que la enfermedad es algo mortal, un periodo de dolor sin alivio, tratamientos aversivos o un suceso inesperado (como estar presente cuando un compañero de cuarto en el hospital tiene una crisis severa o muere).

Quade (op. cit.) menciona que algunos estudios en pacientes de cáncer han descrito trastorno de autoestima, imagen corporal, intimidad y sexualidad, así como ansiedad y depresión. De la misma forma, presentan signos y síntomas de Estrés Postraumático como imágenes recurrentes, *flashbacks* y sueños acerca de su diagnóstico y tratamiento, evitan el contacto con la gente, presentan insomnio, irritabilidad y dificultades en la concentración. El autor agrega que estos pacientes suelen requerir hospitalizaciones constantes, en ambientes que resultan extraños y que generan una sensación de pérdida de control, de indefensión y de vulnerabilidad, lo que implica un factor de riesgo para desarrollar Estrés Postraumático.

Por otro lado, también se han observado síntomas de Estrés Postraumático en los familiares de los enfermos, lo que puede deberse a que enfrentan una amenaza constante a la vida del paciente y a que contemplan los tratamientos muchas veces dolorosos e invasivos con sus efectos secundarios.

d) Desastres naturales.

“Un desastre puede ser comprendido como un suceso que causa alteraciones intensas en las personas, los bienes, los servicios y el medio ambiente, excediendo la capacidad de respuesta de la comunidad afectada…” (Alcántara et al., 2005; p. 25). Los desastres suelen ser repentinos, inesperados y

abrumadores, y aunque en ocasiones las víctimas no presentan lesiones físicas, si experimentan reacciones emocionales intensas producto de la exposición al evento traumático.

Estos mismos autores refieren que entre los fenómenos naturales potencialmente peligrosos se encuentran los siguientes ejemplos:

- Atmosféricos: Granizo, huracanes, tornados, tormentas tropicales, ciclones.
- Volcánicos: Tefra, cenizas lapilli, gases, flujos de lava, corrientes de fango y otros.
- Sísmicos: Fallas, temblores, dispersiones laterales, tsunami, terremotos.
- Hidrológicos: Inundación costera, desertificación, salinización, sequía, desbordamiento de ríos.
- Incendios: Matorrales, bosques, pastizales.
- Otros: Avalanchas, suelos explosivos, deslizamiento de rocas o suelo, deslizamiento submarino, hundimientos de tierra.

Chávez (2002) menciona que los desastres naturales implican un proceso que tiene consecuencias impresionantes para los individuos, las familias, los vecinos, las comunidades y las entidades. Esta autora señala que los niños son especialmente vulnerables a este tipo de eventos, sin embargo comenta que su reacción va a depender de varios factores tales como: la magnitud de la destrucción, la muerte que él o ella vea durante y después del desastre, la reacción de los padres, las experiencias previas y las pérdidas materiales entre otros.

En cuanto a las consecuencias emocionales de un desastre natural, éstas se corresponden con el cuadro clínico de Estrés Postraumático, ya que los sobrevivientes presentan sueños o pesadillas recurrentes acerca del desastre,

recuerdos o pensamientos insistentes sobre el evento, evitan actividades que les recuerden el desastre, se sobresaltan fácilmente, se muestran irritables y presentan reacciones somáticas como dolores de cabeza, malestar estomacal, tensiones musculares y aceleración del ritmo cardiaco. (Chávez, op. cit.).

Al respecto, Bobes et al. (2000) refieren que en los sobrevivientes de desastres, el Estrés Postraumático es con frecuencia comórbido con la depresión y el consumo abusivo de alcohol. Sin embargo, estos autores comentan que lo que resulta predictivo de este cuadro clínico son las alteraciones psicopatológicas previas, una historia familiar de trastornos psiquiátricos y el grado de apoyo familiar y social. Por último, otra consecuencia frecuente en las personas que experimentaron una situación de desastre es el síndrome del sobreviviente, que como ya se dijo se retomará más adelante.

e) Otras fuentes de trauma.

*Desastres provocados por el hombre.*

Entre los desastres provocados por el hombre se encuentran los accidentes nucleares, las explosiones, los derrames petroleros y los riesgos para la salud por los desperdicios tóxicos. Slaikeu (2000) refiere que en comparación con los desastres naturales, los provocados se asocian con más frecuencia a efectos psicológicos crónicos y de largo plazo.

Los desastres provocados afectan a un gran número de personas al mismo tiempo y suelen ser repentinos, poderosos y poco predecibles. Entre las consecuencias emocionales inmediatas están las perturbaciones en la memoria, pesadillas, insomnio, irritabilidad, angustia y Estrés Postraumático agudo. Mientras que a largo plazo las consecuencias emocionales más comunes son Estrés Postraumático crónico, ansiedad continua, fobias, depresión y abuso de sustancias.

*Intervenciones quirúrgicas.*

Para algunas personas la cirugía representa un evento muy estresante, principalmente porque existen preocupaciones sobre la muerte, el dolor, la recuperación y la hospitalización. Estas preocupaciones propician el desarrollo de estados de depresión, ansiedad y estrés, que cuando son muy intensos pueden llegar a afectar el proceso de recuperación postoperatoria. (Escamilla, 2005).

Las reacciones emocionales antes y después de una intervención quirúrgica dependen de varios factores, tales como: tener recuerdos traumáticos de pasadas cirugías propias o de personas cercanas, duración o magnitud de la enfermedad, tipo y gravedad de la intervención quirúrgica, tiempo de preparación previa para la cirugía y capacidad de adaptación a situaciones que generan estrés.

Escamilla (op. cit.) menciona que cuando el estrés y la ansiedad preoperatorios son intensos, y no se le ayuda a la persona a controlarlos, ésta corre mayor riesgo de desarrollar síntomas postraumáticos luego de la cirugía, debido a que aunque la operación se sabe necesaria, a nivel celular el cuerpo percibe que ha soportado una herida grave que pone en peligro la vida. Por esta razón, la autora refiere que es conveniente que las personas que van a tener una cirugía, sean preparadas psicológicamente, para no sufrir traumas emocionales y tener una mejor y más corta recuperación.

*Quemaduras graves.*

Las quemaduras de segundo y tercer grado provocan un impacto psicológico significativo, Forero (s/a) refiere que la magnitud del cuadro sintomático depende de varios factores, tales como: la gravedad de las quemaduras, las circunstancias que rodearon el accidente y el estado psicológico previo de la persona afectada.

El Estrés Postraumático es muy común en los pacientes con quemaduras graves, ya que el evento que les ocasionó este tipo de lesiones, sobrepasó sus capacidades de afrontamiento y representó una amenaza para su vida y su integridad física.

La alteración de la imagen corporal y las secuelas de las quemaduras a nivel familiar, interpersonal y económico, pueden propiciar estados de depresión y ansiedad. Al respecto, Forero (op. cit.) comenta que estos trastornos y el Estrés Postraumático, exacerban el cuadro doloroso durante el proceso de recuperación, y afirma que éstos se relacionan más con la capacidad de respuesta emocional de cada persona que con la gravedad de la quemadura.

*Acoso psicológico en el trabajo (mobbing).*

El término *mobbing* se puede traducir al español como acoso u hostigamiento; en la década de los 80 el profesor Heinz Leyman definió el *mobbing* como “el fenómeno en que una persona o grupo de personas ejerce una violencia psicológica extrema de forma sistemática y recurrente – al menos una vez por semana – y durante un tiempo prolongado – más de seis meses – sobre otra persona en el lugar de trabajo, con la finalidad de destruir las redes de comunicación de la víctima o víctimas, destruir su reputación, perturbar el ejercicio de sus labores y lograr finalmente que esa persona o personas acaben abandonando el lugar de trabajo” (Unión Sindical de Madrid, 2002; p. 8).

Algunos comportamientos del acoso psicológico en el trabajo son: a) impedir que la víctima se comunique tanto con el acosador como con los compañeros; b) no asignarle tareas o asignarle actividades imposibles de cumplir en los tiempos fijados; c) evaluar siempre sus trabajos de forma negativa; d) atacar su vida privada y/o sus características personales (raza, género, discapacidades) y e) amenazarla verbalmente a través de gritos e insultos.

La Unión Sindical de Madrid (op. cit.) refiere que tras el hostigamiento se disparan los mecanismos de alerta de la víctima, apareciendo una hipervigilancia permanente, donde la persona está alerta ante cualquier estímulo exterior que pueda generarle la más mínima sospecha de agresión. Esta hipervigilancia ocasiona alteraciones en los hábitos de sueño y alimentación, y debido a esto la persona comienza a disminuir su rendimiento en el trabajo.

Otras consecuencias del *mobbing* son: la agravación de problemas previos (enfermedades y trastornos diversos), miedo acentuado y continuo, estado constante de ansiedad, sentimientos de fracaso, impotencia y frustración, dificultades de concentración, pesadillas donde se reviven los acontecimientos de forma sistemática, somatizaciones múltiples y abuso de sustancias.

Entre los trastornos más comunes que las personas afectadas pueden desarrollar se encuentran: el Trastorno de Estrés Postraumático, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno depresivo mayor.

2.2 Consecuencias individuales.

Las reacciones a los eventos traumáticos son respuestas normales ante situaciones anormales. Nada puede preparar a una persona ante los sucesos traumáticos, y no existe la forma de predecir que tan funcional o disfuncionalmente reaccionará un individuo ante tales eventos. (Wainrib y Bloch, 2001).

Para referir las reacciones más comunes ante un suceso traumático, sería útil considerar el concepto de crisis, el cual hace referencia a “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo” (Slaikeu, 2000; p. 16).

Horowitz (1976, citado en Slaikeu, op. cit.; p. 24) propuso un modelo para describir las etapas de la crisis y las reacciones emocionales de las personas ante un hecho amenazante. En este modelo, la reacción inicial es el desorden, que conduce lo mismo a la *negación* que a la *intrusión.* Posteriormente viene la etapa de *translaboración* y por último la de *terminación*.

“La negación conduce al amortiguamiento del impacto. Puede acompañarse de un entorpecimiento emocional, en no pensar en lo que pasó, o la planeación de actividades como si nada hubiera pasado.

La intrusión incluye la abundancia involuntaria de ideas de dolor por los sentimientos acerca del suceso, sea una pérdida o alguna otra tragedia. Las pesadillas recurrentes u otras preocupaciones e imágenes de lo que ha pasado son características de esta etapa.

Translaboración es el proceso en el que se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis. Algunos individuos progresan y translaboran estos sentimientos y experiencias naturalmente, en tanto que otros lo hacen únicamente con ayuda externa.

La terminación es la etapa final de la experiencia de crisis y conduce a una integración de la misma dentro de la vida del individuo. El suceso ha sido enfrentado, los sentimientos y pensamientos se han identificado y expresado y la reorganización ha sido consumada o iniciada.” (Slaikeu, op. cit.; p. 25).

Wainrib y Bloch (op. cit.) desarrollaron el concepto de *respuesta de crisis general* para dar cuenta de las reacciones que comúnmente presentan los individuos ante las crisis o los eventos traumáticos. En este concepto se concibe a la crisis como algo universal y al trauma como algo particular. Las autoras explican que al decir que la crisis es universal se refieren a que todas las personas somos susceptibles de experimentar alguna o muchas crisis de desarrollo o

circunstanciales; y que el trauma es algo particular en el sentido de que cualquier crisis porta consigo el potencial de peligro y oportunidad. El concepto de *respuesta de crisis general* permite individualizar el trauma, y dar cuenta de la respuesta única y particular de las personas que experimentaron un suceso traumático.

"La respuesta de crisis general es evocada por una situación inesperada y posee las siguientes características:

1. A nivel cognitivo: se ven desbordadas las habilidades de resolución de problemas y los mecanismos de afrontamiento.

2. A nivel psicológico: el estado temporal de shock puede ser seguido por negación, confusión, temor, terror, tristeza, aplanamiento emocional, incredulidad, excitabilidad e inquietud. Estas reacciones pueden alterar el equilibrio psicológico del individuo.

3. A nivel fisiológico: pueden presentarse reacciones de stress general tales como los cambios en el ritmo cardiaco, la respiración y una sudoración excesiva…" (Wainrib y Bloch, op. cit.; p. 35).

Aunque estas reacciones suelen ser comunes en las personas que han experimentado un evento traumático, también es importante considerar las diferencias individuales, ya que cada persona reaccionará según su historia previa, su edad, su estabilidad emocional anterior, su autoestima y otros recursos personales e interpersonales, como el apoyo familiar, comunitario e institucional.

Si la dinámica de estos factores favorece a la persona, ésta podrá translaborar el suceso traumático, integrarlo a su vida y trascender a sus efectos. En caso contrario, es muy probable que las consecuencias del suceso traumático tiendan a cronificarse, haciendo que la persona desarrolle Estrés Postraumático y otros trastornos asociados.

La exposición a un evento traumático tiene consecuencias en todas las áreas de la vida de la persona. Para determinar la respuesta única de un individuo ante un evento traumático, resulta útil retomar el Perfil de la personalidad CASIC, desarrollado por Slaikeu (2000) y que considera los aspectos conductuales, afectivos, somáticos, interpersonales y cognoscitivos del funcionamiento de la persona, para hacer una evaluación del impacto del suceso traumático en diversas áreas del desarrollo.

a) Funcionamiento CASIC.

Slaikeu (op. cit.) considera que la Teoría General de los Sistemas desarrollada por Ludwing von Bertalanffy, ayuda a comprender las crisis y proporciona un trasfondo para pensar en el proceso de intervención, ya que la teoría propone que se debe observar el contexto en el que vive la persona poniendo especial atención a las interacciones entre el individuo, la familia y la comunidad. De esta forma, se considera que es la dinámica entre la persona y su medio inmediato lo que puede ayudar a determinar no sólo el inicio de una crisis sino su duración y las consecuencias que tendrá.

Para dar cuenta del impacto de un suceso precipitante o traumático en diversas áreas del desarrollo, Slaikeu (op. cit.) propone que se considere a la persona como un sistema, cuyo funcionamiento CASIC (Ver anexo 1) incluye cinco subsistemas: Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognoscitivo. El autor comenta que el estado de crisis se caracterizará por la desorganización o desequilibrio en uno o más de estos subsistemas.

La evaluación de las consecuencias de un evento traumático a través del funcionamiento CASIC, resulta útil no sólo para determinar el impacto del suceso en las distintas áreas del desarrollo, sino también para diagnosticar el Trastorno de Estrés Postraumático, al determinar la presencia de sus signos y síntomas en cada uno de los subsistemas.

Al respecto, para dar cuenta de las consecuencias individuales del Estrés Postraumático, Alcántara et al. (2005; pp. 13-14) agrupan los signos y los síntomas de este trastorno en cuatro tipos de respuestas:

**Respuestas Emocionales**

- Shock: ansiedad, movimiento constante o respuesta emocional "apagada".
- Negación: incapacidad para aceptar e incluso negar el trauma.
- Disociación: apatía y sensaciones de irrealidad.
- Otras reacciones pueden incluir: pánico, miedo, sentimientos intensos de soledad, desesperanza, desamparo, horror, terror, coraje, hostilidad, irritabilidad, depresión, pena, vergüenza y sentimientos de culpa.

**Respuestas Cognoscitivas**

- Disminución de la concentración, confusión y desorientación.
- Dificultad para tomar decisiones.
- Atención disminuida, sugestibilidad y vulnerabilidad.
- Dificultad para memorizar.
- Culpabilizarse o culpar a otros.
- Auto-eficacia disminuida, pensamientos de pérdida de control.
- Hipervigilancia.
- Pensamientos perseverantes del episodio traumático.

**Respuestas Conductuales**

- Evitación, distanciamiento, incomunicación.
- Cambios en el lenguaje.
- Conductas regresivas.

- Inquietud exagerada.
- Conductas antisociales.
- Caminar sin rumbo, “arraigo” exagerado.

**Respuestas Fisiológicas**

- Latidos cardiacos acelerados.
- Presión arterial elevada.
- Dificultad para respirar.
- Síntomas de Shock*
- Dolor en el pecho.
- Palpitaciones cardiacas*
- Dolores y tensión muscular.
- Otras como: fatiga, desmayo, cara enrojecida, palidez, temblores, sudoración, sed, mareo, vértigo, hiperventilación, dolor de cabeza, rechinido de dientes, movimientos intestinales.

Para seguir dando cuenta de la gama de consecuencias individuales que puede generar la exposición a un evento traumático, a continuación se describirán algunos trastornos que con frecuencia son comórbidos con el Estrés Postraumático.

b) Síndrome de la mujer maltratada.

Además del Estrés Postraumático, las mujeres víctimas de violencia familiar o de pareja, pueden desarrollar el síndrome de la mujer maltratada, que fue formulado para describir las secuelas psicológicas de la violencia doméstica.

---

*Ameritan atención médica rápida

“Al parecer, las mujeres maltratadas se adaptan a la situación aversiva e incrementan su habilidad para afrontar los estímulos adversos y minimizar el dolor. Presentan distorsiones cognitivas como la minimización, negación o disociación, que les permiten conseguir soportar los incidentes de maltrato agudo“ (Walker, 1989; citado en Rincón, 2003; p. 31).

Las mujeres maltratadas desarrollan la mayoría o todos los síntomas del Estrés Postraumático, por lo que Rincón (op. cit.) refiere que se ha llegado a proponer que deje de usarse el diagnóstico de síndrome de la mujer maltratada y en su lugar se hable sólo de Trastorno de Estrés Postraumático. Sin embargo, la autora también comenta que los defensores del síndrome plantean que éste es mucho más complejo que el Estrés Postraumático, ya que las personas no sólo experimentan los síntomas de este trastorno, sino también sentimientos de culpa, depresión, rabia, baja autoestima y otros problemas como disfunciones sexuales y conductas adictivas.

En esta tesis se considera el síndrome de la mujer maltratada como un trastorno comórbido con el Estrés Postraumático, ya que si bien algunos de sus síntomas se solapan con los de éste último, también posee características que se refieren específicamente a las consecuencias emocionales de la violencia familiar o de pareja.

c) Síndrome post violación o Síndrome del Trauma de la Violación.

Este síndrome se refiere al conjunto de reacciones emocionales que experimenta una víctima de violación, y se caracteriza por una fase aguda de desorganización y una fase de reorganización a más largo plazo. (Trujano, 1992).

La fase aguda comprende la reacción de impacto, que suele ser severo y se expresa en sentimientos de shock o incredulidad. La siguiente reacción de esta fase comprende las respuestas somáticas y alteraciones genitourinarias (dolores

y/o infecciones), y finalmente se presentan las reacciones emocionales como miedo, desconcierto, ira, vergüenza, sentimientos de culpa, confusión y otras.

La fase de reorganización se caracteriza por un incremento de las conductas autoprotectivas, como cambiar de domicilio, de número telefónico o estrechar las relaciones familiares. En esta fase también son frecuentes las pesadillas o las imágenes recurrentes sobre el evento traumático, así como el desarrollo de fobia y conductas de evitación a los espacios abiertos o cerrados, a la calle o a la propia casa dependiendo de las características de la agresión. También se presentan miedos sexuales, ya que algunas mujeres no toleran las caricias de ningún hombre, ni siquiera de sus parejas.

En cuanto a la comorbilidad del síndrome del trauma de la violación con el Estrés Postraumático podemos decir que ésta es bastante frecuente, ya que como mencionan Echeburúa y Corral (1997) las víctimas de violación suelen ser la población más afectada por el Trastorno de Estrés Postraumático.

d) Síndrome del niño maltratado.

Herrada-Huidobro, Nazar-Beutelspacher, Cassaball, Vega y Nava-Cruz (1992) refieren que según la Organización Mundial de la Salud el síndrome del niño maltratado es "toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido abuso sexual al niño por parte de sus padres, representantes legales o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo".

Este síndrome hace referencia al conjunto de consecuencias físicas, emocionales e interpersonales del maltrato infantil, tales como lesiones, hematomas, contusiones, quemaduras, sentimientos de miedo, tristeza, culpa, menor competencia social, menor rendimiento académico, aislamiento social y conductas agresivas entre otras.

Cuando el maltrato infantil es severo y constante, los signos y síntomas del Estrés Postraumático se pueden sumar al síndrome del niño maltratado, ya que la situación de maltrato es percibida por el niño como una amenaza a su vida, respondiendo con un miedo, desesperanza y horror intensos.

e) Síndrome del sobreviviente.

Una de las consecuencias emocionales de los desastres naturales y provocados por el hombre es el Síndrome del sobreviviente, descrito en 1976 por Lifton y Olson en términos de cinco categorías. (Slaikeu, 2000).

La primera categoría es la huella de la muerte y la ansiedad por ésta; en ella aparecen imágenes recurrentes y recuerdos sobre el desastre, así como pesadillas o pensamientos sobre la muerte.

La segunda categoría es la de la culpa por haber sobrevivido, la persona se autocondena por no haber podido rescatar a otros y por estar vivo mientras que los demás murieron.

La disminución del sentido del tacto, la apatía y el aislamiento constituyen la tercera categoría; mientras que el deterioro de las relaciones humanas y la lucha interior para encontrar una formulación cognoscitiva del significado del desastre, se refieren a la cuarta y quinta categorías del Síndrome del sobreviviente.

f) Síndrome de Estocolmo.

El 23 de agosto de 1973 dos delincuentes armados entraron en un banco de Estocolmo, Suecia y tomaron cuatro rehenes, tres mujeres y un hombre, quienes permanecieron cautivos y atados con dinamita durante cinco días hasta que fueron rescatados. Al momento de la liberación un periodista fotografió el instante en que una de las rehenes se besaba con uno de los ladrones, y este

hecho sirvió para bautizar como “síndrome de Estocolmo” al vínculo afectivo que los rehenes pueden llegar a establecer hacia sus captores.

El síndrome de Estocolmo se considera una de las múltiples respuestas emocionales que puede presentar una víctima de secuestro, esto a raíz de la vulnerabilidad y extrema indefensión que produce el cautiverio. Meluk (1998b) refiere que cuando alguien está retenido en contra de su voluntad, y permanece por un tiempo sólo en compañía de sus captores, puede desarrollar para sobrevivir una corriente afectiva hacia ellos, la cual puede ser voluntaria y conciente o de identificación inconciente con los captores.

En el primer caso, el secuestrado presenta actitudes de complacencia, comportamientos condescendientes e incluso recurre a la simulación de enfermedades o exageración de las ya existentes, esto para manipular a los secuestradores y conseguir un trato más considerado. Meluk (1998b) afirma que estas conductas y actitudes fingidas son comportamientos al servicio de la supervivencia, y que tienen un sentido de ataque y no de sometimiento. El autor menciona que una vez en libertad y terminada la amenaza a su vida, las personas se refieren negativamente a sus secuestradores, lo que significa que todo el tiempo tuvieron conciencia del daño y de la agresión de que fueron objeto.

Por el contrario, cuando la víctima de un secuestro expresa simpatía o complacencia hacia los secuestradores sin el objetivo deliberado de obtener un mejor trato o preservar su vida, aparece el síndrome de Estocolmo, el cual funciona como un mecanismo inconciente que ayuda a la persona a negar el peligro o la amenaza de la situación. Los expertos en el tema aseguran que para que se desarrolle el síndrome de Estocolmo la persona no debe sentirse agredida, maltratada o violentada por sus secuestradores, por lo que llega incluso a simpatizar con las actitudes, creencias o comportamientos de sus captores asumiéndolos como propios. Para diagnosticar este síndrome las manifestaciones de agradecimiento y aprecio de la víctima hacia los secuestradores deben

prolongarse a lo largo del tiempo, aún cuando la persona ya se encuentra integrada a su rutina y ha tomado distancia de la posibilidad de morir.

El síndrome de Estocolmo puede encontrarse también en las relaciones familiares, románticas o interpersonales, donde el que maltrata puede ser el esposo, la esposa, el novio, el padre, la madre o cualquier persona que además tenga una posición de poder o autoridad. (Carver, 2006). Algunos signos y síntomas del síndrome de Estocolmo son los siguientes:

- Sentimientos positivos de la víctima hacia el abusador/controlador.
- Sentimientos negativos de la víctima hacia familiares, amigos, o autoridades que tratan de rescatarlos o apoyarlos en su liberación.
- Apoyo a las conductas y sentimientos del abusador.
- Sentimientos positivos del abusador hacia la víctima.
- Conductas de apoyo de la víctima, a veces ayudando al abusador.
- Incapacidad para llevar a cabo comportamientos que podrían ayudarla en su liberación o desapego.

g) Otros trastornos vinculados.

*Depresión.*

La depresión mayor es uno de los trastornos que con más frecuencia se asocia con el Estrés Postraumático. Según el DSM-IV-TR, sus signos y síntomas son: 1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del tiempo; 2) pérdida de la capacidad para el placer en todas o en casi todas las actividades; 3) pérdida importante de peso; 4) insomnio o hipersomnia; 5) agitación o enlentecimiento psicomotor; 6) fatiga o pérdida de energía; 7) sentimientos de culpa o de inutilidad excesivos; 8) dificultad para concentrarse, pensar y tomar decisiones y 9) pensamientos recurrentes de muerte y/o ideación suicida.

Ante un evento traumático es común que se desencadene un cuadro depresivo, que puede mantenerse por ciertos factores tales como la sensación de indefensión, sentimientos de culpa, pérdida progresiva de autoestima, aislamiento social, etcétera.

*Trastornos de ansiedad.*

El trastorno obsesivo-compulsivo, la crisis de angustia (ataque de pánico) y la agorafobia son los trastornos de ansiedad que con más frecuencia se asocian al Estrés Postraumático. A continuación se refieren los signos y síntomas de estos trastornos según el DSM-IV-TR.

El trastorno obsesivo-compulsivo implica obsesiones y compulsiones que resultan excesivas o irracionales. Las obsesiones consisten en pensamientos, imágenes e impulsos persistentes, intrusos e inapropiados, que causan ansiedad y un malestar significativo. Las compulsiones se definen como comportamientos o actos mentales que tienen como objetivo la prevención o la reducción del malestar o ansiedad experimentados; sin embargo estos comportamientos o actos mentales no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar y resultan claramente excesivos.

La crisis de angustia o ataque de pánico consiste en una aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, que suelen estar acompañados de cuatro o más de los siguientes síntomas: 1) palpitaciones; 2) sudoración; 3) temblores o sacudidas; 4) sensación de ahogo o falta de aliento; 5) sensación de atragantarse; 6) opresión o malestar torácico; 7) náuseas o molestias abdominales; 8) inestabilidad, mareo o desmayo; 9) sensación de irrealidad o despersonalización; 10) miedo a perder el control o volverse loco; 11) miedo a morir; 12) sensaciones de entumecimiento u hormigueo y 13) escalofríos o sofocaciones.

La agorafobia consiste en la aparición de ansiedad al encontrarse en situaciones o lugares donde escapar puede resultar difícil, o bien donde no se pueda recibir ayuda en caso de una crisis de angustia inesperada. Las crisis aparecen en situaciones características tales como estar solo fuera de casa, pasar por un puente o mezclarse con la gente. Las personas con este trastorno evitan situaciones que les pudieran generar un malestar o ansiedad significativos, ya que temen que eso les pueda desencadenar una crisis de angustia o síntomas similares.

*Abuso o dependencia de sustancias.*

El abuso de alcohol y drogas es muy frecuente entre las personas que padecen Estrés Postraumático. Cuando el abuso o dependencia de sustancias aparece luego de haber experimentado un evento traumático, es muy probable que consista en un intento por controlar la ansiedad y las consecuencias emocionales del acontecimiento. El DSM-IV-TR refiere que las personas con este trastorno presentan un consumo recurrente y continuado de alcohol y/o drogas, además de una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir el efecto deseado. La dependencia de sustancias puede ser fisiológica (donde hay signos de tolerancia o abstinencia) o emocional, y su consumo continúa a pesar de tener problemas familiares, sociales y laborales.

*Ideación suicida o suicidio.*

La ideación suicida o el suicidio en personas con Estrés Postraumático se explicaría como la única alternativa que creen tener para acabar con su intenso sufrimiento. Algunos factores de riesgo para el suicidio son el aislamiento emocional, la falta de redes de apoyo, el no contar con apoyo terapéutico especializado y la presencia de otros trastornos, tales como la depresión mayor o el abuso de sustancias.

*Síndrome de Adaptación Paradójica.*

Este síndrome es una aplicación del llamado síndrome de Estocolmo al ámbito de la violencia doméstica, y consiste principalmente en la descripción de las progresivas consecuencias del maltrato. Sin embargo, el Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica (SAPVD), también permite entender por qué las víctimas de violencia familiar permanecen tantos años en la situación de maltrato, y por qué en muchos casos justifican y protegen a su agresor.

"Así, se describe el SAPVD como un conjunto de procesos psicológicos que por medio de la respuesta cognitiva, conductual y fisiológica-emocional, culmina en el desarrollo de un vínculo interpersonal de protección entre la víctima y el agresor, en un contexto traumático y de restricción estimular, con el objetivo de recuperar la homeostasis fisiológica y el equilibrio conductual, así como proteger la integridad psicológica de la víctima." (Montero, 2001; citado en Rincón, 2003; p. 32).

El síndrome tiene cuatro fases: desencadenante, de reorientación, de afrontamiento y de adaptación.

*Fase desencadenante:* las primeras agresiones por parte de la pareja rompen la seguridad, confianza y expectativas que la mujer había depositado en la relación, lo que desencadena un patrón general de desorientación, confusión, reacciones ante el estrés que suelen cronificarse y depresión.

*Fase de reorientación:* la mujer trata de evaluar el por qué de las agresiones y es común que se autoculpe de la situación, entrando a un estado de indefensión y resistencia pasiva. Al sentimiento de culpa se le suma la vergüenza, debido a que el agresor es alguien que la mujer eligió para compartir su vida. (Rincón, op. cit.).

*Fase de afrontamiento:* la habilidad de la mujer para evaluar adecuadamente sus recursos para enfrentar el problema se ve distorsionada. Es común que carezca de vías para expresar sus emociones, por lo que se incrementan los sentimientos de culpa y vergüenza al tiempo que disminuye la autoestima. El estrés producto del maltrato se cronifica y presenta embotamiento emocional y reducción de la sensibilidad.

*Fase de adaptación:* la mujer se adapta paradójicamente al maltrato de su agresor, asumiendo que nada puede hacer para detener las agresiones. Aún así, la mujer "protege su autoestima, desplazando su culpa hacia quienes el agresor ha declarado sus enemigos o responsables de la situación. De este modo la mujer establece una relación de alianza con su pareja para intentar afrontar, paradójicamente, la espiral de agresiones. Únicamente se aceptan los aspectos positivos del agresor filtrándose los negativos." (Rincón, op. cit.; p. 33). El SAPVD se consolida cuando la mujer asume como propio el modelo mental explicativo de su agresor acerca de la situación de violencia y lo que la origina.

2.3 Impacto social.

Un evento traumático está considerado siempre como un suceso especialmente destructivo en la vida de los individuos, familias y comunidades afectadas. (Wainrib y Bloch, 2001).

Las consecuencias de un evento traumático no sólo afectan a la víctima inmediata, sino a las personas que la rodean y a la comunidad de la que forma parte, ya que "Hoy, además del dolor que experimentamos en nuestras propias vidas, los medios de comunicación nos confrontan diariamente con los traumas de muchas otras personas y así, nos afectan la violencia y los desastres que sufren otros seres humanos" (Mathes, 2002; p. 1).

De acuerdo con lo anterior se puede decir que la persona con Estrés Postraumático *sufre* física, psicológica y socialmente a consecuencia del evento traumático, por lo que es muy probable que presente dificultades de funcionamiento en los distintos ámbitos en los que se desenvuelve tales como la familia, la escuela, el trabajo y la comunidad.

a) Familia.

El Estrés Postraumático afecta significativamente las relaciones familiares de la persona que lo padece, ya que los signos y síntomas del trastorno provocan un alto nivel de tensión y ansiedad en los familiares, quienes muchas veces no saben cómo actuar y cómo dar apoyo y contención a la persona que vivió un evento traumático.

La reexperimentación del evento traumático a través de imágenes o pensamientos intrusos, provoca gran malestar emocional en la persona afectada, por lo que comienza a evitar situaciones que le recuerden el suceso traumático. De esta forma, abandona actividades que antes disfrutaba y le resultaban placenteras, como salir de compras o de paseo con la familia. Estas conductas de evitación suelen llevar a la persona al aislamiento físico y emocional, lo que propicia una sensación de desapego y desinterés hacia los demás y facilita el desarrollo de otros trastornos, como la depresión, el abuso o dependencia de sustancias y la ideación suicida.

Las personas con Estrés Postraumático presentan variaciones en el estado de ánimo y dificultad para controlar sus sentimientos, por lo que es común que se tornen irritables y descarguen sus sentimientos de rabia en las personas más cercanas, generalmente los familiares, quienes no saben cómo actuar e incluso pueden llegar a albergar sentimientos de enojo e impotencia.

Otras consecuencias del Estrés Postraumático son las modificaciones en los roles, en la toma de decisiones y en la comunicación familiar, principalmente porque la persona con Estrés Postraumático suele sentirse vulnerable y frágil, incapaz de asumir las responsabilidades o funciones que tenía antes del evento traumático, por lo que la familia debe encontrar formas de asumir temporal o definitivamente esas responsabilidades.

La principal función de la familia en casos de Estrés Postraumático, será la de generar nuevos recursos y habilidades para trascender a los efectos del evento traumático y brindar cuidados, comprensión y apoyo a la persona afectada para que consiga su recuperación individual.

b) Escuela.

Un evento traumático ocasiona en los niños y adolescentes un impacto significativo que perjudica su desarrollo normal y su desenvolvimiento en áreas importantes de la vida.

El desempeño académico es una de las áreas más afectadas en la vida de los niños y adolescentes con Estrés Postraumático, ya que muchos de ellos, al experimentar un miedo persistente, se niegan a separarse de sus padres para asistir a la escuela.

En otros casos, las calificaciones de los niños se ven perjudicadas por algunos signos y síntomas del Estrés Postraumático, tales como la disminución de la concentración, la atención disminuida y la dificultad para memorizar. Por otro lado, las conductas regresivas y de evitación, así como el aislamiento social y los sentimientos de irritabilidad perjudican sus relaciones con los compañeros, y hacen más difícil su manejo conductual y emocional por parte de los maestros.

c) Trabajo.

Medina-Mora et al. (2005) realizaron una investigación para reportar el índice de exposición a diferentes sucesos violentos, los correlatos demográficos, la prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático y el impacto sobre la calidad de vida en una muestra representativa de la población mexicana urbana.

Con el fin de evaluar el impacto social del Estrés Postraumático los autores pidieron a la población afectada por este trastorno que indicara, en una escala de 0 a 10, el grado de dificultad que habían tenido para desempeñarse en el hogar, el trabajo, las relaciones interpersonales y la vida social; los resultados de esta evaluación sugirieron que las personas evaluadas presentaron dificultad, de moderada a severa, en todas las esferas de la vida,

En cuanto al área laboral, se les preguntó a las personas cuántos días habían sido totalmente incapaces de trabajar debido a sus reacciones al suceso violento, encontrando que el total de días con discapacidad fue de 21.4 por persona, lo que implicó importantes pérdidas económicas para la persona y para la sociedad.

Entre los signos y síntomas que afectan de forma más significativa el desempeño laboral se encuentran: disminución de la concentración, dificultad para tomar decisiones, pensamientos perseverantes del suceso traumático, conductas de hipervigilancia, inquietud exagerada y respuestas fisiológicas como fatiga, mareos, dolor de cabeza, presión arterial elevada y otras. Además, algunos trastornos comórbidos como la depresión, la agorafobia y el abuso de sustancias suelen ocasionar ausentismo laboral, lo que pone en riesgo la estabilidad económica de la persona y de su familia.

d) Comunidad.

Los desastres naturales, la pobreza permanente, la violencia en el hogar, el abuso sexual, las torturas, los asesinatos y las guerras son ejemplos de sucesos traumáticos que tienen consecuencias emocionales negativas, tanto a nivel individual como a nivel comunitario.

Ibáñez (2003) habla de *trauma psicosocial* para referirse a la exposición repetitiva y sistemática de poblaciones o comunidades enteras a eventos traumáticos. En el caso de las guerras civiles, este autor menciona que el daño a la población es significativo, ya que éstas provocan un deterioro en la economía así como la destrucción de escuelas, hospitales y otras instituciones, por lo que un gran número de personas quedan desprotegidas y sin atención.

Algunos eventos traumáticos suelen dejar niños y adolescentes huérfanos, familias desintegradas, mujeres víctimas de abusos físicos y sexuales y hombres víctimas o perpetradores de actos violentos; y las secuelas de estos traumas se reflejan en relaciones sociales disfuncionales, violentas e incluso deshumanizadoras, las cuales perpetúan el trauma psicosocial.

Al respecto, Mathes (2002) opina que ante el trauma psicosocial, la comunidad es la clave para sanar ese trauma, ya que la solidaridad de un grupo brinda protección del terror y del desconsuelo que se experimenta a nivel individual. La autora refiere que es muy común que luego de un evento traumático, los sobrevivientes aprendan que su sentido de humanidad, su sentido de sí mismos y de su propio valor dependen de sentir conexión con los demás. Un ejemplo de esto fue la solidaridad civil que surgió luego del terremoto de 1985 en la Ciudad de México, donde miles de personas se improvisaron como brigadistas para rescatar a los sobrevivientes atrapados en los escombros, mientras que otros recolectaban ayuda, distribuían agua y comida, vacunaban, preservaban cadáveres y prestaban atención psicológica a las víctimas durante la emergencia.

## 2.4 Aspectos legales.

Algunos eventos que suelen desencadenar Estrés Postraumático son considerados delitos en el Código Penal de nuestro país. La violencia familiar, la violación, el secuestro y la tortura constituyen acciones penadas por la ley, que ocasionan en la víctima un *daño*, el cual se entiende como “la violación de uno o varios de los derechos subjetivos que integran la personalidad jurídica de un sujeto, producida por un hecho voluntario, que engendra a favor de la persona agraviada el derecho de obtener una reparación del sujeto a quien la norma imputa el referido hecho, calificado de ilícito” (Brebbia, 1998; p. 53).

En el ámbito legal los derechos subjetivos son la expresión de los atributos de la personalidad; la vida, la integridad física, la salud y la libertad son ejemplos de derechos subjetivos, y la persona tiene la facultad de exigir de otra y de otras personas una determinada conducta, que no lesione y que respete esos bienes personales, que forman en conjunto lo que la persona *es.*

Los bienes personales constituyen los llamados derechos *inherentes a la personalidad,* y el perjuicio o menoscabo a cualquiera de los bienes personales de un individuo implica la violación de un derecho, y por consecuencia un *daño moral.*

Los derechos inherentes de la personalidad se integran por dos aspectos: el *objetivo* y el *subjetivo.* El aspecto *objetivo* incluye los siguientes bienes personales: el honor, el nombre, la honestidad, la libertad de acción, la autoridad paterna y la fidelidad conyugal. Por otro lado, el aspecto *subjetivo* incluye bienes personales tales como: afecciones legítimas, integridad física, intimidad, derecho moral del autor sobre su obra y el valor de afección de ciertos bienes patrimoniales. (Brebbia, op. cit.).

A continuación consideraremos solamente el *daño moral producido por ataque a la seguridad personal e integridad física de las personas*, ya que los

sucesos que comúnmente desencadenan Estrés Postraumático tales como la violencia familiar, la violación, el secuestro y la tortura, son actos ilícitos que violan los derechos inherentes a la persona, atentando contra su seguridad, su integridad física y su vida.

El derecho a la seguridad de las personas se entiende como “la facultad que posee todo sujeto de que su persona no sea expuesta por el acto de otra a riesgos o peligros” –mientas que- “el derecho a la *integridad física* es una expresión concreta del anterior y consiste solamente en la facultad que tienen las personas de mantener incólume su cuerpo y salud” (Brebbia, op. cit.; p. 255).

Una lesión en el cuerpo o salud de la persona implicará necesariamente un daño a la seguridad de la misma, y ocasionará un innegable *daño moral.* Brebbia (op. cit.) refiere que lo que subyace al daño moral ocasionado por una lesión recibida en el cuerpo o la salud es el *dolor físico o moral*, consistente en el miedo, la angustia y la vergüenza ocasionados a la víctima.

Bobes et al. (2000) refieren que el Estrés Postraumático posee gran importancia desde el punto de vista pericial, ya que se considera dentro del grupo de enfermedades que tienen que ver con el *dolor o daño psíquico* que se produce cuando es lesionado uno de los derechos inherentes a la personalidad.

Cuando surge la perspectiva legal del daño psíquico está la posibilidad de una reparación o indemnización, para lo cual debe demostrarse que la violación a alguno de los derechos inherentes a la personalidad fue consecuencia de una acción voluntaria e ilícita, y que la misma fue llevada a cabo por una persona distinta a la víctima. De esta forma, con la *reparación* o *indemnización* se pretende “restaurar al sujeto pasivo del agravio al estado de cosas anterior a la comisión del mismo; pero, este fin primordial y último de la reparación no siempre puede ser cumplido en toda su perfección. En la mayor parte de las veces el Derecho no

puede borrar en forma total los efectos dañosos del hecho ilícito y sólo trata de compensar, ó de atenuar los mismos" (Brebbia, op. cit.; p. 78).

En los casos en los que no es posible colocar a la persona en la situación o estado anterior al hecho ilícito, la norma jurídica busca *compensar* el perjuicio, llevando a la persona a una situación parecida a la que tenía antes del delito, mediante la entrega de una suma de dinero o indemnización. De esta forma, la reparación toma el nombre de *reparación por equivalencia,* que "trata únicamente de *atenuar* en lo posible tales consecuencias agravantes, acordando a la víctima una indemnización para que con la misma pueda procurarse bienes (materiales e inmateriales) que *compensen* la desaparición de los destruidos o menoscabados" (Brebbia, op. cit.; p. 194).

Cuando los daños ocasionados no pueden ser evaluados adecuadamente en dinero, pues éstos consisten en violaciones a los derechos inherentes a la personalidad, se dice que la reparación por equivalencia jugará un rol de *satisfacción.*

Para que exista la posibilidad de una reparación o indemnización en los casos donde se argumenta Estrés Postraumático, es necesaria una evaluación cuidadosa, donde el perito describa las características del trastorno teniendo en cuenta dos posibilidades: la posibilidad de que la persona evaluada esté simulando el trastorno y la posibilidad de que la persona esté exagerando los síntomas para obtener la indemnización. (Bobes et al., op. cit.). Más adelante, en el quinto capítulo de esta tesis, se describirán con detalle las cuestiones que el perito debe responder en un caso donde se argumente Estrés Postraumático.

## 2.5 Investigación reciente en Estrés Postraumático.

Rincón (2003) refiere que actualmente no existe acuerdo en cuanto a los grupos de síntomas que constituyen el Trastorno de Estrés Postraumático, ya que aunque los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-IV-TR son los más difundidos, muchos investigadores señalan que la estructura sintomática que establece este manual no es la más adecuada para describir el trastorno.

Al respecto, estos investigadores plantean diversos modelos factoriales, que buscan, en su opinión, una descripción más adecuada de la estructura del trastorno. Estos modelos clasifican los síntomas en cuatro dimensiones: a) Reexperimentación, b) Evitación, c) Embotamiento afectivo, y d) Hiperactivación; o en dos dimensiones: a) Reexperimentación y evitación, y b) Hiperactivación y embotamiento afectivo.

En cuanto al modelo de cuatro dimensiones, Rincón (op. cit.) opina que los estudios realizados para comprobarlo sugieren que éste representa de manera más aceptable y adecuada la estructura factorial del Estrés Postraumático. En este modelo, los síntomas se distribuyen por los factores según lo planteado por el DSM-IV-TR para los grupos sintomáticos de reexperimentación e hiperactivación, sin embargo los síntomas de evitación se dividen en dos: a) Evitación: evitación de pensamientos, sentimientos, conversaciones, lugares y personas, y b) Embotamiento afectivo: el resto de los síntomas considerados de evitación en el DSM-IV-TR.

En el modelo de dos dimensiones, la investigación al respecto sugiere que la reexperimentación da paso a los síntomas de evitación y que la hiperactivación lleva al embotamiento afectivo.

Para muchos investigadores, estos resultados sugieren que el modelo que agrupa en cuatro dimensiones los síntomas del trastorno, es empíricamente

superior a otros modelos y a los grupos de síntomas descritos por el DSM-IV-TR. Además, todos los modelos planteados en los últimos años coinciden en separar los síntomas de evitación y los de embotamiento afectivo, ya sea en factores independientes o en relación con otros. (Rincón, op. cit.).

A partir de estos nuevos hallazgos, esta autora opina que sería posible la existencia de subtipos de Estrés Postraumático, con personas que tuvieran distintas combinaciones de síntomas, o bien ocurriría que se llegue a un diagnóstico más restrictivo, en el que los síntomas de evitación y de embotamiento afectivo se requieran para considerar que una persona presenta Estrés Postraumático. Sin embargo, aún queda mucha investigación al respecto, antes de lograr un consenso en cuanto a la forma más adecuada de describir la estructura del trastorno, y actualmente son los criterios del DSM-IV-TR los más difundidos y aceptados.

*Otros hallazgos clínicos.*

Bobes et al. (2000) refieren que algunos estudios con veteranos de guerra y mujeres que habían experimentado abusos sexuales en la infancia, encontraron que las personas con Estrés Postraumático presentaban una puntuación de signos neurológicos menores significativamente más alta que las personas que no habían desarrollado el trastorno, por lo que éstos estudios han planteado la hipótesis del compromiso neurológico como un factor de vulnerabilidad para el desarrollo del Estrés Postraumático.

En cuanto a la sintomatología del trastorno, además de las alteraciones del sueño que se mencionan en los criterios B y D del DSM-IV-TR (pesadillas y dificultades para conciliar o mantener el sueño); los estudios en laboratorios del sueño con veteranos de guerra han encontrado otra serie de alteraciones relacionadas con un grado de activación excesivo, tales como un aumento de los movimientos corporales y alteraciones respiratorias durante el sueño.

De acuerdo con lo expuesto en este capítulo, se puede decir que los eventos que suelen desencadenar con más frecuencia el Trastorno de Estrés Postraumático son aquellos que: 1) implican una amenaza para la vida o la integridad física y 2) fueron ocasionados por el ser humano, y su conducta fue voluntaria y con la intención de dañar.

El Estrés Postraumático afecta todas las áreas del desarrollo de la persona (conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognitiva), y con frecuencia es comórbido con otros trastornos, lo que puede llegar a dificultar la recuperación del individuo. Sin embargo, la dinámica positiva de factores tales como: la historia previa de la persona, su edad, su estabilidad emocional anterior, autoestima, apoyo familiar y social entre otros, puede facilitarle la expresión de pensamientos y sentimientos relacionados con el evento traumático, lo que le permitirá integrarlo a su vida y trascender a sus efectos.

Los últimos hallazgos en el campo del Trastorno de Estrés Postraumático nos indican que aún queda mucha investigación por hacer, tanto para lograr un consenso en cuanto a sus criterios diagnósticos, como para comprobar la eficacia de varias técnicas de intervención provenientes de diversos enfoques psicoterapéuticos.

A continuación, se describirán algunos instrumentos de evaluación para el Estrés Postraumático.

# CAPÍTULO III.
# EVALUACIÓN.

Para realizar un adecuado diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático, el profesional debe tener en cuenta el carácter multidimensional del mismo. La entrevista clínica es una estrategia de evaluación de primer orden, ya que permite conocer la percepción que la persona tiene acerca de su experiencia y determinar las consecuencias del evento en las distintas áreas del desarrollo. De la misma forma, la entrevista permite al clínico delinear las posibles modalidades de intervención y los objetivos terapéuticos más adecuados en cada caso.

Un adecuado proceso de entrevista puede proveer un ambiente seguro y empático, donde las personas expresen con libertad sus pensamientos y sentimientos con respecto a la experiencia traumática. En la entrevista clínica también se promueve el establecimiento de una alianza de trabajo efectiva, que será necesaria para el éxito del proceso terapéutico.

## 3.1 Instrumentos de evaluación.

El desarrollo de instrumentos de evaluación para el Estrés Postraumático es bastante reciente, no obstante se han elaborado una gran cantidad de entrevistas estructuradas y semi-estructuradas, escalas y cuestionarios que se han utilizado para realizar el diagnóstico y monitorización de los signos y síntomas.

Bobes et al. (op. cit.) mencionan que los instrumentos de evaluación más adecuados son aquellos que: a) siguen los criterios diagnósticos de las clasificaciones más utilizadas (DSM y CIE); b) poseen aceptables propiedades psicométricas; c) son sencillos de administrar; d) han sido utilizados

universalmente y e) son accesibles (están adaptados, validados o disponibles en español, o presentan un interés futuro inmediato).

En el caso de los niños y adolescentes, la evaluación del Estrés Postraumático se realiza a través de entrevistas clínicas directas con el niño y con sus padres, e incluye la aplicación de instrumentos para determinar la presencia de los síntomas, tales como la Escala de Ansiedad Infantil (CAS) de John S. Gills, la Escala de Depresión Infantil (CDS) de M. Lang y M. Tisher y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para adolescentes (MMPI-A), los cuales se encuentran disponibles en español.

A continuación se describen algunos instrumentos de evaluación para el Estrés Postraumático y otros trastornos comórbidos en personas adultas. Al final de esta tesis, en el anexo 2, se presentan algunos de ellos, con excepción del Perfil de Estrés de Nowack, las Escalas de Apreciación del Estrés, el Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE), el Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE) y el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2), los cuales no fue posible incluir en este trabajo debido a los derechos de autor, por lo que se invita a consultar directamente estos instrumentos cuyas fuentes aparecen en las referencias de esta tesis.

a) Escala de Trauma de Davidson.

- Autores: Davidson JRT, Book SW, Colket JT, Tupler LA, Roth S, David D y cols; 1997. Traducida al español por: J. Bobes, MT Bascarán, MP González, M Bousoño, A Calcedo, JA Hormaechea, D H. Wallace; 1999.
- Finalidad: Evaluar la gravedad y frecuencia de los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático en individuos que han experimentado un trauma.

- Construcción de la prueba: Es un instrumento psicométrico que está constituido por 17 ítems que corresponden y evalúan cada uno de los 17 síntomas recogidos en el DSM-IV.

b) Perfil de Estrés de Nowack.

- Autor: Kenneth M. Nowack, 2002.
- Finalidad: Evalúa ampliamente el estrés y el riesgo para la salud que el nivel de estrés presentado implica para la persona evaluada.
- Construcción de la prueba: Consta de 123 reactivos a los que se responde mediante una escala de tipo Likert modificada para cada grupo evaluado. Proporciona puntuaciones en 15 áreas relacionadas con el estrés y el riesgo de enfermedad, así como una medición de sesgos en la respuesta y una de respuestas inconsistentes.

c) Escalas de Apreciación del Estrés.

- Autores: J.L. Fernández-Seara. y M. Mielgo, 1992.
- Finalidad: Conocer el número de acontecimientos estresantes que han estado presentes en la vida del individuo evaluado, su intensidad y el grado de afectación en su vida actual.
- Construcción de la prueba: La batería consta de cinco escalas, y cada una de ellas tiene tres categorías de análisis: 1) presencia (si) o ausencia (no) del acontecimiento estresante; 2) Intensidad del evento estresante (0= nada, 1= un poco, 2= mucho y 3= muchísimo) y 3) vigencia de la afectación: P (si ha dejado de afectar) y A (si todavía le afecta).

d) Escala de Depresión de Hamilton.

- Autor: M. Hamilton; 1960.
- Finalidad: Es una escala puntual que evalúa los síntomas y signos depresivos de los pacientes, estableciendo la presencia de depresión y su severidad.
- Construcción de la prueba: Consta de 17 ítems: humor depresivo, sentimientos de culpa, ideación suicida, insomnio, trabajo y actividades de la vida diaria, enlentecimiento psicomotor, agitación, ansiedad psíquica, ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales y generales, desinterés por el sexo, hipocondria, impresión sobre la enfermedad y pérdida de peso. La puntuación va de 0 a 4 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas. Los puntajes mayores de 15 puntos se consideran depresión.

e) Escala de Depresión de Zung.

- Autor: W.W.K. Zung.; 1965.
- Finalidad: Detectar la presencia de síntomas depresivos y determinar su severidad.
- Construcción de la prueba: Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. El paciente indica la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala tipo Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). El rango de puntuación es de 20 a 80 puntos.

f) Inventario de la Depresión de Beck.

- Autor: Aaron T. Beck, 1978. Traducida al español por: Vázquez y Sanz, 1997.
- Finalidad: Detectar la presencia de la depresión y medir su gravedad.
- Construcción de la prueba: Esta prueba consta de 21 ítems, y cada uno de ellos está compuesto por 4 alternativas, ordenadas de menor a mayor gravedad (de 0 a 3 puntos). La persona debe elegir la frase o alternativa que se aproxime más a su estado de ánimo actual.

g) Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE)

- Autor: Francisco Alonso-Fernández, 1998.
- Finalidad: Tipificar, detectar, diagnosticar y representar gráficamente las depresiones, tanto en las actividades clínicas como en los ámbitos de la investigación.
- Construcción de la prueba: Consta de 63 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: Dimensión I (Humor depresivo) 21 ítems; Dimensión II (Anergia) 14 ítems; Dimensión III (Discomunicación) 14 ítems y Dimensión IV (Ritmopatía) 14 ítems.

h) Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE)

- Autores: C. D. Spielberger y R. Díaz Guerrero, 2002.
- Finalidad: Medir dos dimensiones distintas de la Ansiedad. Aquella que se presenta como rasgo de personalidad (Ansiedad-Rasgo) y aquella que se presenta como resultado de las presiones medioambientales (Ansiedad-Estado).
- Construcción de la prueba: Para cada una de las dimensiones que se miden en este inventario, se presentan 20 reactivos, es decir, 40 en total. La primera parte solicita información al evaluado sobre la forma

habitual de responder a las presiones. La segunda partes solicita que se reporte la forma en que se sienten en un momento dado.

i) Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2)

- Autores: Starke R. Hathaway y J. C. Mckinley. Manual de Evaluación del Dr. Rafael Núñez, 1995.
- Finalidad: La evaluación de la personalidad, así como rasgos o evidencias de psicopatología.
- Construcción de la prueba: Consta de 567 preguntas con opción FALSO o VERDADERO. Arroja resultados en 10 Escalas Básicas de personalidad y 3 escalas de validación, así como un perfil gráfico mediante el cual se obtienen datos psicopatológicos. Adicionalmente presenta 15 Escalas de Contenido y 15 Escalas Suplementarias de análisis de problemas específicos.

3.2 Criterios para el diagnóstico.

El Trastorno de Estrés Postraumático ha sido incluido en las clasificaciones internacionales bajo el rótulo de trastornos de ansiedad; sin embargo por definición es distinto a otros trastornos, ya que su inicio depende de la exposición única o repetida a un suceso considerado traumático.

Bobes et al. (2000) mencionan que los criterios diagnósticos para el Estrés Postraumático se formularon por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III), y señalan que actualmente el trastorno se sigue manteniendo bajo el epígrafe correspondiente a los trastornos de ansiedad, tanto en el actual DSM-IV-TR como en la CIE-10.

a) CIE-10

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento, en su décima versión (CIE-10), el Trastorno de Estrés Postraumático surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo. A continuación se señalan los criterios diagnósticos para el Trastorno de Estrés Postraumático según la CIE-10.

**F43.1 Trastorno de Estrés Postraumático**

---

A. El paciente ha estado expuesto a un acontecimiento estresante o situación (tanto breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar profundo disconfort en casi todo el mundo

B. Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante en forma de reviviscencias disociativas (*flashbacks)*, recuerdos de gran viveza, sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante

C. Evitación de circunstancias parecidas relacionadas con el acontecimiento traumático

D. Una de las dos:
1) Incapacidad para recordar parcial o totalmente aspectos importantes del periodo de exposición al agente estresante.
2) Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación, manifestados por al menos dos de los siguientes:

a) dificultad para conciliar o mantener el sueño
b) irritabilidad
c) dificultad de concentración
d) facilidad para distraerse
e) sobresaltos y aprensión exagerados

E. Los criterios B, C, y D se cumplen en los 6 meses posteriores al acontecimiento estresante o del fin del periodo de estrés (si el inicio de los síntomas se produce tras más de 6 meses, es necesario especificarlo)

---

La CIE-10 no distingue entre Trastorno de Estrés Postraumático agudo o crónico, pero si contempla el de inicio demorado. Al respecto, si la demora en el inicio es muy grande y llegan incluso a pasar varios años, la clasificación sugiere que se establezca el diagnóstico de transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica cuyos criterios se describen en F62.0.

b) DSM-IV-TR

La cuarta versión revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), no introduce modificaciones a lo establecido en la versión anterior (DSM-IV) con respecto a los criterios diagnósticos para el Estrés Postraumático.

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

A continuación se refieren los criterios diagnósticos para el Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-IV-TR.

**F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81)**

---

**A.** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que:

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 reescenificar 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 se prolongan más de un mes.

**F.** Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

---

El DSM-IV-TR permite distinguir entre Estrés Postraumático agudo (si los síntomas duran menos de tres meses) y crónico (si los síntomas se prolongan por tres meses o más). Además permite especificar si es de inicio demorado (cuando entre el acontecimiento traumático y la aparición de la sintomatología han transcurrido al menos 6 meses).

Bobes et al. (2000) mencionan que desde el punto de vista clínico no existen diferencias relevantes en los criterios de diagnóstico de ambos sistemas (DSM-IV-TR y CIE-10). Sin embargo, señalan que la principal diferencia estriba en la importancia concedida al embotamiento emocional, ya que mientras para el DSM-IV-TR éste se incluye en el enunciado del criterio C, y por lo tanto es fundamental para realizar el diagnóstico, para la CIE-10 su relevancia es mucho menor, y no es necesario que esté presente para establecerlo. Los autores

también refieren que además, la CIE-10 exige la presencia de tan sólo un síntoma de evitación, mientras que el DSM-IV-TR exige la presencia de al menos 3 síntomas. Otra diferencia se encuentra en que la CIE-10 no especifica el tiempo mínimo que tienen que estar presentes los síntomas, mientras que el DSM-IV-TR exige un mínimo de un mes para el diagnóstico del Estrés Postraumático agudo y de 3 meses para el crónico.

A pesar de estas diferencias, ambos sistemas coinciden en identificar los síntomas de reexperimentación como el factor clave que distingue al Trastorno de Estrés Postraumático del resto de los trastornos de ansiedad; sin embargo los criterios de diagnóstico establecidos en el DSM-IV-TR son los más difundidos y utilizados en la investigación actual.

c) Diagnóstico diferencial.

Bobes et al. (op. cit.) refieren que aunque el Trastorno de Estrés Postraumático tiene una descripción clínica precisa, es una labor complicada establecer el diagnóstico diferencial del mismo, ya que el trastorno no cuenta con marcadores biológicos identificados, límites claros frente a otros trastornos y evolución en estudios de seguimiento y patrón genético.

Sin embargo, los autores mencionan que en la bibliografía consultada se hace especial hincapié en el diagnóstico diferencial del Estrés Postraumático con los trastornos de adaptación, el trastorno de estrés agudo, el obsesivo-compulsivo, los trastornos de la personalidad, principalmente el trastorno límite de la personalidad, con la reacción de duelo y con los trastornos disociativos.

La principal diferencia entre el Estrés Postraumático y los trastornos de adaptación radica en la naturaleza del evento desencadenante; ya que, mientras que en el primero se requiere que el evento sea de tal gravedad que implique una

amenaza o peligro para la vida, en los segundos el suceso no supone una amenaza tan grave.

En cuanto a los trastornos de la personalidad, Bobes et al. (op. cit.) refieren que en éstos las reacciones maladaptativas son omnipresentes y generalizadas, incluso ante grados mínimos de estrés; mientras que en el duelo los síntomas no tienen la misma intensidad del Estrés Postraumático.

Los autores mencionan que la diferencia con el trastorno de estrés agudo se encuentra en los criterios cronológicos, ya que en éste, los síntomas deben aparecer en el mes siguiente al evento y deben durar como máximo un mes. Por último mencionan que en el trastorno disociativo la intensidad de la conducta de evitación, el aumento de la activación y/o la historia traumática suelen no ser tan graves como en el Trastorno de Estrés Postraumático.

De acuerdo con lo expuesto en este capítulo, podemos concluir que el proceso de evaluación es muy importante en los casos de Estrés Postraumático, no sólo para llegar a un diagnóstico adecuado del mismo, sino para determinar si existe comorbilidad con otros trastornos.

La entrevista clínica permite conocer la percepción que la persona tiene del suceso traumático, así como determinar su impacto en todas las áreas del desarrollo. En cuanto a los instrumentos de evaluación, éstos nos permiten individualizar la respuesta al trauma, determinando la frecuencia y la intensidad de los síntomas, así como el componente del trastorno que predomina más (reexperimentación, evitación, hiperactivación), lo que permite elaborar una estrategia de intervención adecuada para cada persona.

# CAPÍTULO IV.
# TRATAMIENTO.

## 4.1 Marco humanístico.

La Psicología Humanística apareció en Estados Unidos en las décadas de los cincuenta y los sesenta, planteándose como “la tercera fuerza”, junto al Psicoanálisis y al Conductismo.

Kurt Goldstein (considerado el padre de la psicología humanística), y otros autores como Erich Fromm y Fritz Perls llegaron a Norteamérica con ideas incipientes de la Psicología Existencialista, que resaltaba el papel crucial de la existencia, la libertad y la elección humana. Estas ideas tuvieron gran influencia en autores americanos como Carl Rogers, Abraham Maslow, Gordon Allport y otros, cuyas aportaciones dieron origen al movimiento de la Psicología Humanística. (A. Sánchez, 1994).

Debido a que la Psicología Humanística tiene varios fundadores que han aportado diversas teorías y modalidades terapéuticas, se le considera más como un movimiento que como una escuela formalmente constituida. Sin embargo, según Martorell (1996; pp. 73-74) se pueden señalar características comunes en los enfoques agrupados en este movimiento, las cuales se refieren a la imagen o concepción del hombre desde la perspectiva humanística; estas características son:

- El ser humano es *más que la suma de sus partes.* Debe ser concebido globalmente: sentimiento, pensamiento y acción forman un todo integrado.

- La conducta humana es *intencional.* La búsqueda de sentido y las motivaciones axiológicas (libertad, dignidad), y no sólo las materiales, son aspectos fundamentales del ser humano.
- La existencia humana se realiza en un *contexto interpersonal.*
- El hombre es *autónomo,* es decir, tiene la capacidad y la responsabilidad de tomar decisiones que dirijan su propio desarrollo. Este principio es complementario con lo anterior: sólo un individuo autónomo puede asumir su responsabilidad interpersonal.
- El hombre tiende a la *autorrealización.* Ésta es la tendencia inherente del organismo hacia el crecimiento y la diferenciación.
- El ser humano está presente a sí mismo en términos de una *experiencia interior.* Esta vivencia inmediata y el significado que le da la persona son elementos fundamentales en la compresión del ser humano.

A. Sánchez (op. cit.; p. 2) señala que ante estas características, la Psicología Humanística:

A. Toma como centro a la Persona.
B. Se vuelve contra la exigencia científica clásica de objetividad.
C. Construye su propio modelo de ciencia humana, basado en la experiencia.
D. Confiere más importancia al sentido y a la significación que a los procedimientos metodológicos. Se centra en las relaciones de significado.
E. Utiliza métodos estadísticos y de convalidación tradicionales, pero los subordina al criterio de la experiencia subjetiva.
F. Contrapone a la concepción de la vida entendida como funcionamiento, la de la vida entendida como experimento. En la primera se añaden años a la vida, en la segunda vida a los años. En

la primera se convalida desde afuera, en la segunda desde adentro de la experiencia vivida.

G. Todo conocimiento es relativo, por lo tanto se invita a experienciar, aprovechando las infinitas posibilidades humanas de representación mental y creatividad para ampliar nuestro conocer.
H. No desecha, sino por el contrario, integra los logros de las otras líneas, confiando en la Fenomenología como modo de completar y agregar a la total relación una concepción de la experiencia humana.
I. Confluye con el nuevo paradigma denominado Holístico.

La Psicología Humanística conlleva una visión del hombre como responsable de sí mismo, libre y con la capacidad de elegir, es por ello que consideramos útil su aplicación en el tratamiento para el Estrés Postraumático, pues se trata de un enfoque que tiene un elevado concepto de las personas y de su capacidad para vivir plenamente.

De esta forma, “La teoría Humanista nace con la finalidad de facilitar el crecimiento del potencial humano, enfatiza la observación no manipulativa de la conducta en el aquí y ahora y se centra en la importancia del proceso de toma de conciencia de la persona, con un enfoque holístico de cómo está viviendo y creándose a sí misma, para comprender el proceso de crecimiento a través del autodescubrimiento de sus propias posibilidades, para satisfacer sus necesidades, tomando contacto consigo misma y con los elementos del ambiente, identificando aquellos que le son tóxicos y los que puede asimilar” (Salama, 1999; p. 42).

De esta teoría surge uno de los enfoques más representativos de la Psicología Humanística, el Enfoque Centrado en la Persona.

## 4.2 El Enfoque Centrado en la Persona.

Este enfoque apareció como psicoterapia sistematizada en la década de los 40's. Carl Rogers, su fundador, está considerado como uno de los teóricos contemporáneos de mayor influencia, por su visión de que los seres humanos son arquitectos de sí mismos.

El Enfoque Centrado en la Persona también es conocido como terapia *no directiva*, ya que Rogers basa su teoría en el supuesto de que el individuo es capaz de dirigirse a sí mismo y resolver sus problemas, por lo que la terapia no hace más que facilitar un proceso de cambio espontáneo en la persona. La no-directividad es una actitud mediante la cual el terapeuta se rehúsa a orientar a la persona en tanto a pensar, hacer o sentir de alguna manera determinada. "Definida positivamente, es una actitud por la cual el terapeuta testimonia que tiene confianza en las capacidades de autodirección de su cliente" (Castanedo et al., 1993; p. 217).

Martorell (1996) refiere que este enfoque psicoterapéutico parte de dos premisas fundamentales:

1. La confianza radical en la persona del cliente.
2. El rechazo al papel directivo del terapeuta.

El postulado fundamental del Enfoque Centrado en la Persona es la llamada *Tendencia Actualizante,* que hace referencia a la capacidad de las personas para desarrollar todo su potencial, de tal modo que se vean favorecidos su conservación y su enriquecimiento. (Castanedo et al., op. cit.).

Rogers (1994b) menciona que la T*endencia Actualizante*, si no se falsea o se tuerce por los sucesos de la crianza, puede dar como resultado una persona

que *funciona completamente,* es decir, abierta a nuevas experiencias, reflexiva, espontánea, creativa y capaz de valorar a otros y a sí misma.

De esta forma, Rogers (1994a) afirma que el principal objetivo del Enfoque Centrado en la Persona será conseguir “un cambio en la estructura de la personalidad del individuo, en los niveles superficial y profundo, en una dirección en que los clínicos estarían de acuerdo en que significa mayor integración, menos conflicto interno, más energía utilizable para una vida efectiva; cambio en la conducta, que se aleja de conductas que generalmente se consideran inmaduras y que va hacia conductas consideradas maduras” (p. 78).

Rogers (1994a; p. 79) establece una serie de condiciones, las cuales deben existir y permanecer durante cierto tiempo para conseguir el cambio terapéutico de la personalidad:

1. Dos personas están en un contacto psicológico.
2. La primera, a quien llamaremos paciente, se halla en un estado de incongruencia, siendo vulnerable o ansioso.
3. La segunda persona, a quien llamaremos terapeuta, es congruente o integrada en la relación.
4. El terapeuta experimenta un aprecio positivo incondicional por el paciente.
5. El terapeuta experimenta una comprensión empática del marco de referencia interno del paciente y se esfuerza por comunicar a éste tal experiencia.
6. La comunicación al paciente de la comprensión empática y el aprecio positivo incondicional del terapeuta se logra en un grado mínimo.

Desde este enfoque, la psicoterapia se considera un encuentro entre dos personas: el paciente y el terapeuta, donde el paciente no es ni objeto de conocimiento ni objeto de acción. En esta relación no se interponen ni un papel

social, ni un sistema conceptual o metodológico, se trata de una relación humana, integral y auténtica, donde por lo menos una de las partes intenta promover en la otra el desarrollo, la maduración y la capacidad para enfrentar la vida de una manera más adecuada. (Castanedo et al., op. cit.).

En esta relación el paciente se halla en un estado de *incongruencia,* que "Se refiere a una discrepancia entre la experiencia real del organismo y el cuadro del self del individuo en tanto representa a esa experiencia" (Rogers, 1994a; p. 80). Es decir, la *incongruencia* ocurre cuando la persona experimenta sensaciones, emociones o sentimientos que no concuerdan con el concepto de sí mismo, por lo que representa esas experiencias de modo distorsionado, de manera que no generen conflicto o no contradigan su autoconcepto. Rogers (1994a) refiere que cuando la persona no se da cuenta de dicha incongruencia en sí mismo, se torna vulnerable a la posibilidad de ansiedad y desorganización, así como vulnerable a la posibilidad de no poder seguir negando la incongruencia.

Carl Rogers enfatiza la *actitud del terapeuta* como elemento esencial del cambio, para este autor, el "estilo" y la "forma" de la intervención del terapeuta son quizá más importantes que el contenido de la terapia. De esta forma, Rogers propone concretar la actitud del terapeuta en los siguientes puntos:

1. *Congruencia.*

"… el terapeuta debe ser, dentro de los confines de la relación, un persona congruente, genuina e integrada. Esto significa que, dentro de la relación, él es libre y profundamente él mismo, con su experiencia real exactamente representada por su conciencia de sí mismo. Esto es lo opuesto a la presentación de una fachada, ya sea dándose cuenta o sin darse cuenta" (Rogers, 1994a; p. 81).

Para que la relación de ayuda promueva el cambio terapéutico de la personalidad, el terapeuta debe ser una persona madura y congruente, que se acepta a sí misma y a sus sentimientos, los cuales está dispuesto a mostrar. Se trata de que el terapeuta establezca una relación auténtica con el paciente, sin engañarlo en lo que respecta a sí mismo.

2. *Aceptación incondicional.*

"Hasta el punto en que el terapeuta se encuentra a sí mismo experienciando una aceptación cálida de cada aspecto de la experiencia del paciente como parte de éste, está experienciando un aprecio positivo incondicional… Significa que no existen *condiciones* de aceptación, ningún sentimiento de 'te quiero solamente *si* eres esto y esto otro'… Implica el mismo sentimiento de aceptación de la expresión por parte del paciente, de sentimientos negativos, 'malos', dolorosos, de temor, defensivos y anormales, así como por la expresión de sentimientos 'buenos', positivos, maduros, de confianza, sociales, la misma aceptación de las formas en que es incongruente como de las formas en que es congruente. Significa un interés por el paciente, pero no en una forma posesiva o en forma tal que sólo sea para satisfacer las propias necesidades del terapeuta. Significa un interés por el paciente como persona *aparte* con permiso de tener sus propios sentimientos, sus propias experiencias" (Rogers, 1994a; p. 83).

La aceptación incondicional implica no hacer juicios de valor sobre la conducta o sentimientos de la persona. Cuando se acepta incondicionalmente al paciente, se facilita el cambio terapéutico, ya que la persona interioriza la aceptación y respeto que le mostró el terapeuta en forma de autoaceptación y autorrespeto.

3. *Empatía.*

En esta condición, el terapeuta experimenta “una comprensión empática y precisa del conocimiento que el paciente tiene de su propia experiencia; sentir el mundo privado del paciente como si fuera el propio, pero sin nunca perder la cualidad de ‘como si’ –en esto consiste la empatía, y parece esencial en la terapia. Sentir el coraje, el miedo o la confusión del paciente como si fueran propios, pero sin que se mezclen con el propio coraje, miedo o confusión, es la condición que queremos describir” (Rogers, 1994a; p. 84).

La actitud empática del terapeuta es un elemento de primer orden en el proceso terapéutico, ya que le permite a la persona sentirse comprendida y aceptada, promoviendo y facilitando el cambio constructivo de la personalidad.

Al respecto, es importante que la persona perciba “en grado mínimo, la aceptación y empatía que el terapeuta experiencia hacia él. A menos que se haya logrado cierta comunicación de tales actitudes, éstas no existen en la relación en cuanto se refiere al paciente, y el proceso terapéutico, de acuerdo con nuestras hipótesis, no podría iniciarse” (Rogers, 1994a; p. 85).

De acuerdo con lo anterior, podríamos decir que es fundamental que el terapeuta mantenga estas tres actitudes básicas a lo largo de la intervención, para facilitar que la persona consiga los cambios terapéuticos que requiere para sentirse bien y resolver sus problemas.

Martorell (1996) señala que una vez establecidas las condiciones para promover el cambio de la personalidad, el desarrollo de la terapia gira en torno a los siguientes aspectos:

- El impulso al crecimiento.
- El énfasis en lo afectivo más que en lo intelectual.

- La importancia del presente más que del pasado.
- La relación terapéutica como experiencia de crecimiento personal en sí misma.

Este autor también menciona que existen ciertos indicadores de que el proceso de cambio se está produciendo, los cuales son:

- El paso de los síntomas al Yo.
- El paso de los demás al sí mismo.
- El paso del pasado al presente.
- El descubrimiento del paciente que puede ser su propia experiencia, en lugar de tratar de imponer a esta experiencia un sí mismo concebido según patrones externos y de luchar por evitar el acceso a la conciencia de los elementos que no se ajusten a esos patrones.

Según Rogers, una vez concluida la terapia puede esperarse que la persona presente ciertas características, las cuales describe en tres facetas:

1. La persona estaría abierta a la experiencia: Es decir, estaría más abierta a sus sensaciones corporales y a otros sentimientos que anteriormente no podía sentir. Puede vivir completamente las experiencias de su organismo total sin excluirlas de su conciencia.

2. La persona viviría de un modo existencial: Viviría en el momento, sin intentar predecir cómo reaccionará más adelante. Esto significa ausencia de rigidez y de la imposición de la estructura sobre la experiencia. Según Rogers (1994b) implica un máximo de adaptabilidad, un trabajo continuo de integración y organización del sí mismo.

3. La persona confía en su organismo para llegar al comportamiento más satisfactorio en cada situación, es decir, haría lo que sintiera correcto en ese momento.

En suma, “Parece que la persona que ha vivido una experiencia centrada en el paciente, teóricamente óptima, es alguien que funciona en plenitud. Es capaz de vivir totalmente en y con todos sus sentimientos y reacciones. Está utilizando todo su equipo orgánico para sentir, tan exactamente como sea posible, la situación existencial dentro y fuera… Es capaz de permitir que su organismo total funcione en toda su complejidad para seleccionar, de las múltiples posibilidades, la conducta que en ese momento será, por lo general, la más genuinamente satisfactoria… Es capaz de experimentar todos sus sentimientos, y no tiene miedo de ninguno de ellos;… se halla completamente comprometido en el proceso de ser y volverse él mismo” (Rogers, 1994b; pp. 101-102).

Es por esto que el Enfoque Centrado en la Persona puede considerarse una intervención útil y adecuada en casos de Estrés Postraumático, ya que se trata de una intervención humanística que facilita el establecimiento de un ambiente cálido, seguro y permisivo en el cual la persona con este trastorno puede realizar una autoexploración de sentimientos, experiencias y conductas para conseguir integrarlas y reorganizarlas, además de permitirle resignificar los eventos y resaltar sus recursos y habilidades para translaborar el suceso traumático, integrarlo a su vida y trascender a sus efectos.

A continuación se describirán algunas técnicas de intervención para el Estrés Postraumático procedentes de diversos enfoques terapéuticos, y al final de cada descripción, se ejemplificará cómo se aplicaron algunas de ellas en distintos casos de Estrés Postraumático, tomando como marco de intervención el Enfoque Centrado en la Persona.

Los elementos que se usarán para la descripción de los casos serán:

- Datos generales del paciente, exceptuando su nombre con el propósito de proteger su identidad. El paciente será designado con una letra

mayúscula, que no tendrá relación con algún elemento que permita su identificación.

- Exposición del suceso traumático.
- Momento de cambio para el paciente, especificando las técnicas usadas.
- Las condiciones del Enfoque Centrado en la Persona, que en opinión de la terapeuta fueron determinantes para el momento de cambio.

Cabe mencionar que aunque los casos que se presentarán más adelante en esta tesis hacen referencia a experiencias vividas por mujeres, las técnicas que se describirán se pueden adaptar y aplicar al trabajo terapéutico con niños, adolescentes, hombres, ancianos y con cualquier persona que haya experimentado un evento traumático.

## 4.3 Técnicas gestálticas.

La terapia gestáltica es una terapia fenomenológico-existencial fundada por Frederick Fritz y Laura Perls en la década de los 40.

Martorell (1996) refiere que este enfoque gira sobre dos puntos clave: 1) La concepción de individuo como *totalidad* (gestalt), donde la realidad es una 'gestalt' que abarca a la persona, a sus necesidades y a su medio, y 2) El énfasis en el *aquí y ahora.* El autor refiere que según Perls, el individuo tiende de un modo natural a completar su existencia. Sin embargo, la 'gestalt' puede quedar incompleta, haciendo que la persona repita asuntos del pasado en el presente.

Yontef (2003) señala que el objetivo del terapeuta gestáltico es ayudar al individuo a *darse cuenta* de lo que está haciendo, cómo lo está haciendo y cómo lo puede cambiar, al tiempo que aprende a aceptarse y valorarse a sí mismo. El autor opina que la terapia gestáltica proporciona un camino para llegar a ser auténtico y significativamente responsable de sí mismo, ya que su metodología

fomenta la capacidad de elegir y organizar de manera significativa la propia existencia.

El diálogo entre terapeuta y paciente es parte esencial de la metodología de la terapia gestáltica, y se basa en vivenciar a la otra persona, mostrando el verdadero sí mismo y compartiendo el darse cuenta. En este diálogo se comunican observaciones, preferencias, sentimientos, experiencias personales y pensamientos, los cuáles se pueden convertir en el foco de la llamada *experimentación,* que se refiere “al proceso metodológico vivencial en el cual aplicamos técnicas gestálticas para facilitar el *darse cuenta* en el consultante. Los experimentos están diseñados para aumentar la conciencia, nos permiten examinar lo que hacemos y descubrir lo que no deseamos hacer (resistencia)” (Salama, 1999; p. 98).

Las técnicas aplicadas en la psicoterapia gestalt se dividen en tres grupos interdependientes:

a) Supresivas: Sirven para que la persona deje de hacer lo que está actuando, para descubrir la experiencia que se oculta detrás de una determinada actividad.
b) Expresivas: Su objetivo es reunir energía suficiente para fortalecer el contenido del *darse cuenta* de la persona, ya sea intensificando la atención o exagerando la acción deliberadamente.
c) Integrativas: Estas técnicas tienen como objetivo integrar las partes alienadas de la persona, para llevarla a convertirse en un ser más congruente y completo.

Al respecto, para promover el *darse cuenta* y aumentar la conciencia de sí mismo, se utilizan diversas estrategias terapéuticas, Salama (op. cit.) refiere que las más comunes son las siguientes:

*La silla vacía*: Sirve para trabajar proyecciones, confrontaciones, resolver resentimientos y además puede utilizarse para el trabajo de duelos y sueños. La manera de ubicar las sillas es una frente a la otra, después se le pide a la persona que se siente en una y que con la imaginación coloque a su polaridad en la otra, e inicie un diálogo que le sirva para comprender el proceso que lleva al bloqueo.

*Descarga en objetos neutros:* Sirve para el trabajo de resentimientos, puede utilizarse un cojín o un palo de plástico para que la persona golpee repetidamente sobre el suelo o sobre un sillón.

*Cambio de roles:* Se usa para trabajar resentimientos con personas significativas, y sirve para que la persona tome conciencia de la actitud del "otro".

*Confrontación:* Sirve para agotar los resentimientos hacia una persona significativa. Se inicia con el nombre de la persona con quien se está molesto y se sigue con la frase "estoy molesto contigo porque…".

*Visualización:* Se trata de un proceso en el cual la persona puede imaginar que un deseo se vuelve realidad. Salama (op. cit.) dice que la visualización de algún deseo permite la creación de nuevas vías neuronales asociadas al éxito del mismo, por lo que asegura que si la persona dirige su atención a lo que desea termina por provocar las oportunidades necesarias para lograr su objetivo.

*Manejo de sueños:* Los sueños en gestalt se consideran mensajes del *Yo* en busca de cerrar asuntos pendientes o dar un mensaje de alerta. Se le pide a la persona que cuente su sueño en primera persona y en tiempo presente, considerando todos los elementos del mismo. Posteriormente se le pide que se identifique con cada uno de los elementos del sueño y que actúe como si fuera éstos, mientras que el terapeuta pregunta al elemento qué es lo que hace y qué le gustaría decirle a la persona. Se continúa así con cada elemento hasta que la persona se da cuenta de algo y descubre el mensaje existencial del sueño.

*Manejo de duelos:* El duelo se entiende como el resultado de la pérdida de algo o de alguien. Si la persona desea cerrar algún asunto pendiente con lo perdido, se le pide que imagine dicho elemento y lo ponga frente a sí mismo para que establezca un diálogo y le exprese lo que le hubiera gustado decirle.

Forward (1991) refiere que otra estrategia terapéutica bastante útil es la escritura de cartas, que pueden ir dirigidas a personas, a síntomas o a enfermedades. La autora menciona que una carta permite a la persona organizar lo que quiere decir y reelaborarlo hasta que se sienta satisfecha.

En los casos donde el paciente requiere una *confrontación* con la o las personas con las que tiene asuntos pendientes, la autora utiliza los siguientes puntos para dar estructura a la carta, los cuales considera necesarios para abarcar todo lo que la persona necesita decir:

1. Esto es lo que me hiciste.
2. Así es como me sentí yo entonces.
3. Así es como aquello afectó mi vida.
4. Esto es lo que quiero de ti en lo sucesivo.

En esta técnica se le pide a la persona que lea la carta, y después se comentan los sentimientos y pensamientos que tuvo al escribirla o leerla.

*Presentación del caso de la Srita. A con técnicas de la psicoterapia Gestalt.*

Datos generales.

La Srita. A es una mujer de 19 años de edad, cursa el primer semestre de la carrera de diseño gráfico y trabaja medio tiempo en una tienda de abarrotes. Vive con sus padres y dos hermanos menores, una mujer de 17 años y un varón de 15.

Exposición del evento traumático.

La Srita. A refiere que fue víctima de abuso sexual por parte de un tío (hermano de su mamá) cuando tenía 9 años de edad. Informa que el abuso sexual consistió en tocamientos en los genitales y que en más de una ocasión el agresor introdujo los dedos en su vagina. Refiere que cuando esto ocurría era muy doloroso para ella, y que le pedía a su tío que se detuviera, pero que éste la ignoraba. La paciente recuerda que en todas las situaciones de abuso, el agresor la amenazó diciéndole que si se lo contaba a alguien, iba a tocar de la misma forma a sus hermanos. La Srita. A refiere que eso le daba mucho miedo, y que por eso permaneció callada (hecho que la hacía sentir responsable de que el abuso hubiera continuado).

El abuso sexual se prolongó por varias semanas hasta que fueron descubiertos por la mamá del agresor (abuela de la paciente), quien sólo 'habló' con el tío para que la 'dejara en paz'. Después de esto, el agresor no volvió a tocarla, y la paciente refiere que hasta ese momento no había hablado con nadie del abuso porque le daba vergüenza.

Momento de cambio para la paciente.

Durante el trabajo psicoterapéutico se usaron técnicas de la terapia Gestalt tales como la escritura de cartas, la silla vacía y la confrontación, con el propósito de facilitar la libre expresión de sentimientos por parte de la paciente con respecto a su agresor y al abuso sexual.

En la carta al agresor y en la silla vacía, la paciente confrontó a su tío diciéndole lo que le hizo, cómo se había sentido entonces y cómo había afectado su vida el abuso sexual. Durante estos ejercicios, la paciente expresó sus sentimientos de culpa, vergüenza, enojo, tristeza y miedo, y además consiguió dirigir su enojo hacia el agresor depositándole toda la responsabilidad del abuso.

Estas técnicas le permitieron a la paciente expresar en palabras sus sentimientos, para organizarlos y desgastar la carga emocional del evento traumático. Además le permitieron dejar de sentirse culpable y avergonzada por el abuso, al reconocer que el único responsable había sido su tío.

Condiciones del Enfoque Centrado en la Persona.

Las técnicas de la terapia Gestalt que se aplicaron en este caso, estuvieron enmarcadas por las actitudes básicas de aceptación incondicional y empatía por parte de la psicoterapeuta, quien no juzgó ni intentó cambiar los sentimientos de culpa, vergüenza, enojo, tristeza y miedo de la paciente, sino que facilitó la expresión de los mismos de una forma segura y adecuada, para que la persona consiguiera reconocerlos y organizarlos.

Durante la intervención, también se realizó la técnica de reflejo de ideas y sentimientos; por ejemplo, si la paciente decía: “cuando me lo encuentro me mira feo, como si quisiera volver a hacerme daño”, la terapeuta respondía: “cuando te lo encuentras piensas que te puede hacer daño, y eso te da miedo”, a lo cual la paciente decía: “si, me da miedo, siento que el corazón se me va a salir y me mareo”, entonces la terapeuta respondía repitiendo lo que la paciente acababa de decir, pero agregando una frase empática, con el propósito de facilitar a la paciente el reconocimiento y organización de sus pensamientos y sentimientos.

Al respecto, cabe mencionar que aunque la paciente decidió no confrontar a su agresor, si refirió que cuando se lo encontraba ya no sentía miedo, y que incluso se daba cuenta de que su presencia le era cada vez más indiferente.

Durante el proceso terapéutico de la Srita. A también se trabajó con otros aspectos de su vida que se vieron afectados por el abuso sexual, y cuando la paciente consideró que había trascendido a los efectos del trauma decidió dar por terminada la terapia, que tuvo una duración de un año y medio.

## 4.4 Técnicas cognitivo-conductuales.

Las psicoterapias cognitivas postulan que las emociones y las conductas de las personas están influidas por la percepción o interpretación que hacen de los sucesos, más que por las características particulares de los mismos. El concepto básico de las psicoterapias cognitivas es el de *cognición*, término que incluye ideas, creencias, imágenes, atribuciones, expectativas, etc. (Martorell, 1996).

Este autor menciona que las psicoterapias cognitivas proponen tres puntos básicos: 1) la actividad cognitiva afecta la conducta; 2) la actividad cognitiva puede ser controlada y alterada y 3) el cambio conductual puede obtenerse mediante el cambio cognitivo.

En cuanto al método terapéutico de estas psicoterapias, Martorell (op. cit.) refiere que el terapeuta adopta un papel directivo, aplicando procedimientos activos altamente estructurados y de corta duración, que tienen como propósito el cambio de las cogniciones que impiden el correcto funcionamiento psicológico de las personas. El autor menciona que los enfoques más representativos de las terapias cognitivas son la Terapia Cognitiva de Aaron Beck y la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis.

Para la intervención en trastornos como el Estrés Postraumático, la depresión y la ansiedad, suelen emplearse combinaciones de técnicas, dirigidas a incidir sobre los aspectos fisiológicos, cognitivos y conductuales de los mismos. En este sentido, Gil y Cano (2001) refieren que las técnicas cognitivas y conductuales han probado ser eficaces para reducir y controlar la sintomatología de estos trastornos.

Las técnicas cognitivo-conductuales poseen cuatro pilares teóricos básicos: 1) el Condicionamiento Clásico; 2) el Condicionamiento Instrumental u Operante; 3) la Teoría del Aprendizaje Social y 4) los modelos cognitivos. De esta forma, la

terapia cognitivo-conductual se considera un marco metodológico que combina en sus técnicas los principios provenientes de las teorías ya mencionadas.

Martorell (op. cit.) menciona que se deben distinguir tres grandes grupos de terapias cognitivo-conductuales: 1) las terapias centradas en crear habilidades para enfrentar y manejar situaciones problema; 2) las terapias centradas en ayudar a la persona a interpretar racionalmente la realidad objetiva y 3) las terapias centradas en modificar la forma de abordar situaciones para las cuales la persona cree no tener solución.

Las técnicas de solución de problemas están orientadas a enseñar a la persona un conjunto de habilidades, que la capaciten para manejar de forma más eficaz los problemas futuros. La técnica más común es la que proponen D'Zurilla y Goldfried (1971; citados en Nezu y Nezu, 1991; pp. 530 y 531), la cual incluye cinco componentes:

1) Orientación hacia el problema: identificar las reacciones cognitivas, afectivas y conductuales inmediatas al enfrentamiento al problema.
2) Definición y formulación del problema: clarificar y comprender la naturaleza específica del problema.
3) Generación de alternativas: hacer que estén disponibles tantas soluciones como sea posible.
4) Toma de decisiones: evaluar, juzgar y comparar las soluciones disponibles y seleccionar la (s) mejor (es), para ser llevada a cabo en la situación problema real.
5) Puesta en práctica de la solución y verificación: vigilar el resultado de la solución y evaluar la eficacia de la misma para controlar la situación problemática.

Las técnicas de reestructuración cognitiva, pretenden detectar y modificar las cogniciones desadaptativas que impactan de forma negativa en la conducta y

en las emociones de las personas. Al respecto, Gil y Cano (op. cit.) mencionan que las personas con trastornos de ansiedad presentan una serie de distorsiones cognitivas, en las que tienden a interpretar una mayor cantidad de situaciones como peligrosas. Estas distorsiones son: sobreestimación de la probabilidad del suceso temido, sobreestimación de la severidad del suceso temido, subestimación de sus recursos de afrontamiento y subestimación de las posibilidades de ayuda de otras personas.

En seguida se describen algunas técnicas para la detección y modificación de cogniciones desadaptativas en personas con Estrés Postraumático, ansiedad y depresión.

*Detención del pensamiento:* Esta técnica se encamina a la terminación de cogniciones no deseadas, como los pensamientos autoderrotistas y los que evocan temor o ansiedad. Slaikeu (2000) refiere que en ella se le pide a la persona que piense acerca de la cognición no deseada, y cuando esté profundamente adentrada en ésta el terapeuta grita “alto”, lo que con frecuencia produce una respuesta de sobresalto que puede interrumpir el pensamiento no deseado. Posteriormente se le dan instrucciones a la persona para que practique por su cuenta la detención de pensamientos.

*Distracción:* Esta técnica resulta sumamente eficaz para “desconectar” a las personas de imágenes amenazantes recurrentes, provocadas por un suceso traumático pasado o por una escena imaginaria. Dobson y Franche (1991) refieren que esta técnica consiste en pedirle a la persona que cuando experimente la imagen o pensamiento amenazante se centre intensamente en algún objeto externo, que puede ser una actividad (cantar, hacer ejercicio) o algún otro elemento del ambiente.

*Autoinstrucciones y Autoafirmaciones:* Se refiere a la verbalización de palabras por parte de la misma persona, que le sugieren qué es lo que debe hacer

o sentir. Ellis y Grieger (1990) refieren que el procedimiento consiste en entrenar al paciente para que se haga sugerencias y comentarios específicos, que guíen su propia conducta de modo parecido a ser instruido por alguien más. Esta técnica resulta útil para fomentar el autocontrol de las personas, por ejemplo, en situaciones que les motivan recuerdos del trauma haciéndolas sentir ansiosas y cuando presentan síntomas de hipervigilancia o ataques de ira.

*Discusión de creencias irracionales:* Pretende discutir de manera activa y directa todas las creencias irracionales que llevan a las personas a perturbarse a sí mismas. Ellis y Grieger (op. cit.) refieren que después de detectar las creencias irracionales, se le instruye a la persona a preguntarse "¿Qué evidencia tienen?, ¿En dónde está su verdad o falsedad?". El *debate* implica una discusión interna entre las creencias racionales y las irracionales, y su finalidad es destruir o al menos minimizar las creencias irracionales. Esta técnica es sumamente útil para intervenir en síntomas del Estrés Postraumático, tales como: la reducción del interés en actividades significativas, la evitación de actividades, lugares y personas que motivan recuerdos del trauma y la sensación de un futuro desolador.

*Imaginería para el enfrentamiento:* Permite la modificación de pensamientos que propician estados de ansiedad utilizando la imaginación. Slaikeu (op. cit.) refiere que la imaginería de enfrentamiento consiste en instruir al paciente para que fantasee que es capaz de enfrentarse a una situación problemática o que le genera ansiedad. Esta técnica se utiliza en la terapia como un sustituto para reproducir situaciones que no se han podido enfrentar en la vida real, y también puede formar parte de otras técnicas conductuales.

En cuanto a las técnicas cognitivo-conductuales de afrontamiento, éstas pretenden enseñar a la persona habilidades que pueda utilizar en situaciones evocadoras de ansiedad o estrés. Echeburúa y Corral (1997) refieren que la terapia de exposición y el entrenamiento en el control de la ansiedad son procedimientos fundamentales en la intervención del Estrés Postraumático.

La terapia de exposición está indicada para intervenir en las conductas de evitación, mientras que las técnicas para el control de la ansiedad le permiten a la persona controlar o reducir la sintomatología fisiológica del Estrés Postraumático. A continuación se describirán las técnicas para el control de la ansiedad y algunas variantes de la terapia de exposición.

*Entrenamiento en relajación:* Implica procedimientos que están enfocados a hacer incompatibles estados de relajación con la ansiedad o la ira, y pueden ser un componente independiente de la intervención o funcionar como parte de otras técnicas. Entre los procedimientos de relajación más comunes están la relajación progresiva de Jacobson (1938, citado en Dobson y Franche, op. cit.; p. 519) y la relajación autógena de Schultz (1932, citado en Vera y Vila, 1991; p. 176). La relajación progresiva consiste en tensar y relajar sucesivamente grupos musculares específicos, al tiempo que se le invita a la persona a distinguir la tensión innecesaria y a eliminarla. Por otro lado, la relajación autógena consiste en una serie de frases elaboradas, con el fin de inducir en la persona estados de relajación a través de autosugestiones sobre sensaciones de pesadez y de calor en las extremidades, de regulación de los latidos del corazón, de concentración pasiva en su respiración y de sensaciones de tranquilidad y confianza en sí misma.

*Inoculación de estrés:* Se trata de una intervención que se centra en la modificación del procesamiento cognitivo que la persona realiza sobre la situación estresante y sobre sus habilidades conductuales, con el objetivo de cambiar su manera de reaccionar. Slaikeu (op. cit.) refiere que el procedimiento involucra tres etapas: en la etapa de preparación cognoscitiva, se le ayuda a la persona a tomar conciencia de cómo afectan a la conducta los pensamientos y autoinstrucciones negativas; en la etapa de entrenamiento de habilidades, la persona reevalúa el estrés y mediante técnicas de reestructuración cognitiva aprende a desarrollar varias estrategias de afrontamiento cognitivo; por último, en la etapa de aplicación,

la persona practica las estrategias que acaba de adquirir en las situaciones que le producen estrés, ya sea en la imaginación o en vivo.

*Implosión (inundación):* Ellis y Grieger (1990) mencionan que se trata de un procedimiento de la terapia de exposición, que se basa en el supuesto de que cualquier temor puede extinguirse al proveer al paciente de la experiencia de que un resultado esperado y que genera un gran temor no acontece. El terapeuta crea una situación productora de ansiedad a la que expone al paciente -ya sea en la imaginación o en vivo-, intentando alcanzar un nivel máximo de ansiedad. Cuando esto pasa, se sostiene a la persona en ese nivel, hasta que ocurre una disminución de la ansiedad. El terapeuta presenta la misma situación una y otra vez hasta que ésta deja de provocar ansiedad.

*Desensibilización sistemática:* Es una técnica de exposición desarrollada para eliminar las conductas de miedo y de evitación. Turner (1991) refiere que esta técnica consta de dos componentes: el primero consiste en enseñarle a la persona una respuesta contraria a la ansiedad, que puede ser la relajación -a través del procedimiento de relajación progresiva o de algún otro método de relajación- o la respuesta de aserción. El segundo componente implica la exposición graduada al estímulo provocador del miedo, la cual puede llevarse a cabo en la imaginación o en vivo. Después del entrenamiento en relajación, la persona construye una jerarquía de situaciones temidas, y con apoyo del terapeuta se imagina a sí misma en las distintas situaciones, si éstas generan ansiedad se le pide a la persona que concentre su atención en la relajación, y una vez que está relajada se vuelve a presentar la escena hasta que deja de provocar ansiedad. Cuando esto ocurre, el terapeuta se traslada al siguiente ítem de la jerarquía y se procede de la misma forma.

*Presentación del caso de la Srita. B con técnicas cognitivo-conductuales.*

Datos generales.

La Srita. B es una mujer de 32 años de edad, es licenciada en administración de empresas y vive con sus padres y una tía. Su novio de 36 años fue quien le sugirió que ingresara a terapia.

Exposición del evento traumático.

La Srita. B refiere que 4 meses antes de acudir a terapia, fue víctima de un secuestro que se prolongó por seis días. Al momento de su captura fue amenazada con una pistola que le colocaron en la cabeza, y menciona que fue la primera vez que experimentó el miedo a morir. Durante su cautiverio, su integridad física y su vida estuvieron constantemente amenazadas, ya que uno de los secuestradores la golpeaba cuando su familia informaba que aún no reunían el dinero que pedían por liberarla, y además abusaba sexualmente de ella, tocándole los senos y amenazándola con violarla y matarla.

Al cabo de seis días de cautiverio, la familia reunió el dinero y los secuestradores la liberaron, sin embargo la amenazaron con matarla o matar a sus padres si se atrevía a denunciar el secuestro.

Momento de cambio para la paciente.

En la primera etapa del proceso terapéutico, se aplicaron técnicas de la terapia Gestalt para promover la libre expresión de sentimientos con respecto a los agresores y al evento traumático. Durante estos ejercicios, la paciente se dio cuenta de que el abuso sexual y las amenazas de violación habían tenido consecuencias negativas en su relación de pareja, y que el secuestro también

había afectado sus relaciones familiares y sociales, ya que se tornaba irritable y se había vuelto muy aislada.

Luego de hacer un recuento más completo de las consecuencias del secuestro, la paciente refirió que primero deseaba superar el miedo y la ansiedad que sentía al salir a la calle o al estar en lugares públicos, ya que temía que los secuestradores la estuvieran observando y le volvieran a hacer daño. Al respecto, comentó que su pareja y sus padres le decían que no se preocupara por eso, ya que ellos podían acompañarla a donde necesitara ir y que no la dejarían sola, sugiriéndole que mejor trabajara otras cosas, como el abuso sexual o las ocasiones en que la golpearon. Sin embargo, la paciente señaló que para ella era muy importante superar el miedo a salir a la calle, ya que eso la hacía sentir 'paralizada', como si no pudiera hacer nada.

Para que la paciente enfrentara y eliminara paulatinamente su miedo a salir a la calle y a estar en lugares públicos, se aplicó la técnica de la desensibilización sistemática. En primer lugar, la paciente elaboró con apoyo de la terapeuta una lista de las situaciones evocadoras de ansiedad y miedo, ordenándolas de acuerdo a la cantidad de ansiedad que provocaban. De esta forma, en primer lugar quedó la situación que le generaba un nivel mínimo de ansiedad, y en el último lugar la situación que le generaba una respuesta de ansiedad muy intensa.

Posteriormente, se realizó el entrenamiento en relajación empleando una imagen mental agradable, y cuando la paciente consiguió una respuesta de relajación adecuada, se procedió a exponerla en la imaginación a cada una de las situaciones de su lista, pasando al siguiente ítem sólo hasta que la paciente refería sentirse relajada y segura en el anterior.

Luego de concluir la técnica, la paciente refirió que se puso 'a prueba', y que en el transcurso de una semana salió sola a la tienda de la esquina a comprar unos cigarros, luego fue al cine con una amiga y asistió a una entrevista de

trabajo, refiriendo que aunque experimentó cierto temor, éste ya no la ‘paralizó’ ni le impidió seguir con su vida.

También se usó la técnica de detención del pensamiento, para que la paciente consiguiera terminar con aquellas cogniciones evocadoras de temor y ansiedad (‘me están vigilando’, ‘seguro saben de mi y qué es lo que estoy haciendo’, ‘si me vuelven a secuestrar no podré soportarlo’), así como la técnica de autoinstrucciones, para que la paciente guiara su conducta y consiguiera controlar sus respuestas de ansiedad e hipervigilancia cuando salía a la calle o estaba en lugares públicos (‘estoy en un lugar seguro, todo está bien’, ‘respira profundamente y relájate’, ‘me gusta salir con mis amigas y voy a divertirme’).

Condiciones del Enfoque Centrado en la Persona.

Luego de expresar sus sentimientos con respecto a los agresores y al evento traumático, la Srita. B consiguió reconocer los efectos del secuestro en distintas áreas de su vida, eligiendo el miedo y la ansiedad que le provocaba salir a la calle como una de las consecuencias que deseaba trabajar primero en la terapia.

El Enfoque Centrado en la Persona considera que el paciente es capaz de dirigirse a sí mismo dentro del proceso terapéutico, ya que sabe mejor que nadie lo que necesita. Siendo congruente con este principio, la terapeuta respetó y aceptó la necesidad de la paciente por resolver primero ese miedo y ansiedad al salir a la calle, sin sugerirle que trabajara otros temas, como lo hicieron su pareja y sus padres.

La actitud no-directiva de la terapeuta, le permitió a la paciente hacerse responsable de su propio proceso, lo que a su vez contribuyó a que recuperara la sensación de control y confianza en sí misma. Es probable que por esto, una vez concluida la técnica de la desensibilización sistemática, la paciente decidió

‘ponerse a prueba’, reportando resultados positivos que para ella fueron un indicador de que estaba trascendiendo a los efectos del evento traumático.

Después de superar el miedo y la ansiedad que sentía al salir a la calle o al estar en lugares públicos, la Srita. B expresó que deseaba recuperarse de las consecuencias negativas del evento traumático en su sexualidad y sus relaciones familiares, por lo que aceptó que su pareja y sus papás se integraran a sesiones de orientación con el propósito de brindarles sugerencias para que fueran un buen apoyo emocional para la Srita. B, quien luego de 9 meses decidió concluir el proceso al considerar que ya había trascendido a los efectos del trauma.

4.5 Hipnosis Ericksoniana.

Este enfoque terapéutico surgió de los trabajos de Milton H. Erickson, un psicólogo y psiquiatra estadounidense que desarrolló las técnicas hipnóticas clásicas dándoles un nuevo sentido, así como nuevas estrategias que formaron parte de la corriente intelectual de la *nueva hipnosis,* la cual se cristalizó en los Estados Unidos a principios de 1970.

Robles (1990) menciona que la hipnosis es una técnica terapéutica que se usa para inducir un estado alterado de conciencia, denominado trance hipnótico. La autora señala que en términos modernos, el trance “es un estado en que las facultades mentales críticas: ‘el razonamiento y la lógica, están temporal y parcialmente suspendidas y la persona está imaginando y sintiendo más que pensando’. Neurofisiológicamente, se define como un estado en que el sujeto está funcionando bajo el predominio de su cerebro derecho… En la vigilia estamos bajo el predominio del cerebro izquierdo” (p. 26).

Erickson descubrió que el trance ocurre de manera natural mientras realizamos ciertas actividades, como el soñar despierto, escuchar música o al practicar diversas técnicas de meditación. En el trance natural, las personas

permanecen con la atención vuelta hacia el interior, e imaginando y sintiendo más que pensando. A partir de este descubrimiento, Erickson desarrolló la *hipnosis natural,* nombre con el que también se conoce a la Hipnosis Ericksoniana, que trabaja básicamente con el cerebro derecho permitiendo que la persona permanezca despierta y participando activamente en su proceso.

Tenemos dos hemisferios cerebrales que funcionan como dos cerebros, y cada uno de ellos tiene una manera particular de registrar los distintos aspectos de un mismo fenómeno. Robles (op. cit.; pp. 50-51) presenta una lista de las actividades en las que cada cerebro dirige predominantemente el proceso:

Cerebro izquierdo

1. Manejo de información verbal
2. Control motor del aparato de lenguaje (lengua, labios, etc.)
3. Manejo de información lógica
4. Pensamiento proposicional (propone, analiza, usa)
5. Procesamiento de la información en series (de uno en uno)
6. Manejo de información matemática
7. Memoria verbal
8. Aspectos lógico-gramaticales de lenguaje
9. Organización de la sintaxis
10. Discriminación fonética
11. Atención focalizada
12. Control del tiempo
13. Planeación, toma y ejecución de decisiones
14. Menos apto que el cerebro derecho para las tareas manipulativas y espaciales (diseño con bloques, dibujos, etc.). A menos que se requiera la intervención de códigos verbales, y
15. Menos apto que el cerebro derecho para distinguir frecuencias sónicas altas y para la detección de texturas

Cerebro derecho

1. Manejo de información espacial
2. Orientación espacial y manejo de la conducta espacialmente dirigida
3. Percepción de uno mismo
4. Aspectos entonacionales de los sonidos
5. Aspectos entonacionales del lenguaje
6. Automatismos verbales (contar, decir los días de la semana, etc.)
7. Aspectos emocionales
8. Reconocimiento de palabras sencillas y conocidas (generalmente sustantivos, menos probablemente reconoce adjetivos, pronombres y adverbios, incapaz de reconocer verbos)
9. Ordenación de secuencias de letras para formar palabras
10. Evaluación de las características cognoscitivas de las palabras (si las conoce, reconoce o desconoce)
11. Evaluación de las características emocionales de las palabras
12. Más apto que el cerebro izquierdo para las tareas manipulativas y espaciales (diseños con bloques, dibujos, etc.), mientras no se requiera la intervención de códigos verbales
13. Más apto que el cerebro izquierdo para distinguir frecuencias sónicas más altas y para la detección de texturas
14. Especialización en tareas que requieran procesamiento no secuencial y espacial
15. Atención difusa
16. Pensamiento totalizador (recibe y compara en forma global, expansiva)
17. Reconocimiento y producción musical
18. Procesa en forma simultánea la información contenida en grandes bloques, y
19. Atemporalidad

Robles (1990) refiere que la Hipnosis Ericksoniana busca expandir el trance natural contando con la participación del cerebro izquierdo, aunque bajo el predominio del cerebro derecho, con su lenguaje no verbal, de sensaciones, imaginación y fantasías. La autora señala que durante este proceso, el hipnoterapeuta realiza “cambios internos en los términos mismos del cerebro derecho, es decir sensaciones, imágenes, modificaciones espacio-temporales. De manera concomitante con esos cambios internos, se produce esa muy especial forma de traducción a la contraparte, el cerebro izquierdo, que simultáneamente empieza a generar palabras que traducen la emoción y la complementan, igual que las vivencias del cerebro derecho han completado la realidad objetiva, emoción y palabras para explicar la propia vida” (p. 59).

La autora establece que además de trabajar con los dos cerebros del paciente, también se trabaja con los dos del terapeuta, quien necesita de sus intuiciones, sensaciones, y sus conocimientos teóricos y técnicos para contribuir en el proceso. El lenguaje hipnótico que use el terapeuta debe incluir elementos como las palabras, el tono de voz, la entonación y la rima, que el cerebro derecho capta y que se convierten en instrumentos para el cambio.

En Hipnosis Ericksoniana no existen métodos estandarizados para inducir el trance, por lo que éstos deben adaptarse a la persona y a su situación particular. Robles (op. cit.) expone que algunos métodos de inducción son los siguientes:

*Crear o revivir una escena placentera:* Esta técnica consiste en pedirle a la persona que imagine una escena placentera y la viva con todos sus detalles; de esta forma, está construyendo en sí misma una realidad en la que se siente como se quiere sentir, vive como quiere vivir y puede darse cuenta de lo que quiere o desea desde su interior.

*Inducción a través de la percepción de sensaciones:* Esta técnica consiste en guiar a la persona a enfocar su atención en lo que percibe con todos sus sentidos. Primero se le pide que sienta todo lo que sucede alrededor de ella, después que sienta diferentes sensaciones en el exterior de su cuerpo y luego en su interior, hasta que esté cada vez más dentro de ella misma.

*Inducción a través de la disociación:* En esta técnica se le pide a la persona que se observe a sí misma en una pantalla, actuando, como en una película. Se le indica que puede darse cuenta de todos los detalles de la imagen, y que si lo desea, puede ver esa película cuantas veces quiera, detenerla en alguna escena, repetirla o regresarla en cámara lenta hacia atrás o hacia delante. Robles (op. cit.) explica que se entra en trance al disociar entre sujeto observador y sujeto observado, y refiere que esta técnica es útil para trabajar con aquellas personas que necesitan elaborar y superar situaciones traumáticas, de las cuales pueden tomar distancia al verlas en una pantalla.

Erickson y Rossi (1979, citados en Ritterman, 1998; p. 60) mencionan una serie de indicadores del trance natural o hipnóticamente inducido, entre los que se encuentran:

- Reorientación corporal después del trance
- Catalepsia
- Inmovilidad corporal
- Modificación de la calidad de la voz
- Actitud expectante
- Cambios en la mirada, ojos cerrados
- Suavizamiento de los rasgos faciales
- Sensaciones de disociación
- Amnesia
- Anestesia
- Ilusiones corporales

- Distorsión temporal
- Bienestar posterior al trance (no importa cómo se sentía uno antes)
- Pérdida o alteración de los reflejos, que incluyen parpadeo, respiración, acción de tragar, reacción de sobresalto
- Reacciones psicosomáticas
- Modificaciones pupilares
- Propensión a la respuesta
- Retraso temporal en la conducta motriz y conceptual (por ejemplo tomarse veinticinco minutos para llevar una mano a la mejilla)

El enfoque de la hipnosis natural propone que “la psicoterapia es un proceso que se da entre dos seres humanos para crecer aprendiendo a bienusar cualidades, defectos, cosas resueltas y cosas por resolver. Estos dos seres humanos son dos expertos que se encuentran para realizar un trabajo en común. Está el experto en sí mismo, que es la persona que consulta, y el experto en las técnicas, el terapeuta, colaborando para ayudar al primero a cambiar desde adentro, en su estilo y a su ritmo, lo que quiere cambiar, para crecer y lograr sus objetivos, aprendiendo a disfrutar la vida saludablemente” (Robles, op. cit.; p. 11).

A continuación se describirá la forma en la que esta autora trabaja situaciones traumáticas aplicando técnicas de la hipnosis natural.

La hipnoterapeuta comienza por decirle a las personas: ‘Vamos a recordar esta situación por un momentito para poder BORRARLA. Yo sé que es doloroso EN ESTE MOMENTO, pero a medida que avancemos, CADA VEZ será MÁS FÁCIL’. Desde aquí se está sugiriendo ya el éxito.

Otras veces, la autora comenta: ‘una situación así es como una herida, y a las heridas es necesario lavarlas y dejarlas expuestas para que cicatricen bien, pero desde luego no vamos a meterle el dedo nada más porque sí, ni a arrancarle

la costra cuando empiece a cicatrizar, se trata solamente de lavarla para que no se infecte y CIERRE RÁPIDO y BIEN'.

En estos casos comúnmente se utilizan en estado de trance las técnicas de exposición de la terapia conductual, exponiendo a la persona al estímulo temido de forma repetida hasta que el afecto negativo desaparece.

En el siguiente ejemplo, Robles (1990) también usa la técnica de Entremezclado desarrollada por Erickson, cuyo objetivo es usar el lenguaje del inconciente, es decir el lenguaje analógico (ritmo y tono de voz), para dar fuerza y jerarquía a algunas palabras, que operan como una sugestión directa al cerebro derecho. Estas palabras están resaltadas en mayúsculas, y durante el trabajo con las personas pueden destacarse pronunciándolas más fuerte o más lento, o bajando el volumen de la voz a fin de obligar al escucha a poner más atención.

"… inducimos el trance por cualquier método y continuamos:

Y ahora estás observando a través de un cristal ese momento doloroso que YA PASÓ. Desde ahí donde estás, COMODAMENTE sentado en este sillón observas todo lo que APRENDISTE de ese momento… SOBREVIVISTE, probaste tu fuerza y te FORTALECISTE aún más. YA PASÓ… ya QUEDÓ ATRÁS… como un recuerdo cada vez MÁS BORROSO. Fíjate como se está empañando el cristal y cada vez se ve menos claro eso que está ahí… QUEDA contigo todo LO QUE APRENDISTE de esa EXPERIENCIA… es una herida que ESTÁ CICATRIZANDO, que tal vez YA CICATRIZÓ y la cicatriz es un recuerdo ya SIN DOLOR de un momento difícil que YA PASÓ… ¿YA TE DISTE CUENTA cómo se ESTÁ BORRANDO? (cuando asiente) y mientras termina de BORRARSE POR COMPLETO fíjate cómo ESTÁ APARECIENDO en tu cuerpo una SENSACIÓN AGRADABLE… ¿YA TE DISTE CUENTA CUÁL ES ESA SENSACIÓN? es la señal de que la herida YA CICATRIZÓ. Siéntela, disfrútala un momento… y después guárdala en tu interior mientras abres los ojos… durante el resto del día y para siempre… siempre estará ahí contigo, te des cuenta o no y cuando quieras

sentirla otra vez, bastará con que mires un poquito dentro de ti mismo, mientras sientes con todo detalle tu respiración para encontrarla.

Al poner al paciente a observar su problema a través de un cristal provocamos una disociación. Como observador, aunque pueda conmoverse con la escena, no la sufre directamente. El poner un cristal de por medio implica que se mantiene en una posición protegida y nos permite utilizar la imagen de que se está empañando para sugerir que esa vivencia se borra. Al decirle que observe que sensación agradable aparece en su cuerpo, hacemos que surja y que la perciba. Y de nuevo sugerimos que el cambio ya se dio,… Agregamos que esta sensación agradable siempre lo va a acompañar… Borramos las huellas de modo que ya no se tengan que seguir y la persona queda libre para caminar en cualquier dirección" (Robles, op. cit.; pp. 148-149).

*Presentación del caso de la Srita. C con técnicas de la Hipnosis Ericksoniana.*

Datos generales.

La Srita. C es una mujer de 29 años de edad, es abogada y actualmente vive con su madre y una hermana menor de 27 años. Su hermano mayor murió a la edad de 26 años durante una pelea entre pandillas, y su papá murió hace 8 años de cirrosis hepática.

Exposición del evento traumático.

La Srita. C refiere que fue víctima de una violación a los 8 años de edad, y que el agresor fue su hermano, quien tenía 17 años al momento de la agresión. La paciente refiere que su hermano tenía problemas de drogadicción, ya que el ambiente familiar era muy inadecuado por el alcoholismo de su papá, quien agredía emocionalmente a toda la familia y golpeaba a su mamá frecuentemente.

La paciente refiere que la agresión ocurrió cuando su mamá salió al mercado dejándola sola en casa. Refiere que se encontraba sobre una cobija en el piso pintando un dibujo cuando llegó su hermano, quien aparentemente estaba bajo los efectos de las drogas. Comenta que ella lo ignoró, pero que su hermano se sentó a su lado y sin decir palabra comenzó a tocarle los genitales. Refiere que cuando ella comenzó a resistirse, su hermano se enojó y la violó aprisionándola bajo su cuerpo. La Srita. C dice que mientras su hermano la agredía ella le gritaba muy fuerte a su mamá, pero que ésta nunca llegó para defenderla. También recuerda que le pegó en la cabeza a su agresor y que intentó quitárselo de encima, pero que no pudo hacerlo.

La Srita. C refiere que después de la agresión tuvo mucho miedo y vergüenza de contárselo a alguien, y que desde entonces evitaba encontrarse a solas con su hermano, quien actuaba como si nada hubiera pasado. Al respecto, la paciente refiere que incluso llegó a suponer que su agresor no se acordaba de lo que le había hecho. La Srita. C comenta que a partir de la violación la relación con su mamá cambió, ya que comenzó a sentir que la odiaba por haberla dejado sola y por no haber llegado a tiempo para protegerla de su hermano. Actualmente la paciente refiere que maltrata emocionalmente a su mamá, y que aunque la quiere, también la odia y la culpa de la violación.

Momento de cambio para la paciente.

Para facilitar la expresión de sentimientos respecto al evento traumático, se aplicaron técnicas de la terapia Gestalt, como la escritura de cartas, la silla vacía, la descarga en objetos neutros y la confrontación.

Sin embargo, estas técnicas parecían no tener el efecto deseado, es decir que la paciente consiguiera integrar el evento traumático a su historia de vida, dejarlo en el pasado y trascender a sus efectos, ya que la Srita. C refería que la violación y sus consecuencias continuaban reapareciendo y determinando gran

parte de su vida y de sus relaciones. Además, parecía no conseguir superar el sentimiento de impotencia por no haber podido defenderse y evitar la violación, ya que decía: “me siento como si estuviera ‘fijada’ en la violación… como caminando en círculos sin llegar a ningún lado… o mejor dicho llegando siempre al mismo lugar, donde sigo siendo la víctima, sin poder defenderme”.

Para que la Srita. C reconstruyera el evento traumático y transformara los elementos desagradables que la hacían sentir ‘fijada’ a esa experiencia, se aplicó la técnica de la Hipnosis Ericksoniana.

En primer lugar, se llevó a cabo la inducción de trance a través del método de la percepción de sensaciones. Posteriormente, para llegar a ese momento del pasado y transformarlo, se promovió una regresión, contando del 10 al 1 para llevar a la paciente con cada número a ese lugar y a ese momento que se pretendía transformar, de tal forma que en el número 1, la paciente se encontraba en el momento en que ocurrió la violación.

Una vez en ese momento, se le pidió a la paciente que describiera lo que estaba ocurriendo, y mientras ella lo hacía, la terapeuta recreaba con el apoyo de ciertos elementos (una cobija y un cojín) la escena, con el objetivo de aportar sensaciones similares a las que experimentó la paciente en ese momento de su pasado, y de esta forma propiciar que el cerebro derecho de la paciente percibiera el ejercicio como algo que estaba ocurriendo en ese momento. Por ejemplo, cuando la paciente decía que estaba recostada en el piso sobre una cobija, la terapeuta la guiaba para recostarse en el piso y adoptar la misma posición que describía.

Cuando la Srita. C describió el momento en que su agresor se echó sobre ella, la terapeuta simuló el peso del agresor con apoyo de un cojín, sugiriéndole a la paciente que luchara para quitárselo de encima. La Srita. C luchó contra su agresor golpeándolo y gritándole, y después de un breve momento la terapeuta

dejó de aplicar peso y fuerza en el cojín para que la paciente consiguiera quitárselo de encima golpeándolo, con el propósito de que experimentara la sensación de haber conseguido defenderse.

Después de ese momento, la paciente quedó llorando en el piso y respirando agitadamente, y la terapeuta (hincada a su lado) le sugirió que cambiara lo que fuera necesario cambiar en ese momento para que ella se sintiera bien, y al cabo de unos segundos, la paciente comenzó a gritar: “¡mamá, que bueno que llegaste, abrázame, no me dejes, abrázame!”, y entonces la terapeuta la abrazó, supliendo a la figura materna que la paciente introdujo para reconstruir ese momento y transformarlo.

Una vez que la paciente se tranquilizó, se regresó al presente contando del 1 al 10, y a medida que se avanzaba en el tiempo la terapeuta sugirió la reconstrucción de la historia, usando frases como: “uno… ahora que ya has cambiado aquello que era necesario cambiar, toda tu historia se está reconstruyendo”, “dos… esa niña va creciendo, pasan los días, las semanas, los meses y los años…”, “tres… y en cada día que pasa tu historia se va reconstruyendo, es una historia nueva y diferente…”, “siete… te sientes como te quieres sentir, porque ya cambiaste lo que era necesario cambiar”, etc.

En las sesiones posteriores, la paciente refirió que se sentía diferente con respecto a la violación, ya que la sensación de haberse defendido de su agresor había hecho que dejara de sentirse como una víctima. También comentó que al pasar los días percibía la violación como algo cada vez más lejano, por lo que sentía que por fin estaba dejando ese evento en el pasado. Además refirió que la relación con su mamá había mejorado, ya que le contó sobre la violación y lloraron abrazadas por casi una hora, lo que la hizo sentir comprendida y apoyada.

Condiciones del Enfoque Centrado en la Persona.

Atendiendo a la sensación de la Srita. C de no estar trascendiendo a los efectos del evento traumático, la terapeuta le propuso la técnica de la Hipnosis Ericksoniana, para trabajar aquellos afectos negativos que no habían podido ser superados por medio de las técnicas gestálticas.

Para la aplicación de la técnica de la Hipnosis Ericksoniana, se procuró que el sufrimiento para la paciente fuera el mínimo posible, evitando forzarla a enfrentar detalles sumamente dolorosos de la agresión, por lo que durante la técnica fue la paciente quien describió la escena y no la terapeuta. Además, la terapeuta empatizó con los sentimientos de temor e incredulidad de la paciente con respecto a la técnica, y para contrarrestarlos se le explicó el propósito del ejercicio y se resolvieron todas sus dudas.

El proceso terapéutico de la Srita. C incluyó otras áreas de su vida que también se vieron afectadas por la violación, y la duración de la terapia fue de un año y ocho meses, siendo la paciente quien concluyó el proceso al considerar que había superado los efectos del evento traumático.

4.6 Otros enfoques de intervención.

A continuación se describirán otras estrategias terapéuticas que diversos autores han propuesto como intervenciones útiles para el Trastorno de Estrés Postraumático. La autora del presente trabajo no ha empleado en su práctica clínica estas estrategias, sin embargo considera importante mencionarlas, ya que su aplicación en casos de Estrés Postraumático comienza a ser más frecuente.

a) Terapia psicocorporal.

La terapia psicocorporal es cualquier forma de psicoterapia que utilice sistemáticamente el movimiento, la respiración, la postura o el contacto físico para propiciar en el paciente la expresión de emociones, la ampliación de la conciencia, alivio al sufrimiento, mayor capacidad de sentir placer y en general para el crecimiento y desarrollo personal. (Ortiz, 1999).

El autor señala que el concepto de *movimiento* cobra especial importancia, ya que en el proceso de terapia psicocorporal, el terapeuta le da instrucciones específicas a la persona para que se mueva de determinada manera, para que exagere o retarde algún movimiento o para que respire de modos no habituales. El proceso psicocorporal también implica contacto físico, que se refiere al uso de diferentes técnicas de masaje que buscan promover la expresión de emociones, ampliación de la conciencia, alivio al sufrimiento y mayor capacidad de sentir placer.

El Dr. Wilhelm Reich se considera el padre de las terapias corporales, ya que fue el primer autor en establecer un vínculo entre el trabajo corporal y el trabajo psíquico. Uno de los enfoques más conocidos de la terapia psicocorporal es la Bioenergética, basada en la obra de Reich y desarrollada por el Dr. Alexander Lowen, quien a su vez fue paciente y discípulo de ese autor.

Lowen (1991) refiere que Reich fue el primer psicoanalista que observó la relación entre el carácter de una persona y su actitud corporal o estructura muscular. A partir de sus investigaciones, Reich formuló varias ideas, algunas de ellas son:

1) El psiquismo y el cuerpo están relacionados funcionalmente.
2) Los músculos rígidos en forma involuntaria contienen una emoción encerrada, por lo cual la musculatura sirve de defensa contra las

> emociones (*coraza muscular).* Al ablandar la musculatura sale la emoción aprisionada; pero esa contractura no nació con la persona, en cierto momento de su vida tuvo que contener la emoción, por temor a algún castigo o a ser mal visto.

Además de la *coraza muscular,* Reich propuso el término *coraza caracterial,* para hacer referencia a las defensas psicológicas que desarrolla la propia persona para contener emociones.

Lowen (op. cit.) menciona que años después de concluir su terapia con Reich, se dio cuenta de que no había resuelto muchos de sus grandes problemas de personalidad, por lo que comenzó un trabajo corporal con su socio, el Dr. John Pierrakos. El autor refiere que fue así como surgió la idea de la Bioenergética, en el trabajo que juntos emprendieron en su propio cuerpo, ideando ejercicios que eran ensayados y probados por él mismo.

La Bioenergética se entiende como “el estudio de la personalidad humana en función de los procesos energéticos del cuerpo” (Lowen, op. cit.; p. 44). El concepto de energía es muy importante, ya que la idea de *ser humano* que se tiene en la Bioenergética es la de un ser compuesto de corrientes energéticas que corren libremente por su cuerpo, permitiéndole ser espontáneo en la vida, emotivamente adecuado a las circunstancias y capaz de vivir su sexualidad de forma satisfactoria.

García (s/a; p. 1) refiere que los fundamentos teóricos de la Bioenergética se pueden sintetizar en tres puntos muy generales:

- Todo organismo viviente, especialmente el ser humano, capta y emite una energía que le es propia.
- Dicha energía puede estar orientada hacia la propia destrucción del organismo o bien hacia su pleno desarrollo.

- Es posible, mediante técnicas especiales, canalizar la energía de forma adecuada de tal manera que influya positivamente en los trastornos energéticos del cuerpo, y que afecten tanto la salud mental como la física.

Lowen (op. cit.) supone que la cantidad de energía que tenga el individuo y la forma en que la use tiene que determinar su personalidad y la forma de relacionarse con los demás. Es por esto que el autor propone que se debe lograr un equilibrio entre cargas y descargas de energía, a través de una respiración adecuada y de ejercicios que permitan acabar con las tensiones musculares, liberar sentimientos y resolver conflictos internos.

Además de ser un modo de entender la personalidad humana en función del cuerpo y de sus procesos energéticos, “La Bioenergética es también una forma de terapia que combina el trabajo con el cuerpo y con la mente, para ayudar a la gente a resolver sus problemas emocionales, y a comprender mejor su potencial para el placer y el gozo de vivir” (Lowen y Lowen, 1996; p. 9).

El carácter también se concibe en términos bioenergéticos, Lowen (op. cit.) lo entiende como un modo habitual de comportamiento defensivo, que acaba formando una especie de armadura que impide a la persona relacionarse con el mundo y con los demás de una manera auténtica y espontánea.

Este autor menciona que el carácter está estructurado en el cuerpo en forma de tensiones musculares crónicas y generalmente inconscientes, además de tratarse de una actitud psíquica protegida por un sistema de negaciones, racionalizaciones y proyecciones. Lowen clasifica las diversas estructuras de carácter en cinco tipos fundamentales:

1. Esquizoide
2. Oral
3. Psicopático
4. Masoquista
5. Rígido

Cada una de estas estructuras de carácter tiene un patrón especial de defensa, tanto en los niveles psicológicos como en los musculares que la distinguen de las demás. Al respecto, el autor señala que no hay una persona que encarne un tipo de carácter puro, por lo que todos los individuos combinamos en distintos grados estas estructuras de carácter.

El diagnóstico en Bioenergética consiste en observar y palpar el cuerpo del paciente, percibiendo toda la musculatura, localizando las principales áreas de tensión y considerando factores tales como el color y temperatura de la piel, su humedad, sequedad, tamaños relativos de todas las partes del cuerpo y la expresión de la cara, sobre todo de los ojos y de la boca. Lowen (1991) asegura que al conocer el lenguaje del cuerpo se conoce la vida emocional de la persona, ya que ésta “es la suma total de sus experiencias vitales, cada una de las cuales está registrada en su personalidad y estructurada en su cuerpo. Lo mismo que el leñador es capaz de leer la historia vital de un árbol en un corte transversal de su tronco, donde se aprecian los anillos anulares de su crecimiento, el terapeuta bioenergético puede leer la vida anterior de una persona en su cuerpo” (p. 55).

Una vez detectadas las zonas de tensión o de bloqueo de energía, el autor refiere que la intervención incluye procedimientos manipulativos y ejercicios especiales. Los procedimientos manipulativos consisten en masaje, presión controlada, y toques suaves para relajar los músculos contraídos, mientras que los ejercicios están destinados a ayudar a la persona a entrar en contacto con sus tensiones y liberarlas a través de un movimiento apropiado. Estos ejercicios son de dos tipos:

1. Ejercicios que tienen por objeto asentar al individuo sobre la tierra a través de sus pies.
2. Ejercicios que tienen como finalidad liberar la pelvis y abrir la salida a los sentimientos sexuales.

A través de estos ejercicios, la persona pasa de un movimiento voluntario (el ejercicio) a uno involuntario, que se produce al relajarse los músculos y al circular la energía, lo que suele ir acompañado de vibraciones. Lowen y Lowen (op. cit.) aseguran que el resultado final es un cambio positivo en la forma de pensar y en las actitudes de la persona, cuyos movimientos y conducta obtienen un elevado grado de espontaneidad.

En el caso de las personas con Estrés Postraumático, es común que éstas también presenten síntomas de depresión. Al respecto Lowen (op. cit.) señala que la relación de la energía con la personalidad se manifiesta claramente en estos casos, ya que la depresión del nivel de energía de estas personas se observa en la disminución de todas sus funciones bioenergéticas: su respiración está deprimida, su apetito está deprimido, su sexualidad está deprimida y no tienen la energía necesaria para sentir interés por nada. En estas situaciones, el autor propone que para ayudar a las personas a recuperar su energía, es necesario que aumenten su toma de oxígeno respirando más profunda y plenamente, al tiempo que se analizan los factores que han contribuido al decaimiento del cuerpo para dirigir los esfuerzos a elevar el nivel de la energía personal cargando el cuerpo energéticamente.

b) Técnicas de logoterapia.

La logoterapia es una teoría terapéutica desarrollada por Viktor Emil Frankl, cuyo método se centra en el sentido de la existencia humana y en la búsqueda de ese sentido por parte del hombre. De acuerdo con esta teoría, la primera fuerza motivante del hombre es la lucha por encontrarle un sentido a su propia vida.

Frankl (2004) refiere que la logoterapia, comparada con el psicoanálisis, es un método menos introspectivo y menos retrospectivo, por lo que mira más hacia el futuro, es decir, al sentido y a los valores que la persona quiere realizar en el futuro. Al respecto, el autor señala que el sentido de vida es único y específico, por lo que corresponde a cada persona descubrirlo.

El término *vacío existencial* alude a la carencia total y absoluta de un sentido de la vida, y se manifiesta principalmente en un estado de tedio o aburrimiento. Al respecto, es posible que luego de un evento traumático, las personas tengan una sensación de vacío o de falta de dirección a su vida, lo que puede dificultar su proceso de recuperación, agravar los signos y síntomas del Estrés Postraumático y propiciar el desarrollo de otros trastornos comórbidos, tales como la depresión, el abuso de sustancias y el suicidio.

En cuanto a la función del terapeuta, éste intenta que el paciente cobre conciencia plena de sus responsabilidades personales, por lo que evitará cualquier juicio de valor a la existencia y a los actos del individuo; de tal forma que la logoterapia declara al hombre un ser responsable, capaz de descubrir el sentido concreto de su existencia.

De acuerdo con la logoterapia, se puede realizar o descubrir el sentido de la vida de tres modos diferentes: 1) realizando una acción; 2) acogiendo las donaciones de la existencia (por ejemplo, el amor o la conmoción interior provocada por la belleza de la naturaleza) y 3) por el sufrimiento.

En cuanto al sufrimiento, Frankl (op. cit.) opina que las personas que viven acontecimientos ineludibles y amenazadores, que parecen robarle el sentido a la vida, tienen ante sí la oportunidad de aceptar su sufrimiento y de darle un sentido, ya que en opinión del autor, el sufrimiento deja de ser sufrimiento, en cierto modo, en cuanto encuentra un sentido.

Sin embargo, el autor refiere que el sufrimiento no es necesario para otorgarle sentido a la vida, ya que el sentido es posible sin el sufrimiento o a pesar de él. “Para que el sufrimiento confiera un sentido ha de ser un sufrimiento inevitable, absolutamente necesario. El sufrimiento evitable debe combatirse con los remedios oportunos; el no hacerlo así sería síntoma de masoquismo, no de heroísmo” (Frankl, op. cit.; p. 136).

Entre las técnicas utilizadas por la logoterapia están las siguientes:

*El cuestionamiento:* Que ocurre por medio de preguntas de las interpretaciones del paciente.

*La de-reflexión:* Según Bazzi y Fizzotti (1989) esta técnica se propone romper el círculo vicioso que mantiene algunos trastornos psicogénicos de la sexualidad. Esta técnica se propone modificar la actitud equivocada de la persona, que se caracteriza por una *hiperintención* y por una *hiperrreflexión,* en el sentido de que presta una atención inadecuada o excesiva al síntoma. Esta técnica ha sido usada principalmente para los trastornos funcionales de la sexualidad, sin embargo se puede aplicar también a otros trastornos donde la atención de la persona es excesiva respecto a un objetivo preciso como el de dormirse, no tartamudear, no sudar, etc.

*La intención paradójica:* Bazzi y Fizzotti (op. cit.) opinan que lo esencial de esta técnica consiste en enseñar a las personas a desear precisamente aquello que temen, con lo que se intensifica el síntoma haciendo cambiar el sentido de su aparición. En la aplicación de esta técnica, se le pide a la persona que desee o que realice precisamente lo que teme, al menos por un momento o por una vez. Frankl (op. cit.) menciona que este procedimiento ha probado ser altamente efectivo para controlar la ansiedad anticipatoria y superar miedos, obsesiones, compulsiones y fobias.

*La biblioterapia:* Que se refiere a la sugerencia de lecturas relevantes al momento existencial o a la problemática del paciente.

c) Programación Neuro-Lingüística.

Velazco (1997) refiere que el concepto de Programación Neuro-Lingüística (PNL) fue creado por John Grinder y Richard Bandler, y engloba tres aspectos:

1. Programación: se refiere al proceso de organizar los elementos de un sistema (representaciones sensoriales), para lograr resultados específicos.
2. Neuro: (del griego *Neurón,* que quiere decir nervio), representa el principio básico de que toda conducta es el resultado de los procesos neurológicos.
3. Lingüística: (del latín *Lingua,* que quiere decir lenguaje), indica que los proceso nerviosos están representados y organizados secuencialmente en modelos y estrategias mediante el sistema del lenguaje y comunicación.

El interés inicial de los creadores de la PNL fue el estudio de los procesos mentales que intervienen para que una conducta o comportamiento sea excepcionalmente bueno, por lo que a principios de los años setenta se dedicaron a la observación de tres psicoterapeutas muy eficaces: Milton Erickson, Virginia Satir y Fritz Perls.

Grinder y Bandler observaron el desempeño de estos psicoterapeutas para descubrir la estructura que subyacía a sus habilidades excepcionales. Posteriormente elaboraron modelos para repetir la experiencia presentando tal estructura de forma secuencial. A partir de sus observaciones descubrieron que esa estructura incluía diversos elementos, tales como: el modo de moverse, los cambios en el tono de voz, la postura corporal y el modo de tocar a las personas

entre otros. Los autores concluyeron que en psicoterapia esos elementos se convierten en estrategias o herramientas para promover el *cambio.*

Velazco (op. cit.) menciona que la PNL parte de los fundamentos de la teoría Constructivista, la cual define la realidad como una invención y no como un descubrimiento. En este sentido, el autor señala que el ser humano no opera directamente sobre el mundo real donde vive, sino que lo hace a través de mapas, representaciones y modelos a partir de los cuales genera y guía su conducta.

El sistema receptor que sirve para captar la representación del entorno está constituido por los sentidos: vista, oído, tacto, gusto y olfato. Este sistema codifica la información enviándola al cerebro, produciendo una respuesta que va a estar de acuerdo con las experiencias previas del individuo y con la organización que les da a sus pensamientos.

Cada persona va a estructurar sus pensamientos de forma diferente, dependiendo del sistema de representación sensorial que más utilice. (Velazco, op. cit.). De acuerdo con la PNL, existen tres tipos de personas:

1. Visuales: El sistema que más se utiliza es la vista. Estas personas privilegian las imágenes más que las palabras, necesitan ver y ser mirados. Pueden llegar a omitir palabras por la rapidez de su pensar, generalmente tienen el volumen de la voz más alto.
2. Auditivos: El sistema que más se utiliza es el oído. Estas personas prestan más atención a la palabra y al sonido, suelen ser conversadores y su pensamiento va paralelo a lo que escuchan o hablan. Necesitan saber que el otro está entendiendo lo que dice o que le está escuchando. Piensan una cosa por vez y suelen ser más profundos que los visuales, pero abarcando menos cosas.
3. Kinestésicos: Usan más las sensaciones corporales, el olfato y el gusto. Estas personas dan mayor importancia al movimiento, a las

sensaciones y a las emociones. Son más sensibles que los dos precedentes y necesitan mayor contacto físico.

Al respecto, cabe mencionar que las personas cambian de un sistema a otro dependiendo del entorno, de las diversas situaciones y de las personas con las que se esté interactuando.

Por medio de estos sistemas de representación, el individuo absorbe la información de la realidad para procesarla y crear su propio modelo del mundo, el cual será diferente al de otras personas, ya que dependerá de sus experiencias, vivencias, cultura, situación social y de otros factores.

En el caso de las personas que acuden a psicoterapia, la PNL aplica técnicas que pretenden cambiar la representación o modelo del mundo que han creado, y que origina o mantiene sus conflictos emocionales.

Para aplicar las técnicas de la PNL, el terapeuta debe estar al tanto del sistema de representación que más usa el paciente (visual, auditivo, kinestésico), esto se logra por medio de las señales de acceso, que según Velazco (op. cit.) están constituidas por los predicados verbales, las posturas corporales y los movimientos que el paciente emplea. Algunos ejemplos serían:

- Visual: “Mire lo que voy a hacer”
- Auditivo: “Escuche lo que estoy diciendo”
- Kinestésico: “Quiero sentirme bien”

Otras señales de acceso son los movimientos visuales, ya que “las personas presentan una conexión neurológica innata que los hace mover los ojos hacia diversas direcciones, de acuerdo al sistema representativo que en ese momento esté invocando en su pensamiento” (Sambrano, 1997; citado en Velazco, op. cit.; p. 7). De esta forma tenemos lo siguiente:

- Ojos arriba a la derecha: visual construido.
- Ojos arriba a la izquierda: visual recordado.
- Ojos al lado derecho: auditivo construido.
- Ojos al lado izquierdo: auditivo recordado.
- Ojos abajo a la derecha: en contacto con sus sentimientos.
- Ojos abajo a la izquierda: conversando o discutiendo consigo mismo.

Una vez considerados estos elementos, la PNL usa diversas herramientas para desarrollar un pensamiento estratégico y sistemático, que mejore y flexibilice conductas que permitan alcanzar con eficiencia los objetivos terapéuticos.

De acuerdo con lo anterior, según Sambrano (1997, citado en Velazco, 1997; p. 4) la PNL posee las siguientes características:

a) La PNL tiene la habilidad de ayudar al ser humano a crecer, trayendo como resultado una mejor calidad de vida.
b) Presenta un enfoque práctico y potente para lograr cambios personales debido a que posee una serie de técnicas que se asocian entre sí para lograr una conducta que se quiere adquirir.
c) Se concibe como una poderosa herramienta de comunicación, influencia y persuasión, puesto que, a través del proceso de comunicación se puede dirigir el cerebro para lograr resultados óptimos.
d) Es esencialmente un modelado. Los especialistas que desarrollaron la PNL estudiaron a quienes hacían las cosas de manera excelente, encontraron cual era su fórmula y proporcionaron los medios para repetir la experiencia.
e) La PNL es una actitud. La actitud de ‘voy a lograrlo’ con unas enormes ganas indetenibles.

f) Va más allá de un simple conjunto de herramientas. Se origina a partir de la Lingüística, la Terapia Gestalt, la Semántica General, Análisis Transaccional, Dominio Corporal, Cognitivo y Emocional.

En psicoterapia la PNL promueve un uso práctico de la mente para conseguir resultados más rápidos en el tratamiento de diversos trastornos o problemas psicológicos. En el caso del Estrés Postraumático, Andreas y Andreas (1991) proponen el uso de dos estrategias: el método para Fobias y el método para la Recuperación del Abuso y el Trauma.

El método para Fobias consiste en los siguientes pasos:

“Primero seleccione un recuerdo desagradable, una fobia o una experiencia traumática que quiera neutralizar…

1. Imagine que está en el cine. *Véase a sí mismo* haciendo algo neutro en una pequeña pantalla en blanco y negro.
2. Aléjese flotando de sí mismo y obsérvese mirándose en la pantalla del cine.
3. Manteniéndose en esta posición, ahora observe, en esa pequeña pantalla, una película en blanco y negro de *sí mismo* sufriendo la experiencia que ha seleccionado para “neutralizar”.
4. Después que termine de *observarse a sí mismo* en esta película, cuando las cosas estén nuevamente bien, deténgala, de modo que quede una imagen quieta. Luego métase *dentro* de esta imagen, dele color y proyecte la película hacia atrás en cámara rápida. Será como ver una película hacia atrás, con usted *dentro* de ella, como si el tiempo hubiera cambiado de dirección.
5. Ahora compruebe. Piense en el evento o recuerdo y fíjese si puede pensar en él más cómodamente. Si es así, entonces usted está listo. Si no, puede volver a repetir el proceso u obtener ayuda de alguien

entrenado en estos métodos" (Andreas y Andreas, op. cit.; pp. 79-80).

Los autores sugieren que antes de aplicar este método en experiencias severas, se use primero en una o más experiencias *moderadamente* desagradables para aprender los pasos y verificar que funcione.

El método rápido para fobias establece el fundamento de otro método que estos mismos autores han desarrollado para trabajar con personas que han sufrido abusos sexuales o físicos: el método para la Recuperación del Abuso y el Trauma, que consiste en lo siguiente:

"Este proceso le permite a usted reprocesar rápidamente experiencias múltiples de abusos u otros traumas…

1. **Preparación.** Realice el proceso rápido de fobias con tres experiencias desagradables de su pasado, para establecer la base de lo que hará en el paso No. 3 de abajo... La mayoría de las personas encuentran que es más fácil realizar cabalmente los pasos siguientes si primero cierran los ojos, se relajan y caen en un estado meditativo.
2. **Reordenamiento de recuerdos.** Pídale a su inconciente que separe sus experiencias agradables y desagradables.
3. **Recodificación de sus Experiencias Desagradables del Pasado.**

a. Pídale a su inconciente que utilice la cura de fobias para transformar todas sus experiencias desagradables del pasado en algo más pequeño, menos colorido y más lejano. Su inconciente también le puede dar la perspectiva visual de *verse a sí mismo* en todas estas experiencias, en lugar de verlas desde su punto de vista original.
b. Ordene en fila todas sus experiencias pasadas y subraye las desagradables. Póngase de espaldas a su pasado y luego vaya

*hacia atrás* muy rápidamente a través de todas las experiencias desagradables del pasado para desconectarse por completo de ellas. Retorne al presente.

4. **Reconexión con sus Experiencias Agradables del Pasado.**

a. Pídale a su inconciente que las recodifique todas dándoles colores vivos, tal vez que las agrande y que usted esté *dentro* de ella, en lugar de observar desde afuera, de modo que pueda vivenciarlas plenamente.

b. Ordene en fila todas sus experiencias pasadas y subraye las agradables para este proceso. Flote sobre sus experiencias pasadas, dejándose caer dentro de usted mismo en el momento de la concepción. Muévase rápidamente hacia delante a través de todas sus experiencias agradables, reconectándose plenamente con cada una hasta llegar al presente.

5. **Introducción de los Aprendizajes en el Presente.** Traiga al presente este modo de pensar acerca de eventos agradables y desagradables.

6. **Recodificación de su Futuro.** Traiga a su futuro este modo de pensar acerca de eventos desagradables y agradables.

Esto completa el proceso. Ahora usted puede disfrutar una mayor integración de esta forma de procesar sus experiencias dentro de su vida" (Andreas y Andreas, op. cit.; pp. 89-90).

Los autores explican que este método funciona debido a algunos hechos importantes acerca de las imágenes mentales: "Cuando imaginamos algo grande, brillante, colorido y cercano a nosotros, generalmente tenemos fuertes sensaciones en respuesta a ello... Por el contrario, cuando imaginamos algo pequeño, lejano, en blanco y negro y *nos vemos a nosotros mismos* en la imagen, como si estuviéramos observándonos en la TV, no tenemos las sensaciones de la

experiencia; en lugar de ello tenemos sensaciones más “objetivas”, como las que tendría un observador” (p 87).

Así, la recodificación de las experiencias *positivas* dándoles colores vivos y agradándolas permite experimentar al paciente sensaciones plenas e intensas para cada una de ellas; mientras que la recodificación de las experiencias desagradables imaginándolas como algo pequeño, menos colorido y lejano permite poner distancia afectiva del evento.

“Ir hacia atrás rápidamente a lo largo de experiencias desagradables, también tiene un impacto previsible. Mucha gente relata que, después de hacer esto, el color de sus experiencias negativas se desvanece más… El ir hacia delante rápidamente a través de experiencias agradables, generalmente fortalece las experiencias positivas que tenemos y a menudo le devuelve el color y la intensidad a los recuerdos” (Andreas y Andreas, 1991; pp. 87-88).

4.7 Planeación del tratamiento.

La intervención psicoterapéutica en casos de Estrés Postraumático desde el Enfoque Centrado en la Persona, es un proceso que se planea y se lleva a cabo considerando las necesidades emocionales de la persona afectada, quien aún en esa situación es capaz de dirigirse a sí misma y trascender a los efectos del trauma.

Para llevar a cabo la planeación del tratamiento, es necesario contar con la información necesaria y suficiente acerca del evento traumático y sus consecuencias en la vida de la persona. Para obtener esta información, se usan la entrevista clínica y los instrumentos de evaluación para el Estrés Postraumático, que ya fueron descritos en el capítulo 3 del presente trabajo.

La entrevista clínica es una estrategia de evaluación indispensable en todo proceso terapéutico. Edelstein y Yoman (1991) mencionan que durante la entrevista se establece la relación terapéutica, se toman las primeras decisiones clínicas importantes, y el terapeuta comienza a recoger la información que permitirá establecer los objetivos, las prioridades del tratamiento y las modalidades de intervención. En los casos de Estrés Postraumático, debe preguntarse directamente por el suceso traumático y por los signos y síntomas característicos del trastorno, manteniendo una actitud sensible y respetuosa ante la experiencia de la persona.

La entrevista clínica también permite conocer la percepción que tiene la persona del evento traumático, así como determinar el impacto del mismo en las distintas áreas del desarrollo (conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognoscitiva).

Durante la entrevista, la relación terapéutica que se establece con el paciente implica obtener su colaboración para obtener toda la información necesaria sobre el motivo que lo lleva a terapia. (Edelstein y Yoman, op. cit.).

Al respecto, el Enfoque Centrado en la Persona permite establecer un ambiente seguro y empático, donde las personas con Estrés Postraumático pueden expresar con libertad sus pensamientos y sentimientos con respecto a la experiencia traumática. En la entrevista clínica enmarcada por este enfoque, también se promueve el establecimiento de una alianza de trabajo efectiva, que será necesaria para el éxito del proceso terapéutico.

Generalmente, la aplicación de los instrumentos de evaluación para el Estrés Postraumático se realiza después de la entrevista clínica. Estos instrumentos no sólo sirven para establecer el diagnóstico del trastorno, sino que además permiten individualizar la respuesta de las personas ante los sucesos traumáticos, ya que pueden indicar qué componente del Estrés Postraumático

predomina más (reexperimentación, evitación, hiperactivación) y qué otros trastornos comórbidos están presentes, lo que permitirá diseñar un plan de intervención adecuado para cada persona.

Una vez realizada la evaluación, se comentarán los resultados con el paciente, resolviendo sus dudas y determinando con él las prioridades del tratamiento, realizando una jerarquización de conductas y/o síntomas relacionados con el trastorno que desee trabajar primero. Al respecto, Godoy (1991; p. 100) afirma que las conductas que deben ser prioridad al inicio de la intervención deben reunir las siguientes características:

- La conducta que resulte más molesta para el paciente o los otros significativos, ya que de esta forma el propio paciente o los otros, como mediadores, estarán más motivados a continuar con el tratamiento si se benefician con la intervención.
- La conducta más fácil de modificar, ya que los resultados rápidos motivarán al paciente y/o a los otros significativos y los llevará a esforzarse y a colaborar en los intentos terapéuticos.
- La conducta que produzca la máxima generalización de los efectos terapéuticos.

Estas características pueden considerarse y discutirse con el paciente mientras se elabora la jerarquización de los temas a trabajar en la terapia, sin embargo es importante recordar que desde el Enfoque Centrado en la Persona, es el individuo quien dirige su propio proceso, y por tanto decide con qué conducta y/o síntoma comenzar la intervención. Al respecto, cabe mencionar que la jerarquización de temas puede cambiar durante la terapia, dependiendo de las necesidades emocionales de la persona.

Cuando se interviene en Estrés Postraumático tomando como marco metodológico el Enfoque Centrado en la Persona, el terapeuta no dirige ni orienta

al paciente en cuanto a lo que debe hacer, sentir o pensar. Sin embargo se sugiere un plan de intervención para este trastorno, enmarcado por las actitudes básicas de empatía, congruencia y aceptación incondicional por parte del terapeuta. Este plan de intervención consiste en las siguientes etapas:

*Primera etapa: Expresión y apoyo emocional.*

En esta primera etapa se promueve y facilita la libre expresión de sentimientos relacionados con el evento traumático, con el propósito de que la persona recorra mentalmente el suceso poniéndolo poco a poco en palabras, para que la carga emocional que contiene se vaya desgastando.

Para facilitar la expresión de sentimientos como la tristeza, el enojo, la vergüenza y otros, resultan útiles algunas estrategias de la terapia Gestalt, tales como: *la silla vacía, escritura de cartas, confrontación y descarga en objetos neutros,* las cuales se acompañan por las actitudes de aceptación incondicional y empatía por parte del terapeuta, quien en todo momento apoya emocionalmente a la persona sin juzgar sus sentimientos, permitiéndole sentirse comprendida y aceptada.

*Segunda etapa: Reevaluación cognoscitiva.*

En esta etapa, se usan técnicas cognitivo-conductuales para detectar y modificar las cogniciones que impactan de forma negativa en la conducta y en las emociones de las personas con Estrés Postraumático. Estas cogniciones provocan que el individuo sobreestime la probabilidad de que el suceso traumático vuelva a suceder, sobreestime la severidad del mismo y subestime sus recursos de afrontamiento y las posibilidades de ayuda de otras personas.

Algunas técnicas que pueden usarse en esta segunda etapa son: *detención del pensamiento, distracción, autoinstrucciones y autoafirmaciones y discusión de creencias irracionales.*

*Tercera etapa: Habilidades de afrontamiento.*

Aquí se pretende enseñar a la persona habilidades que pueda utilizar en situaciones evocadoras de ansiedad o estrés.

Para los síntomas de reexperimentación se usan técnicas de parada de pensamiento y de distracción cognoscitiva.

La terapia de exposición está indicada para intervenir en las conductas de evitación, y una de las técnicas más apropiadas es la d*esensibilización sistemática,* una estrategia desarrollada para eliminar las conductas de miedo y de evitación.

Por último, para los síntomas de hiperactivación se usan técnicas para el control de la ansiedad que le permitan a la persona controlar o reducir la sintomatología fisiológica del Estrés Postraumático, tales como el e*ntrenamiento en relajación* y las respiraciones profundas.

También se pueden usar técnicas de la Hipnosis Ericksoniana. El terapeuta y el paciente pueden trabajar con la escena del evento traumático para que la persona cambie lo que desee cambiar de esa escena, haciéndolo en los términos mismos del cerebro derecho (sensaciones, imágenes, modificaciones espacio-temporales), al tiempo que se produce una traducción muy especial al cerebro izquierdo, que empieza a generar palabras que traducen la emoción y la complementan. Este proceso hace que la persona experimente un cambio interior de sentimientos y sensaciones respecto al evento traumático, el cual se ha resignificado permitiéndole a la paciente trascender a sus efectos.

Cabe resaltar que el plan de intervención que se ha propuesto no se aplica de una manera rígida o lineal, ya que durante el proceso terapéutico se puede pasar de una etapa a otra dependiendo de las necesidades emocionales del paciente.

En la planeación del tratamiento para Estrés Postraumático también se debe considerar la posibilidad de la intervención farmacológica. Sin embargo, las preferencias del paciente constituyen un factor muy importante para tomar esta decisión, por lo que una manera rápida y precisa de determinar si es necesario el tratamiento farmacológico, sería preguntarle al mismo paciente si cree que requiere de medicamentos para controlar o disminuir los síntomas del trastorno.

En este sentido, para facilitar al paciente la toma de esta decisión será importante explicarle los objetivos del tratamiento farmacológico, que según Bobes et al. (2000; p. 205) son los siguientes:

1. Mejora de la sintomatología.
   a) Reducir los síntomas intrusos y la tendencia a interpretar los estímulos como recurrencias del trauma.
   b) Disminuir la conducta de evitación.
   c) Mejorar el embotamiento, el distanciamiento y el humor.
   d) Disminuir la hiperactivación, tanto tónica como la desencadenada por la exposición a un recuerdo del trauma.
   e) Disminuir la impulsividad y los síntomas psicóticos o disociativos.
2. Aumento de la capacidad de adaptación al estrés.
3. Disminución del riesgo de comorbilidad secundaria del trastorno (uso/abuso de alcohol u otras sustancias, conductas violentas, suicidio, etc.).
4. Mejora del funcionamiento del paciente.
5. Mejora de su calidad de vida.

Cuando la persona decide que requiere el apoyo de los fármacos, se le canaliza con el médico psiquiatra para que éste indique el medicamento y la dosis adecuada. En estos casos, es recomendable que la persona también se integre a un proceso terapéutico, que tendrá como uno de sus principales objetivos apoyar a la persona a prescindir lo antes posible de los medicamentos.

Por otro lado, si el paciente opta sólo por la intervención psicoterapéutica, la eficacia de la misma deberá evaluarse periódicamente a través del informe de la persona sobre el mejoramiento de sus síntomas. Si esto no ocurre deberán considerarse junto con el paciente dos opciones: 1) añadir o cambiar a otro enfoque psicoterapéutico y/o 2) la medicación.

4.8 Duración del tratamiento.

El proceso terapéutico requiere de un tiempo para desarrollarse y para cumplir con los objetivos que se fijaron desde el principio y con los que se han propuesto a lo largo de la terapia.

Un factor que puede llegar a determinar la duración del proceso es la orientación teórica del terapeuta. Al respecto, Salama (1999) refiere que en el caso de las psicoterapias humanísticas, se considera que para que la persona desarrolle su potencial y resuelva sus asuntos pendientes, la terapia puede durar hasta un año, con una frecuencia de una vez por semana. Sin embargo, se puede decir con certeza que el tiempo que una persona requiera estar en terapia estará determinado por ella misma, ya que cada proceso es diferente independientemente de la similitud que pueda existir entre las situaciones o eventos que llevan a un individuo a psicoterapia.

4.9 Evaluación para finalizar el tratamiento.

“Llega el momento en que el proceso terapéutico y las sesiones están cerca de su finalización. Esto puede ocurrir en el instante en que el consultante asume que ya no es necesario continuarlas. Este momento debe ser esperado por el terapeuta con afecto, ya que se trata del éxito de un trabajo profesional en el cual el consultante logró su auto apoyo y ya conoce cómo resolver los problemas que se le presenten” (Salama, op. cit.; p. 198).

Aunque el informe verbal de los pacientes acerca de la mejoría o desaparición de los síntomas de Estrés Postraumático, y su deseo de terminar con la terapia son suficientes para llegar a la finalización del tratamiento, en algunos casos donde hay un seguimiento legal, se trabaja con niños y adolescentes o el terapeuta considera que aún hay asuntos pendientes por resolver, es recomendable contar con una evaluación final, donde se aplican nuevamente ciertos instrumentos como la entrevista y pruebas psicológicas.

En cuanto a la entrevista, en el Enfoque Centrado en la Persona es importante preguntarle al paciente lo siguiente:

- ¿Qué diferencia hay entre el momento en que llegaste a la terapia y el momento en el que estás ahora?
- ¿Qué has aprendido?
- ¿Qué has solucionado?
- ¿Qué has logrado ya?
- ¿Qué te falta por hacer?

Las respuestas positivas a estas preguntas permiten tanto al paciente como al terapeuta constatar que se cumplieron los propósitos de la intervención, ya que indicarían que el paciente ha resignificado el suceso traumático y ha resaltado sus recursos y habilidades para integrarlo a su vida y trascender a sus efectos.

Godoy (1991; pp. 105-106) menciona que existen muchas razones que aconsejan la realización de una evaluación de los resultados de las intervenciones psicológicas, algunas de las cuales son:

1. La calidad del servicio al paciente se mejora, ya que la valoración proporciona información acerca de la magnitud y dirección de los cambios, así como acerca de en qué medida se camina en consecución de las metas últimas del tratamiento…
2. Cuando la valoración se realiza tras la terminación de la intervención, bien inmediatamente después de la misma, o bien durante el periodo de seguimiento, la valoración permite apreciar el grado con el que se han alcanzado las metas últimas del tratamiento y, por tanto, si el tratamiento puede considerarse o no como un éxito…
3. La valoración realizada sobre los procedimientos de intervención nos da seguridad acerca de su calidad y permite diseminar mejor los tratamientos, como productos psicológicos que son, entre sus consumidores: terapeutas, responsables de la administración indirecta de intervenciones psicológicas (gerentes, directores médicos, responsables de salud, etc.), y pacientes.
4. Por último, la realización de valoraciones sistemáticas y cuidadosamente realizadas hace avanzar las ciencias clínicas y contribuye al aumento de nuestros conocimientos técnicos y aplicados.

A lo largo de este capítulo se han descrito las principales características del Enfoque Centrado en la Persona, que puede considerarse una intervención útil y adecuada en casos de Estrés Postraumático.

De la misma forma, se han descrito algunas técnicas de intervención para este trastorno, que aunque proceden de diversos enfoques terapéuticos, al ser enmarcadas por las actitudes de congruencia, empatía y aceptación incondicional,

permiten el establecimiento de un ambiente cálido, seguro y permisivo, donde la persona con Estrés Postraumático puede realizar una autoexploración de sentimientos, experiencias y conductas, para conseguir reorganizarlas e integrar el evento traumático a su vida trascendiendo a sus efectos.

La congruencia, empatía, aceptación incondicional y la no-directividad, son actitudes que el terapeuta debe mantener en las distintas etapas de la intervención, en primer lugar, para que la persona se haga responsable de su propio proceso, y en segundo término, para establecer las condiciones necesarias donde el paciente pueda resaltar los recursos y habilidades para translaborar el suceso traumático.

Sin embargo, la intervención del psicólogo en Estrés Postraumático no se limita al ámbito clínico, por lo que a continuación abordaremos el papel del terapeuta en los procesos legales y en la atención interdisciplinaria al Estrés Postraumático. De la misma forma, describiremos los elementos que pueden apoyar al terapeuta para un ejercicio profesional ético y responsable en la intervención del trastorno.

# CAPÍTULO V.
# ÁMBITOS PARA LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO.

## 5.1 Intervención del psicólogo en procesos legales.

El área de interrelación entre la Psicología y la Ley conforma lo que se denomina Psicología Jurídica, la cual puede entenderse como la aplicación de la ciencia de la Psicología a las cuestiones legales.

Hay dos tipos de intervención que el psicólogo puede hacer en procesos legales, las cuales son: a) cuando el psicólogo ya está tratando a un paciente que se ve envuelto en asuntos legales, y es llamado a testimoniar como experto y b) cuando el profesional no está atendiendo a la persona, pero igualmente es llamado por el juez a dar un informe técnico. (França-Tarragó, 1996).

Este autor menciona que ambas situaciones pueden estar relacionadas con las siguientes problemáticas:

1. diagnóstico de credibilidad de un testigo judicial.
2. diagnóstico de culpabilidad de un acusado.
3. diagnóstico de competencia de una persona para el ejercicio civil de sus derechos como persona.
4. diagnóstico de capacidad para tener en custodia a menores o para suprimir la patria potestad a quienes la ejercen.
5. responsabilidad de acusar a personas en ciertas circunstancias (cuando hay abuso de menores, ancianos, discapacitados, etc.).
6. cuando se acusa a otros profesionales de mala práctica.

En el ámbito legal, los psicólogos suelen ser requeridos para dar testimonio de aquellos casos en los cuales es necesario establecer el estado emocional o mental de una de las partes implicadas en un proceso legal. De esta forma, Simon (1995, citado en Bobes et al., 2000; p. 288), plantea las siguientes cuestiones que el perito debe responder en un caso donde se argumente Estrés Postraumático:

1. ¿Cumple el trastorno referido por el reclamante los criterios diagnósticos específicos?
2. El acontecimiento traumático que, presuntamente, ha causado el supuesto trastorno ¿tiene la suficiente intensidad como para producir este trastorno?
3. ¿Cuáles son los antecedentes psiquiátricos del demandante anteriores al incidente?
4. ¿Está basado el diagnóstico de trastorno únicamente en la descripción subjetiva del reclamante?
5. ¿Cuál es el nivel real de deterioro en el funcionamiento mental del reclamante?

Bobes et al. (op. cit.) mencionan que este mismo autor recomienda que al valorar los criterios diagnósticos del trastorno y la intensidad del acontecimiento traumático, el perito debe guiarse por los manuales de diagnóstico oficiales, la bibliografía especializada y las investigaciones realizadas hasta la fecha acerca del trastorno. De la misma forma, la evaluación psiquiátrica forense del reclamante debe incluir una revisión de sus antecedentes médicos y psiquiátricos. En cuanto a la credibilidad de la persona, no es suficiente confiar solamente en su relato, sino que se deben considerar otras fuentes de información. Por último, deben usarse métodos estandarizados para determinar el grado de deterioro en el funcionamiento psicológico del reclamante, evitando utilizar sólo la experiencia clínica o criterios puramente subjetivos para determinar el grado de afectación.

Al respecto, França-Tarragó (op. cit.) menciona que al realizar la evaluación correspondiente, el psicólogo que interviene en procesos legales debe actuar con

honestidad e imparcialidad, tanto en la selección de fuentes a partir de las cuales elabora la información que va a presentar al Juez, como en la presentación o redacción del informe final.

Otra cuestión que se plantea en la evaluación del Estrés Postraumático, es la existencia de la simulación, por lo que Resnick (1995, citado en Bobes et al., op. cit.; pp. 297-298) incluye las siguientes recomendaciones para la evaluación de la simulación del trastorno:

1. La información colateral debe incluir atestados policiales del incidente traumático, declaraciones de los testigos y cualquier otro antecedente psiquiátrico del declarante. El examinador debe entrevistar, al menos, a un miembro de la familia o persona cercana, sobretodo en persona, o al menos por teléfono.
2. El médico debe realizar una historia clínica detallada del acontecimiento traumático en sí mismo, los síntomas psiquiátricos del reclamante, iniciativas de tratamiento y estilo de vida. Debe interrogar sobre si el reclamante ha presentado otras demandas legales anteriormente, o si ha sido detenido por algún delito.
3. Al realizar la entrevista el clínico no debe dar pista alguna sobre la impresión que tenga respecto a la autenticidad del relato. La información colateral debe revisarse sin estar el reclamante delante.
4. Para decidir si los síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático son simulados o no, el médico debe tener un amplio conocimiento sobre la sintomatología. Debe examinar cuidadosamente la adecuación entre los síntomas y el estresor, el tiempo transcurrido entre el acontecimiento y la aparición de los síntomas, y la relación entre los síntomas psiquiátricos previos y el deterioro funcional actual.
5. Si el reclamante presenta uno o más de los criterios expuestos a continuación debe explorar la posibilidad de que esté simulando. En este

caso deben considerarse técnicas especiales de entrevista, tests psicológicos y, en ocasiones, evaluación hospitalaria.

Listados de criterios de sospecha:

1. Malos antecedentes laborales.
2. Lesiones incapacitantes previas.
3. Discrepancias en las capacidades para el trabajo y las actividades lúdicas.
4. Pesadillas que son siempre iguales.
5. Rasgos antisociales de personalidad.
6. Funcionamiento anterior al trauma sobreidealizado.
7. Respuestas evasivas.
8. Inconsistencia en la presentación de los síntomas.

5.2 Interdisciplinariedad.

El Estrés Postraumático es un trastorno complejo, que en algunos casos requiere de una atención multidisciplinaria para que la persona consiga recuperarse del evento traumático y de sus consecuencias emocionales y físicas.

*Atención médica.*

La violencia familiar, la violencia sexual, el secuestro y la tortura son ejemplos de eventos traumáticos que suelen ocasionar lesiones graves en el cuerpo de las víctimas, por lo que en estos casos es probable que se requiera de una atención médica inmediata o de urgencia.

Entre las lesiones que requieren de una atención médica inmediata o de urgencia podemos considerar las siguientes: contusiones del cuero cabelludo, hematomas en rostro y cuello, desgarros perineales, contusiones y desgarros

vesicales, fracturas, quemaduras, lesiones incisivas, trastornos causados por aplicación de inyecciones, despegamiento de uñas, mutilación de alguna parte del cuerpo y trastornos causados por estrangulamiento.

El Protocolo de Estambul de las Naciones Unidas (1999), refiere que una exploración física general es importante en casos de tortura y de otros malos tratos, e implica la revisión de las siguientes partes del cuerpo:

1. Piel.
2. Cara (ojos, oído, nariz, mandíbula, orofaringe, cuello, cavidad oral y dientes)
3. Tórax y abdomen.
4. Sistema musculoesquelético.
5. Sistema genitourinario.
6. Sistemas nerviosos central y periférico.

Para dar una atención médica adecuada, el Protocolo de Estambul también señala que el médico debe establecer un ambiente empático, de escucha activa, de confianza y honestidad para con la persona que ha vivido un evento traumático. Además, señala la importancia de que la persona sea examinada y atendida individualmente y respetando su intimidad, y refiere que en caso de requerir información con respecto a cómo se le ocasionaron las lesiones, el médico debe cuidar las frases que pronuncia y la forma de estructurar sus preguntas, procurando actuar de forma sensible con la persona que está tratando.

Posteriormente, dependiendo de los resultados de la exploración física y de la información que proporcione la persona con respecto a sus lesiones, el médico deberá indicar el tratamiento adecuado, el cual de preferencia deberá complementarse con la intervención psicológica y psiquiátrica, en los casos que así se requiera.

*Atención psiquiátrica.*

Como ya se ha mencionado, las preferencias del paciente son el factor más importante a considerar para la intervención farmacológica, ya que es la persona quien finalmente decidirá si requiere del uso de medicamentos para controlar o disminuir los síntomas del Estrés Postraumático.

En aquellos casos donde se hace uso de la medicación, en principio se asume que se aplica el mismo tratamiento para los casos de Estrés Postraumático agudo y crónico, y la intervención comprende tres fases: estabilización, mantenimiento y discontinuación, por lo que se debe informar al paciente que la duración del tratamiento será prolongada. (Bobes et al., 2000).

En cuanto a los fármacos más utilizados en el tratamiento del Estrés Postraumático, estos autores exponen que los medicamentos de primera elección son:

1. ISRS: sertralina, paroxetina, fluoxetina, fluvoxamina y citalopram.
2. Nefazodona.
3. Venlafaxina.

Al respecto, los autores mencionan que con la excepción del síntoma trastornos del sueño, diversas investigaciones recomiendan como fármaco de primera elección para todos los síntomas analizados los ISRS, la nefazodona y la venlafaxina, en este orden. Además, señalan que el estudio en el campo de la psicofarmacología del Estrés Postraumático, también ha permitido identificar los fármacos más eficaces para el tipo de trauma experimentado, de tal forma que:

1. Los antidepresivos tricíclicos en todos los tipos de trauma.
2. Las benzodiacepinas en trauma sexual en un adulto, accidentes y catástrofes naturales.

3. Los estabilizadores del humor en guerras, abuso físico o sexual durante la infancia, víctima de crímenes violentos o tortura.

Bobes et al. (op. cit.; pp. 209-212) presentan las siguientes respuestas a las preguntas más frecuentes acerca del tratamiento farmacológico del Estrés Postraumático:

- **Cuándo iniciar el tratamiento.** El tratamiento debe iniciar si pasadas 3 semanas desde que la persona vivió el evento traumático no se observa mejoría en la respuesta de estrés agudo.
- **Cómo iniciar el tratamiento.** Debe iniciarse con dosis bajas e ir aumentándolas de forma progresiva hasta alcanzar, como mínimo, las dosis terapéuticas para la depresión.
- **Tiempo necesario para saber si existe o no respuesta al tratamiento.** Se considera que es necesario esperar 8 semanas antes de decidir si se ha producido o no respuesta al tratamiento.
- **Qué hacer cuando no existe respuesta al tratamiento.** Se recomienda añadir psicoterapia y/o cambiar de medicación.
- **Qué hacer cuando existe una respuesta parcial al tratamiento.** Se recomienda seguir con la medicación actual y añadir otro fármaco y/o psicoterapia.
- **Qué hacer cuando no existe respuesta a múltiples intentos de tratamiento biológico. Refractariedad.** En primer lugar se recomienda realizar una evaluación cuidadosa buscando las posibles causas de la falta de respuesta (por ejemplo, abuso de sustancias, comorbilidad, etc.), así como reconsiderar el diagnóstico. En segundo lugar se sugiere desarrollar un plan comprensivo utilizando técnicas psicofarmacológicas y psicoterapéuticas de forma conjunta y sistemática, hasta determinar el programa de intervención más adecuado para cada caso.

Los autores mencionan que luego del tratamiento agudo, todos los pacientes deben pasar por el tratamiento de mantenimiento, que tiene como objetivo mantener al paciente en remisión, es decir, en la disminución de los síntomas de al menos el 75%, para disminuir el porcentaje de recaídas. Al respecto, también exponen la siguiente información:

- **Qué fármacos hay que utilizar en el tratamiento de mantenimiento.** Este tratamiento es una prolongación del tratamiento agudo y los fármacos y las dosis empleadas son los mismos que los utilizados en la fase aguda.
- **Cuánto tiempo dura el tratamiento de mantenimiento.** La duración depende del tipo de trastorno (agudo o crónico) y del grado de la buena respuesta del paciente: 1) Agudo, 6-12 meses; 2) Crónico con respuesta excelente, 12-24 meses y 3) Crónico con síntomas residuales, al menos 24 meses y posiblemente más tiempo.
- **Cómo interrumpir el tratamiento.** Se recomienda ir disminuyendo la dosis durante un periodo de 2 a 4 semanas. En el caso de las benzodiacepinas, el periodo recomendado es de 4 semanas o más. En los pacientes con factores de riesgo de recaídas el periodo recomendado es de 4 a 12 semanas, y en el caso de las benzodiacepinas más de 12 semanas. (pp. 213-214).

*Asesoría legal.*

Los abogados y los Agentes del Ministerio Público, son otros profesionales que suelen intervenir en eventos traumáticos que están considerados como delitos por el Código Penal de nuestro país, tales como la violencia familiar, la violencia sexual, la tortura y el secuestro.

Parte de las funciones de estos profesionales será informar a la persona afectada sobre los derechos constitucionales que tiene como víctima de un delito, los cuales son como los refiere Islas de González (2003) los siguientes:

- Asesoría jurídica
- Coadyuvancia con el Ministerio Público
- Atención médica y psicológica de urgencia
- Reparación del daño
- Careo optativo para víctimas u ofendidos menores de edad
- Medidas y providencias de seguridad y auxilio

Además de sus derechos, los profesionales deben informar a la persona acerca del tipo de delito que se cometió en su contra, de las sanciones jurídicas que se otorgarán en caso de que decida darle un seguimiento penal al caso, así como de la posibilidad de obtener una *reparación o indemnización* por el daño sufrido, esto apoyándose en certificados médicos y/o evaluaciones psicológicas que demuestren las consecuencias físicas del delito y la presencia de Estrés Postraumático.

Por otro lado, las funciones del abogado también implican la orientación y la asistencia técnica durante los procesos penales o civiles que se inicien a consecuencia del delito, que han de concluir hasta la sentencia o decisión final de un juez.

Al respecto, Slaikeu (2000) opina que los abogados y otros asesores legales son profesionales que pueden auxiliar a una persona en crisis a dar pasos concretos para la solución legal de su problema, adoptando actitudes de escucha activa, empatía y sensibilidad ante la experiencia que ha vivido la persona que están atendiendo. De esta forma, el autor refiere un proceso de tres pasos para ayudar al abogado a facilitar la apertura de información relevante, y formular una estrategia para la proporción de ayuda:

“El cliente recibe primero motivación para expresar sus preocupaciones y reacciones emocionales. El abogado ayuda en este proceso al permitir que el cliente describa la situación como él la conceptúa. Mediante respuestas empáticas y técnicas de escucha activa, el abogado ayuda al cliente a reconocer las emociones. Al haber hecho esto, el abogado obtiene una visión general y cronológica del problema, y alienta al cliente para describir de manera específica qué pasó y cuándo” (Binder y Price, 1977; citados en Slaikeu, op. cit.; p 242).

Si el abogado atiende a las emociones de su cliente, y hace un uso efectivo de las habilidades de escucha activa y empatía, puede reducir antes que incrementar el tiempo que necesita para hacer su trabajo legal. (Slaikeu, op. cit.).

5.3 Síndrome de Burnout.

Maslach y Pines (1977; citadas en Manassero, Vázquez, Ferrer, Fornés y Fernández, 2003), definen el Burnout como un síndrome de estrés crónico que afecta a las profesiones de servicio caracterizadas por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o dependencia, tales como: médicos, enfermeras, maestros, policías, trabajadores sociales y psicólogos. Fundamentalmente, el Burnout es el resultado a largo plazo de un desequilibrio entre las aportaciones y los resultados que una persona hace y recibe en su trabajo.

El concepto de estrés se confunde frecuentemente con el síndrome de Burnout, sin embargo, como refieren Manassero et al. (op. cit.), la diferencia fundamental entre estos dos conceptos radica en que el estrés puede desaparecer tras un periodo adecuado de descanso y reposo, mientras que el Burnout no declina con las vacaciones ni con otras formas de descanso.

Moreno, Oliver y Aragoneses (1991) mencionan que entre las causas del Burnout se encuentran:

- Aburrimiento y estrés.
- Crisis en el desarrollo de la carrera profesional y pobres condiciones económicas.
- Sobrecarga de trabajo y falta de estimulación.
- Pobre orientación profesional y aislamiento.
- Bajas expectativas de refuerzo y altas expectativas de castigo.
- Bajas expectativas para controlar los modos de conseguir refuerzos positivos en el desarrollo profesional.

Al respecto, Corsi (s/a; p. 3) señala que los factores que contribuyen a la aparición del síndrome se pueden encontrar en el contexto y en la persona:

1. **Elementos del contexto:** básicamente, el nivel de necesidad emocional de las personas a las cuales se asiste. Mientras más intensas sean las demandas de esas personas y más alto su grado de dependencia del trabajo del especialista, mayor probabilidad de que aparezca el Síndrome. A esto hay que agregarle las condiciones físicas y sociales del trabajo, generalmente poco jerarquizado, con escasos recursos y, adicionalmente, atacado por críticas externas.
2. **Condiciones personales:** Maslach sostiene que para que el Síndrome aparezca, a las condiciones contextuales deben sumarse ciertas condiciones personales. Entre ellas, la investigadora ha identificado las siguientes:

- Deseo de marcar una diferencia con los demás y de obtener resultados brillantes.
- Trabajo muy comprometido con el dolor y el sufrimiento.
- Relaciones negativas y antagonismos con los colegas.

Corsi (s/a) también refiere que el perfil de la persona más vulnerable al Burnout está caracterizado por elementos tales como:

- Elevada autoexigencia.
- Baja tolerancia al fracaso.
- Necesidad de excelencia y perfección.
- Necesidad de control.
- Sentimiento de omnipotencia frente a la tarea, que hace que los profesionales organicen una distorsión cognitiva de que ‘sólo ellos, y nadie más que ellos, pueden hacer las cosas bien’.

Modlin y Montes (s/a; citados en Corsi, s/a) afirman que los factores asociados a este perfil de personalidad que predispone al Burnout son: insatisfacción marital, relaciones familiares empobrecidas, falta de tiempo de ocio y supresión de la actividad física, insatisfacción permanente y sobrecarga en la agenda laboral.

Otras investigaciones han encontrado que algunas características consideradas positivas también pueden predisponer al Burnout, por ejemplo: personas entusiastas, idealistas y con un gran nivel de implicación laboral. (Corsi, s/a). Al respecto, Moreno et al. (op. cit.) refieren que estos profesionales, al encontrar un sistema deshumanizado y despersonalizado al cual deben adaptarse, experimentan un choque entre sus expectativas y la realidad, lo que contribuye en gran medida al estrés y a sentimientos de turbación, frustración, temor y desesperación.

Maslach y Pines (1977; citadas en Manassero et al., op. cit.) refieren que el síndrome de Burnout se caracteriza por tres dimensiones fundamentales:

1. **El agotamiento emocional:** constituye la primera fase del proceso y se caracteriza por una progresiva pérdida de las energías vitales y una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado. Según Manassero et al. (op. cit.), el agotamiento es la cualidad central del Burnout y la manifestación más evidente de

este complejo síndrome, ya que además este síntoma impulsa acciones por parte de la persona para distanciarse emocional y cognitivamente de su trabajo, lo que resulta en las otras dos dimensiones del síndrome.

2. **La despersonalización:** en esta fase, la persona presenta un cambio negativo en sus conductas y actitudes, principalmente hacia los beneficiarios del propio trabajo, a quienes trata de una manera deshumanizada e inflexible.
3. **La falta de realización personal:** en esta tercera fase del proceso, la persona experimenta sentimientos de desilusión y fracaso respecto a su trabajo. Presenta pérdida de ideales y un progresivo aislamiento de actividades familiares, sociales y recreativas.

Los efectos del Burnout sobre la salud se manifiestan en síntomas como: irritabilidad, dificultad para concentrarse, trastornos del sueño, susceptibilidad aumentada, déficit de la memoria, cefaleas, dolores musculares, disfunciones sexuales y abuso de sustancias entre otros. (Corsi s/a).

En cuanto a la evaluación del Burnout, Maslach y Jackson desarrollaron en 1981 el *Maslach Burnout Inventory (MBI),* que es uno de los instrumentos más usados para detectar y medir el Burnout. Moreno et al. (1991) realizaron una adaptación al castellano de este instrumento, la cual se muestra al final de esta tesis, en el anexo 3.

Benevides, Moreno, Garrosa y González (2002) refieren que en el ejercicio profesional de la psicología se dan elementos comunes con otras profesiones que predisponen al Burnout, tales como la rutina, la remuneración insuficiente y la presión constante. De la misma forma, los autores señalan que otros factores más particulares de la profesión y que suelen predisponer al Burnout son: la idealización por parte de los pacientes y de las personas en general (lo que facilita que el terapeuta se sienta en la obligación de cubrir con las expectativas que se

han depositado en él), y el contacto tan directo y cercano con la intimidad, el estrés y los conflictos de los pacientes, lo que puede repercutir negativamente en la vida personal del terapeuta.

Al respecto, Corsi (s/a) afirma que los psicólogos comúnmente afectados por el síndrome de Burnout, son aquellos que trabajan con víctimas de violencia familiar, ya que como explica el autor, “Las personas víctimas de violencia doméstica generalmente adoptan una conducta de adherencia, dependiente y demandante hacia quienes tienen a su cargo la atención médica, psicológica, legal o social de las mismas. Por lo tanto, es una de las actividades que vuelven más vulnerables a las personas que tienen a su cargo dicha tarea asistencial” (p. 2).

Las personas con Estrés Postraumático pueden adoptar un comportamiento similar al anteriormente descrito, debido a que experimentaron un suceso que dañó seriamente su sentido de seguridad, haciéndolas sentir frágiles y vulnerables. Por estas razones, es probable que las personas lleguen a depender excesivamente de la terapia, y que actúen de forma demandante con el terapeuta, a quien le adjudican la total responsabilidad de hacer que sus síntomas desaparezcan.

Aunque se ha generalizado la evaluación del síndrome a través del uso del Inventario de Burnout de Maslach (MBI), una tendencia que ha aparecido en los últimos años es la de intentar evaluar de forma específica y no sólo genérica los elementos del síndrome en las diferentes profesiones. (Benevides et al., op. cit.)

Al respecto, estos autores han elaborado el Inventario de Burnout de Psicólogos (IBP), el cual pretende evaluar específicamente las dimensiones del síndrome de Burnout en los profesionales de la psicología. “El IBP consta de una primera parte en la que se recogen los datos sociodemográficos y profesionales de los sujetos, tales como edad, sexo, grado de formación, área específica de trabajo en psicología y otras semejantes. En su segunda parte, el IBP consta de

las dimensiones del síndrome de Burnout, Cansancio emocional, Despersonalización y Realización personal según la definición clásica propuesta por Maslach y Jackson (1981) para profesionales asistenciales. Una tercera parte del instrumento, *el Inventario de Síntomas de Estrés* (ISE), analiza la sintomatología menor, física y psicológica, asociada a las consecuencias del Burnout profesional" (p. 6). El IBP y el ISE se muestran al final de esta tesis, en el anexo 3.

5.4 Prevención para el profesional.

El trabajo del profesional en el campo del Estrés Postraumático suele implicar un alto grado de compromiso emocional, debido al contacto tan directo y cercano con la experiencia traumática del paciente y con las consecuencias de la misma, lo cual puede tener un impacto negativo en la vida personal del terapeuta.

Al respecto, aunque no cabe duda de que el psicólogo está sometido a riesgos psicosociales importantes que lo hacen vulnerable al Burnout, también puede disponer de mecanismos y estrategias de afrontamiento que le permitan un manejo adecuado de situaciones de estrés, y de los factores de Burnout propios de su actividad profesional. (Benevides et al., op. cit.).

Corsi (s/a; p. 6) menciona que los especialistas en Burnout recomiendan lo siguiente para una intervención preventiva del síndrome:

- Implicarse en actividades externas al trabajo.
- Intensificar y revalorizar las relaciones personales familiares.
- Planificar y desarrollar actividades de ocio y sociales.
- Tener tiempo y espacio para el juego y la recreación.
- No saltear periodos de vacaciones.

- Desarrollar actividad física.
- Realizar una psicoterapia focalizada en el problema para prevenir la cronificación del síndrome.

Alcántara (2006) refiere que otra opción de intervención ante el Burnout en profesionales vinculados al trabajo con víctimas de violencia sexual y familiar, es la creación de grupos de contención, donde se aborden los siguientes temas:

- Sensibilización a la violencia y manejo del poder
- Conflictos personales, familiares, de pareja y laborales en relación al trabajo con la violencia
- Salud mental
- Autoestima, asertividad y resolución de problemas
- Relaciones entre psicólogos
- Expectativas de vida personal (individuo, pareja, familia, sociedad)
- Expectativas de vida laboral
- Ética y valores
- Misión de vida
- Toma de decisiones

Por último, esta autora recomienda que los profesionales vinculados al trabajo con víctimas reciban una capacitación previa y supervisión continua, no sólo para prevenir el Burnout, sino para tener un desempeño ético, eficaz y responsable.

## 5.5 Ética en la intervención de Estrés Postraumático.

El Diccionario de la Real Academia Española (2001) define a la ética como el conjunto de normas morales que rigen la conducta humana. De esta forma, se puede decir que la ética aplicada al ejercicio profesional de la psicología, se refiere

al conjunto de principios y normas que buscan regular y guiar el desempeño profesional, científico y académico del psicólogo.

Al respecto, la Sociedad Mexicana de Psicología (2005) ha elaborado el Código Ético del Psicólogo, cuyos principales propósitos son los siguientes:

1. Garantizar la protección de los usuarios de los servicios psicológicos.
2. Vincular explícitamente las normas que prescriba con principios generales.
3. Apoyar a la mayoría de las áreas de aplicación de la psicología.
4. Ofrecer apoyo al psicólogo, tanto en la toma de decisiones como para educar a terceros que le soliciten acciones contrarias a los principios que rigen su comportamiento.

Además deberá:

a) Enunciar claramente las normas de conducta que prescriba.
b) Enunciar valores morales.
c) Basarse en casos reales que reflejen la práctica profesional actual.

El Código Ético del Psicólogo establece cuatro principios básicos que deben regir el comportamiento del profesional, los cuales son:

**A. Respeto a los derechos y a la dignidad de las personas.**

"… cualquier persona debe recibir trato como tal o como un fin en sí misma y no como un objeto o un medio para alcanzar un fin. Toda persona tiene derecho a que se aprecie su valor innato como ser humano y que se reconozca que este valor no aumenta ni disminuye por característica alguna, condición o estado, tal como su raza, cultura, idioma, discapacidad física o mental, nivel socioeconómico,

orientación sexual, religión, sexo, estado civil, color, edad o nacionalidad" (Sociedad Mexicana de Psicología, op. cit.; p. 39).

Este principio debe ser considerado por el psicólogo para resolver cualquier asunto o dilema ético, ya que también incluye el derecho a la libertad, la dignidad, el consentimiento informado, la confidencialidad, el trato justo y el derecho de los usuarios a establecer y dar por terminada la relación con el psicólogo.

**B. Cuidado responsable.**

De acuerdo con este principio, el psicólogo debe mostrar preocupación por el bienestar de cualquier individuo, familia, grupo o comunidad. Además, este principio le obliga a distinguir entre los daños y los beneficios producto de sus métodos y procedimientos, de tal forma que "En el desempeño de sus actividades, tiene la responsabilidad de desarrollar y emplear métodos que amplíen los beneficios, y evitar aquellos que dañen o no ayuden" (Sociedad Mexicana de Psicología, op. cit.; p. 40).

Por último, el cuidado responsable también implica que el psicólogo sólo debe realizar actividades para las que recibió la información suficiente y para las que posee conocimientos y destrezas actualizadas.

**C. Integridad en las relaciones.**

"La integridad en las relaciones que el psicólogo establece con los demás, apoya normas de comportamiento como evitar el engaño, el fraude, el empleo de títulos que no posea, la falsificación de resultados, y prejuicios al realizar la investigación. Para ello, el psicólogo debe comprender y estar consciente de las circunstancias que rodean su actividad, de su propia historia y valores personales, y de la forma en que éstos afectan sus decisiones, interpretaciones, sugerencias y

comportamiento, buscando siempre la máxima objetividad" (Sociedad Mexicana de Psicología, op. cit.; p. 41).

**D. Responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad.**

"La Psicología como disciplina se desarrolla dentro de un contexto social, por consiguiente, el psicólogo buscará aumentar el conocimiento y promover el bienestar de la humanidad, por medio de métodos y procedimientos éticos. Asimismo, el psicólogo, en sus acciones, no dañará el medio ambiente, y se asegurará de que el conocimiento psicológico se emplee para fines benéficos. Ante todo, el psicólogo tiene la responsabilidad de dar a conocer los conocimientos y aportaciones de la psicología que beneficien a los demás seres humanos" (Sociedad Mexicana de Psicología, op. cit.; p. 42).

A continuación se describirá la aplicación de estos principios éticos y de algunos artículos del Código Ético del Psicólogo en los siguientes puntos:

- Evaluación del Estrés Postraumático
- Planeación del tratamiento
- Intervención psicológica
- Duración de la intervención
- Finalización de la intervención

*Ética en la evaluación del Estrés Postraumático.*

"ART. 15. El psicólogo que construye, desarrolla, adapta, administra, o usa técnicas de valoración psicológica, entrevistas, pruebas, cuestionarios, u otros instrumentos, y/o los califica, o interpreta, con fines clínicos …, u otros, lo hace en forma y con propósitos apropiados a la luz de los datos de investigación o acerca de la utilidad y la aplicación apropiadas de las técnicas. Es decir, las valoraciones, recomendaciones, informes, y diagnósticos psicológicos o enunciados evaluativos

del psicólogo se basan estrictamente en información y técnicas (incluyendo entrevistas personales al individuo cuando es apropiado suficientes y actuales para proporcionar sustento a sus interpretaciones y recomendaciones" (Sociedad Mexicana de Psicología, op. cit.; p. 51).

De acuerdo con lo anterior, el psicólogo no debe diagnosticar la presencia del Estrés Postraumático sin antes haber aplicado las pruebas psicológicas que le permitan determinarlo. Además, como ya se señaló en el capítulo tres, los instrumentos que se usen deben estar respaldados por investigaciones serias, seguir los criterios diagnósticos de las clasificaciones más utilizadas (DSM y CIE), poseer aceptables propiedades psicométricas, ser sencillos de administrar y ser accesibles, es decir, estar adaptados, validados o disponibles en español.

"ART. 51. El psicólogo se asegura de que se proporcione una explicación de los resultados utilizando un lenguaje entendible para la persona valorada o para otras personas autorizadas legalmente para actuar a favor de ésta. Independientemente de que las calificaciones e interpretación las realice el psicólogo, un ayudante, por medios automáticos, u otros servicios externos, sólo el psicólogo puede tomar las medidas razonables para asegurar que se den las explicaciones apropiadas de los resultados" (Sociedad Mexicana de Psicología, 2005; pp. 63 y 64).

En el artículo anterior está implícito el principio ético de *Respeto a los derechos y a la dignidad de las personas,* que en casos de Estrés Postraumático se refiere al derecho que tiene la persona evaluada a conocer los resultados de las pruebas, y a que se le explique a través de un lenguaje claro y concreto su situación. De la misma forma, el terapeuta debe resolver las dudas del consultante en cuanto al trastorno, e informarle sobre las intervenciones o tratamientos disponibles.

*Ética en la planeación del tratamiento del Estrés Postraumático.*

Para la planeación del tratamiento, el psicólogo debe guiarse por el principio ético de *Respeto a los derechos y a la dignidad de las personas,* ya que la intervención se planea considerando las necesidades emocionales del individuo afectado por Estrés Postraumático. Para esto, el terapeuta debe asegurarse de que la persona otorgue su consentimiento con respecto a la intervención sólo después de haber sido informada de su condición, y apoyarla en cuanto a la jerarquización de los temas a trabajar, sin olvidar que es la persona quien dirige su propio proceso, y por tanto ella decidirá con qué conducta o síntoma comenzar la intervención.

*Ética en la intervención psicológica.*

"ART. 30. El psicólogo efectúa solamente las intervenciones para las cuales posee la educación, formación o experiencia supervisada, y la pericia necesarias" (Sociedad Mexicana de Psicología, op. cit.; p. 55).

Es obligatorio que en casos de Estrés Postraumático el psicólogo tenga los conocimientos y entrenamiento necesarios y suficientes para dar una adecuada atención. El terapeuta debe conocer los signos y síntomas del Estrés Postraumático y los instrumentos que le permitan establecer su diagnóstico. Además debe estar al tanto de las técnicas que han probado su eficacia en la intervención del trastorno, así como contar con un entrenamiento previo en su aplicación.

"ART. 132. El psicólogo tiene la obligación básica de respetar los derechos a la confidencialidad de aquellos con quienes trabaja o le consultan, reconociendo que la confidencialidad puede establecerse por ley, por reglas institucionales o profesionales, o por relaciones científicas, y toma las precauciones razonables para tal efecto" (Sociedad Mexicana de Psicología, op. cit.; p. 86).

Durante la intervención psicológica en Estrés Postraumático el paciente tiene derecho a que la información que proporciona con respecto a sí mismo, a sus sentimientos y pensamientos y al evento traumático sea confidencial, principalmente para que la persona experimente la terapia como un espacio donde tiene la libertad de decir lo que realmente piensa y siente, con la confianza de que nadie (a excepción del terapeuta), se enterará de lo que ha revelado.

En cuanto a la aplicación de técnicas de intervención, el psicólogo debe dirigir su desempeño de acuerdo con el principio ético de *Cuidado responsable,* que como ya se señaló implica entre otras cosas, la elección de los métodos o procedimientos que beneficien a la persona con Estrés Postraumático, y la evitación de aquellos que la dañen o que no la ayuden. Al respecto, el Enfoque Centrado en la Persona es congruente con el principio ético de *Cuidado responsable,* ya que en cuanto a las técnicas, se eligen y aplican aquellas que ocasionen el menor sufrimiento posible, evitando exponer a la persona a procedimientos aversivos, que le puedan provocar una angustia extrema o más daño.

Cuando el terapeuta le propone al paciente el uso de alguna técnica en particular, le debe explicar su propósito y hablarle sobre sus beneficios y eficacia, no sólo para obtener el consentimiento informado por parte del paciente, sino para que el desempeño profesional sea congruente con el principio ético de *Responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad,* que implica la responsabilidad que tiene el psicólogo de dar a conocer los conocimientos y aportaciones de la psicología que puedan beneficiar a las personas que así lo requieran.

Durante la intervención psicológica, un desempeño ético por parte del terapeuta será también mostrar absoluto respeto por la experiencia de la persona con Estrés Postraumático, escuchando la percepción que ésta tiene de lo que le ha sucedido sin juzgar sus sentimientos ni sus acciones, manteniendo una actitud empática y de aceptación incondicional.

*Ética en la duración de la intervención.*

Al intentar establecer la duración de un proceso terapéutico, el psicólogo debe dirigirse por el principio ético de *Integridad en las relaciones,* que implica la honestidad del profesional en cuanto a sus funciones, los servicios que ofrece y el enfoque terapéutico que utiliza, el cual es uno de los factores que suelen determinar la duración de la terapia.

"ART. 71. El psicólogo no explota o engaña a personas sobre las que ejerza autoridad de supervisión, evaluación, u otra, tales como estudiantes, supervisados, empleados, participantes en investigación, y clientes o pacientes" (Sociedad Mexicana de Psicología, 2005; p. 71).

De acuerdo con este artículo, el terapeuta no debe prolongar por ningún motivo la duración del tratamiento cuando éste ha dejado de ser necesario o ha cumplido sus propósitos. Por el contrario, la ética en la duración de la intervención implica informarle a la persona que el tiempo que requiera estar en terapia será determinado por ella misma, y por la valoración que haga de sus avances o progresos.

*Ética en la finalización de la intervención.*

"ART. 113. El psicólogo termina una relación profesional cuando resulta razonablemente claro que el usuario ya no necesita el servicio, ya no le beneficia, o su continuación le perjudica o daña. Antes de la terminación, por la razón que fuere, excepto cuando lo impida la conducta del paciente, el psicólogo discute los puntos de vista y necesidades de éste, da el consejo apropiado de predeterminación, y toma otras providencias necesarias para facilitar la transferencia de la responsabilidad a otro proveedor de servicios, en caso de que el paciente necesite uno de inmediato" (Sociedad Mexicana de Psicología, op. cit.; p. 81).

Además del terapeuta, el paciente también tiene el derecho de finalizar la intervención, y en casos de Estrés Postraumático uno de los factores suficientes para la finalización del tratamiento es el informe verbal del paciente acerca de la mejoría o desaparición de sus síntomas.

Por lo expuesto en este capítulo, se puede concluir que la intervención del psicólogo en Estrés Postraumático no se limita únicamente al ámbito clínico, ya que en ocasiones puede ser requerido para dar informe sobre el estado emocional o mental de una de las partes implicadas en un proceso legal. Al respecto, el proceso de evaluación debe comprender una serie de elementos que le permitan al profesional establecer adecuadamente el diagnóstico, tales como: los criterios cronológicos, la presencia de los síntomas, su intensidad, las consecuencias en distintas áreas del desarrollo, los antecedentes psiquiátricos del demandante, etc.

El Estrés Postraumático es un trastorno complejo, y el psicólogo debe estar preparado y dispuesto a reconocer cuando se requiere de la intervención de otros profesionales (médicos, psiquiatras y abogados), para que la persona consiga recuperarse del evento traumático y de sus consecuencias emocionales y físicas.

Por otro lado, en la intervención psicológica del Estrés Postraumático, otro aspecto importante a considerar es el autocuidado del terapeuta, quien debe generar mecanismos y estrategias de afrontamiento que le permitan prevenir el Burnout para tener un adecuado desempeño profesional.

Por último, el desempeño profesional del psicólogo debe estar regulado por una serie de principios y normas éticas, que tengan como propósito la protección de los pacientes a través de una atención respetuosa, honesta y eficaz en todas las etapas de la intervención psicológica, y que contribuyan a la solución de los conflictos emocionales del paciente.

# CONCLUSIONES.

Aunque los seres humanos hemos tenido que lidiar a lo largo de nuestra historia con las consecuencias emocionales de eventos tales como las guerras, las violaciones, la violencia familiar y los desastres naturales, es hasta 1980 cuando se reconoce en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), el concepto de Estrés Postraumático, trastorno que hace referencia a los signos y síntomas que presenta una persona que ha experimentado un evento traumático.

Un evento es considerado traumático cuando rebasa las capacidades de afrontamiento de la persona y provoca consecuencias emocionales negativas, intensas y duraderas. En este sentido, también podemos señalar que un factor determinante para que un suceso sea considerado traumático o no, es el significado que le otorga el individuo, el cual estará condicionado por la interacción de varios elementos, como las características individuales, la época, la cultura, la educación, las costumbres, etc.

Según el DSM-IV-TR, una persona desarrolla Estrés Postraumático cuando ha presenciado o le han explicado un evento caracterizado por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, y cuando ha respondido con un temor, una desesperanza y un horror intensos. Además de estas condiciones, en este trabajo planteo que existen otros factores que pueden determinar el desarrollo del trastorno, como la interpretación que hace la persona del evento, la frecuencia del suceso traumático, su intensidad, duración y proximidad.

Se ha comprobado en diversas investigaciones que los eventos que ocasionan con más frecuencia el Estrés Postraumático son aquellos provocados por obra del ser humano, cuya conducta es voluntaria y conlleva la intención de

dañar. Ejemplos de estos eventos son la violencia familiar, la violencia sexual, el secuestro y la tortura.

Los actos violentos ocasionan con frecuencia el Estrés Postraumático no sólo porque implican una clara amenaza para la vida o la integridad física, sino porque algunos de ellos, como la violencia familiar y el abuso sexual, tienden a ser experimentados de forma frecuente, con un alto grado de incertidumbre, duración y proximidad de la amenaza. Algunos autores refieren también que cuanto más daño, lesiones y muertes haya, mayor será la intensidad del impacto psicológico, y mayor la probabilidad de desarrollar Estrés Postraumático.

En esta tesis expuse otro grupo de variables que intervienen en el desarrollo del trastorno, como la edad de la persona, el historial de victimizaciones previas, la estabilidad emocional anterior, la autoestima, el temperamento, las creencias, y el apoyo social y familiar; todos ellos van a interactuar de forma variable para configurar las reacciones emocionales de cada persona ante un evento traumático.

El Estrés Postraumático hace referencia a los cambios abruptos que sufre una persona que ha experimentado un evento traumático, y sus tres aspectos nucleares son la reexperimentación, la evitación y la hiperactivación. Sin embargo, las personas con este trastorno no van a presentar la misma frecuencia e intensidad en los síntomas, ya que las reacciones emocionales ante un evento traumático son bastante individuales y específicas, aún cuando se haya experimentado el mismo suceso.

El Estrés Postraumático es un trastorno que no remite con el paso del tiempo, sino que tiende a cronificarse, afectando todas las áreas del desarrollo de la persona (conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognitiva). Además, su frecuente comorbilidad con otros trastornos y síndromes, puede hacer más difícil la recuperación del individuo afectado, quien tiene que lidiar con una gama de

signos y síntomas que le hacen sentir incapacitado para continuar con su vida y desempeñar sus actividades.

Al respecto, en este trabajo, describí los síndromes y los trastornos comúnmente vinculados al Estrés Postraumático, con la finalidad de dar cuenta de la frecuente comorbilidad de este trastorno con las consecuencias emocionales propias de distintos fenómenos, tales como la violencia familiar, la violación y el secuestro, las cuales en algunos casos llegan a ser tan complejas y diversas que requieren de una atención interdisciplinaria para conseguir la recuperación de la persona afectada.

Deseo subrayar que las consecuencias del Estrés Postraumático no sólo se experimentan a nivel individual, pues los signos y síntomas del trastorno también perjudican las relaciones familiares, escolares y laborales de la persona que lo padece.

Además, los familiares de las personas con Estrés Postraumático pueden experimentar tensión y ansiedad ante los síntomas del trastorno, y en algunos casos es probable que presenten consecuencias emocionales derivadas del suceso traumático que ha experimentado su familiar. Estas condiciones les impiden brindar apoyo y contención a la persona afectada, por lo que es recomendable que el terapeuta les oriente en cuanto al manejo conductual y emocional de la persona con Estrés Postraumático, y en los casos que sea necesario, les brinde atención psicológica para que se recuperen de las consecuencias emocionales del evento traumático.

Como ya expuse en esta tesis, el desempeño académico es una de las áreas más afectadas en la vida de los niños y adolescentes con Estrés Postraumático, ya que algunos síntomas del trastorno como la disminución de la concentración y la atención, la dificultad para memorizar, las conductas regresivas y de evitación, así como el aislamiento social y los sentimientos de irritabilidad

perjudican sus relaciones con los compañeros y maestros, quienes pueden reaccionar rechazando o estigmatizando al menor. Es por esto que la intervención del terapeuta también tendría que extenderse al medio escolar, informando a los maestros sobre las características del Estrés Postraumático y brindándoles orientación o entrenamiento en estrategias conductuales y emocionales que les permitan un adecuado manejo del menor en clase.

Los síntomas del Estrés Postraumático también perjudican el desempeño laboral, lo que deriva en importantes pérdidas económicas para la persona y para la sociedad. Como ya mencioné en esta investigación, no sólo los síntomas propios del trastorno afectan de forma significativa el desempeño laboral, sino que su frecuente comorbilidad con otros trastornos como la depresión, la agorafobia y el abuso de sustancias también ocasionan ausentismo laboral, lo que pone en riesgo el empleo y la estabilidad económica de la persona y de su familia.

Por lo anterior, podemos decir que la intervención psicológica en Estrés Postraumático no debe limitarse a la persona que lo padece, sino extenderse a la familia, al medio escolar y si es posible al laboral, con el propósito de aportar a las personas cercanas estrategias para un adecuado manejo conductual y emocional de la persona afectada, y por supuesto, para brindarles contención y apoyo a su propio dolor y sufrimiento.

Por otro lado, como mencioné en este trabajo, la evaluación y diagnóstico del Estrés Postraumático son indispensables en la intervención psicológica del trastorno, ya que a través de la entrevista clínica y los instrumentos de evaluación se conocerá la percepción que la persona tiene acerca de su experiencia y se podrán determinar las consecuencias del evento traumático en las distintas áreas del desarrollo. Ello derivará en una mejor atención, pues el terapeuta podrá estructurar una intervención más específica de acuerdo con las necesidades emocionales y conductuales de la persona con Estrés Postraumático.

Durante la entrevista, el psicólogo debe proveer un ambiente seguro y empático, donde las personas expresen con libertad sus pensamientos y sentimientos con respecto a la experiencia traumática, y donde se permita el establecimiento de una alianza de trabajo efectiva, que será necesaria para el éxito del proceso terapéutico.

En cuanto a los instrumentos de evaluación, el terapeuta debe elegir aquellos que le permitan no sólo establecer el diagnóstico del trastorno y su probable comorbilidad, sino individualizar la respuesta al trauma, determinando la frecuencia y la intensidad de los síntomas, así como el componente del trastorno que predomina más (reexperimentación, evitación, hiperactivación), lo que permitirá elaborar una estrategia de intervención adecuada para cada persona.

Encontré que las intervenciones más comunes para el Estrés Postraumático han sido la terapia de exposición y el entrenamiento en el control de la ansiedad, sin embargo dada la complejidad y multidimensionalidad del trastorno, planteo que resulta útil considerar otras modalidades terapéuticas no invasivas, que aplicadas desde un marco de intervención humanístico contribuyan a la recuperación de la persona con Estrés Postraumático.

Por esta razón, en esta tesis propuse el Enfoque Centrado en la Persona como una intervención humanística útil y eficaz para el Estrés Postraumático, ya que he comprobado en mi experiencia clínica que este enfoque facilita el establecimiento de un ambiente cálido, seguro y permisivo, en el cual la persona con este trastorno puede realizar una autoexploración de sentimientos, experiencias y conductas, para conseguir integrarlas y reorganizarlas, además de permitirle resignificar los eventos y resaltar sus recursos y habilidades para translaborar el suceso traumático, integrarlo a su vida y trascender a sus efectos.

Como toda intervención humanística, el Enfoque Centrado en la Persona rechaza el uso de etiquetas diagnósticas que pretenden encasillar, estigmatizar o

reducir la complejidad de una persona a un concepto. Es por esto que resulta importante mencionar que en esta investigación, el término Trastorno de Estrés Postraumático lo usé con el propósito de facilitar un mejor enfoque y comprensión inicial del trastorno, para posteriormente determinar a través de la entrevista y la evaluación clínicas, la respuesta individual al trauma.

En la intervención psicológica del Estrés Postraumático, el terapeuta debe considerar las necesidades de la persona que lo consulta, y delinear un plan de intervención acorde a esas necesidades para que el proceso sea efectivo. Es por esto que en esta tesis, se usó el Enfoque Centrado en la Persona como marco de intervención, ya que esta escuela reconoce la capacidad de las personas para dirigirse a sí mismas y resolver sus problemas.

Al respecto, la no-directividad del enfoque permite a la persona con Estrés Postraumático hacerse responsable de su propio proceso, dirigiéndolo hacia donde lo necesite para sentirse bien. En mi experiencia clínica, lo que he podido comprobar es que cuando la persona se hace cargo de su propio proceso, comienza a recuperar y fortalecer su sentido de seguridad, el cual fue gravemente dañado por el evento traumático, lo que contribuye a que aumente su independencia emocional y su sensación de autocontrol.

La congruencia, la aceptación incondicional y la empatía son las tres actitudes básicas que el psicólogo debe mantener a lo largo del proceso terapéutico, y en el caso de la intervención en Estrés Postraumático, el Enfoque Centrado en la Persona permite adaptar las técnicas de distintos enfoques terapéuticos a las necesidades del individuo, con lo que se facilita el establecimiento de un ambiente comprensivo y cálido, que no expone a la persona a sufrimientos innecesarios o a una angustia extrema para promover el cambio terapéutico.

Aún cuando la intervención terapéutica desde el Enfoque Centrado en la Persona la dirige el propio paciente, en esta tesis expuse un plan de intervención para casos de Estrés Postraumático, que contempla las siguientes etapas: 1) Expresión y apoyo emocional, 2) Reevaluación cognoscitiva y 3) Habilidades de afrontamiento.

Este plan de intervención no pretende dirigir u orientar al paciente en cuanto a sentir o pensar de determinada manera, más bien su propósito es facilitar la intervención terapéutica en los sentimientos, las cogniciones y las conductas de las personas para que consigan recuperarse del evento traumático. Cabe mencionar que este plan de intervención no se aplica de una manera rígida y lineal, ya que durante el proceso se puede pasar de una etapa a otra dependiendo de las necesidades emocionales de la persona.

En algunos casos es posible incluir a la familia o a la pareja del paciente en este plan de intervención, invitándolos a sesiones de orientación para darles información acerca de las características del trastorno y para aportarles estrategias que les permitan ser un buen apoyo emocional para la persona afectada, quien de preferencia debe estar de acuerdo con que asistan sus familiares.

Por otro lado, un aspecto importante a considerar en la intervención del Estrés Postraumático es la posibilidad del uso de medicamentos para controlar o reducir los síntomas. Sin embargo, la decisión será del paciente, quien considerará esta opción dependiendo de su tolerancia a la intensidad y frecuencia de los síntomas.

Al respecto, en la práctica clínica he observado que la mayor parte de las personas no desean este tipo de intervención, principalmente por temor a desarrollar dependencia a los fármacos. En estos casos, a pesar de explicar los objetivos y beneficios de la intervención farmacológica, y asegurar que el médico

encargado cuidará que no se desarrolle dependencia, todas las personas que he atendido han optado únicamente por la psicoterapia, cuya eficacia se evaluó periódicamente a través de los informes verbales de los pacientes para comprobar el mejoramiento de los síntomas, lo que ocurrió en todos los casos atendidos.

Sin embargo, el terapeuta que trabaja en el campo del Estrés Postraumático debe estar conciente de la complejidad del trastorno, por lo que debe mantener una actitud abierta con respecto a la necesidad de la intervención de otros profesionales (médicos, psiquiatras, abogados, etc.), quienes de preferencia deberán mantener una actitud sensible, respetuosa y empática para que el paciente consiga recuperarse del evento traumático y de sus consecuencias individuales y sociales.

Al respecto, cuando se inicia un proceso legal ante un evento traumático considerado como delito, el psicólogo debe asegurarse que la persona con Estrés Postraumático está recibiendo un trato adecuado y respetuoso, así como una orientación legal clara y concreta por parte de los profesionales involucrados en el proceso. Cuando el psicólogo se desempeña en el ámbito legal, algunas funciones o actividades que complementan su intervención psicoterapéutica son: establecer contacto con otros profesionales para proporcionarles información clara y concreta acerca del caso, brindar orientación jurídica global y acompañar a la víctima durante varias etapas del proceso penal como la declaración, el examen médico, la entrevista con la policía judicial, la identificación del agresor y los careos.

Otro aspecto importante en la intervención del Estrés Postraumático, es el autocuidado del terapeuta, y es que como ya expuse, existen características propias del ejercicio de esta profesión que predisponen al llamado síndrome de Burnout, que ocasiona entre otras cosas, que el profesional presente actitudes o conductas deshumanizadas e inflexibles hacia sus pacientes, debido al agotamiento emocional y a los sentimientos de frustración e insatisfacción propias del síndrome.

Al respecto, los psicólogos clínicos que trabajamos en el campo de la violencia y del Estrés Postraumático, debemos estar concientes del alto grado de compromiso emocional que implica nuestra práctica, y darnos cuenta que al estar en contacto tan directo y tan íntimo con la experiencia traumática y con el sufrimiento de los pacientes, es probable que experimentemos un impacto emocional negativo en nuestras vidas, ya que antes de ser psicólogos somos personas, y nos afectan la violencia y los desastres que sufren otros seres humanos.

Para tener un adecuado desempeño profesional, el terapeuta debe asegurarse que el impacto emocional de la experiencia de otras personas no perjudique su labor, y una manera de hacerlo es generando los mecanismos y estrategias de afrontamiento que le permitan prevenir el Burnout y poner cierta distancia emocional de los conflictos de otras personas. Como ya mencioné en este trabajo, algunas estrategias que pueden servir a este propósito son: implicarse en actividades externas al trabajo, fomentar las relaciones familiares, realizar actividades recreativas, tener vacaciones, y si se requiere, integrarse a un proceso terapéutico que permita la resolución de los conflictos emocionales que han surgido en la práctica clínica.

En cuanto a la ética del terapeuta, éste tiene el compromiso de realizar una intervención honesta, respetuosa, comprensiva y eficaz no sólo en casos de Estrés Postraumático, sino en todos los ámbitos y actividades de su ejercicio profesional, para asegurar la protección de las personas que acuden a él en busca de ayuda y para dignificar la profesión del Psicólogo.

Al respecto, puedo decir que el Enfoque Centrado en la Persona me ha permitido desarrollar de manera espontánea un ejercicio profesional ético, que implica una actitud respetuosa, comprensiva, empática y de aceptación incondicional ante las experiencias, los sentimientos y percepciones de los pacientes, quienes me han enseñado que a pesar de encontrarse en situaciones

extremadamente difíciles y desagradables son capaces de dirigirse a sí mismos, de resolver sus problemas y de trascender a los efectos del trauma.

En mi experiencia clínica he podido constatar que el Enfoque Centrado en la Persona es una herramienta valiosa y útil para la intervención en distintas problemáticas, ya que las actitudes básicas de congruencia, aceptación incondicional y empatía, así como el principio de no-directividad, permiten establecer un ambiente terapéutico adecuado para que las personas consigan resolver sus conflictos y fomentar su propio crecimiento y madurez emocional, que implica entre otras cosas, hacerse responsables de sí mismos.

De la misma forma, la flexibilidad del enfoque me ha permitido adaptar técnicas provenientes de otros enfoques terapéuticos a las necesidades de cada persona, y al enmarcar su aplicación por las actitudes básicas de congruencia, aceptación incondicional y empatía, he observado que las personas no se sienten amenazadas por la técnica, ya que saben que no serán expuestas a sufrimientos o angustias innecesarios, y que no se les obligará a enfrentar algo para lo que todavía no están listas o no toleran en ese momento.

De acuerdo con lo anterior, podemos concluir que ante la complejidad y multidimensionalidad del Estrés Postraumático, el Enfoque Centrado en la Persona se presenta como una intervención humanística útil, eficaz y no invasiva, que permite a la persona con este trastorno la translaboración del evento traumático y la adquisición de estrategias de afrontamiento, al establecer un ambiente terapéutico cálido, respetuoso, sensible y empático.

# A N E X O S

# Anexo 1

## Perfil básico de la personalidad

Fuente: Slaikeu, K. (2000)

| Modalidad/ sistema | Variables/subsistemas |
|---|---|
| Conductual | Patrones de trabajo, interacción, descanso, ejercicio, dieta (hábitos de comida y bebida), comportamiento sexual, hábitos de sueño, uso de drogas y tabaco; presencia de cualesquiera de los siguientes: actos suicidas, homicidas o de agresión<br><br>Métodos acostumbrados para salir adelante con la tensión |
| Afectivo | Sentimientos acerca de cualquiera de los comportamientos citados arriba; presencia de sentimientos tales como ansiedad, ira, alegría, depresión, etcétera; adecuación de los afectos a las circunstancias. ¿Se expresan o se ocultan los sentimientos? |
| Somático | Funcionamiento físico general, salud.<br><br>Presencia o ausencia de tics, dolores de cabeza, trastornos estomacales y cualesquier otros malestares somáticos; el estado general de relajación/tensión: sensibilidad de la visión, el tacto, el gusto, la percepción y el oído. |
| Interpersonal | Naturaleza de las relaciones con la familia, los amigos, los vecinos y los compañeros de trabajo; fortalezas y problemas interpersonales; número de amigos, frecuencia del contacto con ellos y con los conocidos; papel asumido con los distintos amigos íntimos (pasivo, independiente, líder, como un igual); estilo de la resolución de conflictos (asertivo, agresivo, aislado); estilo interpersonal básico (congeniante, suspicaz, manipulador, explotador, sumiso, dependiente) |
| Cognoscitivo | Sueños diurnos y nocturnos usuales; representaciones mentales acerca del pasado o el futuro; autoimagen; metas vitales y las razones para su validez; creencias religiosas; filosofía de la vida; presencia de cualquiera de los siguientes: catastrofización, sobregeneralización, delirios, alucinaciones, hablarse a sí mismo de manera irracional, racionalizaciones, idealización paranoide; actitud general (positiva/negativa) hacia la vida |

# ANEXO 2

## Escala de Trauma de Davidson (DTS)

(Jonathan R. T. Davidson)

(Traducida por: J Bobes, MT Bascarán, MP González, M Bousoño, A. Calcedo, JA Hormaechea, D H. Wallace, 17 de febrero de 1999)

Nombre: _____Edad: _____ Sexo: H ☐ M ☐

Estado civil: _____ Domicilio: _____ Fecha _____

| Por favor, identifique el trauma que más le molesta<br><br>_____ |
|---|

| Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante **la última semana.** Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número, de 0 a 4 para indicar la frecuencia y gravedad del síntoma. | Frecuencia<br>0= nunca<br>1= a veces<br>2= 2-3 veces<br>3= 4-6 veces<br>4= a diario | Gravedad<br>0= nada<br>1= leve<br>2= moderada<br>3= marcada<br>4= extrema |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?..... | ( ) | ( ) |
| 2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?..... | ( ) | ( ) |
| 3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Cómo si lo estuviera reviviendo?..... | ( ) | ( ) |
| 4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?..... | ( ) | ( ) |
| 5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)……. | ( ) | ( ) |
| 6. ¿Ha estando evitando algún pensamiento o sentimientos sobre el acontecimiento?..... | ( ) | ( ) |
| 7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?..... | ( ) | ( ) |
| 8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?..... | ( ) | ( ) |
| 9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?..... | ( ) | ( ) |
| 10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?..... | ( ) | ( ) |
| 11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?..... | ( ) | ( ) |
| 12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?..... | ( ) | ( ) |
| 13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?..... | ( ) | ( ) |
| 14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?..... | ( ) | ( ) |
| 15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?..... | ( ) | ( ) |
| 16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido “en guardia”?..... | ( ) | ( ) |
| 17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?..... | ( ) | ( ) |

# ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON- ESCALA 1

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

| |
|---|
| N= Nunca |
| A= Algunas veces |
| B= Bastantes veces |
| C= Casi siempre |
| S= Siempre |

| | TEST DE HAMILTON-ESCALA 1 | N | A | B | C | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1. Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista. Lloro con facilidad | | | | | |
| | 2. Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que mi enfermedad es un castigo | | | | | |
| | 3. Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida | | | | | |
| | 4. Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil. No tengo interés por nada | | | | | |
| | 5. Me encuentro lento, parado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas | | | | | |
| | 6. Me encuentro tenso, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. presiento que algo malo puede ocurrirme | | | | | |
| | 7. Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar. Sudo copiosamente. Necesito orinar con frecuencia | | | | | |
| | 8. Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica | | | | | |
| | 9. A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal | | | | | |
| | 10. Recelo de los demás, no me fío de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya | | | | | |
| | 11. tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardo mucho en dormirme | | | | | |
| | 12. Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme | | | | | |
| | 13. Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme | | | | | |
| | 14. Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estarme quieto. Me retuerzo las manos, me tiro de los pelos, me muerdo las uñas, los labios | | | | | |
| | 15. Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento | | | | | |
| | 16. Me siento cansado y fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo | | | | | |
| | 17. No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tengo desarreglos menstruales | | | | | |
| | 18. Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso | | | | | |
| | 19. No se lo que pasa, me siento confundido | | | | | |
| | 20. Por las mañanas (o por las tardes me siento peor) | | | | | |
| | 21. Se me meten en la cabeza ideas, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas | | | | | |

# ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON- ESCALA 2

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

| | | |
|---|---|---|
| | Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos | |
| | No me encuentro triste | |
| | Me siento algo triste y deprimido | |
| | Ya no puedo soportar esta pena | |
| | Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar | |
| | Me siento desanimado cuando pienso en el futuro | |
| | Creo que nunca me recuperaré de mis penas | |
| | No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal | |
| | No espero nada bueno de la vida | |
| | No espero nada, esto no tiene remedio | |
| | He fracasado totalmente como persona (padre, madre, hijo, profesional, etc.) | |
| | He tenido más fracasos que la mayoría de la gente | |
| | Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena | |
| | No me considero fracasado | |
| | Veo mi vida llena de fracasos | |
| | Ya nada me llena | |
| | Me encuentro insatisfecho conmigo mismo | |
| | Ya no me divierte lo que antes me divertía | |
| | No estoy especialmente satisfecho | |
| | Estoy harto de todo | |
| | A veces me siento despreciable y mala persona | |
| | Me siento bastante culpable | |
| | Me siento prácticamente todo el tiempo despreciable y mala persona | |
| | Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable | |
| | No me siento culpable | |
| | Presiento que algo malo puede sucederme | |
| | Siento que merezco ser castigado | |
| | No pienso que esté siendo castigado | |
| | Siento que me están castigando o me castigarán | |
| | Quiero que me castiguen | |
| | Estoy descontento conmigo mismo | |
| | No me aprecio | |
| | Me odio (me desprecio) | |
| | Estoy asqueado de mí | |
| | Estoy satisfecho de mí mismo | |
| | No creo ser peor que otros | |
| | Me acuso a mí mismo | |
| | Me siento culpable de todo lo malo que pueda ocurrirme | |
| | Siento que tengo muchos y muy graves defectos | |
| | Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores | |
| | Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo | |
| | Siento que estaría mejor muerto | |
| | Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera | |
| | Tengo planes decididos a suicidarme | |
| | Me mataría si pudiera | |
| | No tengo pensamientos de hacerme daño | |
| | No lloro más de lo habitual | |
| | Antes podía llorar, ahora no lloro ni aún queriéndolo | |
| | Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo | |
| | Ahora lloro más de lo normal | |
| | No estoy más irritable que normalmente | |
| | Me irrito con más facilidad que antes | |

| | | |
|---|---|---|
| | Me siento irritado todo el tiempo | |
| | Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba | |
| | He perdido todo mi interés por los demás y ya no me importan en absoluto | |
| | Me intereso por la gente menos que antes | |
| | No he perdido mi interés por los demás | |
| | He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos | |
| | Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones | |
| | Tomo mis decisiones como antes | |
| | Ya no puedo tomar decisiones en absoluto | |
| | Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda | |
| | Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado | |
| | Me siento feo y repulsivo | |
| | No me siento con peor aspecto que antes | |
| | Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo) | |
| | Puedo trabajar tan bien como antes | |
| | Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa | |
| | No puedo trabajar en nada | |
| | Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo | |
| | No trabajo tan bien como lo hacía antes | |
| | Duermo tan bien como antes | |
| | Me despierto más cansado por la mañana | |
| | Me despierto una o dos horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir | |
| | Tardo una o dos horas en dormirme por la noche | |
| | Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme | |
| | Me despierto temprano todos los días y no duermo más de cinco horas | |
| | No logro dormir más de tres o cuatro horas seguidas | |
| | Me canso más fácilmente que antes | |
| | Cualquier cosa que hago me fatiga | |
| | No me canso más de lo normal | |
| | Me canso tanto que no puedo hacer nada | |
| | He perdido totalmente el apetito | |
| | Mi apetito no es tan bueno como antes | |
| | Mi apetito es ahora mucho menor | |
| | Tengo el mismo apetito de siempre | |
| | No he perdido peso últimamente | |
| | He perdido más de 2 kg. y medio | |
| | He perdido más de 5 kg. | |
| | He perdido más de 7 kg. y medio | |
| | Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas | |
| | Estoy preocupado por dolores y trastornos | |
| | No me preocupa mi salud más de lo normal | |
| | Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro | |
| | Estoy menos interesado en el sexo que antes | |
| | He perdido todo mi interés por el sexo | |
| | Apenas me siento atraído sexualmente | |
| | No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo | |

# ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON- ESCALA 3

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

| |
|---|
| R= Raramente |
| A= Algunas veces |
| M= Muchas veces |
| S= Siempre |

| | TEST DE HAMILTON-ESCALA 3 | R | A | M | S |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1. Me siento más nervioso y ansioso de lo normal | | | | |
| | 2. Siento miedo sin ver razón para ello | | | | |
| | 3. Me enfado con facilidad o siento momentos de mal humor | | | | |
| | 4. Siento como si me derrumbara o me fuera a desintegrar | | | | |
| | 5. Siento que todo va bien y nada malo puede suceder | | | | |
| | 6. Los brazos y las piernas se me ponen trémulos y me tiemblan | | | | |
| | 7. Me siento molesto por los dolores de cabeza, cuello y espalda | | | | |
| | 8. Me siento débil y me canso con facilidad | | | | |
| | 9. Me siento tranquilo y puedo permanecer sentado fácilmente | | | | |
| | 10. Siento que mi corazón late con rapidez | | | | |
| | 11. Estoy preocupado por los momentos de mareo que siento | | | | |
| | 12. Tengo periodos de desmayo o algo así | | | | |
| | 13. Puedo respirar bien con facilidad | | | | |
| | 14. Siento adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y de los pies | | | | |
| | 15. Me siento molesto por los dolores de estómago y digestiones | | | | |
| | 16. Tengo que orinar con mucha frecuencia | | | | |
| | 17. Mis manos las siento secas y cálidas | | | | |
| | 18. Siento que mi cara se enrojece y me ruborizo | | | | |
| | 19. Puedo dormir con facilidad y descansar bien | | | | |
| | 20. Tengo pesadillas | | | | |

**ESCALA AUTOAPLICADA DE DEPRESIÓN DE ZUNG**

NOMBRE:
_____

A continuación se presentan 20 frases a las que debe responder. Escriba en los paréntesis de al lado de cada frase un número, de 1 a 4 para indicar la frecuencia con que experimenta lo sugerido.

1 NUNCA
2 A VECES
3 MUCHAS VECES
4 SIEMPRE

1. ME SIENTO ABATIDO Y MELANCÓLICO ( )
2. EN LA MAÑANA ME SIENTO MEJOR ( )
3. TENGO ACCESOS DE LLANTO O DESEOS DE LLORAR. ( )
4. ME CUESTA TRABAJO DORMIRME EN LA NOCHE. ( )
5. COMO IGUAL QUE ANTES. ( )
6. MANTENGO MI DESEO, INTERÉS SEXUAL Y/O DISFRUTO DE LAS RELACIONES SEXUALES. ( )
7. NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO. ( )
8. TENGO MOLESTIAS DE ESTREÑIMIENTO. ( )
9. EL CORAZÓN ME LATE MÁS APRISA QUE DE COSTUMBRE. ( )
10. ME CANSO AUNQUE NO HAGA NADA. ( )
11. TENGO LA MENTE TAN CLARA COMO ANTES. ( )
12. ME RESULTA FÁCIL HACER LAS COSAS QUE ACOSTUMBRABA HACER. ( )
13. ME SIENTO INTRANQUILO Y NO PUEDO MANTENERME QUIETO. ( )
14. TENGO ESPERANZA EN EL FUTURO. ( )
15. ESTOY MÁS IRRITABLE DE LO USUAL. ( )
16. ME RESULTA FÁCIL TOMAR DECISIONES. ( )
17. SIENTO QUE SOY ÚTIL Y NECESARIO. ( )
18. MI VIDA TIENE BASTANTE INTERÉS. ( )
19. SIENTO QUE LOS DEMÁS ESTARÍAN MEJOR SI YO MURIERA. ( )
20. TODAVÍA DISFRUTO CON LAS MISMAS COSAS QUE ANTES DISFRUTABA. ( )

## INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

*Para contestar el cuestionario, lea cada punto con atención y rodee con un círculo el número que se encuentra junto a la respuesta que mejor se adapta a lo que usted está sintiendo en este momento. Asegúrese de marcar sólo una respuesta de cada una de las preguntas. Si hay más de una respuesta que coincida con la forma en que se ha estado sintiendo, elija la que le parezca que describe mejor su estado de ánimo. Por favor no deje ninguna pregunta sin contestar.*

1. 0 No me siento triste.
   1 Me siento triste.
   2 Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza.
   3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

2. 0 No me siento especialmente desanimado/a ante el futuro.
   1 Me siento desanimado/a con respecto al futuro.
   2 Siento que no tengo nada que esperar.
   3 Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3. 0 No creo que sea un fracaso.
   1 Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
   2 Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
   3 Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

4. 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
   1 No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
   2 Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada.
   3 Estoy insatisfecho/a o aburrido/a de todo.

5. 0 No me siento especialmente culpable.
   1 Me siento culpable una buena parte del tiempo.
   2 Me siento bastante culpable casi siempre.
   3 Me siento culpable siempre.

6. 0 No creo que esté siendo castigado/a.
   1 Creo que puedo ser castigado/a.
   2 Espero ser castigado/a.
   3 Creo que estoy siendo castigado/a.

7. 0 No me siento decepcionado/a de mí mismo/a.
   1 Me he decepcionado a mí mismo/a.
   2 Estoy disgustado/a conmigo mismo/a.
   3 Me odio.

8. 0 No creo ser peor que los demás.
   1 Me critico por mis debilidades o errores.
   2 Me culpo siempre por mis errores.
   3 Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. 0 No pienso en matarme.
   1 Pienso en matarme, pero no lo haría.
   2 Me gustaría matarme.
   3 Me mataría si tuviera la oportunidad.

10. 0 No lloro más que de costumbre.
    1 Ahora lloro más de lo que solía hacer.
    2 Ahora lloro todo el tiempo.
    3 Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

11. 0 Las cosas no me irritan más que de costumbre.
    1 Las cosas me irritan un poco más que de costumbre.
    2 Estoy bastante irritado/a o enfadado/a una buena parte del tiempo.
    3 Ahora me siento irritado/a todo el tiempo.

12. 0 No he perdido el interés por otras personas.
    1 Estoy menos interesado/a en otras personas que de costumbre.
    2 He perdido casi todo mi interés por otras personas.
    3 He perdido todo mi interés por otras personas.

13. 0 Tomo decisiones casi como siempre.
    1 Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
    2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
    3 Ya no puedo tomar más decisiones.

14. 0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
    1 Me preocupa el hecho de parecer viejo/a sin atractivos.
    2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo/a.
    3 Creo que me veo feo/a.

15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes.
    1 Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo.
    2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
    3 No puedo trabajar en absoluto.

16. 0 Puedo dormir tan bien como siempre.
    1 No duermo tan bien como solía hacerlo.
    2 Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme.
    3 Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormirme.

17. 0 No me canso más que de costumbre.
    1 Me canso más fácilmente que de costumbre.
    2 Me canso sin hacer casi nada.
    3 Estoy demasiado cansado/a para hacer algo.

18. 0 Mi apetito no es peor que de costumbre.
    1 Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
    2 Mi apetito está mucho peor ahora.
    3 Ya no tengo apetito.

19. 0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
    1 He rebajado más de dos kilos y medio.
    2 He rebajado más de cinco kilos.
    3 He rebajado más de siete kilos y medio.

20. 0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
    1 Estoy preocupado/a por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimientos.
    2 Estoy muy preocupado/a por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.
    3 Estoy tan preocupado/a por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

21. 0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
    1 Estoy menos interesado/a en el sexo de lo que solía estar.
    2 Ahora estoy mucho menos interesado/a en el sexo.
    3 He perdido por completo el interés por el sexo.

# ANEXO 3

**MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)**
(Adaptación al castellano por Moreno y cols., 1991)

0 Nunca.
1 Algunas veces al año.
2 Algunas veces al mes.
3 Algunas veces a la semana.
4 Diariamente.

| | |
|---|---|
| 1. Me siento emocionalmente defraudado por mi trabajo. | ( ) |
| 2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado. | ( ) |
| 3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado. | ( ) |
| 4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender. | ( ) |
| 5. Siento que estoy tratando a algunos beneficiarios de mí como si fuesen objetos impersonales. | ( ) |
| 6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa. | ( ) |
| 7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender. | ( ) |
| 8. Siento que mi trabajo me está desgastando. | ( ) |
| 9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo. | ( ) |
| 10. Siento que me he hecho más duro con la gente. | ( ) |
| 11. Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente. | ( ) |
| 12. Me siento muy enérgico en mi trabajo. | ( ) |
| 13. Me siento frustrado por trabajo. | ( ) |
| 14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo. | ( ) |
| 15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente. | ( ) |
| 16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa. | ( ) |
| 17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo. | ( ) |
| 18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender. | ( ) |
| 19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en mi trabajo. | ( ) |
| 20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades. | ( ) |
| 21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados en forma adecuada. | ( ) |
| 22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas. | ( ) |

# El Inventario de Burnout de Psicólogos

Ana Ma. Benevides Pereira
Bernardo Moreno-Jiménez

| N | Responda con qué frecuencia observa en usted las conductas que se describen a continuación. Cuando se alude a personas, piense en las que tiene que atender profesionalmente como psicólogo (pacientes, alumnos, usuarios de sus servicios, etc.). | Nunca | Raras veces | Algunas veces | Bastantes veces | Muy frecuentemente | Siempre |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Me siento agotado/a después de un día de trabajo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. | Me siento irritable con las personas en mi trabajo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. | Obtengo satisfacción personal en mi profesión. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. | Siento que mi profesión me desgasta emocionalmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. | Tengo que esforzarme para no perder la paciencia con algunas personas en mi trabajo, lo que resulta difícil. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. | Trabajar con personas me realiza profesionalmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. | Apenas he comenzado mi trabajo y ya pienso en acabar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. | Me irritan las personas a las que atiendo cuando no se esfuerzan en alcanzar los objetivos propuestos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. | Considero que es estimulante discutir psicología con mis colegas y supervisores. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. | Me siento quemado/a por mi trabajo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. | Pienso que podría desarrollar mejor mi trabajo si tuviera mayor cooperación de las personas a las que atiendo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. | Considero que trabajar en psicología ha cambiado mi vida para mejor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. | Siento sueño durante mi trabajo, pero no en otras actividades. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. | Siento que me alejo emocionalmente de mi trabajo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. | Creo que mi trabajo es muy estimulante y ofrece muchas oportunidades para ser creativo/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. | Siento que estoy al límite de mis posibilidades. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. | Los problemas de las personas a las que atiendo acaban por interferir en mi vida personal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. | Me encanta trabajar en psicología. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. | Aunque no quiera, muchas de las personas que atiendo me aburren. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. | Considero que son pocas las personas con las que trabajo que merecen el tiempo que les dedico. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. | Creo que tengo muchas oportunidades de progresar en mi trabajo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. | Me siento agotado/a física y emocionalmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. | Me resulta difícil mantener el equilibrio personal en algunas de mis interacciones profesionales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| N | Conductas | Nunca | Raras veces | Algunas veces | Bastantes veces | Muy frecuentemente | Siempre |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 24. | Me siento útil trabajando en psicología. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. | Me siento quemado/a por mi trabajo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26. | Pienso que la tarea que hago sería mucho más eficaz si tuviera mayor ayuda de las personas con las que tengo que trabajar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27. | Siento que me consideran y respetan por ser psicólogo/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28. | Me siento desmotivado por el trabajo diario, necesitaría un cambio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29. | Hay personas con las que tengo que trabajar cuyas actitudes me irritan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30. | Siento que realizo un trabajo profesional muy importante. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

## ISE- INVENTARIO DE SINTOMATOLOGÍA DE ESTRÉS

Bernardo Moreno-Jiménez
Ana María T. Benevides Pereira

Nombre: _____
Edad: _____ Fecha de aplicación: _____
Sexo: _____ Área de actividad: _____

Señale con una cruz la frecuencia con que siente los síntomas que sufre en su vida diaria:

| | | Nunca | Raras veces | Moderadamente | Frecuentemente | Asiduamente |
|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | SÍNTOMAS | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Dolores de espalda o cuello | | | | | |
| 2. | Irritabilidad fácil | | | | | |
| 3. | Pérdida o exceso de apetito | | | | | |
| 4. | Sentirse sin ganas de comenzar nada | | | | | |
| 5. | Dolor de cabeza | | | | | |
| 6. | Escasas ganas de comunicarse | | | | | |
| 7. | Presión en el pecho | | | | | |
| 8. | Falta de flexibilidad adaptativa | | | | | |
| 9. | Dificultades con el sueño | | | | | |
| 10. | Sentimiento de cansancio mental | | | | | |
| 11. | Dificultades sexuales | | | | | |
| 12. | Tiempo mínimo para uno mismo | | | | | |
| 13. | Erupciones en la piel, sarpullidos | | | | | |
| 14. | Fatiga generalizada | | | | | |
| 15. | Pequeñas infecciones | | | | | |
| 16. | Sentimientos de baja autoestima | | | | | |
| 17. | Aumento de la bebida, tabaco o sustancias | | | | | |
| 18. | Dificultad de memoria y concentración | | | | | |
| 19. | Problemas gastrointestinales | | | | | |
| 20. | Necesidad de aislarse | | | | | |
| 21. | Problemas alérgicos | | | | | |
| 22. | Estado de apresuramiento continuo | | | | | |
| 23. | Presión arterial alta | | | | | |
| 24. | Pérdida del sentido del humor | | | | | |
| 25. | Resfriados y gripes | | | | | |
| 26. | Pérdida del deseo sexual | | | | | |
| 27. | Problemas en la voz (afonías, cambios de voz, carrasperas, etc.) | | | | | |
| 28. | Escasa satisfacción en las relaciones sociales | | | | | |
| 29. | Dificultad de controlar la agresividad | | | | | |
| 30. | Cansancio rápido de todas las cosas | | | | | |

# REFERENCIAS.


Aguilar, G. (2004). *"Intervención en Crisis para Víctimas de Secuestro".* Tesis de Licenciatura. Tlalnepantla, Estado de México. Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala.

Alcántara, R.; Leija, G.; Ramírez, G.; Rodríguez, A.; Caballero, S.; y Vicedo J. (2005). Estrategias de Intervención para Estrés Postraumático Originado por Situaciones Violentas: Curso-Taller. *Programa del Curso-Taller*. FES Iztacala, UNAM.

Alcántara, R. (2006, octubre). *Síndrome de Burn Out en la Atención a la Violencia Sexual e Intrafamiliar.* Ponencia presentada en el I Congreso Internacional de Actualizaciones en Psicología, Santiago de Cali, Colombia.

Alonso-Fernández, F. (1998). *Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE).* Madrid : TEA.

American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR.* Barcelona: Masson.

Andreas, C. y Andreas, S. (1991). *Corazón de la mente.* Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

Báguena, M. J. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para el Estrés Post-Traumático.* Psicothema, 13 (3), 479-492.

Bazzi, T. y Fizzotti, E. (1989). *Guía de la logoterapia.* Barcelona: Herder.

Beck, A. (1978). *Inventario de la Depresión de Beck.* En red: www.prodigyweb.net.mx/gorgoro/Depresion.htm

Benevides, A. M.; Moreno, B.; Garrosa, E. y González, J. L. (2002). *La evaluación específica del síndrome de Burnout en psicólogos: "El Inventario de Burnout de Psicólogos".* Clínica y Salud, 13 (3), 257-283.

Benítez, J. C. y Martínez, K. (2000). *"Un estudio teórico de la violencia hacia el género masculino".* Tesis de Licenciatura. Tlalnepantla, Estado de México. Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala.

Bobes, J.; Bousoño, M.; Calcedo, A. y González, M. P. (2000). *Trastorno de Estrés Postraumático.* Barcelona: Masson.

Brebbia, R. H. (1998). *El daño moral.* México: Acrópolis.

Carver, J.M. (2006). *Amor y síndrome de Estocolmo: el misterio de amar a un maltratador.* En red: www.cepvi.com/articulos/sindrome_de_estocolmo.htm

Castanedo, C.; Brenes, A.; Jensen, H.; Lucke, H.; Rodríguez, G. y Thomas, P. (1993). *Seis enfoques psicoterapéuticos.* México: El Manual Moderno.

Cazabat, E. H. (2002). *Un breve recorrido a la traumática historia del estudio del trauma psicológico.* Revista de Psicotrauma, 1, 38-41.

Corsi, J. (1994). Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar. En J. Corsi, (Comp.), *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social.* (pp. 15-63). Buenos Aires: Paidós.

Corsi, J. (s/a). *El síndrome de 'Burnout' en profesionales trabajando en el campo de la violencia doméstica.* En red: www.corsi.com.ar/Burnout.pdf

Chávez, L. M. (2002). *"Estrés Postraumático en niños en casos de desastre".* Tesina de Licenciatura. Tlalnepantla, Estado de México. Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala.

Davidson, J.; Book, SW; Colket, JT; Tupler, LA; Roth, S; David, D y cols. (1997). *Escala de Trauma de Davidson (DTS).* En red: www.uniovi.es/psiquiatria/familias/auxiliar/DTS-Davidson.pdf

Dobson, K. y Franche, R. (1991). La práctica de la terapia cognitiva. En V. Caballo, (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.* (pp. 493-526). Madrid: Siglo XXI.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1997). *Avances en el tratamiento cognitivo conductual del trastorno de estrés postraumático.* Ansiedad y Estrés, 3 (2-3), 249-264.

Edelstein, B. A. y Yoman, J. (1991). La entrevista conductual. En V. Caballo, (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.* (pp. 751-775). Madrid: Siglo XXI.

Ellis, A. y Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva.* Vol. 2. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Escamilla, M. (2005). *El estrés preoperatorio y la ansiedad pueden demorar la recuperación.* Colombia. En red: www.susmedicos.com/art_estres_preoperatorio.htm

Fernández-Seara, J.L. y Mielgo, M. (1992). *Escalas de Apreciación del Estrés*. Madrid: TEA.

Forero, B. (s/a). *Intervención de enfermería en el manejo del dolor del paciente quemado.* Colombia. En red: www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria4101-intervencion.htm

Forward, S. (1991). *Padres que odian. La incomprensión familiar: un problema con solución.* México: Grijalbo.

França-Tarragó, O. (1996). Responsabilidad ética ante la ley. En O. França-Tarragó, *Ética para psicólogos. Introducción a la psicoética.* (pp. 111-124). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Frankl, V. (2004). *El hombre en busca de sentido.* Barcelona: Herder.

Fundación País Libre. (1999). *Antecedentes*. Colombia. En red: www.inter.net.co/paislibre/ información.htm

Fundación País Libre. (2003). *El secuestrado después de la liberación.* Colombia. En red: www.elsecuestro.freeservers.com/elsecuestrado4.htm

Gil, A. y Cano, A. (2001). *Aplicación de técnicas cognitivo-conductuales en un caso de ansiedad generalizada.* Madrid. En red: www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/2255

Godoy, A. (1991). El proceso de la evaluación conductual. En V. Caballo, (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.* (pp. 91-108). Madrid: Siglo XXI.

González, E. (2004). *"Atención Psicológica en Accidentes Automovilísticos".* Tesina de Licenciatura. Tlalnepantla, Estado de México. Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala.

Gutiérrez, J. M. (1998). *La promoción del eustrés.* En red: www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num1/art_3.htm

Herrada-Huidobro, A.; Nazar-Beutelspacher, A.; Cassaball, M.; Vega, R. y Nava-Cruz, C. (1992). *El niño maltratado en Tlaxcala: Estudio de casos.* Salud Pública de México, 34 (6), 626-634.

Hamilton, M. (1960). *Test de Hamilton.* En red: www.eutimia.com/tests/hdrs.htm

Hathaway, S. R. y Mckinley, J. C. (1995). *Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2).* México: El Manual Moderno.

Hinde, R. (1999). *La guerra: algunas de sus causas y consecuencias psicológicas.* Akademos, 2, 31-66.

Ibáñez, V. (2003). *Consecuencias psicológicas y psiquiátricas de la guerra.* En red: www.medynet.com/elmedico/informes/informe/guerra.htm

Islas de González, O. (2003). *Garantías constitucionales de la víctima o del ofendido.* México. En red: www.bibliojuridica.org/libros/libro.htm?l=1095

Lowen, A. (1991). *Bioenergética.* México: Diana.

Lowen, A. y Lowen, L. (1996). *Ejercicios de Bioenergética.* Málaga: Sirio.

Manassero, M. A.; Vázquez, A.; Ferrer, V. A.; Fornés, J. y Fernández, M. C. (2003). *Estrés y Burnout en la enseñanza.* Palma: UIB.

Martorell, J. L. (1996). *Psicoterapias. Escuelas y conceptos básicos.* Madrid: Pirámide.

Mathes, P. (2002). *Sociedades traumatizadas que aprenden a sanar.* En red: www.envio.org.ni/articulo/1179

Medina-Mora, M. E.; Borges-Guimaraes, G.; Lara, C.; Ramos-Lira, L.; Zambrano, J. y Fleiz-Bautista, C. (2005). *Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana.* Salud Pública de México, 47 (1), 8-22.

Meluk, E. (1998a). *El secuestrado.* Colombia. En red: www.secuestro.freeservers.com/elsecuestrado.htm

Meluk, E. (1998b). *Síndrome de Estocolmo.* Colombia. En red: www.secuestro.freeservers.com/sindromedestocolmo.htm

Montes de Oca, V. (2002). *"La mujer histérica y su subjetividad".* Tesina de Licenciatura. Tlalnepantla, Estado de México. Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala.

Montt, M. E. (2001). *Trastorno de estrés postraumático en niños.* Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 39, 110-120.

Moreno, B.; Oliver, C. y Aragoneses, A. (1991). El 'Burnout', una forma específica de estrés laboral. En G. Buela-Casal y V. Caballo, (Comps.). *Manual de Psicología Clínica Aplicada* (pp. 271-284). Madrid: Siglo XXI.

Naciones Unidas. (1999). *Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.* Ginebra: Naciones Unidas.

Nezu, A. y Nezu, C. (1991). Entrenamiento en solución de problemas. En V. Caballo, (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.* (pp. 527-553). Madrid: Siglo XXI.

Nowack, K. M. (2002). *Perfil de estrés.* México: El Manual Moderno.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento. CIE-10.* Madrid: Meditor.

Ortiz, F. (1999). Pasado, presente y futuro de la terapia psicocorporal. En F. Ortiz, *La relación cuerpo-mente. Pasado, presente y futuro de la terapia psicocorporal.* (pp. 1-29). México: Pax.

Patró, R. y Limiñana, R. M. (2005). *Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas.* Anales de Psicología, 21 (1), 11-17.

Quade, G. (2002). *Trastorno de tensión postraumática.* En red: www.meb.uni-bonn.de/cancernet/spanish/306317.html

Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. En red: http://buscon.rae.es/draeI/

Rincón, P. (2003). *"Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención".* Tesis de Doctorado. Madrid. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología.

Ritterman, M. (1998). *Empleo de la hipnosis en terapia familiar.* Buenos Aires: Amorrortu.

Robles, T. (1990). *Concierto para cuatro cerebros en psicoterapia.* México: Alom.

Rogers, C. (1994a). Condiciones necesarias y suficientes del cambio terapéutico de la personalidad. En J. Lafarga y J. Gómez, (Comps.), *Desarrollo del potencial humano.* Vol. 1. (pp. 77-92). México: Trillas.

Rogers, C. (1994b). El concepto de la persona que funciona completamente. En J. Lafarga y J. Gómez, (Comps.), *Desarrollo del potencial humano.* Vol. 1. (pp. 93-110). México: Trillas.

Ronda, C. (1997). *Métodos científicos de investigación aplicados al diseño de planes de seguridad.* En red: www.monografias.com/trabajos5/displa/displa.shtml

Salama, H. (1999). *Encuentro con la Psicoterapia GESTALT.* México, D.F.: Instituto Mexicano de Psicoterapia Guestalt.

Sánchez, A. (1994). *Psicoterapia Humanística: un modelo integrativo.* En red: www.robertexto.com/archivo18/psico_humanis.htm

Sánchez, J. (1991). Evaluación de las estrategias de afrontamiento. En G. Buela-Casal y V. Caballo, (Comps.). *Manual de Psicología Clínica Aplicada* (pp. 247-270). Madrid: Siglo XXI.

Slaikeu, K. (2000). *Intervención en crisis.* México: El Manual Moderno.

Sociedad Mexicana de Psicología. (2005). *Código Ético del Psicólogo.* México: Trillas.

Spielberger, C. D. y Díaz, R. (2002). *Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE).* México: El Manual Moderno.

Trujano, P. (1992). *"Violación y atribución de Culpa".* Tesis de Doctorado. México, D.F. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Turner, R. M. (1991). La desensibilización sistemática. En G. Buela-Casal y V. Caballo, (Comps.), *Manual de psicología clínica aplicada.* (pp. 183-215). Madrid: Siglo XXI.

Unión Sindical de Madrid. (2002). *Acoso psicológico en el trabajo (mobbing).* Madrid. En red: www.usmr.ccoo.es/Portada/Mobbing/indice.htm

Uribe, M. (2001). *El secuestro.* Colombia. En red: www.secuestro.freeservers.com

Van der Kolk, B.; Weisaeth, L. & Van der Hart, O. (1996). History of Trauma in Psychiatry. En B. Van der Kolk; A. Mcfarlane y L. Weisaeth, (Comps.). *Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on Mind, Body and Society (pp. 47-74).* New York: The Guilford Press.

Velazco, M. (1997). *Programación Neuro-Lingüística.* México. En red: www.monografias.com/trabajos5/edutecnica/edutecnica.shtml

Vera, M. N. y Vila, J. (1991). Técnicas de relajación. En V. Caballo, (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.* (pp. 161-182). Madrid: Siglo XXI.

Wainrib, B. y Bloch, H. (2001) *Intervención en crisis y respuesta al trauma: teoría y práctica.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Yontef, G. (2003). *Proceso y diálogo en Gestalt. Ensayos de terapia gestáltica.* Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

Zung, W.W.K. (1965). *Escala de depresión de Zung.* En red: www.depresion.psicomag.com/esc_zung.php