



Grado en Psicología

Trabajo de fin de grado

Curso 2016/2017

Convocatoria de Junio

Modalidad: Propuesta de Intervención

Título: Propuesta de Intervención Psicológica a un caso de trastorno de estrés postraumático causado por violencia de género.

Autor: Almudena Sánchez Castaño

Tutor: Maria del Carmen Neipp López

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4-8
3. MÉTODO.....	8
3.1. Sujeto.....	8
3.2. Motivo de consulta e historia del problema.....	8-10
3.3. Evaluación.....	10-12
3.4. Tratamientos.....	13-15
4. DISCUSIÓN.....	15-18
5. BIBLIOGRAFIA.....	19-22



Tabla 1.....	13-15
--------------	-------

Anexo A.....	23-28
--------------	-------

Anexo B.....	29
--------------	----

Anexo C.....	30
--------------	----

Anexo D.....	31
--------------	----

1. RESUMEN

La violencia de género es un tema que está muy de moda hoy en día, ya que cada vez se oyen más casos de víctimas en nuestro país. Se puede decir que la violencia de género es todo maltrato físico, psicológico y sexual que un hombre ejerce sobre una mujer en una relación de pareja o fuera de ella.

Dicho maltrato tiene diversas consecuencias, entre las cuales se pueden citar las secuelas físicas, problemas psicológicos e incluso la muerte. Centrándonos en los problemas psicológicos, un trastorno muy común entre estas víctimas es el trastorno de estrés postraumático, el cual se puede decir que aparece tras sufrir un suceso traumático, causando síntomas como la reexperimentación, ansiedad, disociación, entre otros.

En éste trabajo, se ha diseñado una propuesta de intervención para tratar un caso de estrés postraumático en una víctima de violencia de género. La víctima fue seleccionada del centro Mujer de Elche, cumpliendo los criterios diagnósticos del TEPT.

El tratamiento propuesto consta de 22 sesiones de 45 minutos, en las cuales se usan técnicas como desensibilización sistemática por medio de movimientos oculares, exposición imaginaria y en vivo, reestructuración cognitiva, psicoeducación, etc.

Los resultados que se esperan obtener son satisfactorios, causando una disminución o reducción de los síntomas y problemas que presenta la paciente tras la aplicación del tratamiento, como ha ocurrido en otros estudios donde se han usado técnicas similares.

Palabras clave: violencia, género, estrés, postraumático.

2. INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de violencia de género, se observa un escaso número de estudios y publicaciones sobre éste tema en nuestro país, no obstante, no deja de ser un gran problema hoy en día.

Según la “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer” aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en diciembre de 1993 (Res. A.G. 48/104, ONU 1994) la *violencia contra las mujeres o violencia de género* se define como: “todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada”

La violencia de género ha sido declarada por la ONU como “*el crimen encubierto más frecuente del mundo*”. Además es la primera causa de muerte de mujeres de edades comprendidas entre 16 y 44 años en el mundo por encima del cáncer y los accidentes de tráfico. La elevada incidencia de la Violencia contra las mujeres, dos millones de mujeres (12%) y las consecuencias negativas que ocasiona en su salud física y psicológica ponen de manifiesto el grave problema social y de salud que la sociedad se enfrenta (*World Health Organization [WHO], 1998*).

Si nos centramos en las víctimas, hay una serie de consecuencias psicológicas, además de físicas, que pueden sufrir tras haber sufrido repetidamente episodios de maltrato. En cuanto a las secuelas físicas, pueden oscilar desde moretones, síndromes de dolor crónico, fibromialgia, fracturas, hasta la pérdida de la vida. En cuanto a las psicológicas, el maltrato de género puede ocasionar problemas de autoestima, sentimientos de vergüenza, culpabilidad, además de ser un factor de riesgo para el desarrollo de diversos trastornos como el TEPT, trastornos depresivos, de ansiedad, alimentarios, de sueño, disociativos, disfunciones sexuales y abuso de sustancias.

En el meta-análisis realizado por Golding, en el apartado de depresión, se revisan 11 estudios acerca del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en víctimas de violencia doméstica, encontrándose tasas de prevalencia de este trastorno que van desde 31% a 84.4%, con una media ponderada de 63.8%. En 5 de estos 11 estudios se encuentra que la severidad o duración del maltrato está asociada a la severidad del TEPT (Golding, 1999). La diversidad en las muestras de mujeres estudiadas y en los

instrumentos de medida utilizados, tanto para medir violencia doméstica como para medir TEPT, explica la variabilidad en las tasas de prevalencia a través de los estudios (Golding, 1999).

En el estudio llevado a cabo por Golding (1999), para analizar la violencia de género como factor de riesgo para diferentes trastornos mentales, se recogía que la prevalencia del Trastorno del estrés postraumático en mujeres maltratadas oscilaba entre un 31% y 84% entre los diferentes estudios, como se ha dicho anteriormente.

El trauma y los trastornos relacionados con factores de estrés son trastornos en los que la exposición a un evento traumático o estresante aparece, de manera explícita, como un criterio diagnóstico (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2014).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), la característica esencial del trastorno de estrés postraumático (TEPT) es el desarrollo de síntomas específicos tras la exposición a uno o más eventos traumáticos (exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual en una de las siguientes formas: experiencia directa al suceso, presencia directa, conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido alguien próximo o exposición repetida o extrema a detalles del suceso traumático, etc) (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2014).

El acontecimiento traumático puede presentarse en forma de recuerdos angustiosos recurrentes e involuntarios sobre el suceso, sueños angustiosos con contenido relacionado con el suceso, reacciones disociativas en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso, malestar psicológico intenso al exponerse a factores internos y externos que tengan que ver con el suceso y reacciones fisiológicas intensas (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2014).

Los estímulos asociados al trauma se evitan de un modo persistente. El individuo intenta evitar pensamientos, recuerdos, sentimientos o evita hablar sobre el evento traumático y evita actividades, objetos, situaciones o personas que le despiertan recuerdos (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2014).

Las alteraciones en las cogniciones negativas o en los estados de ánimo comienzan o empeoran después de exposición al mismo. Existe una alteración importante de la alerta y la reactividad, pueden estar irascibles o incluso emplear conductas agresivas verbales y/o físicas con poca provocación (DSM-V, 2014). La duración de la alteración es superior a un mes, si los síntomas son inferiores a un mes, no se consideraría

TEPT, sino trastorno de estrés agudo (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2014).

El TEPT es más frecuente en mujeres y en ocasiones se asocia con ideación suicida y riesgos de suicidio. Los individuos con TEPT son más propensos a presentar síntomas para los diagnósticos de depresión, trastorno bipolar, ansiedad o trastorno por abuso de sustancias que aquellos sin TEPT (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2014).

Según Baguena (2001) los tratamientos que han demostrado mayor eficacia para el TEPT han sido los cognitivo-conductuales. Entre ellos destacan dos tipos de tratamiento altamente eficaces: 1. Los tratamientos que incorporan elementos de la inoculación de estrés como la psicoeducación sobre el trauma, entrenamiento en relajación muscular, reentrenamiento en respiración, juego de roles, modelamiento encubierto, auto-diálogo guiado y detención de pensamiento, ya que permiten a los pacientes comprender y controlar sus reacciones ante el trauma (Botero, 2005). 2. Los tratamientos basados en la exposición, ya que rompen la asociación entre el evento traumático y la respuesta emocional condicionada, favoreciendo la extinción de esta última (Baguena, 2001).

La exposición prolongada a los estímulos temidos (incluida la rememoración de las experiencias traumáticas) se ha mostrado superior a grupos de lista de espera con ex-combatientes, víctimas de violación y grupos constituidos por pacientes con diversos traumas; en estudios no controlados ha sido eficaz además con víctimas de agresiones físicas y sexuales, incesto y accidentes. La exposición es el tratamiento que cuenta hasta el momento con pruebas más fuertes sobre su eficacia. La exposición reduce en el postratamiento y seguimiento los síntomas de reexperimentación y los de evitación, embotamiento afectivo y activación fisiológica, así como las cogniciones negativas, la ansiedad y la depresión. También hay cambios en otras características asociadas como salud percibida y calidad del sueño (Bados, 2009).

Dos ejemplos de programas multicomponentes para mujeres con TEPT subsecuente a maltrato o violencia doméstica pueden verse en Echeburúa y de Corral (1998a, 1998b) y en Labrador et al. (2004). El programa de Labrador et al. (2004) es un programa breve de 8 sesiones de 90 minutos que incluye psicoeducación, entrenamiento en control de la activación (control de la respiración, detención del pensamiento), terapia cognitiva (reestructuración cognitiva, resolución de problemas) y exposición. Este

programa, ya sea aplicado individualmente o en grupo, ha sido también superior a la lista de espera en una amplia variedad de medidas (Labrador, Fernández-Velasco y Rincón (2006). Por otra parte, Kubany et al. (2004) han comprobado que la terapia cognitiva del trauma para mujeres maltratadas fue más eficaz que la lista de espera en medidas de TEPT, depresión, culpa y autoestima; los resultados se mantuvieron a los 6 meses y no variaron en función del sexo del terapeuta. El 69% de las mujeres presentaron un buen estado final de funcionamiento. Es necesario señalar que las mujeres ya no padecían maltrato, no tenían intención de reconciliarse con su pareja, vivían en condiciones seguras y presentaban sentimientos de culpa en relación con el maltrato. La terapia incluyó educación sobre el TEPT, relajación progresiva, exposición a lo que recordaba el maltrato, autorregistro de pensamientos negativos, terapia cognitiva para la culpa y módulos de asertividad, de satisfacción de las propias necesidades y de cómo identificar a los maltratadores (Bados, 2009).

Una variante de la exposición es la desensibilización por medio de movimiento ocular y el reprocesamiento, conocida internacionalmente como EMDR (Eye Movement Desensibilization and Reprocessing; Shapiro, 1995), que consta de dos componentes: exposición en imaginación y movimientos sacádicos y rítmicos) de los ojos.

El trastorno de estrés postraumático, fue la primera entidad en ser tratada con EMDR; en 1989 Francine Shapiro probó su eficacia para disminuir los síntomas de reexperimentación y la ansiedad en 22 veteranos de guerra con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático; desde entonces se han realizado múltiples estudios que incluyen reportes de caso, estudios comparativos y metaanálisis, la mayoría de los cuales reportan utilidad de esta técnica para el manejo de los síntomas de este trastorno, incluso indican que junto con la terapia cognitivo conductual y el manejo farmacológico con antidepresivos del grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina es una forma efectiva de tratamiento (Gil, 2008).

Casi dos décadas después de su nacimiento, en 2004 la técnica EMDR es recomendada como tratamiento efectivo por la Asociación Psiquiátrica Americana y ese mismo año es clasificada como categoría A para el tratamiento del trauma por el Departamento de Defensa y Asuntos Veteranos de EE. UU. En 2005, el Instituto Nacional de Excelencia Clínica [National Institute of Clinical Excellence - NICE] declara la EMDR como un tratamiento de elección con base empírica (Marín, Guillén y Vergara, 2016).

El objetivo de éste trabajo es realizar una propuesta de intervención para un caso de estrés postraumático, diseñando un tratamiento que haga frente a todos los síntomas más inmediatos como son (alteraciones del sueño, regularización del sueño, recuperación de rutinas, etc), con medidas de higiene psicológica, y haciendo frente a otros síntomas que aparecen a largo plazo con un tratamiento psicológico diseñado para el caso.

Lo que se espera del tratamiento es que la persona mejore y sus síntomas remitan, con el fin de que pueda recuperar su vida y volver a su trabajo, además de encontrarse bien.

3. MÉTODO

3. 1. Sujeto

Se seleccionó una persona que había acudido al Centro Mujer ubicado en Elche. Tras ponernos en contacto con el Centro y hablar con la psicóloga de éste, nos derivó el caso de Marta, ya que cumplía con los síntomas para poder establecer el diagnóstico de un trastorno de estrés postraumático causado por violencia de género.

Marta, es una mujer de 45 años de edad, separada desde hace 6 meses. Actualmente vive con sus dos hijos de 4 y 7 años. Tiene estudios primarios y un F.P. de auxiliar de enfermería, trabaja en una residencia de ancianos llamada Novaire, pero ahora se encuentra de baja tras sufrir reiterados malos tratos por parte de su ex pareja, además de un intento de asesinato.

3. 2. Motivo de consulta e historia del problema

En la entrevista que se le realizó, Marta refería dificultad para conciliar el sueño y dormir, hipervigilancia, ataques de ira, incapacidad para trabajar, etc. Este problema ocurre desde que sufrió un intento de asesinato por parte de su ex marido, éste suceso sucedió seis meses, cuando él acudió a su casa y la apuñaló diez veces con un cuchillo de cocina. En dicha agresión ella sufrió heridas muy graves y tuvo que ser sometida a dos operaciones de urgencia, en las que casi pierde la vida. Marta aun sufre secuelas físicas desde lo sucedido, de las que aun se está recuperando, y tiene cicatrices por todo el cuerpo de las puñaladas sufridas. Su ex marido actualmente se encuentra en prisión. Desde lo sucedido a Marta le resulta imposible entrar a su habitación, ya que fue allí donde sufrió la agresión, evita hablar del tema, siente mucho

miedo cada día de que vuelva a ocurrir, evita pensamientos sobre los hechos sucedidos y se ha alejado de su entorno social. No se siente capaz de volver al trabajo, ya que no es capaz de concentrarse, y le da mucha vergüenza lo que ha sucedido, le importa mucho lo que puedan pensar sus compañeros de trabajo.

Marta es hija única, su padre falleció hace algunos años, su madre aun vive. La relación entre ellas es buena, pero viven un poco lejos, Marta vive en Elche y su madre en Elda, por lo que suelen verse el fin de semana, su madre coge un autobús y viene a verla todos los sábados, quedándose en su casa hasta los domingos. La relación con su padre era algo fría.

Marta me cuenta que hacía muchos años que sufría malos tratos, llevaba casada veinte años con su marido y a partir de que nació su primer hijo comenzó a sufrir maltratos físicos por parte de su marido, además de humillaciones delante de sus amigos y un control excesivo por parte de él. El maltrato psicológico empieza cuando se casan, ya que él no quiere que ella trabaje, no la deja arreglarse demasiado y le prohíbe salir con sus amigas si él no va con ellas. Ella considera esto normal, ya que viene de una familia con ideas culturales algo machistas, en las cuales se ve como lo normal que la mujer sea el ama de casa y el marido sea el que va a trabajar y aporta el jornal a casa.

Los problemas se magnificaron cuando ella hace dos años decide estudiar un módulo de formación media, para trabajar como auxiliar de enfermería. A su marido esta idea no le hizo ninguna gracia, pero a pesar de ello, Marta logró sacárselo y posteriormente entrar a trabajar a una residencia de ancianos. Desde que empezó a trabajar allí su marido la quería controlar mucho más, ya que se obsesionó pensando que tenía un amante porque ella a veces hacía turnos de noche y él no quería que ella trabajara y mucho menos a esas horas. A llegar a casa en varias ocasiones él le propició varias palizas, en las cuales le dejó señales en los brazos y abdomen. En el vestuario del trabajo la trabajadora social del centro que era amiga de Marta al ver esos moratones le pregunta cómo se los ha hecho, Marta evita hablar del tema, pero al final tras la insistencia de ésta le cuenta lo sucedido. La trabajadora social le asesora y le dice que no tiene porqué seguir aguantando que la maltraten, la psicóloga del centro habló con ella también y tras varios meses pensándolo, finalmente decide divorciarse de su marido. Desde que tomó la decisión hasta que finalmente consiguió la separación siguió sufriendo maltrato psicológico, físico, y todo tipo de amenazas contra ella y sus hijos si se separaba. Tras éstos hechos puso una denuncia a su marido por malos tratos y amenazas y le pusieron una orden de alejamiento. Desde que se separaron

ellos no se veían , ya que tenían un punto de encuentro para entregarse a los niños, pero un día, él se presentó en su casa sin avisar y entro dentro para hablar con ella, a pesar de que ella no quiso que entrara, ahí es cuando aprovechó para agredirla.

Después de eso él ingresó en prisión, ya que confesó los hechos ocurridos tras apuñalarla, creyendo que la había matado. Marta tuvo que estar un tiempo ingresada en el hospital, tras el cual fue incapaz de volver a trabajar, además de sufrir un malestar clínicamente significativo, con los síntomas anteriormente expuestos. Acude a mi consulta muy preocupada por su estado y muy asustada por lo sucedido.

3. 3. Evaluación

Se llevó a cabo una entrevista y se administraron los siguientes instrumentos:

- Entrevista Conductual (R. Fernández Ballesteros)

Esta entrevista consta de diversas preguntas, sobre el motivo de consulta, antecedentes, síntomas, historia del problema, comorbilidad de síntomas, situación actual y datos personales. Suele usarse cómo la primera estrategia utilizada para recoger información sobre el problema.

- Cuestionario de experiencias traumáticas. (Questionnaire to Rate Traumatic, TQ; Escalona, Tupler, Saur, Krishan y Davidson, 1997) ,

Este cuestionario, se trata de una prueba de screening. La escala, consta de 3 partes bien diferenciadas. La primera de ella es un listado de las 17 experiencias traumáticas más frecuentes a las que el paciente ha de ir respondiendo si alguna vez las sufrió en su vida, qué edad tenía, y la duración aproximada que estuvo sometido al evento. Si no ha sufrido ninguna de los 17 acontecimientos del listado pero sí otro, tiene un espacio reservado para anotar la naturaleza del mismo y para decir a qué edad lo sufrió y durante cuánto tiempo aproximadamente. Para contestar a los dos apartados siguientes si el paciente ha sufrido más de un trauma a lo largo de su vida debe centrarse en el que más le preocupe en el momento actual. El segundo apartado consta de 9 ítems que evalúan las características del acontecimiento traumático con el fin de ver si se cumple o no el criterio A para el diagnóstico de TEPT según el DSM-IV. Finalmente, el tercer apartado es un listado de 18 síntomas que exploran los tres clusters sintomatológicos del TEPT. Los ítems son de respuesta dicotómica Si/No y el marco de referencia temporal es muy amplio y abierto: cualquier momento después del suceso.

Se trata de un instrumento autoaplicado.

- EGS. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS; Echeburúa, corral, Amor, Zubizarreta y Sasarúa, 1997).

Esta escala, funciona a modo de entrevista estructurada, es una escala heteroaplicada que sirve para evaluar los síntomas y la intensidad del trastorno de estrés postraumático según los criterios diagnósticos del DSM –IV (APA, 1994).

Su estructura es de tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia de intensidad de los síntomas, consta de 17 ítems, de los que 5 hacen referencia a los síntomas de *reexperimentación*, 7 a los de *evitación* y 5 a los de *hiperactivación*. El rango es de 0 a 51 en la escala global; de 0 a 15 es la subescala de reexperimentación; de 0 a 25 en la de evitación; y de 0 a 15 en la de activación.

Este instrumento cuenta además con una subescala complementaria de manifestaciones somáticas de la ansiedad que se compone de 7 ítems con una escala de tipo Likert de la misma estructura (rango: 0-39) y que pueda ayudar a diferenciar entre distintos tipos de víctimas y a orientar al terapeuta en la elección de estrategias terapéuticas selectivas. Además, el instrumento global mostró una alta consistencia interna ($\alpha = .91$)

- Escala de trauma de Davidson. (Davidson Trauma Scale, DTS; davidson et al., 1997; Davidson, Tharwani y Connor, 2002)(versión española en González et al., 2000).

Esta escala, se utiliza para medir la frecuencia y la gravedad de los síntomas del TEPT en sujetos que han experimentado un trauma. También puede utilizarse para evaluar el tratamiento.

Está constituida por 17 ítems que se corresponden y evalúan cada uno de los 17 síntomas recogidos en el DSM-IV.

Los ítems referentes a la intrusión y evitación se relacionan directamente con el acontecimiento, mientras que en los ítems sobre el embotamiento, aislamiento, e hiperarousal se requiere únicamente precisar su ausencia o presencia sin relacionarlos directamente con el acontecimiento. Este último aspecto difiere del DSM-IV que exige que estos síntomas hayan surgido tras el acontecimiento, pero los autores se han tomado esta licencia ya que dudan de la capacidad del propio paciente para valorar este aspecto de forma precisa, especialmente si se trata de un trauma acontecido

hace mucho tiempo o ante la experimentación de traumas de forma repetida y crónica. El sujeto debe puntuar dos aspectos de cada ítem: la frecuencia de presentación y la gravedad utilizando una escala Likert de 5 puntos (de 0= nunca o gravedad nula a 4= a diario o gravedad extrema). El marco de referencia temporal es la semana previa.

Es una escala autoadministrada. Para la corrección, esta escala proporciona una puntuación total y puntuaciones en dos subescalas: frecuencia y gravedad. Las puntuaciones globales se hallan sumando las puntuaciones individuales de los ítems. La puntuación total oscila entre 0 y 136 puntos, y la puntuación de cada subescala entre 0 y 68 puntos. Los autores recomiendan utilizar como punto de corte una puntuación en la escala total de 40.

Respecto a la consistencia interna su puntuación es: α de Cronbach para la escala total= 0.99; para la subescala de frecuencia= 0.97; para la subescala de gravedad= 0.98.

- Inventario de depresión de Beck. (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) (versión española de Vázquez y Sanz, 1998). La puntuación obtenida ha sido de 26, lo que indica una depresión moderada.

La prueba, que consta de 21 ítems, tiene como objetivo identificar y medir la gravedad de síntomas típicos de la depresión en adultos y adolescentes a partir de 13 años. Los ítems del BDI-II son consistentes con los criterios recogidos en el DSM-IV para el diagnóstico de los trastornos depresivos.

3. 4. Tratamiento

El objetivo principal del tratamiento en éste caso, es que desaparezcan síntomas como (depresión, ansiedad, etc), que el sujeto nos informa que sufre en una primera entrevista, además se le pasarán varias pruebas para realizar un diagnóstico correcto, como explica la primera sesión, de la tabla 1. Se indagará más sobre estos síntomas mediante autorregistros y escalas específicas para ello, las cuales se entregarán a final de cada sesión a partir de la segunda.

Por otro lado, con el uso de tratamiento psicológico y basándonos en los tratamientos más frecuentes y usados como es el caso de la exposición en imágenes y en vivo, la desensibilización por medio de movimientos oculares y la reestructuración cognitiva, entre otros, se intentará evitar posibles complicaciones crónicas, disminuir o eliminar síntomas y rehabilitar a la persona socialmente. Las cuales se explican de la sesión 3

a la sesión 19 de la tabla 1. También se usaran medidas de higiene del sueño, psicoeducación, entrenamiento en respiraciones lentas, etc; para que disminuyan algunos de los síntomas que tiene.

El procedimiento que se va a llevar a cabo consta de 22 sesiones, las cuales están resumidas en la tabla 1, que se encuentra a continuación y explicadas con más detalle en el Anexo A, que aparece al final. Las sesiones, se realizarán en el centro mujer de Elche, se llevará a cabo una por semana y la duración será de 45 minutos cada una.

Tabla 1

OBJETIVO	CONTENIDO	SESIONES
-Recogida de información. -Información sobre la ley de protección de datos. -Firma contrato terapéutico.	- Realización de la entrevista conductual. - Pase de pruebas.	<u>De la 1ª a la 3ª sesión.</u>
-Devolución de información.	- Explicación del TEPT y las técnicas que van a ser usadas para su tratamiento. -Entrega registro reexperimentación, registro de actividades y estado de ánimo registro del sueño para hacerlo en casa.	<u>Sesión 4ª</u>
-Revisión autorregistros(se Realizará al comienzo de cada sesión). -Abordar los problemas del sueño.	-Control de estímulos. -Entrega de medidas de higiene del sueño, para llevar a cabo en casa.	<u>Sesión 5ª</u>

<ul style="list-style-type: none"> -Revisión autorregistros. -Facilitar de manera rápida la reducción de sentimientos y pensamientos negativos. -Disminuir el estrés psicológico. 	<ul style="list-style-type: none"> -Desensibilización por medio del movimiento ocular. -Entrega autorregistros. 	<u>Sesión de la 6ª a la 8ª</u>
<ul style="list-style-type: none"> -Revisión autorregistros. -Control síntomas de ansiedad. -Técnicas de control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> -Entrenamiento control de la respiración. - Técnicas de respiraciones lentas y profundas. -Entrega de autorregistros. 	<u>Sesión 9ª</u>
<ul style="list-style-type: none"> -Revisión autorregistros. -Elaboración y establecimiento de ítems de la jerarquía de ansiedad. -Preparación para la exposición. -Explicación y justificación de la técnica de exposición. -Comenzar la exposición a estímulos relacionados con -Cambio de pensamientos distorsionados, por otros correctos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Exposición en imágenes. -La paciente redactará en 3ª persona su suceso, del cual se hará una grabación de voz, que llevará a casa tras la sesión y tendrá que escuchar una vez al día, concentrándose hasta que disminuya el malestar. -Exposición cognitiva y en vivo a situaciones externas evitadas. -Reestructuración cognitiva de las distorsiones cognitivas presentes. 	<u>Sesión 10ª a la 16ª.</u>
<ul style="list-style-type: none"> -Revisión autorregistros. -Regulación emociones. -Afrontamiento problemas. -Mejora de su estado de ánimo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Realización de ejercicios (salir a la calle, saludar a personas desconocidas, cenas familiares, ect). -Implicación en actividades agradables (ir al gimnasio, etc). 	<u>Sesión 17ª a 19ª</u>

-Prevención de recaídas (una sesión a los 6 y otra a los 12 y meses).	-Pase de una de las pruebas pasadas en la primera sesión. -Repaso de todo lo aprendido. -Valoración de riesgo. -Manejo de situaciones de riesgo.	<u>Sesión 20ª a la 22ª.</u>
---	---	-----------------------------

4. DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

En ésta propuesta de intervención, se ha hablado sobre el trastorno de estrés postraumático, un trastorno que puede ocurrir por la sucesión de uno o varios sucesos traumáticos, como (la muerte de un ser querido, abuso sexual, muerte de una persona cercana, participar o haber sufrido ataques terroristas, violencia de género, intentos de asesinato, etc). En éste caso, el trastorno de estrés postraumático que sufre la paciente, es causado tras haber sufrido violencia de género durante un periodo largo de tiempo y finalmente haber tenido un intento de asesinato por parte de su ex pareja.

No todo el mundo que sufre un trauma, no necesariamente tiene que sufrir éste trastorno, cuando los síntomas duran entre 3 días y 1 mes tras la exposición al suceso traumático, sufriría trastorno de estrés agudo. Sin embargo, cuando los síntomas duran más de un mes, entonces sí se considera que la persona puede padecer trastorno de estrés postraumático. La explicación para sufrir éste trastorno, podría estar en la intensa respuesta emocional que se produce al ocurrir los hechos, la cual parece bloquear el procesamiento adecuado de éstos.

Como bien se ha mencionado anteriormente, éste trastorno suele tener comorbilidad con otros trastornos cómo podría ser la depresión mayor, o los ataques de ansiedad, pero no siempre es así, ya que cada caso es distinto. En éste caso sí que se dan estos trastornos a la vez que el trastorno de estrés postraumático.

Según el DSM-V “el trastorno de estrés postraumático se asocia con altos niveles de discapacidad social, ocupacional y física, así como con costes económicos considerables y altos niveles de utilización de los servicios médicos” (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2014).

En éste caso, el hecho que más impacta a la paciente, no es el haber sufrido violencia de género durante todos estos años, sino que su ex pareja haya sido

capaz de intentar acabar con su vida, delante de sus hijos. Otro agravante del problema, han sido las secuelas físicas que ha sufrido tras la agresión, lo que ha podido interferir en que los hechos se procesados correctamente, y el mundo se ha vuelto un lugar inseguro para María.

Los resultados que se pretende obtener con esta propuesta de intervención serán los obtenidos en otros casos en los cuales se han usado estas técnicas de un modo satisfactorio. El objetivo de esta propuesta de intervención es la mejoría terapéutica de la víctima en un espectro de conductas más amplio, mejorando el malestar emocional, las conductas de evitación, mejoría de la falta de sueño, entre otras.

Como muestran algunos estudios que han usado un tratamiento con EMDR, los recuerdos tanto positivos como negativos se hacen menos “vividos”, es decir, tienen una carga emocional menor, tras el uso de esta técnica.

Existen escasos estudios controlados sobre la aplicación de EMDR en casos de violencia de género y su eficacia comparativa con otros tipos de tratamientos. Sin embargo, la sobrada evidencia sobre la eficacia de EMDR en casos de trastorno de estrés postraumático, y los exitosos, rápidos y mantenidos resultados en los estudios planteados en este trabajo, llevan a pensar que esta técnica es altamente recomendable en los casos de violencia de género (Martín, 2013).

Una de las ventajas que se puede obtener con la EMDR, es que prepara a la paciente para entrar en contacto con la experiencia perturbadora de manera imaginaria, por periodos cortos que puede interrumpir, lo que le permite tener el control del tiempo de exposición y reducir el “temor al temor” característico de éstos casos (Gil, 2008).

La técnica de exposición que se propone, sigue las indicaciones de Echeburúa y de Corral (1993). Sabemos que la técnica de exposición es la más eficaz para la reducción de la sintomatología postraumática (APA, 2006; Foa et al., 2009).

La activación conductual, otro elemento de la terapia aplicada, podría contribuir a la mejora en los síntomas depresivos y en la desconexión de las cogniciones frecuentes tras haber padecido una relación de malos tratos. Además, supone la preparación para las tareas de exposición y favorece el inicio del cambio cognitivo substituyendo a las conductas de evitación, primeras responsables del mantenimiento de síntomas, tal como se ha observado en otros casos de trastorno

de estrés postraumático (Jakupack et al., 2004). Hasta un 85% de la muestra, en un estudio para probar la eficacia del tratamiento conductual para el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género, exhibe una remisión parcial de síntomas postraumáticos a los tres meses de la finalización del tratamiento y entre un 55 y 75% en síntomas depresivos. Si lo comparamos con otros estudios, vemos cómo los porcentajes de reducción de síntomas oscilan entre el 40% (los más modestos) y el 100% de la muestra (Labrador et al., 2004; Rauch y Cahill, 2003) (Santandreu y Ferrer, 2014).

En un caso clínico, en el que un paciente fue diagnosticado con TEPT y un episodio de depresión mayor, tras el ataque terrorista del 11 M., en los resultados obtenidos, los síntomas del TEPT disminuyen así como la sintomatología depresiva gracias a la integración de las técnicas necesarias para el tratamiento de los diferentes síntomas. Las técnicas usadas en éste caso fueron EMDR; higiene del sueño, exposición en vivo; tareas orientadas al autocuidado y autoestima; resolución de problemas y programación de actividades placenteras (González y Martín, 2004).

En el tratamiento aplicado para un caso individual de estrés postraumático tras el fallecimiento de una amiga, el tratamiento de exposición y la reestructuración cognitiva se revelaron como técnicas eficaces para la superación del TEPT, a la vez que fueron susceptibles de ser combinadas con un paquete de técnicas cognitivas y conductuales en función de las necesidades «estratégicas» (motivacionales, de urgencia, de eficacia empíricamente demostrada y eficiencia, etc.) que se presentan al clínico en cada fase de la terapia (Labrador, Greco y Rubio, 2003).

En un estudio donde se realizó un tratamiento individual y participaron 10 mujeres víctimas de violencia de género y que cumplían los requisitos para ser diagnosticadas de TEPT, después del tratamiento se obtuvo que, en todas las puntuaciones del postratamiento del grupo de tratamiento aparecen mejoras significativas con respecto al pretratamiento. En el grupo de control no aparece ninguna diferencia significativa entre el pre y el post. No obstante, sólo las puntuaciones indicadas señalan que las mejoras obtenidas en las puntuaciones de grupo de tratamiento son significativamente superiores a las del grupo de control. El tratamiento usado fue, entrenamiento y control de la respiración, reestructuración cognitiva, solución de problemas y exposición (Labrador, Velasco y Rincón, 2009).

Por otro lado, es bueno añadir que dicho tratamiento puede tener efectos negativos en la paciente, por el gran número de sesiones en las que está dividido. Esto puede ser un riesgo de abandono del tratamiento antes de finalizarlo. Ahora bien, teniendo consciencia de ello, se va a intentar motivar a la paciente y crear una buena relación terapéutica. El que la terapeuta sea “mujer”, y no “hombre”, podría facilitar la adhesión al tratamiento, ya que al ser una víctima de maltrato de género, puede tener aversión a que la trate un hombre, por los sucesos ocurridos.

Dicho tratamiento se ha repartido en 22 sesiones, puesto que los síntomas evaluados eran variados y extensos, por lo que un tratamiento adecuado en éste caso ha de abarcar muchos ámbitos y lamentablemente eso implica una gran cantidad de tiempo. En otros tratamientos usados, en casos diferentes he podido encontrar tratamientos repartidos en diferentes sesiones, pero cuando la víctima posee distintos aspectos en los cuales hay que intervenir, las intervenciones también han sido largas, rondando las 18 sesiones, aproximadamente.

Como propuesta para mejorar la intervención propuesta, se podría intentar agrupar el tratamiento en menos sesiones y hacerlas un poco más largas, lo cual también podría ser un error ya que si las sesiones son muy largas, la paciente podría acabar agotada y producirse un abandono del tratamiento.

Puesto que el problema de la violencia de género comienza cada vez a edades más tempranas, como ideas para prevenir este tipo de situaciones, que hoy en día están muy a la moda en nuestro país y en otros, yo propondría una educación desde la infancia basada en el respeto hacia los demás y en la igualdad de género. Dicha educación podría impartirse desde los colegios, y desde que los niños y niñas son pequeños, para que cuando crezcan puedan tener una visión correcta de cómo tendrían que ser las relaciones de pareja y dejar de lado de una vez el “machismo” y la “violencia” tanto verbal como física, a la hora de convivir con alguien.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, D. P., Cova, F. S., Domarchi, M. P., Garrido, C. C., Mundaca, I. L., Rincón, P. G., Ttoncoso, P. V. y Vidak, P. S. (2010). Estrés postraumático en víctimas de violencia doméstica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. Volumen 48 (2), 114-122.
- American Psychological Association (1999). *Resolution of Male Violence against Women*.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Barcelona: Masson.
- Bados, A. (2015). Trastorno por estrés postraumático. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics. Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona.
- Baguena, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés postraumático. *Psicothema*. Volumen 13(3), 479- 492.
- Davidson, J. R. T., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A. , Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J. C., Smith, R.D., Davison, R. M., Katz, R. y Feldman, M. E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *PsycholMed* (27), 153-160.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (1998a). *Manual de Violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1993). Técnicas de exposición en psicología clínica. *Manual práctico de modificación de conducta*, 673-747. Madrid: Fundación Universidad-Empresa. En M.A. Vallejo y M.A. Ruiz (Eds.)
- Echeburúa, y de Corral, P. (1998b). Trastorno de estrés postraumático. *Manual de terapia de conducta*. Volumen 1, 429-469. En Vallejo, M. A. (ed.). Madrid: Dykinson.
- Echeburúa, E., de Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: Propiedades Psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*. Volumen 23 (90).
- Echeburua, E. (2010). The challenge of posttraumatic stress disorder prevention: how to survive a disaster?. *Terapia Psicológica* (28), 147-154.

- Fernández-Ballesteros y Staats (1992). Paradigmatic behavioral assessment: answering the crisis of behavioral assessment. *Advances in Behaviour Research and Therapy*. Volumen 14 (1), 1-29.
- Gil, L. M. (2008). Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares. *Revista Colombiana Psiquiatría*. Volumen 37 (1).
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*. Volumen 14 (2), 99-132.
- González, M. D. y Martín, A. M. (2004). Tratamiento de un caso de trastorno por estrés postraumático con EMDR dentro de un marco cognitivo-conductual. *Cínica y Salud*. Volumen 15 (3), 337-354.
- Jakupack, M., Roberts, L. J., Yoshimoto, D., Mulick, P. S., Martell, C., Balsam, K. F., Devine, K., Martell, J., Michael, S. T., Reed, R., Sewell, J. y McFall, M. (2004). *Behavioral Activation for the treatment of PTSD: a pilot study*. Comunicación presentada en la American Psychological Association Annual Convention, Honolulu, Estados Unidos.
- Kubany, E. S., Hill, E. E., Quens, J. A., Iannce-Spencer, C., NcCaig, M. A., Tremayne, K. S. y Williams, P. L. (2004). Cognitive trauma therapy for bottered women with PTSD (CTT.BK). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (72), 3-18.
- Labrador, F. J., Fernández-Velasco, M. R. y Rincón, P. P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology* (6), 527-547.
- Labrador, F. J. Greco, A., y Rubio, G. (2003). Metodología clínica experimental aplicada al estrés postraumático: formulación y tratamiento de un caso. *Acción Psicológica*. Volumen 2 (3), 253-258.
- Labrador, K. J., Paz, P., de Luis, P. y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica. Programa de actuación*. Madrid: Siglo XXI.
- Labrador, F. J., Rincón, P. P., De Luis, P. y Fernández, R. (2004). *Mujeres víctimas de violencia doméstica*. Madrid: Pirámide.

- Labrador, F. J., Velasco, R. F., y Rincón, P. P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático. *Pensamiento psicológico*. Volumen 6 (13), 46-68.
- López, N. M. I. (2013). La construcción de la masculinidad y su relación con la violencia de género. *Comunitania. Revista internacional de trabajo social y ciencias sociales* (5).
- Martín, R. (2013). Tratamiento de la violencia de género con EMDR. *Revista Digital de Medicina Psicosomática Psicoterapia*.
- Martínez, L. M., Irurtia, M. J., Crespo, M. T., Calleja, M. I., Martínez, L. C., y Queipo, D. (2011). Maltrato psicológico en las víctimas de violencia de género. Evaluación médico-legal y forense. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*. Volumen 19 (1), 133-155.
- Marín, C., Guillén, A., I., y Vergara, S. (2016). Nacimiento, desarrollo y evolución de la desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares (EMDR). *Clínica y Salud* (27), 101-114.
- Organización de las Naciones Unidas (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Resumen del Informe sobre estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica*. http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf
- Rauch, S. y Cahill, S. (2003). Treatment and prevention of posttraumatic stress disorder. *Primary Psychiatry* (10), 60-65.
- Santandreu, M., y Ferrer, V. A. (2014). Eficacia de un tratamiento conductual para el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género. *Behavioral/ Psychology/ Psicología Conductual*. Volumen 22 (2), 239-256.
- SHAPIRO, F. (1995). *Eyemovement desensitizationand reprocessing*. New York: The Guilford Press.

-Van der Berg, D. P. G., Van del Vleugel, B. M., Stating, A. B. P., De Bont, P. A. J. y De Jongh, A. (2015). EMDR psicosis: Pautas de conceptualización y tratamiento. *Journal of EMDR Praticice and Rechearch*. Volumen 9 (1).



Anexo A

Sesiones del tratamiento desarrolladas

1º -3º sesión

Se recogieron todos los datos de la paciente, así como la información necesaria para poder evaluar su problema.

Se pasó la entrevista y todas las pruebas necesarias para poder establecer el diagnóstico apropiado.

En estas sesiones se le informó también de la de ley de protección de datos, además se le hizo firmar un consentimiento informado para poder disponer de sus datos y almacenarlos en nuestros ficheros. Por otro lado también se informó al paciente de que la información obtenida y todo lo que se hable en consulta será confidencial.

4º sesión

Con los datos obtenidos se establece el diagnóstico de TEPT. Se le proporcionó información acerca de lo que es el TEPT y cuáles son los síntomas, además de las estrategias adecuadas para solucionarlo. Se explicó cuál es el origen y porqué se mantiene el problema.

También se le proporcionó información sobre el papel de la cognición y las relaciones entre los procesos cognitivos y emoción, y se le realizó un entrenamiento en observación, análisis y modificación de sus pensamientos negativos y sesgos cognitivos.

Por último, se hizo una introducción acerca de las técnicas y procedimientos que iban a ser usados para tratar éste problema.

Toda ésta información se le dio por escrito, y el paciente se la llevó a casa.

Como tarea para casa la paciente se lleva el registro de reexperimentación y el registro de actividades y estado de ánimo, con el fin de corregirlo en la próxima sesión.

5ºsesión

En Primer lugar se hablara de los resultados obtenidos en los autorregistros que previamente ha rellenado en casa.

Y posteriormente se aborda el problema del sueño, estableciendo un control de estímulos con el fin de que la paciente duerma mejor y consiga un sueño reparador. Se le dieron las siguientes instrucciones por escrito para que las cumpliera en la medida de lo posible:

Medidas de higiene del sueño

-Llevar una alimentación adecuada. Evitar en consumo de cafeína, o tomarla en dosis muy bajas por las mañanas, tomar una cena ligera con las mínimas grasas posibles, dos horas antes de acostarse, sin ingerir demasiados líquidos.

-Acondicionamiento del ambiente. Dormir con la luz apagada, sin radio ni televisión en la habitación. Mantener una temperatura idónea en la habitación, no poner mucha ropa en la cama.

-Normalización del sueño. Acostarse cuando se tenga sueño, intentando mantener los mismos horarios todos los días tanto de acostarse como de levantarse, no dormir siesta, no trasnochar, los fines de semana no desplazar más de una hora el momento de levantarse.

-Conductas facilitadoras del sueño. Hacer algo de deporte (andar, pasear, etc) al menos tres horas antes de irse a dormir, evitar situaciones que pueden activarle, darse un baño templado antes de acostarse, escuchar música o leer. Utilizar las mismas rutinas siempre antes de irse a dormir

Si está en la cama 20 minutos sin dormir, levantarse de la cama e irse al salón.

Como tarea para casa, tuvo que cumplir las medidas del sueño y volver a rellenar de nuevo los autorregistros entregados en la sesión anterior, además de rellenar también un autorregistro del sueño.

De la 6º sesión a la 9º sesión

Al comenzar todas las sesiones se llevó a cabo la corrección de los autorregistros que ha rellenado como tarea para casa, incluido el registro del sueño.

En estas sesiones se llevó a cabo la desensibilización por medio del movimiento ocular, en las cuales, se hizo que la paciente recordara pensamientos traumáticos al mismo tiempo que con la cabeza inmóvil siguió con la vista los movimientos laterales en vaivén repetidos en diferentes secuencias de 10 a 25 veces del dedo

del terapeuta, que estaba situado a 30 cm de su cara. Estas sesiones duraron 90 minutos, a excepción de las anteriores.

Como tarea para casa la paciente siguió rellenando los mismos autorregistros que en las sesiones anteriores.

10º sesión a 16º

Al principio de todas estas sesiones se llevo a cabo la corrección de los autorregistros.

Posteriormente, se lleva a cabo una exposición prolongada en imágenes a los recuerdos traumáticos. Se hizo de forma gradual, en contexto protegido a los estímulos cognitivos temidos (aspecto físico de ex marido, su voz, la habitación donde sucedieron los echos, el miedo a morir, etc), dicha exposición se gravó en video, y sólo terminó cuando se redujo el grado de malestar significativamente. El paciente recibió las siguientes instrucciones del terapeuta:

Vas a cerrar los ojos, y a continuación vas a decir los pensamientos traumáticos en voz alta. Intenta recordar ese suceso tan doloroso para ti, de la forma más vívida posible, como si estuviera pasando en estos momentos, recuerda todas las imágenes, los sonidos, la temperatura y hasta los olores que estaban presentes en ese momento. Cuéntamelo en primera persona y presente, como si todo estuviera ocurriendo en este momento. No te preocupes si tienes ganas de gritar o de llorar, si es así llora o grita si hace falta. Mantén la atención en este recuerdo, hasta que el malestar disminuya. Esto te puede llevar un buen rato (45 o 60 minutos). Cuéntame lo que piensas y lo que sientes. Si te sientes incómoda porque te sientes irritada, avergonzada e incluso culpable y quieres apartar estas imágenes de tu mente, no te preocupes y recuerda que yo estoy contigo y te ayudaré a mantener la atención y a pasar por esta experiencia. En ningún caso vas a perder el control, ni a volverte loca, y mucho menos a sufrir ningún peligro. Vamos a grabar en cinta tu narración para que puedas escucharla en casa como tarea.

Antes de acabar con este ejercicio en casa, vas a imaginarte durante algunos minutos algunas escenas relajantes para ti, como puede ser el recuerdo de algún ser querido o alguna experiencia bonita que hayas vivido, visiones como el sonido de los pájaros y el sonido de las olas, alguna vivencia entrañable de tu infancia, o bien puedes dedicarte a hacer alguna actividad placentera para ti, como escuchar

alguna canción, salir a dar un paseo, pasar tiempo haciendo alguna actividad con tus hijos, etc.

La tarea en casa consistió en escuchar diariamente la cinta del ejercicio de exposición hecho en la sesión con el terapeuta y concentrarse en ella hasta que disminuya el malestar. Y aparte de este ejercicio, el paciente tuvo que leer dos veces al día los recortes de periódico referentes a la noticia del ataque sufrido por su ex marido. Además de rellenar los autorregistros que rellenaba en las anteriores sesiones.

Puesto que los recuerdos traumáticos emergían en forma de pesadillas repetitivas durante el sueño, como tarea la paciente debió escribir el sueño más frecuente (vino a mi casa y me apuñaló, quería matarme y casi lo consigue...), y ponerle un final más positivo (me apuñaló, pero estoy viva, eso ya paso hace “seis” meses y ahora estoy rehaciendo mi vida sin él para ser feliz), y leerlo unas cuantas veces antes de irse a dormir (para ejercer cierto control sobre los sueños).

Para completar la tarea (exposición cognitiva), el paciente tuvo que enfrentarse gradualmente a las situaciones externas evitadas (exposición en vivo), como ir a su casa, entra en su habitación que es donde sucedieron los hechos, así como relacionarse con otras personas de su entorno, como compañeros de trabajo, amigas, familiares, vecinos, etc). (confianza en si mismo y ampliar la perspectiva actual)

Junto con las técnicas de exposición, se abordó una reestructuración cognitiva de las distorsiones cognitivas presentes. En concreto se abordaron las que se referían al sentimiento de culpa presente por que sus hijos estén pasando por esto, que hayan presenciado los hechos, que se han quedado sin padre porque éste está en la cárcel, la paciente con ayuda del terapeuta se percata de que éstos hechos no dependían de ella, ya que hay ciertas cosas que pasan y no podemos controlar puesto que no están en nuestras manos, y de que sus hijos siguen teniendo padre, aunque éste esté actualmente en prisión por los hechos ocurridos. La paciente como forma de reparar este sufrimiento es aconsejada por el terapeuta para que acuda a” la asociación de mujeres maltradas de Elche”, ya que allí puede hablar con otras mujeres que han pasado por casos similares y que se sienten igual que ellas, e incluso participar en alguna actividad en grupo con ellas.

Sesión 17 a 19

Al comienzo de la sesión se corrigieron los autorregistros. Posteriormente, como la paciente ya era capaz afrontar el proceso traumático que le ocurrió y resituarlo en su biografía, se pasó a abordar el problema de la regulación de emociones.

En este caso la paciente tenía embotamiento afectivo, el cual se abordó con unas tareas orientadas al mundo exterior como ; salir a la calle regularmente, saludar a personas conocidas, hablar de sí mismo, acudir a fiestas colectivas como cumpleaños, cenas familiares, quedadas con los amigos, acudir a lugares públicos y volver al trabajo cuando su estado de salud se lo permitiera.

Se le enseñó a la paciente técnicas de control de la respiración para hacer frente a cualquier reacción de sobresalto que pudiera tener, o síntomas de ansiedad que habían estado presentes durante este tiempo. La práctica de estos pasos tuvo que realizarla tres veces al día con las siguientes instrucciones:

Técnicas de respiraciones lentas y profundas

Cuando se perciban los primeros signos de hiperventilación involuntaria:

-Interrumpir lo que se está haciendo, si se puede sentarse o concentrarse en los siguientes pasos.

-Retener la respiración y contar hasta diez.

-Al llegar a diez, espirar y decirse a sí mismo de una forma suave la palabra “tranquila”.

-Inspirar y espirar en ciclos de seis segundos, diciéndose a sí misma la palabra “tranquila”, mientras espira. Habrá diez ciclos de respiración por minuto.

-Al final de cada minuto, retener de nuevo la respiración durante diez segundos. A continuación, reanudar ciclos de respiración de seis segundos.

-Continuar respirando de este modo hasta que hayan desaparecido todos los síntomas de la hiperventilación involuntaria.

En las últimas sesiones, se le ayudó a implicarse en actividades agradables para mejorar su estado de ánimo, como ir al gimnasio, apuntarse a tocar un instrumento, etc. Se le enseñó la importancia de gratificarse ella misma por los logros obtenidos, por pequeños que sean. Se evalúa la eficacia del tratamiento

Sesion 20 a 22

Se establecieron dos sesiones más para la prevención de recaídas, una a los 6 meses y otra a los 12.

En estas sesiones se repasó lo aprendido hasta ahora, se hizo una valoración de los riesgos y se manejo de situaciones de riesgo.



Anexo B

Registro de reexperimentación

Día/hora	Situación	Síntoma de reexperimentación (pensamiento, recuerdo, imagen)	Nivel de malestar (0-10)	Observaciones ¿qué pasa? ¿qué hago?



Anexo C

Registro de actividades y estado de ánimo

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora							
Estado de ánimo al final del día							



Anexo D

Autorregistro sueño

Fecha	Hora de acostarse	Tiempo estimado entre acostarse y dormirse	Número de veces que te despiertas	Hora de acostarse	Hora de levantarse	Grado de descanso de 1-10

