



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR**  
**SEDE CENTRAL**  
**Sucre- Bolivia**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN**  
**“PSICOLOGÍA CLÍNICA- III Versión”**

**TRATAMIENTO COGNITIVO COMPORTAMENTAL DEL**  
**TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN UNA**  
**VÍCTIMA DE AVASALLAMIENTO DE TIERRAS**

**Tesis presentada para obtener**  
**el Grado Académico de Magister**  
**en “Psicología Clínica”**

**MAESTRANTE: FRANNIE CECILIA MARIN URIONA**

**Sucre- Bolivia**  
**2015**



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR**  
**SEDE CENTRAL**  
**Sucre- Bolivia**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN**  
**“PSICOLOGÍA CLÍNICA- III Versión”**

**TRATAMIENTO COGNITIVO COMPORTAMENTAL DEL**  
**TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN UNA**  
**VÍCTIMA DE AVASALLAMIENTO DE TIERRAS**

**Tesis presentada para obtener el**  
**Grado Académico de Magister en**  
**“Psicología Clínica”**

**MAESTRANTE: FRANNIE CECILIA MARIN URIONA**  
**TUTORA: DRA. ANA LÓPEZ DURÁN**

**Sucre- Bolivia**  
**2015**

**DEDICATORIA**

Para Leonardo,  
mi compañero de aventuras.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios y a la Virgen de Lourdes.

A mis padres y hermanos, por el apoyo constante.

A mis amigas Lichi y Gaby por aguantar mis obsesiones.

Al Dr. Roberto Flores y a la Dra. Ana López por su paciencia

y a todos mis docentes de la Maestría, por sus buenas

lecciones de psicología y de vida.

## RESUMEN

El presente trabajo es un estudio basado en un diseño de caso único de línea base múltiple y evaluación repetida, donde se aplicó el Tratamiento Cognitivo Comportamental (TCC) al Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) a una víctima de avasallamiento de tierras. Se aplicaron instrumentos para realizar el diagnóstico correspondiente y posteriormente se diseñó el tratamiento en función a las características del paciente tomando en cuenta la idiosincrasia y su nivel cultural.

Los resultados obtenidos reflejaron que en el presente caso, el TCC es eficaz para tratar el Trastorno de Estrés Postraumático. Para realizar la comparación entre el pre y postratamiento, se estudió a través de los instrumentos aplicados que la sintomatología bajó considerablemente. Del mismo modo los resultados del seguimiento a los 3 meses de concluido el tratamiento reflejaron la disminución de sintomatología comparado con la línea base y el postratamiento.

Para futuras investigaciones es necesario que se realice el seguimiento a los 6 meses y 1 año para poder establecer que efectivamente los síntomas remitieron, esto en razón al sistema procesal y a la falta de seguridad que tienen las víctimas cuando siguen un proceso penal, que provoca recaídas.

**Palabras clave:** Trastorno de estrés postraumático, tratamiento cognitivo, comportamental, víctima, avasallamiento de tierras.

## **Abstract**

The present work is a study based on a single case design of multiple baseline and repeated evaluation, where the Cognitive Behavioral Treatment (CBT) was applied to posttraumatic stress disorder (PTSD), a victim of enslavement of land. Instruments were applied for the appropriate diagnosis and subsequent treatment is designed according to the characteristics of the patient taking into account the idiosyncrasies and cultural level.

The results obtained showed that in the present case, the CBT is effective in treating PTSD. To make the comparison between pre- and post-treatment, was studied through the instruments used to the symptoms dropped significantly. Similarly the monitoring results at 3 months of completion of treatment reflected the decrease in symptoms compared with baseline and post-treatment.

For future research is necessary to follow at 6 months and 1 year to establish that indeed the symptoms subsided, this because the justice system and lack of security are still victims when a criminal trial, causing relapses do.

**Keywords:** PTSD, cognitive therapy, behavioral, victim, subjugation of land.

# ÍNDICE

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen

### PARTE TEÓRICA

INTRODUCCIÓN .....	1
Planteamiento del Problema .....	30
Justificación .....	32
Objetivos.....	33
Objetivo General .....	33
Objetivos Específicos .....	33

### PARTE EMPÍRICA

PRESENTACIÓN DEL CASO.....	34
Identificación del paciente.....	34
Instrumentos de evaluación.....	35
Procedimiento.....	38
Análisis de datos.....	40

RESULTADOS .....	40
------------------	----

DISCUSIÓN .....	84
-----------------	----

CONCLUSIONES .....	87
--------------------	----

LIMITACIONES Y DIRECTRICES FUTURAS.....	88
---	----

BIBLIOGRAFÍA .....	89
--------------------	----

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tipos y Naturaleza de la violencia.....	3
Figura 2. Condicionamiento clásico del TEPT.....	16
Figura 3. Condicionamiento Operante de síntomas de evitación y mantenimiento.....	17
Figura 4. Modelo explicativo.....	55
Figura 5. Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (P. Global).....	81
Figura 6. Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI).....	81
Figura 7. Inventario de Depresión de Beck (BDI).....	82
Figura 8. Escala de Hamilton para la depresión (HDRS).....	82
Figura 9. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR).....	83
Figura 10. Escala de Inadaptación (EI).....	83

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Consecuencias de la violencia.....	5
Tabla 2. Variables dependientes y procedimiento de evaluación.....	37
Tabla 3. Resultados del pretratamiento.....	46
Tabla 4. Análisis funcional del caso.....	54
Tabla 5. Actividades del paciente.....	59
Tabla 6. Resultados pre y postratamiento.....	79
Tabla 7. Resultados de diversas evaluaciones.....	80

## ÍNDICE DE ANEXOS

- Anexo 1. Consentimiento Informado
- Anexo 2. Entrevista semiestructurada
- Anexo 3. Entrevista en base a los criterios del DSM V
- Anexo 4. Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT
- Anexo 5. Escala de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI)
- Anexo 6. Inventario de Depresión de Beck (BDI)
- Anexo 7. Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS)
- Anexo 8. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)
- Anexo 9. Escala de Inadaptación (EI)
- Anexo 10. Autorregistro de medidas de higiene del sueño
- Anexo 11. Recordatorio para el paciente de Técnicas de relajación
- Anexo 12. Autorregistro de actividades y/o situaciones que inician hiperventilación
- Anexo 13. Transcripción de la grabación para exposición en imaginario
- Anexo 14. Autorregistro de pensamientos rumiativos
- Anexo 15: Reglas de oro del Autoestima

# PARTE TEÓRICA

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), el 3 de Octubre del año 2002 publicó el Informe sobre la salud y la violencia. Dicho documento señalaba que la violencia en cualquiera de sus manifestaciones es prevenible y evitable siendo la región de las Américas una de las más afectadas por la violencia, ya que ejerce un impacto negativo de gran magnitud (OMS, 2002).

La violencia constituye un importante tema de estudio, es considerado un problema social grave, ya que su impacto abarca diversas áreas de la vida, en especial sobre la salud (Soto, 2003).

La violencia es la expresión de conflictos a nivel familiar, interpersonal, social o político que no han podido resolverse de manera pacífica. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) se concentra sobre todo en la violencia social que puede producirse en la familia, la sociedad, la calle, la escuela, el trabajo o las instituciones públicas o privadas (Concha Eastmant y Krug, 2002), debiendo los gobiernos de cada estado garantizar a todos los habitantes el respeto a su integridad física y la ausencia de violencia psicológica o sexual, el derecho a disfrutar de los bienes públicos, a no ser intimidados, a no temer que sus bienes y la propiedad privada no sea arrebatada, sin embargo de una u otra manera las personas que son víctimas directas e indirectas se ven afectadas por cualquiera de sus manifestaciones (OMS, 2002).

Los efectos de la violencia son colectivos, sociales y culturales (Concha Eastmant y Krug, 2002), ya que reduce la interacción social, también altera el comportamiento de la población porque provoca angustia, desesperación, indefensión, inseguridad y desamparo; y puede afectar a los valores que unifican a los grupos sociales (OPS, 2002).

Por tanto, al ser la violencia un fenómeno interpersonal y social que afecta al bienestar y salud de los individuos, se ha convertido en un problema de primer orden por las graves consecuencias que entraña en las personas y que afecta a las relaciones humanas sobre todo dentro del desarrollo político- económico y social de los grupos humanos (Pueyó y Redondo, 2007).

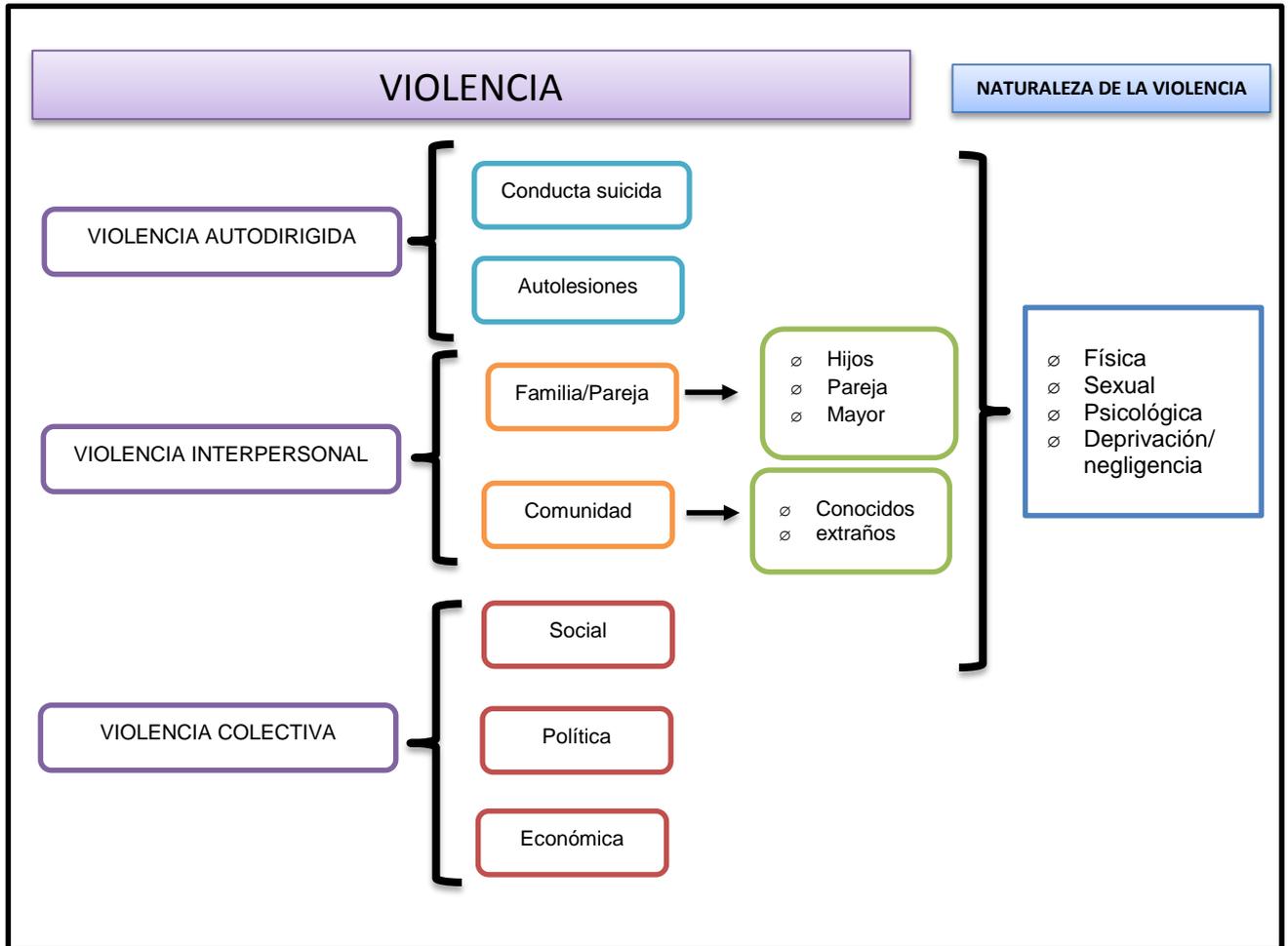
La violencia tiene derivaciones decisivas en la calidad y condiciones de vida de las personas, porque atenta a la propia integridad personal y la mantención de la misma provoca un deterioro (Valdebenito, 2009). Tiene importantes consecuencias para las personas que la sufren, no sólo a nivel físico sino también mental así como a la seguridad de las personas y se constituye en un atentado contra los derechos humanos (Sanmartín, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) define a la Violencia como *"el uso intencional o deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones"*.

De esta definición, puede establecerse que la violencia requiere por parte de la persona que la ejerce, la necesidad de utilizar diferentes recursos dirigidos a lograr un objetivo (Pueyó et al., 2007), el individuo actúa en un contexto o situación que facilita su aparición.

La OMS (2002) señala como una manera de clasificar la utilización del doble criterio es decir la relación entre la víctima y el agresor y la naturaleza violenta, así establecen como más de 30 tipos específicos de violencia tal como se puede apreciar en la Figura 1:

Figura 1. Tipos y Naturaleza de la Violencia



Fuente: Modificado de Pueyó y Redondo (2007).

En ambientes de violencia, las personas deben enfrentar riesgos para su salud e incluso para su vida, lo que limita considerablemente su autoestima, su capacidad de decidir libremente sobre sus acciones y su desarrollo general en diversas áreas (OPS, 1998).

En todo acto de violencia el objetivo es ejercer o conseguir el control de la víctima (Rincón, Labrador, Arinero y Crespo, 2004), puede darse de manera activa y pasiva. La violencia es activa cuando la persona tiene la intención de dañar, en cambio será pasiva cuando se realice por inacción u omisión (Sanmartín, 2006).

De acuerdo al artículo de José Sanmartín (2006), señala que la violencia puede clasificarse según:

- a. El tipo de víctima: Hace referencia esta primera perspectiva al tipo de víctima que tiene la violencia. En este sentido encontramos: violencia de género (cualquier acción u omisión intencional que daña o puede dañar a una mujer porque se considera que no cumple de modo apropiado la función o rol que tradicionalmente se le ha impuesto), violencia contra los niños (maltrato infantil: perpetrada contra la integridad de una niña o niño) y violencia contra adultos mayores (daño que se causa a persona mayor de 64 años o la omisión (negligencia) en la atención que es necesaria para su bienestar).
- b. El contexto en el que ocurre: Está implícito dos modalidades: la institucional que puede ocurrir en residencias, centros y otros; y la doméstica es decir en el hogar de la víctima. Entre ellas tenemos: violencia doméstica (los sujetos que ejercen violencia sea de manera activa o pasiva son los individuos que viven en una casa), violencia en la escuela (Cruzada entre profesores y alumnos y viceversa; y entre los alumnos, identificándose con la palabra acoso escolar o bullying), violencia en el lugar de trabajo (dos modalidades, la primera referida al acoso sexual y la segunda al acoso moral llamado también mobbing), violencia en los conflictos armados (conflictos armados mayores, intermedios y menores dependiendo el número de víctimas que causan), violencia en la cultura (se destaca la mutilación genital femenina) y la violencia en las calles (perpetrada por grupos de personas organizadas como una empresa, entre ellas se encuentran las mafias dedicándose a actividades ilícitas como el tráfico de drogas, armas y últimamente al tráfico de personas y las otras organizaciones que carecen de estructura empresarial, como las bandas juveniles).
- c. El tipo de agresor: Tomando en cuenta desde quién la perpetra, entre ellas se tiene: violencia juvenil (realizada por menores de 21 años, que consiste en las acciones u omisiones para quebrantar la ley y que ponen en contacto con los sistemas de justicia), violencia terrorista (amedrentar

por medio de la destrucción y la muerte al mayor número de personas), violencia psicopática (ejercida por personas que distinguen entre el bien y el mal, pero sin embargo sienten placer haciendo el mal) y el crimen organizado (grupos de personas establecidas de manera estructurada cuyo objetivo es el enriquecimiento ilegal de sus miembros).

- d. El daño causado: Se pueden distinguir la violencia física (cualquier acción u omisión que puede causar una lesión o daño físico), violencia emocional o psicológica (omisión u acción que puede causar daño psicológico, mediante el uso del lenguaje verbal como gestual como insultos), violencia sexual (comportamiento que la persona utiliza para obtener estimulación o gratificación sexual) y la violencia económica (utilización ilegal o no autorizada de los recursos económicos o las propiedades de una persona).

La violencia ha sido considerada un problema social de gran dimensión, tanto por su alta frecuencia como por la gravedad de los hechos y las consecuencias tan negativas que entraña (Labrador, 2006). De acuerdo a la OMS (2002), señala que las principales consecuencias que producen las diferentes formas de violencia pueden ser las señaladas en la tabla 1:

Tabla 1. Consecuencias de la violencia

<b>CONSECUENCIAS</b>			
<b>Físicas</b>	<b>Psicológicas y Conductuales</b>	<b>Sexuales y reproductivas</b>	<b>Fatales</b>
Ψ Daño abdominal/torácico	Ψ Abuso de alcohol y drogas	Ψ Trastornos ginecológicos	Ψ Mortalidad relacionada con el SIDA
Ψ Hematomas y contusiones	Ψ Depresión y ansiedad	Ψ Infertilidad	Ψ Mortalidad maternal
Ψ Síndromes de dolor crónico	Ψ Trastornos alimentarios y del sueño	Ψ Inflamación de la pelvis	Ψ Homicidio
Ψ Discapacidad	Ψ Sentimientos de vergüenza y culpa	Ψ Complicaciones en el embarazo/aborto	Ψ Suicidio
Ψ Fibromialgia	Ψ Fobias y trastorno de pánico	Ψ Disfunción sexual	
Ψ Fracturas	Ψ Inactividad física	Ψ Enfermedades de transmisión sexual, incluida el SIDA	
Ψ Trastornos gastrointestinales	Ψ Baja autoestima	Ψ Aborto inseguro	
Ψ Colon irritable		Ψ Embarazo no	
Ψ Laceraciones y abrasiones			
Ψ Daño ocular			

Ψ Reducción en el funcionamiento físico	Ψ Trastorno de estrés postraumático Ψ Trastornos psicósomáticos Ψ Tabaquismo Ψ Conducta suicida y autodestructiva Ψ Conducta sexual insegura	deseado	
---	--	---------	--

Fuente: modificado OMS (2002)

La violencia también puede ser ejercida por cuestiones económicas, políticas y sociales como es el caso del avasallamiento de tierras.

De acuerdo a la Ley N° 400 Ley contra el Avasallamiento y Tráfico de Tierras de fecha 17 de diciembre de 2013 del Estado Boliviano, señala que el avasallamiento de tierras se define de la siguiente forma:

*“Se entiende por Avasallamiento, las invasiones u ocupaciones de hecho, así como la ejecución de trabajos o mejoras, con incursión violenta o pacífica, temporal o continua, de una o varias personas que no acrediten derecho de propiedad, posesión legal, derechos o autorizaciones sobre propiedades privadas individuales, colectivas, bienes de patrimonio del Estado, bienes de dominio público o tierras fiscales.”*

Si bien en la literatura internacional, no se conoce como avasallamiento, sino como acaparamiento o tenencia de tierras, este hace referencia básicamente al asentamiento ilegal de las mismas con fines lucrativos.

En el reportaje realizado por Javier Pereyra, publicado en la revista *“Reportajes: Avasalladores depredan Santa Cruz”*, publicada en fecha 24 de Noviembre de 2013, señala que el avasallamiento de tierras puede tener diferentes formas teniendo en cuenta el tipo de predio o territorio y la

pertenencia del mismo, el cual señala que las formas de avasallamiento pueden clasificarse de acuerdo a predios urbanos y semi urbanos y predios o terrenos rurales, los cuales tienen objetivos y modos de actuar diferentes.

Cuando el avasallamiento de tierras se produce de manera violenta, vivido como un suceso negativo, realizado de forma brusca que genera indefensión y pone en peligro la integridad física y psicológica de las personas que la sufren, provoca que la víctima sea incapaz de afrontarla con sus recursos psicológicos habituales (Echeburúa y Corral, 2002).

Este tipo de situaciones, que implican una amenaza severa, desencadenan reacciones biológicas y psicológicas que pueden dar lugar a distintos problemas entre los que destacan, por su gravedad el Trastorno de Estrés Postraumático que produce un alto malestar emocional y provoca un deterioro en las actividades cotidianas de la persona que la padece (Mas Hesse, 2012).

Numerosas investigaciones (Echeburúa et al. 2001, 2002, 2008; Labrador, 2006, 2007) que se han realizado entorno a los efectos de ser víctima de algún tipo de delito violento; señalan que las víctimas de agresiones sexuales, de violencia doméstica y los excombatientes de guerra, son grupos claramente afectados por este cuadro clínico y que más demanda terapéutica exigen. Dichas investigaciones señalan que el Trastorno de Estrés Postraumático aparece con mucha frecuencia y es más grave y duradero cuando los sucesos sufridos son más intensos y cuando las causas son obra del ser humano y no meramente accidentales.

El avasallamiento por medio del uso de la violencia, genera consecuencias psicológicas similares a los emergentes en casos de secuestro, a los movimientos de desplazamiento de comunidades (como por ejemplo en Colombia) y a los grupos armados que secuestran a los dirigentes de las comunidades a fin de solicitar rescate o para llegar a otro tipo de acuerdos, en

cuanto a dotación y acaparamiento de tierras (Borras, Franco, Kay y Spoor, 2011).

Al ser el avasallamiento un delito violento, que puede ser equiparado con el secuestro por grupos armados, por las características similares que presentan estos movimientos y por la forma de operar dependiendo de los objetivos buscados; sus efectos son los siguientes:

- a. causan daño psicológico,
- b. provocan sentimientos de inseguridad,
- c. ponen en peligro la integridad de la persona
- d. dejan a las víctimas en una situación emocional inestable

Que las hace incapaces de defenderse con sus recursos psicológicos propios, generando alteraciones y deterioro en su vida cotidiana por miedo a que los avasalladores irrumpen en sus vidas y cumplan sus amenazas, o tomen represalias por las acciones judiciales iniciadas (Echeburúa et al., 2008).

En diversas partes del mundo ante ataques terroristas o de grupos armados se han desarrollado una serie de protocolos de tratamiento, a fin de proveer intervención a las víctimas de manera eficaz, tal es el caso de los atentados terroristas en Estados Unidos y en Madrid, en los días posteriores al suceso traumático, se ha requerido la intervención psicológica temprana; de acuerdo a Echeburúa (2007) se realiza en un primer momento:

- a. una evaluación inicial del daño psicológico,
- b. se identifican las variables facilitadoras del trauma (factores predisponentes, precipitantes y mantenedores),
- c. grado de resistencia al estrés
- d. estrategias de afrontamiento
- e. grado de vulnerabilidad ante el suceso traumático.

La intervención en crisis es un tratamiento temprano que impide la cronificación de los síntomas, permite trabajar con los más inmediatos y establecer medidas

de higiene psicológica, como la regularización de la comida y del sueño, la recuperación de las rutinas diarias y en la expresión de los sentimientos experimentados con amigos y familiares (Benveniste, 2000).

Sin embargo ante la presencia de cronificación de los síntomas del trastorno de estrés postraumático, es necesario un tratamiento psicológico posterior sobre todo de las reacciones psicológicas perturbadoras que duran más de 4 a 6 semanas (Echeburúa, 2007).

Asimismo, Labrador (2007) señala que el tratamiento se hace necesario cuando:

1. Hay una interferencia negativa grave en el funcionamiento cotidiano (familia, trabajo o escuela).
2. Cuando la persona se siente desbordada por sus pensamientos, sentimientos o conductas.
3. Cuando la víctima se niega a hablar del trauma, o no cuenta con redes de apoyo social y se produce el aislamiento y la aparición de otra sintomatología comórbida.

### ***Trastorno de Estrés Postraumático***

El Trastorno de Estrés Postraumático constituye un eje psicopatológico sobre el cual gravita el trauma (Ayala y Ochoterena, 2004). Este trastorno fue estudiado recién en el siglo XIX (Trujillo, 2002) a partir de las experiencias bélicas, siendo incorporados en los manuales de psicopatología.

Apareció por primera vez en el DSM- I como una “gran reacción al estrés” (APA, 1952), pero el TEPT per sé, fue establecido en el DSM- III (APA, 1980) desde 1980 dentro de los apartados de los trastornos de Ansiedad. Sin embargo, se ha considerado un trastorno controvertido porque el origen se debe a la presión social de muchos movimientos sociales, para que fuera incluido debido a los daños en las personas que padecieron situaciones

traumáticas, como conflictos bélicos, violencia interpersonal, violencia de género, secuestros, torturas y otros (Mas Hesse, 2012).

A pesar de ello, se han ampliado las explicaciones teóricas y etiológicas, dando lugar a aproximaciones más descriptivas (Ayala et al., 2004) sobre el Trastorno, dejando el enfoque psicodinámico. El DSM- III- R añadió la necesidad que los síntomas estuvieran presentes al menos un mes (APA, 1987). Ya en el DSM- IV y DSM- IV- Tr se ha incluido la respuesta subjetiva del individuo al trauma, la presencia de angustia emocional y la percepción de desamparo (APA, 1994, 2000).

Los trabajos de investigación producidos en los últimos años, como lo de Freddy y Hobfoll (1995) han relacionado con el TEPT a las situaciones traumáticas con el impacto psicológico, mostrando en los estudios con veteranos de guerra que estos cumplían los criterios para el diagnóstico del TEPT.

Otras investigaciones como las de Famularo y Fenton (1994) giraron en torno a las víctimas de maltrato infantil y las agresiones sexuales mostraron la presencia del TEPT, afirmando que el hecho de ser víctima de una agresión pone en riesgo la aparición de síntomas (Garrido y Herrero, 2002).

Un aspecto importante a tomar en cuenta, es que los estudios sobre el TEPT, han girado en torno a otros fenómenos como los desastres naturales (Nicolás, Artetxe, García, Jauregui y Amayra, 1991), accidentes de tráfico que tienen un impacto psicológico en las víctimas por las consecuencias legales y sociales que conlleva; y otras situaciones como incendios, terremotos, etc.

El DSM - 5 (2013) señala que el TEPT es un desorden que se desarrolla por una serie de síntomas que se deben a la exposición de uno o más eventos traumáticos, para la cual hay una reacción emocional que varía de sujeto a sujeto, en algunos puede presentarse el miedo basado en la reexperimentación

emocional, y síntomas conductuales, en otros se presenta ánimo disfórico o anhedonia y cogniciones negativas. Por otro lado, también puede presentarse reactivación o síntomas disociativos, mientras que otros sufren la combinación de todos los síntomas anteriormente descritos.

El TEPT que había sido incluido dentro de los trastornos de Ansiedad, para la nueva versión del DSM- 5 el TEPT, es separado de los trastornos de Ansiedad, siendo incluido en un nuevo capítulo referido a los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, estando dentro de este grupo: Trastorno de apego reactivo, Trastorno de relación social desinhibida, Trastorno de Estrés Postraumático, Trastorno de Estrés Agudo, trastornos de adaptación y otros relacionados.

El TEPT es un trastorno que tiene una elevada comorbilidad con otros trastornos del Eje I como por ejemplo la depresión y los trastornos de ansiedad por lo que sólo diagnosticar TEPT en una víctima es poco frecuente (Ayala et al., 2004).

Experimentar un hecho traumático es una condición necesaria para el Trastorno de Estrés Postraumático; sin embargo a lo largo de las distintas versiones del DSM ha ido variando. En el DSM- III (APA, 1980) se consideraban acontecimientos traumáticos aquellos que provocaban malestar en el mayoría de las personas, en el DSM- III- R (1987) se consideraban a aquellas experiencias que estaban fuera de lo normal quedando excluidas: la muerte de un ser querido, la enfermedad crónica, la pérdida de empleo, problemas de pareja (Mas Hesse, 2012)

En el DSM- IV (1994) y en el DSM- IV- Tr (2000) se realizó una revisión entorno a lo que era una experiencia fuera de lo normal, estableciéndose que esta experiencia traumática se caracteriza tanto por una experiencia vivida como por las respuestas subjetivas desencadenadas, con intensidad emocional elevada, miedo intenso, indefensión entre otros.

Ya en el DSM- 5 (2013) señala que el Trastorno por Estrés Postraumático se debe a la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, que puede darse de las siguientes formas:

1. Por experiencia directa del o de los sucesos traumáticos
2. Presencia directa del o de los sucesos ocurrido/s a otros.
3. Conocimiento de que el/los suceso/s traumático/s ha/n ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En caso de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el o los sucesos deben haber sido violentos o accidentales.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del/ de los suceso/s traumático/s.

Por tanto, se podría señalar que la experiencia traumática es una condición necesaria para el diagnóstico de este trastorno y constituye el primer criterio a tomar en cuenta.

Los estresores pueden agruparse en dos: primero el referido a los desastres naturales y el segundo grupo los que proceden de la violencia ejercida de manera interpersonal (Mas Hesse, 2012). Considerándose que los ejercidos por el ser humano son los causan mayor daño a nivel psicológico, sin embargo la reacción psicológica ante la situación vivida depende, entre otras variables, de la intensidad del trauma, de las circunstancias del suceso, de la edad, del historial de las agresiones anteriores, de la estabilidad emocional, los recursos psicológicos, del autoestima, el apoyo social, familiar y las relaciones afectivas actuales (Echeburúa et al., 1990)

El DSM – IV - Tr (2000) señalaba una serie de eventos traumáticos que podrían provocar la aparición de síntomas como por ejemplo: los combates de guerra, las agresiones sexuales y físicas, robo o atraco, rapto o secuestro, ser tomado como rehén, atentados terroristas, torturas, accidentes de tránsito, desastres naturales, enfermedades que amenazan la vida y otros; especificando el DSM -

5 (2013) que todas estas experiencias pueden ser vividas o presenciadas por uno mismo, o a consecuencia del trabajo que se realiza.

El TEPT de acuerdo a lo establecido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales versión 5 (APA, 2013), presenta los siguientes síntomas:

1. De intrusión que están asociados al suceso traumático como recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios, e intrusivos del suceso, sueños angustiosos con contenido relacionado al suceso traumático, reacciones disociativas, malestar psicológico intenso y reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos.
2. De evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático que presenta dos características: evitación de recuerdos, sentimientos y pensamientos angustiosos relacionados con el suceso traumático; y evitación de lugares, personas, actividades y otras que despierten esos recuerdos, sentimientos y pensamientos.
3. De alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociados al suceso traumático que se ponen de manifiesto por las siguientes características: incapacidad de recordar aspectos importantes del suceso traumático, creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas, percepción distorsionada de la causa o de las consecuencias, estado emocional negativo, disminución importante del interés o la participación en actividades gratificantes, sentimiento de desapego e incapacidad persistente de experimentar emociones positivas.
4. De alerta y reactividad asociada al suceso traumático poniéndose de manifiesto por comportamiento irritable y arrebatos de furia, comportamiento imprudente o autodestructivo, hipervigilancia, respuesta exagerada de sobresalto, problemas de concentración y alteración del sueño.

Todo ello genera un malestar clínicamente significativo provocando un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, este daño psicológico producido por un delito violento pueden remitir con el paso del tiempo, sea con el apoyo social o con un tratamiento psicológico adecuado (Echeburúa et al., 2011); o por lo contrario persistir de forma crónica e interferir negativamente en las actividades de la vida cotidiana.

Los criterios del DSM – 5, a diferencia de los señalados en el DSM – IV - Tr, especifican de manera más clara como puede presentarse la sintomatología (criterio A), los demás criterios (B, C, E) se mantienen, pero se añade las alteraciones negativas cognitivas (criterio D) las cuales se encuentran junto al estado de ánimo asociado al suceso (APA, 2013). Debiendo especificarse la presencia de síntomas disociativos como la despersonalización y la desrealización.

En el Manual de la Organización Mundial de la salud, el CIE - 10 (OMS, 1992), los criterios diagnósticos son similares a los establecidos por la APA, sin embargo mantienen lo señalado en el DSM - III con respecto al estresor el cual debe causar malestar en casi todo el mundo, omitiéndose el deterioro funcional. Los síntomas están reunidos en tres criterios diagnósticos: el primero referido a los síntomas de reexperimentación, el segundo referido a la evitación conductual de todas aquellas situaciones que pudieran recordar al acontecimiento traumático y en tercer lugar lo referido a la amnesia y los síntomas de hiperactivación.

### ***Diagnóstico Diferencial***

El TEPT se diferencia del Trastorno adaptativo ya que el factor estresante puede ser de cualquier gravedad (ruptura de pareja, pérdida laboral, etc) y no la requerida por el estrés postraumático, como la de ser un acontecimiento altamente estresante como ser víctima de secuestro, violencia de cualquier índole y otros especificados (APA, 2013). Asimismo el Trastorno por

Adaptación no cumple los demás criterios del TEPT ni los de otro trastorno mental.

Se diferencia del *Trastorno de Estrés Agudo* porque el patrón de síntomas de este cuadro, sólo tiene una duración de 3 días hasta un mes después de la exposición al evento traumático.

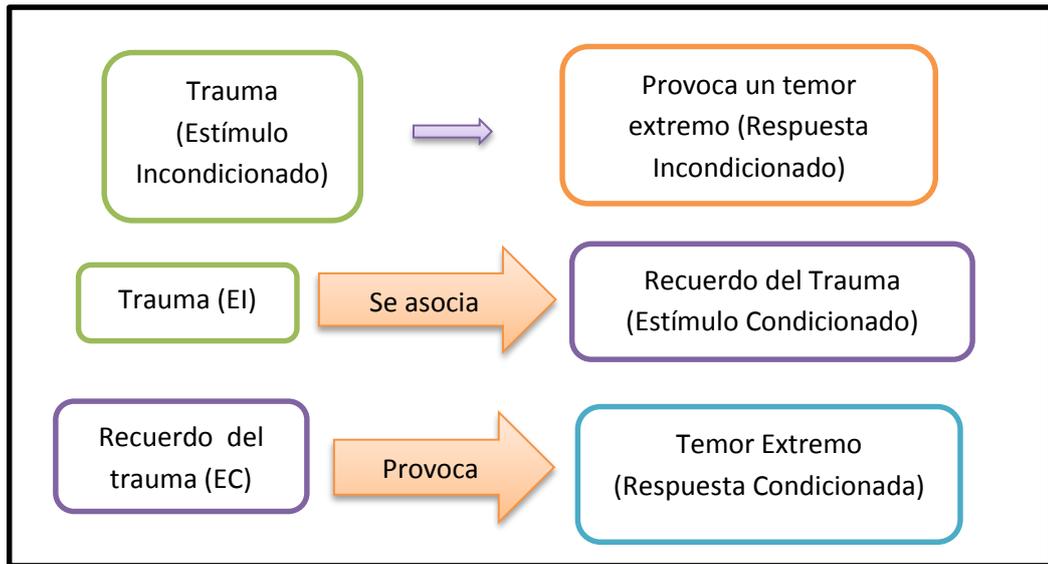
Con respecto a los *Trastornos de Ansiedad* y *Trastorno Obsesivo Compulsivo* están presentes pensamientos intrusivos recurrentes, en el caso del TOC que cumplen con la definición de obsesión; y los pensamientos intrusivos no están relacionados con una experiencia traumática y suelen existir compulsiones. Es así que la excitación y los síntomas disociativos del trastorno de pánico, ni la evitación, ni la irritabilidad y la ansiedad del Trastorno de ansiedad generalizada están asociados a un evento traumático. Y la ansiedad por separación está claramente referida a la separación del hogar o de las figuras significativas (APA, 2013).

### ***Teorías explicativas del TEPT***

En cuanto a la etiología del Estrés Postraumático, varias teorías intentan explicar el trastorno, las Teorías basadas en el aprendizaje señalan que la experiencia traumática es una situación de aprendizaje natural en la que existe un potente estímulo incondicionado y una potente respuesta incondicionada, factores ambos de primera importancia en la adquisición de una respuesta condicionada (Mas Hesse, 2012). La reexperimentación y la alta activación son el resultado de un condicionamiento clásico, la exposición llevaría a su extinción.

A continuación en la figura 2 se explica esta teoría por medio de un gráfico:

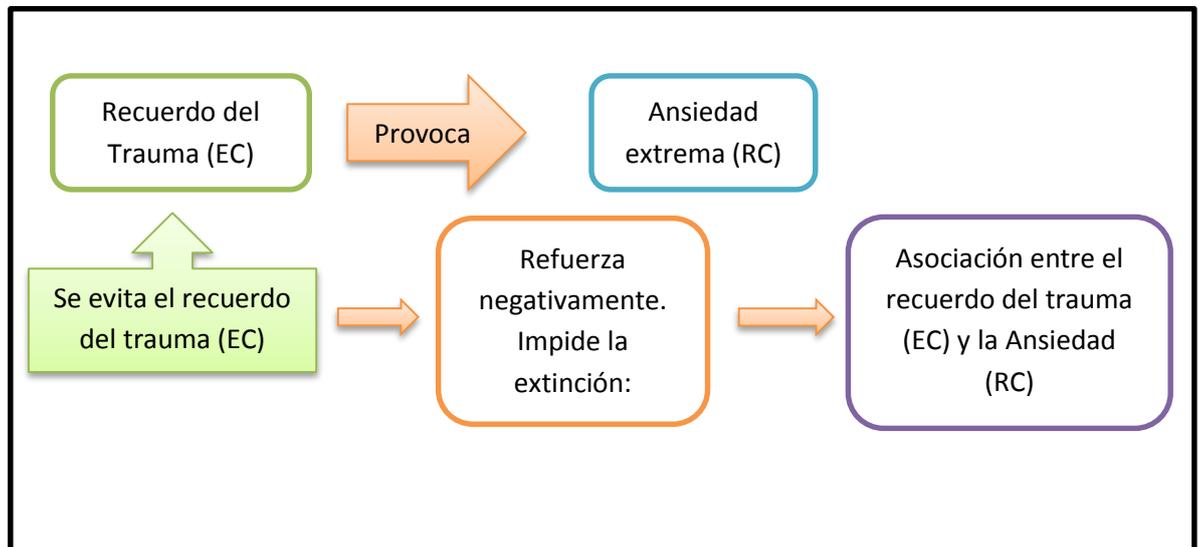
Figura 2. Condicionamiento clásico del TEPT



Estos gráficos señalan que la persona asocia el trauma con el recuerdo, por lo que cada vez que la persona recuerde el trauma sufrirá un temor extremo (RC). Por medio de la generalización del estímulo y el condicionamiento de segundo orden, no sólo el recuerdo del trauma sino todas las señales asociadas con el recuerdo e incluso las neutrales que hagan recuerdo al trauma, se convertirían en estímulos condicionados que provocarían respuestas condicionadas, es decir temor, terror, indefensión y otros (RC) (Caballo, 2002).

De acuerdo a la teoría del condicionamiento clásico, si no se presenta el Estímulo Incondicionado (EI) con el tiempo llegaría a extinguirse, por lo que se explicaría por medio del condicionamiento operante para explicar el desarrollo de los síntomas de evitación y del mantenimiento de los síntomas a lo largo del tiempo aunque el EI es decir, el acontecimiento traumático no vuelva a ocurrir (Caballo, 2002). En la figura 3 se realiza la explicación de este planteamiento:

Figura 3. Condicionamiento operante de síntomas de evitación y mantenimiento



Por lo que al tratar de evitar el recuerdo del trauma, la persona refuerza negativamente lo que impide que aprenda de esas situaciones por tanto los síntomas del TEPT se pueden volver crónicos (Caballo, 2002).

Sin embargo, esta teoría no explica la aparición de pesadillas o el papel de la evaluación de la situación entre otras (Mas Hesse, 2012).

La Teoría de la Indefensión Aprendida y de la evaluación cognitiva explica por qué algunas víctimas se muestran paralizadas, pasivas y culpables tras un suceso traumático. Los modelos de condicionamiento tanto clásico como operante explican lo relativo a la ansiedad y los miedos de las víctimas pero no explican otros síntomas presentes en el trastorno de Estrés Postraumático, como los síntomas depresivos que se desarrollan cuando el individuo percibe a las situaciones aversivas como incontrolables (Echeburúa, 2009).

El Modelo de Indefensión junto a la experiencia de victimización, según Peterson y Seligman (1983) citados por Caballo (2002) tiene las siguientes características:

1. Ambos se desarrollan por acontecimientos aversivos e incontrolables.

2. Permiten el desarrollo de creencias de incontrolabilidad del futuro y del déficit conductual frente a otras situaciones diferentes.
3. Se tiene la creencia acerca de la ineffectividad de las respuestas futuras.

La mayor o menor intensidad de la indefensión experimentada por la víctima dependerá por las atribuciones que realicen, es decir que si la persona se atribuye toda la responsabilidad de lo ocurrido, el cuadro clínico se agravará. Por ello, las atribuciones internas, estables y globales hacen que la persona se sienta peor que las que realizan atribuciones externas (Echeburúa, 2009).

La evaluación cognitiva juega un papel importante, porque mediante el proceso de evaluación que el sujeto realiza, otorga un significado a la experiencia. Los esquemas cognitivos pueden llevar a una víctima percibir el mundo, el entorno y también sobre sí misma y el futuro como algo negativo y hace que se desarrolle pensamientos irracionales respecto a lo ocurrido. Por tanto la depresión después del acontecimiento traumático puede deberse a la poca implicación de la víctima en actividades reforzantes, y la baja autoestima puede deberse a la evaluación cognitiva distorsionada o a las atribuciones de culpabilidad (Echeburúa, 2009).

Por otro lado la Teoría del procesamiento emocional refiere que los individuos que han sufrido estímulos estresantes de carácter traumático desarrollan estructuras de temor que contienen recuerdos relativos a la experiencia traumática así como también emociones asociadas y planes de escape (Caballo, 2002).

La gravedad de un acontecimiento vivido destruye los principios básicos de seguridad y conduce a un tipo de representación en la memoria, la estructura de miedo, concebida como un programa para realizar respuestas de escape o evitación. El procesamiento emocional ocurre cuando la estructura del miedo se activa y se habitúa en el contexto de la información nueva y más precisa. (Foa, y Kozak, 1986)

Por su parte la Teoría del Procesamiento de Información señala que el Trastorno de Estrés Postraumático se caracteriza también por emociones fuertes como la vergüenza, ira o tristeza y no se limita solamente al temor, estas emociones surgen del trauma, pero también de las interpretaciones que hacen los individuos sobre la experiencia traumática y las acciones que realizaron (Caballo , 2002).

Esta teoría hace referencia cómo se codifica, organiza, almacena y recupera la información en la memoria; las personas desarrollan esquemas cognitivos por tanto la información se interpreta mediante estos. Cuando una nueva información es congruente con las creencias que se tiene sobre sí mismo o el mundo se asimila más rápidamente, en cambio cuando discrepa los individuos tienen que incorporar a sus esquemas por tanto debe modificarse o adaptarse a esta nueva información (Caballo, 2002). Sin embargo, no siempre los individuos logran este proceso, por el efecto que tiene el trauma y por tanto modificar las creencias hace que las personas se sientan más vulnerables ante acontecimientos futuros.

Un importante componente en la evaluación es establecer una relación terapéutica para que las víctimas puedan contar todo lo ocurrido; y se sienta segura y confiada con el tratamiento al que va a someterse (Mas Hesse, 2012).

Es importante asimismo, como requisito fundamental que la víctima tenga voluntariedad para participar del tratamiento, ya que en los sucesos traumáticos la víctima no busca tratamiento sino es el terapeuta que debe acercarse a la víctima para ofrecer el mismo (Corral, 2004).

## ***Evaluación***

En la evaluación es necesario recoger información relativa a la sintomatología del Estrés Postraumático y la detección de la sintomatología comórbida. Entre los instrumentos que se pueden utilizar para la evaluación son:

### *Entrevista clínica*

Entre los modelos de entrevistas estructuradas se encuentran:

- a) Escala para el TEPT administrada por el clínico (CAPS, Blake et al., 1990, 1995). Esta escala consta de 30 ítems los cuales evalúan los criterios establecidos en el DSM- IV, también evalúa la culpa y la disociación. Esta escala contempla la frecuencia y la intensidad para cada uno de los criterios.
- b) Entrevista estructurada para el TEPT (SIP, Davidson, Malick y Travers, 1997). Esta entrevista consta de 17 ítems para los síntomas del TEPT de acuerdo al DSM- IV y dos ítems referidos a la culpabilidad.

Cuando se realiza el diagnóstico del TEPT se parte de la experiencia de carácter traumático que la persona ha padecido, pero hay que tomar en cuenta que muchas víctimas no desarrollan los síntomas incluso hasta 6 meses después (APA, 2013).

Los síntomas deben indagarse de acuerdo a los parámetros establecidos por los Manuales Diagnósticos y Estadísticos como el DSM- V y el CIE-10 en relación al acontecimiento que llega a consulta (Mas Hesse, 2012), en caso de ser múltiple es importa escoger el que cause mayor malestar y con el mayor número de síntomas y la evaluación debe estar relacionada con el hecho (Foa et al., 2007).

La entrevista clínica deberá enfocarse en lo siguiente:

- Patrones conductuales de escape o evitación.

- Repercusiones en su vida cotidiana, como consecuencia del hecho traumático.
- Conductas reductoras de tensión (atracones, conducta sexual inapropiada, auto lesiones y otras)
- Evaluación de las creencias negativas, ya que estas permitirán ser objeto de tratamiento.
- Presencia de ideas sobrevaloradas
- Sentimientos de culpa, pérdida de confianza, baja autoestima.
- Evaluación de las emociones secundarias (vergüenza, ira, culpa, indefensión y desesperanza)
- Evaluación de la historia traumática del paciente
- Habilidades del paciente en relación a la regulación emocional, recursos y fortalezas, conductas realizadas, conductas deseadas y lo adquirido de manera positiva.
- Situación actual, en cuanto al funcionamiento familiar, relaciones significativas, acciones legales, actividad global, inadaptación y otros.

### *Cuestionarios*

Entre los instrumentos usados tenemos:

- a. Escala de Gravedad de los Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa et al., 1997). Esta escala de evaluación consta de 17 ítems que evalúan los criterios referidos a los síntomas de reexperimentación, evitación y nivel de activación. Se complementa así mismo con una escala de manifestaciones somáticas de ansiedad la cual consta de 13 ítems, evaluando frecuencia e intensidad.
- b. Índice Global de Duke de mejoría del trastorno de estrés postraumático (Davidson et al., 1998). Es una escala heteroaplicada que valora la sensibilidad del paciente al cambio, tiene 4 ítems para valorar el efecto del tratamiento y explora los síntomas del TEPT más una evaluación global.

- c. Escala Diagnóstico Postraumático (Foa, Calsman, Jaycox y Perry, 1997). Esta escala consta de 49 ítems que evalúan los criterios del DSM - IV, así mismo evalúa la respuesta subjetiva durante el evento y la severidad.
- d. Cuestionario para Experiencias Traumáticas (Davidson y Smith, 1990). Este instrumento consta de tres partes: la primera referida a una lista de experiencias traumáticas, una segunda que hace referencia a acontecimientos traumáticos que más le preocupan al paciente en el momento actual y tercero, una lista de síntomas y si ha recibido asistencia.
- e. Escala Global de Evaluación de Estrés Postraumático (Crespo y Gómez, 2003). Esta escala se basa en los criterios del DSM – IV - Tr, consta de 62 ítems que hacen referencia al acontecimiento, a los síntomas, y al funcionamiento.
- f. Inventario de Cogniciones Postraumáticos (Foa et al., 1999). Consta esta escala de 36 ítems referidas a las cogniciones negativas sobre uno mismo, sobre el mundo y auto inculpaciones.

### *Autorregistros*

Dentro de la evaluación del TEPT, es importante el uso de los autorregistros ya que a partir de ellos las personas pueden registrar los síntomas en relación con los desencadenantes y consecuentes.

Sin embargo, muchas de las veces las personas no realizan los registros de manera adecuada por la imposibilidad de identificar patrones específicos de conducta manifiesta (Mas Hesse, 2012).

Asimismo tiene un alto valor terapéutico porque se identifican emociones, pensamientos teniendo una idea clara del concepto que tiene el paciente de sí mismo, acerca de las actividades que realiza (Linehan, 1993).

Entre los tratamientos que se consideran eficaces se encuentran los pertenecientes a la terapia cognitivo conductual como la terapia de exposición,

terapia cognitiva, el entrenamiento en inoculación de estrés, terapia de procesamiento cognitivo; y otro tipo de tratamiento como la terapia de movimientos oculares rápidos, desensibilización y reprocesamiento (EMDR).

### ***Terapias eficaces***

#### *Terapia de Exposición*

Se basa en la teoría del aprendizaje y en la del procesamiento emocional, esta terapia tiene como elemento básico en el tratamiento la exposición prolongada y repetida de todo aquello relacionado con el acontecimiento traumático (Mas Hesse, 2012).

La terapia de exposición puede realizarse en vivo (desencadenantes de la respuesta de malestar pero ahora seguros, desencadenantes evitados: ropa, olores, sonidos, etc); en imaginación (usando recuerdos del acontecimiento, ya sea escrita, relatada, escuchada en una grabación) o a través de la realidad virtual (Caballo, 2002).

Keane, Fairbank, Caddell y Zimering (1989) realizaron uno de los primeros estudios rigurosos para evaluar la eficacia de la terapia de exposición en el tratamiento del Estrés Postraumático, dicho estudio utilizó como muestra a 24 ex combatientes de Vietnam con diagnóstico de TEPT de acuerdo al DSM-III. En este estudio se asignó a 11 soldados al tratamiento y a 13 a un grupo control en lista de espera. El tratamiento tenía una duración de entre 14 a 16 sesiones, con un tiempo de 45 a 90 minutos. Este tratamiento incluía exposición en imaginación y entrenamiento en relajación. La eficacia de la intervención se basó en las puntuaciones del postratamiento y en el seguimiento después de 6 meses. Los resultados fueron que los participantes asignados a la terapia de exposición mostraron una mejoría significativa en comparación con los del grupo control en lista de espera

En el caso de las investigaciones en torno a la agresión sexual el grupo de investigación liderado por Foa (1991, 1999) realizó dos estudios, en uno de ellos compararon cuatro condiciones experimentales:

1. Exposición prolongada
2. Entrenamiento en inoculación de estrés
3. Terapia en solución de problemas diarios.
4. Grupo control en lista de espera.

En este primer estudio participaron 45 víctimas de agresión sexual diagnosticadas con TEPT, y fueron asignadas de manera aleatoria a una de las cuatro condiciones de tratamiento. La intervención se aplicó de manera individual, de 9 sesiones de hora y media de duración, con una frecuencia de una o dos sesiones semanales con un total de 4 a 5 semanas.

En cuanto a los resultados del postratamiento las participantes que recibieron entrenamiento en inoculación de estrés redujeron sus síntomas en un 55%, un 40% en las asignadas a exposición y un 26% en las asignadas a la terapia de solución de problemas, demostrando con el entrenamiento en inoculación de estrés fue más eficaz, pero en el seguimiento a los tres meses resultó que la terapia de exposición se mostró ligeramente más eficaz que el entrenamiento en inoculación de estrés.

En cuanto a las indicaciones y contraindicaciones para la aplicación de la terapia de exposición, Foa y Street (2001) señalan que estaría indicada en los individuos que manifiestan síntomas de evitación e hiperactivación, relacionado con el trauma, la ansiedad frente a los propios síntomas y el miedo a perder el control o a volverse loco. Siendo contraindicado en los individuos con psicosis, síntomas severos de disociación, los que consumen de manera abusiva sustancias adictivas y con fuertes sentimientos de culpa (Báguena, 2001).

La exposición prolongada como plantea el equipo de Foa y sus colaboradores (1991) consta de 9 a 12 sesiones que incorpora la exposición en la imaginación y exposiciones en vivo.

Entre sus componentes se encuentran: (Caballo, 2002)

- a. Educación sobre el TEPT y explicación del mismo
- b. Normalización de las reacciones ante el trauma y desarrollo de una jerarquía de temores que puedan ser usados como reacciones ante el trauma.
- c. Exposición reiterada a los estímulos temidos.

La terapia de exposición consiste en pedir al paciente que cierre los ojos y que reviva todo lo que sucedió sin olvidar detalles, y durante la exposición en imaginación el terapeuta va preguntando al paciente en base a la Escala de Unidades Subjetivas de malestar, y que mientras relate trata de recordar todos los aspectos y todos los detalles posibles incluyendo sonidos, olores, así como también pueda describir los sentimientos, emociones y sensaciones físicas vividas (Mas Hesse, 2012).

Cada sesión puede variar entre 60 a 45 minutos dependiendo de la historia, esperándose que la ansiedad sea elevada durante las sesiones iniciales. Con la repetición de las exposiciones en un lugar seguro la ansiedad disminuye, por tanto la asociación entre el recuerdo del trauma y el temor se rompe (Caballo, 2012).

### *Terapia Cognitiva*

Aaron Beck (1979) desarrolló la terapia cognitiva la cual se basa en el supuesto que la interpretación que la persona hace de los acontecimientos, genera los estados emocionales y los pensamientos desadaptativos que conducen a las respuestas patológicas (Mas Hesse, 2012). Por tanto, la terapia cognitiva iría dirigida a identificar las cogniciones desadaptativas, las cuales se producen por

la interpretación que el sujeto hace de los acontecimientos traumáticos (Grijalba, 2007).

Las investigaciones respecto a la eficacia de la terapia cognitiva son escasas, debido a que los programas de tratamiento utilizan la terapia cognitiva como parte del mismo e incluyen la terapia de exposición. Sin embargo, estudios como el de Tarrier (1999) señalan que la terapia cognitiva presenta en los pacientes mejorías significativas, tanto en el postratamiento como en el seguimiento a los 6 meses, no habiendo diferencias significativas con la terapia de exposición.

En el caso de estudios con víctimas de agresión sexual como las investigaciones de Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua (1997); los referidos a las víctimas de cualquier tipo de agresión como el de Resick y Schnicke (1992), o como en el caso de los accidentes de tráfico (Fecteau y Nickie, 1999) señalan que al combinar la terapia cognitiva con la de exposición permite lograr resultados más eficaces, pero no se puede establecer si la terapia cognitiva tiene alguna diferencia significativa respecto a la terapia de exposición u otras.

La terapia de procesamiento cognitivo de Resick y Schnicke (1993) consta de dos componentes: terapia cognitiva y los elementos de exposición, primero se trabaja con los significados del trauma como seguridad, control, autoestima, intentos de cambiar la historia y todo lo que tiene que ver con las actividades del paciente, y luego se trabaja con la exposición dirigida esencialmente al afecto y al conflicto (Mas Hesse, 2012).

### *Entrenamiento en Inoculación de Estrés*

Este tratamiento fue diseñado por Meichenbaum (1974), el cual consiste en un programa que está diseñado para el control la ansiedad, pero posteriormente se adaptó para ser empleado con víctimas de violación; mediante el

entrenamiento de habilidades que ayudan a reducir la evitación y los pensamientos automáticos.

Este tipo de entrenamiento está compuesto de:

- a. Psicoeducación: donde se presenta el tratamiento, y se da información sobre las respuestas de temor, basándose en la teoría del aprendizaje y educación sobre cómo se activa el sistema nervioso simpático. Y también parte de esta fase se le enseña al paciente relajación muscular progresiva.
- b. En esta segunda fase se le enseña al paciente habilidades de afrontamiento para controlar las respuestas de temor. Se emplea la detención del pensamiento para controlar los pensamientos invasivos que favorecen a la aparición de los síntomas de ansiedad. En esta fase también se trabaja con la reestructuración cognitiva y el diálogo con uno mismo. Para identificar los pensamientos irracionales, y sustituirlos por cogniciones más positivas y adaptativas.
- c. En la tercera fase, el paciente aprende a hacer uso de las habilidades de afrontamiento a situaciones de la vida cotidiana que le provocan ansiedad. Para ello se utilizan los pasos de inoculación de estrés (Caballo, 2002) que incluyen:
  - Evaluación de la probabilidad que el suceso temido ocurra nuevamente.
  - Control de la conducta de evitación con la utilización de la detención de pensamiento
  - Control de la crítica hacia uno mismo mediante el diálogo consigo mismo y la reestructuración cognitiva.
  - Reforzamiento de sí mismo, por utilizar las habilidades de afrontamiento.

En cuanto a las investigaciones referidas a la utilización del Entrenamiento en Inoculación de Estrés, se ha realizado el mismo con mujeres víctimas de

agresión sexual, por ejemplo en el trabajo de Resick, Jordan, Girelli, Hutter y Marhoefer-Dvorak (1988) realizaron una comparación de la eficacia diferencial del entrenamiento en inoculación de estrés, con el entrenamiento en asertividad y la psicoterapia de apoyo, el control en lista de espera. Como resultado, los tres tratamientos mejoraron a los pacientes de manera moderada, los síntomas de depresión, el nivel de autoestima y los miedos sociales en el postratamiento. En el seguimiento se mantuvo la mejora en los miedos sociales (Grijalba, 2007).

Otras investigaciones como la de Foa (1992, 1999) se evaluaron: la eficacia del entrenamiento en inoculación de estrés cuyos resultados mostraron que a corto plazo son superiores a la terapia de exposición, pero a mediano plazo la terapia de exposición mostró mejores resultados. Asimismo concluyeron que una vez que se supera el malestar por medio de la exposición, el Entrenamiento de Inoculación de Estrés es más eficaz a largo plazo.

*Terapia de movimientos oculares rápidos, desensibilización y reprocesamiento:  
EMDR*

La terapia de Movimientos oculares rápidos, desensibilización y reprocesamiento fue desarrollada por F. Shapiro (1995), en este tipo de terapia el paciente debe focalizar, durante un corto periodo de tiempo, el recuerdo traumático, mientras recibe estimulación de tipo bilateral (Mas Hesse, 2012), siguiendo con comentarios breves acerca de pensamientos e imágenes de manera cognitiva, sensorial y emocional.

El protocolo del EMDR consta de 8 fases:

- a. Historia del paciente y planificación del tratamiento
- b. Preparación, explicación del proceso y práctica de la estimulación bilateral
- c. Evaluación
- d. Desensibilización y reprocesamiento
- e. Instalación de la cognición positiva

- f. Escaneo corporal
- g. Cierre
- h. Nueva evaluación

La EMDR ha sido controvertida debido a la carencia de fundamentos teóricos y la carencia de datos empíricos, en la investigación de Shapiro (1989) se informó que se trató con éxito a 22 ex combatientes empleando la sesión de 90 minutos de la EMDR, pero estos resultados se basaron en evaluaciones subjetivas (Caballo, 2002).

Otras investigaciones más recientes como la Taylor et al. (2003) llevaron a cabo un estudio para comparar la eficacia de la terapia de exposición y el EMDR y el entrenamiento en relajación en el tratamiento del TEPT. En esta investigación participaron 60 sujetos expuestos a diversos acontecimientos traumáticos. Los cuatro criterios para evaluar la eficacia de la intervención fueron: abandonos, remisión de la sintomatología postraumática al postratamiento, remisión de la sintomatología postraumática en el seguimiento y remisión de la sintomatología postraumática tanto al postratamiento como en el seguimiento.

Los resultados arrojaron que de la tasa de abandono fue la credibilidad del tratamiento y en cuanto a los factores predictores de la remisión del TEPT, fue el nivel leve de gravedad de la sintomatología de reexperimentación en el pretratamiento que lo fue al postratamiento y en el seguimiento y la asignación a terapia de exposición, que únicamente lo fue en el seguimiento (Grijalba, 2007). Siendo que la terapia de exposición es el predictor más consistente en el éxito terapéutico para la intervención de le Trastorno de Estrés Postraumático (Taylor, 2003).

## **Planteamiento del problema**

Las investigaciones realizadas en torno al estrés postraumático tienen como sujetos a víctimas de agresiones sexuales, violencia doméstica, robo o atraco, secuestro, terrorismo y otros tipos de delitos violentos, cuya intervención podría realizarse inmediatamente después de transcurrido el acontecimiento de carácter traumático, como es la intervención en crisis; para trabajar aspectos relacionados a los síntomas más inmediatos y lograr establecer medidas de higiene psicológica, y que la víctima sea capaz de expresar los sentimientos experimentados con su red de apoyo (Echeburúa, 2011).

Sin embargo, muchas de las víctimas no se someten a la intervención temprana debido a factores de riesgo pretraumáticos (edad, género, nivel socioeconómico, pertenencia comunidades indígenas originarios, etc) u otros relativos al tipo de delito, por tanto los síntomas de estrés postraumático se cronifican y es necesario el tratamiento psicológico posterior sobre las reacciones psicológicas perturbadoras que duran más de 4 semanas, y que deterioran el funcionamiento cotidiano (familia, trabajo o escuela) causando un malestar clínicamente significativo (Mas Hesse, 2012).

Desde el año 1980 se ha realizado la búsqueda de un tratamiento eficaz para el trastorno de estrés postraumático, entre ellos encontramos los abordajes cognitivo comportamentales: la terapia de exposición, la de inoculación de estrés, la terapia cognitiva, terapia dialéctica conductual (Cathill y et al., 2009), los cuales son considerados tratamiento de nivel A, es decir que la evidencia encontrada está basada en ensayos clínicos bien controlados.

Pero, a pesar de la existencia de los tratamientos eficaces, uno de los problemas que podemos encontrar es que muchas de las víctimas de delitos violentos no pueden someterse a este tipo de intervenciones debido a factores económicos, sociales o culturales y, por otro lado no existen instituciones que presten este tipo de asistencia especializada o con frecuencia los profesionales

en psicología no tienen las herramientas o la guía necesaria para realizar la intervención adecuada.

El avasallamiento de tierras, es un delito que puede ser violento en el afán de la toma de propiedades, causando en las víctimas un estado de indefensión y desesperanza. Debido a la magnitud de este fenómeno social, pueden desarrollar estrés postraumático, por presentar características similares a las víctimas de terrorismo o de movimientos armados. En los últimos años, se ha provocado mayores enfrentamientos por la toma de tierras por grupos armados llamados movimientos sociales pro tierra; los cuales han generado escenarios de violencia, dando lugar a que el estado boliviano regule esta actividad ilícita y la incorpore al ordenamiento jurídico como un delito.

Frente a esta situación, al ser este fenómeno social poco investigado, las víctimas de avasallamiento no son reconocidas como tales, es decir que se desconocen las consecuencias psicológicas y el daño que se produce en ellas; no habiéndose investigado si los tratamientos considerados Nivel A (señalados anteriormente) son o no efectivos en este tipo de víctimas. Por tanto, el problema ahonda, porque al no haber reconocimiento las víctimas no se someten a tratamiento de ninguna naturaleza, no existen instituciones que presten la asistencia y mucho menos se investiga el tratamiento que podría ayudar en la remisión de síntomas.

Frente a este problema, se formula lo siguiente:

¿El abordaje cognitivo comportamental mejora la sintomatología del trastorno de estrés postraumático y otros problemas asociados en un caso de avasallamiento de tierras?

## **Justificación**

Los delitos violentos traen consigo el daño psicológico entendido por un lado a las lesiones psíquicas agudas que pueden remitir con el paso de tiempo, por el apoyo social o por un tratamiento psicológico adecuado; y por otro lado las secuelas emocionales que persisten en algunas víctimas de forma crónica como consecuencia del suceso sufrido, los cuales interfiere de manera negativa en la vida cotidiana. (Echeburúa, 2000)

El interés en el estudio del estrés postraumático radica por un lado en la identificación de la sintomatología del trastorno así como de otros trastornos comórbidos a este; y por otro lado proponer el tratamiento adecuado para las víctimas de avasallamiento de tierras, ya que es un fenómeno social poco estudiado en Bolivia, el cual es frecuente tanto en el área urbana como rural.

A partir de diciembre de 2013 frente a muchas tomas de tierras de manera ilegal y sobre todo de manera muy violenta ha ocasionado su inclusión como delito; consecuentemente es necesario que se investigue el fenómeno como tal y las consecuencias psicológicas que derivan del mismo, las cuales requieren tratamiento.

Las víctimas de este tipo de delito, cuando es producido sobre todo de manera violenta (física, psicológica e incluso sexual), no cuentan con la asistencia necesaria, debido a que no se conoce la magnitud de las consecuencias psicológicas que causa por la violencia ejercida y el deterioro en diversas áreas de la vida cotidiana que las víctimas suelen sobrellevar, recurriendo en muchos de los casos simplemente al tratamiento médico de tipo farmacológico consistente en la prescripción de ansiolíticos o antidepresivos, siendo recetados por un médico general y no así por un especialista psiquiatra.

Al no ser reconocidas como víctimas de un delito violento, no son referidas a Instituciones que puedan otorgar tratamiento psicológico alguno, por tanto el

presente trabajo pretende realizar un estudio de caso con una víctima de avasallamiento de tierras, para identificar la sintomatología del estrés postraumático presente y la sintomatología comórbida; para después proponer en base al análisis funcional, el tratamiento de abordaje cognitivo comportamental que sería adecuado, el cual posteriormente podría ser objeto de estudio en cuanto a su aplicación con otros grupos de personas.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Evaluar a una víctima de avasallamiento de tierras, aplicando posteriormente un Tratamiento Cognitivo Comportamental para intervenir sobre el Trastorno de Estrés Postraumático.

### **Objetivos específicos**

1. Establecer la presencia de la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático u otra comórbida.
2. Realizar el análisis funcional del problema explicándola a partir de un modelo teórico para establecer los objetivos terapéuticos.
3. Evaluar los resultados de la intervención en base a los resultados del Pretratamiento, Postratamiento y Seguimiento a los 3 meses.

## PARTE EMPÍRICA

### PRESENTACIÓN DEL CASO

La presente investigación se basa en el diseño de caso único, utilizándose para este fin el *Diseño de Línea Base Múltiple con evaluación repetida* (diseño de no reversión).

El diseño de caso único se caracteriza principalmente por el registro sucesivo a lo largo del tiempo de la conducta de un caso único o de un grupo pequeño, que puede darse antes, durante y en algunos casos tras la retirada del tratamiento, en situaciones muy controladas (Fontes de García, García-Gallego, Quintanilla, Rodríguez, Rubio de Lemus y Sarriá, 2010).

Al presentar el Trastorno de Estrés Postraumático múltiples síntomas, en el presente caso se aplicó el Tratamiento Cognitivo Comportamental para cada una de las variables identificadas, tomando a los autorregistros como parámetros de evaluación en cuanto a la efectividad durante la aplicación del Tratamiento. Del mismo modo los instrumentos aplicados para establecer la línea base, se aplicaron para el Postratamiento una vez concluido el mismo, y a los 3 meses para el seguimiento, esto con el afán de establecer si la remisión de síntomas se debe al tratamiento y no a variables extrañas.

### Identificación del paciente

#### ***Características del paciente***

Se realizó la evaluación y la intervención a Paulino que es un hombre de 45 años de edad, casado desde hace 6 años aproximadamente, sin hijos. Estudió Ingeniería agronómica obteniendo su título universitario hace más de 20 años y reside en la ciudad de Potosí. Trabajaba en proyectos rurales con la Alcaldía y

la Gobernación del departamento, además de obtener ganancias económicas por la producción de papa y chuño en las tierras de su comunidad.

### **Instrumentos de evaluación**

Si bien en Bolivia no se han validado los instrumentos que se han utilizado, sin embargo se han tomado en cuenta los resultados de las diversas investigaciones. Estos son los siguientes:

- 1. Entrevista:** Permite recabar información acerca del paciente, en un primer momento para conocer los antecedentes personales, familiares así como el motivo de consulta con el fin de conocer los factores antecedentes y precipitantes que han llevado al paciente a solicitar tratamiento.

En un segundo momento la entrevista busca explorar la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático, que apoye a lo obtenido en la escala de gravedad de síntomas de estrés postraumático (Echeburúa et al., 1997), para lo cual se confeccionará en función a los criterios diagnósticos del DSM V; asimismo explorará otra sintomatología comórbida como la de ansiedad y depresión, nivel de autoestima y el grado de adaptación a la vida cotidiana para poder establecer un diagnóstico, que servirá de línea base antes de iniciar con la intervención.

- 2. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997).** Es una entrevista estructurada que tiene por objetivo evaluar la gravedad de los síntomas de este cuadro, según los criterios diagnósticos del DSM- IV- Tr (APA, 2000), que se aplica para diferentes situaciones traumáticas. Esta escala consta de 17 ítems, 5 referidos a los síntomas de reexperimentación, 7 de evitación y 5 de

hiperactivación. Las puntuaciones van en un rango de 0 a 51 en la escala global; de 0 a 15 en la de reexperimentación, de 0 a 21 en la de evitación y de 0 a 15 en la de activación.

- 3. Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970):** Es un instrumento de autoinforme diseñado para evaluar dos componentes de la ansiedad: la ansiedad rasgo (propensión ansiosa relativamente estable) y la ansiedad estado (condición emocional transitoria). Consta de 40 ítems, 20 referidos a la ansiedad como estado y 20 referidos a la ansiedad como rasgo. Es una escala tipo Likert puntuando desde 0 (nada) hasta 3 (mucho). Las puntuaciones que se obtienen sumando los valores de los ítems, después de invertir las puntuaciones de los ítems negativos. Por tanto las puntuaciones de ambas escalas van de 0 a 60, a mayor puntuación, mayor nivel de ansiedad.
- 4. Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979):** Instrumento de autoinforme que mide la intensidad de los síntomas depresivos, pero fundamentalmente evalúa los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión, se basa más en los elementos cognitivos que conductuales y somáticos. Consta de 21 ítems y su puntuación va de un rango de 0- 63 puntos, siendo el punto de corte de 18.
- 5. Escala de Valoración de la Depresión (HRS) (Hamilton, 1960) (versión española de Conde y Franch, 1984):** Es una escala que cuantifica la sintomatología depresiva, sobre todo las alteraciones somáticas y conductuales. Existen varias versiones de 17, 21 y 24 ítems. La escala de 21 ítems tiene un rango de 0 a 62 ítems y puede ser complementada al Inventario de depresión de Beck.

- 6. Escala de Autoestima (EAE) (Rosenberg, 1965):** Esta escala mide el grado de satisfacción que una persona tiene consigo misma, consta de 10 preguntas con una rango de 10 a 40 puntos, la mitad de los ítems está planteada de forma afirmativa y la otra mitad de forma negativa. El punto de corte es de 29.
- 7. Escala de Inadaptación (EI) (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000):** Instrumento que mide el grado en el que un suceso traumático afecta a la adaptación global, así como a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y relación familiar). Esta escala tiene un punto de corte de 12 en la escala total y de 2 de cada uno de los ítems. A mayor puntuación mayor inadaptación.
- 8. Autorregistros:** Diseñados exclusivamente para la intervención los cuales recogerán información acerca de la sintomatología del Estrés postraumático y en cuanto a los pensamientos rumiativos, sentimientos negativos y actividades gratificantes, siendo utilizados como tareas para la casa los cuales serán revisados en las sesiones.

### ***Variables***

#### ***Variable Independiente***

Tratamiento cognitivo comportamental

#### ***Variables dependientes***

A continuación se exponen las variables dependientes y el procedimiento que se ha utilizado para su evaluación.

Tabla N° 2: Variables dependientes y procedimiento de evaluación

<b>Variable Dependiente</b>	<b>Procedimiento de Evaluación</b>
1. Síntomas de reexperimentación	Entrevista semiestructurada

	Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático Autorregistros
2. Síntomas de evitación	Entrevista semiestructurada Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático Autorregistros
3. Síntomas de hiperactivación	Entrevista semiestructurada Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático Autorregistros
4. Estado de ánimo deprimido y gravedad de síntomas	Inventario de depresión de Beck. (BDI) Escala de Valoración de la depresión (HRS)
5. Ansiedad y preocupación excesiva	Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI)
6. Pérdida de la Autoestima	Escala de Autoestima (EAE)
7. Pensamientos rumiativos	Autorregistros
8. Actividades gratificantes	Autorregistros
9. Sentimientos negativos	Autorregistros
10. Adaptación global	Escala de Inadaptación global

## Procedimiento

### ***Fase 1: Diagnóstico y línea base***

En esta primera fase se trabajó el diagnóstico. Para ello se realizó tres sesiones: la primera sesión consistió en realizar una entrevista de 50 minutos para recabar información relativa a los datos generales del paciente, antecedentes familiares, personales y la identificación de factores precipitantes. En la segunda sesión se aplicaron instrumentos para identificar la sintomatología que pudiera tener el paciente. En la tercera sesión se aplicó una segunda entrevista referida al Estrés Postraumático tomando en cuenta los

resultados de la aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático.

Estas sesiones se llevaron a cabo la segunda y la tercera semana del mes de Enero, las dos primeras sesiones se realizaron en una misma semana y la otra en la semana siguiente.

### ***Fase 2: Tratamiento***

Una vez analizados los resultados obtenidos, se realizó el diseño del tratamiento en base al análisis funcional y los objetivos propuestos. Y dentro de esta segunda fase se tuvo una sesión (cuarta) con el paciente para explicarle los resultados y los objetivos propuestos para el tratamiento, explicándole el número de sesiones y el tiempo destinado para la intervención, en esta sesión se motivó al paciente mediante la explicación de los beneficios de someterse a terapia, a lo que el paciente estuvo de acuerdo, estableciendo como regla que si en caso que se presentara alguna situación que impidiera la realización de la sesión semanal debía avisar con anticipación. Esta sesión se realizó la última semana de enero.

El tratamiento estuvo compuesto de 10 sesiones, cada sesión se realizó semanalmente (días sábado) llevadas a cabo en un lapso de 3 meses (febrero, marzo, abril), las cuales serán desarrolladas en el apartado de resultados. Cada sesión tuvo una duración de 90 minutos.

### ***Fase 3: Postratamiento y seguimiento***

Al cabo de concluir con las 10 sesiones, se aplicó una sesión para la toma de instrumentos y de esta manera obtener los resultados del postratamiento.

Asimismo se vio la necesidad que el paciente vuelva a ser evaluado al cabo de tres meses como parte del seguimiento (mes julio), debido a las cuestiones

procesales en las que se encontraba inmerso las cuales provocaban un incremento de la sintomatología.

### **Análisis de los datos**

El presente estudio pretende determinar si la intervención tuvo algún efecto en el comportamiento del paciente mediante la observación de los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos para establecer si existe una mejora con el tratamiento aplicado.

## **RESULTADOS**

### ***Descripción del caso***

De acuerdo a las entrevistas realizadas con el paciente, se obtiene lo siguiente:

Don Paulino señala que hace un año sufrió varios episodios de violencia (física y psicológica) por parte de un grupo de personas armadas (avasalladores), que con el objetivo de despojar las tierras a una comunidad en el norte de Potosí, lo amenazaron con matarlo, lo golpearon fuertemente cuando el señor Paulino intentaba defender sus terrenos junto a su esposa y otros comunarios.

Al ser Don Paulino uno de los máximos dirigentes de su comunidad, elegido por los comunarios sobre todo por haber estudiado una carrera y por sus conocimientos en los trámites de los títulos de propiedad, fue interceptado dos veces por los grupos armados de un movimiento social llamados los pro tierra, en un primer momento al enterarse por rumores que gente de este movimiento se dirigían a sus tierras, se trasladó junto a su esposa y a otros comunarios a dicho lugar para defender sus terrenos, es en ese momento que los avasalladores empiezan a golpearlo hasta fracturarle la mano, le amenazaron con sus armas de fuego y le señalaron que lo buscarían y matarían sino abandonaba las tierras y entregaba la documentación en su poder, la policía

llega al lugar pero no pudo contener la disputa porque los avasalladores les doblaban en número y amenazaban con lanzar dinamita a la gente. El Señor Paulino escapó junto a su esposa y otros comunarios, viendo desde la lejanía como empezaban a derrumbar las pequeñas construcciones que habían hecho, y cómo se adueñaban de sus terrenos que con tanto esfuerzo desde sus ancestros los habían obtenido.

Iniciaron el proceso legal correspondiente en el pueblo cercano a sus terrenos donde varios de los comunarios y Don Paulino vivían, y con ello los episodios de violencia se incrementaron, un grupo armado caminaba por el pueblo amedrentando a los comunarios para que abandonen el proceso. Es cuando Don Paulino decide residir en dicho Pueblo cercano a sus tierras mientras dure el proceso y dejar su trabajo en la ciudad de Potosí, ya que temía por la vida de su esposa y por sus bienes.

El segundo episodio de violencia que sufrió fue durante el proceso, por el mes de septiembre de 2014 en las audiencias que se realizaban donde Don Paulino fue golpeado y quisieron secuestrarlo, escapando a su casa con la ayuda de otros dirigentes de la comunidad. Señala que recibía llamadas a su celular, donde lo amenazaban constantemente que lo iban a buscar y secuestrar, que lo estaban vigilando y en cualquier momento lo iban a matar junto a su esposa, esto ocasionó sentimientos de persecución, miedo persistente, desconfianza, incertidumbre, evitación de asistir a acontecimientos sociales, caminar libremente por el pueblo, además de conflictos con su esposa a consecuencia de la inseguridad por la que se encontraban sometidos. La autoridad jurisdiccional dispuso que se firmen garantías para que ninguno de los avasalladores se le acerque ni lo amenace o intente golpearlo, ya que esa situación recaería en mayores conflictos legales por otros delitos para los avasalladores y desde entonces señala Don Paulino que ya no lo quisieron golpear o secuestrar, pero que no confiaba en las medidas impuestas por la autoridad, por lo que cuando veía grupos de personas reunidas él se escapaba del lugar o evitaba pasar.

Hasta el mes de noviembre, después de 5 meses del avasallamiento no encontraban respuesta de las autoridades fiscales y judiciales, los dirigentes y miembros de la comunidad se organizaron con el fin de buscar soluciones que los ayuden a recuperar sus tierras, muchos de los comunarios estaban en crisis y confiaban en el Señor Paulino por ser letrado y estudioso, ya que en muchas de las reuniones había pedido su renuncia por la cantidad de amenazas que recibía. Ya no caminaba solo por el pueblo, siempre estaba acompañado de otros dirigentes y gente de confianza de su comunidad le habían proporcionado seguridad para asistir a las audiencias y cuando se encontraba en su casa al menor ruido se despertaba, no podía conciliar el sueño, cuando escuchaba estallar un cuete por cualquier motivo o fiesta, él pensaba que los avasalladores lo estaban buscando en su casa (el hacer explotar dinamita era un medio de comunicación que tenían los avasalladores para avisar que se estaban reuniendo); recordaba los hechos de violencia y tenía sensaciones de ahogo, sentía por las noches especialmente que lo estaban atacando de nuevo y golpeando, había perdido el apetito, señalaba que no le daba hambre, estaba constantemente pensando en la gente que lo había golpeado tratando de identificarlos y sentía que iba a defraudar a la gente de su comunidad que tanto confiaba en él.

La relación de pareja se vio afectada ya que su esposa quería que se vayan a Potosí, y que trabaje nuevamente pero él no podía irse por el compromiso que tenía con la gente que estaba sufriendo por la pérdida, estaba constantemente enojado sobre todo después de las audiencias, y estaba más alarmado e hipervigilante, revisando los seguros de su casa, cambiando las chapas, e instalándose junto a su esposa en una de las habitaciones donde las ventanas no tenían acceso directo a la calle.

Esta situación de pérdida y la violencia que sufrió, empezó a afectar su salud física (fractura en su mano, dolores de cabeza, sensación de ahogo, traspiración, sensación de cansancio, sensación de encogimiento de nervios y

músculos y otros), y a alterar y deteriorar sus normales actividades tanto familiares (ya no se reunía con miembros de su familia por temor a que los avasalladores tomen represalias contra ellos), sociales (no asistía a fiestas de cumpleaños, ni acontecimientos festivos), como laborales (dejo su trabajo para estar cerca de la gente de su comunidad y por miedo a que mientras trabaje entren a su casa y roben la documentación) estando siempre alerta a los movimientos que realizaban los avasalladores, y caminando paranoico en la calle fijándose quien lo seguía y quien estaba cerca de él.

### ***Motivo de la consulta***

El paciente acude a consulta, debido a muchos factores uno principalmente a raíz de las discusiones constantes que tenía con su esposa, quién le señalaba constantemente que estaba enojado todo el tiempo, que le contestaba mal, que ya no compartían actividades juntos y que no había intimidad entre ellos.

Asimismo don Paulino señala que desde los distintos hechos de violencia sufrida, ha estado durmiendo y comiendo mal además del malestar físico que siente, y que necesita ayuda psicológica porque si él no se encuentra bien no podrá hacer un buen trabajo para su comunidad, ni tendrá la suficiente firmeza para seguir con el proceso.

Además señala que siente que su vida ha cambiado rotundamente, que ya no es el mismo, que teme por su vida y por la de su esposa, y que está retraído y pensativo en las cosas que están pasando.

El desencadenante que ha motivado que asista a terapia fue una serie de situaciones que se suscitaron en torno a su vida, en primer lugar el padre de uno de los comunarios había sufrido un infarto y muerto al enterarse que había perdido sus tierras, en segundo lugar la desesperación de varias mujeres que lloraban y le pedían que las ayude porque eran de tercera edad y que no les abandone en el proceso y en tercer lugar la mala calidad de vida que percibía

que estaba llevando, y que le ocasionaba constantes discusiones con su esposa, con quienes los planes de tener hijos se habían pospuesto por la situación que estaban vivenciando.

### ***Factores antecedentes***

Don Paulino en las entrevistas iniciales refiere haber gozado de buena salud durante su niñez y adolescencia. Señala que a pesar de haberse criado en el campo junto a sus dos padres y sus tres hermanos no ha padecido alguna enfermedad grave, más que las habituales como resfríos ocasionales o dolores de estómago.

Señala no tener antecedentes psicopatológicos y es la primera vez que acude a consulta psicológica, ya que no es común visitar al psicólogo, refiriendo sobre todo en las primeras entrevistas que quiere mucha reserva de sus visitas, ya que muchos no comprenderían y tomarían a mal que él visite un psicólogo.

Paulino estudió Agronomía en una Universidad Pública, señala que al ser el menor de sus hermanos él había tenido mayores oportunidades para estudiar, ya que sus padres y sus dos hermanos mayores lo mandaron a la ciudad a terminar el colegio, para posteriormente estudiar en la Universidad. Señala que le fue bien en sus estudios, si bien no fue un alumno destacado, lograba pasar de curso con algunas pequeñas dificultades. Al salir de la Universidad empezó a trabajar en proyectos sobre todo en el área rural y esto le ayudó en sus conocimientos para los trámites de derecho de propiedad.

Como siempre iba a su comunidad para visitar a sus padres, poco a poco fue haciéndose conocer entre los miembros de dicho lugar, quienes lo querían y respetaban porque los ayudaba en sus trámites, a resolver problemas, por lo que fue nombrado como uno de los representantes y dirigentes de su comunidad. Se hizo cargo de los trámites de propiedad para muchas familias, e incluso logró dar parte de las tierras para que se construyan parques para los

niños, y continuo trabajando en proyectos rurales viajando constantemente a la ciudad de Potosí, ya que su esposa trabajaba en un centro de salud, algunos días a la semana por lo que constantemente iban a su comunidad y se ocupaba de los asuntos como dirigente; posteriormente un año atrás los avasalladores tomaron sus tierras y se asentaron.

La relación con su esposa es buena, llevando como 6 años de casados y en este tiempo habían preferido ahorrar y disfrutar una vida de pareja antes de tener hijos. Después del avasallamiento los planes de paternidad se habían postergado por el miedo a tener represalias o sufrir episodios de violencia, por lo que una vez que el proceso saliera y a su favor y se lograría el desalojo ya pensarían seriamente en la planificación familiar.

Cuando se interpuso la demanda en el mes de junio del año pasado decidió dejar su trabajo, dedicándose enteramente al proceso porque requiere mayor tiempo al estar en reuniones con el abogado, asistir a audiencias y otros, lo que ocasionó problemas con su esposa que ella debía mantener el hogar, en muchas ocasiones había querido renunciar pero la gente de su comunidad confiaba mucho en él y no quería decepcionarlos.

A partir de los episodios de violencia sufridos Don Paulino señala que se ha sentido distante y diferente, todo el tiempo está preocupado, tiene pesadillas y duerme mal, ha estado más hipervigilante sobre todo cuando escucha ruidos y no es capaz de salir solo por el pueblo si es que no va acompañado, su esposa lo acompañaba los fines de semana en el pueblo y retornaba a la ciudad de Potosí a trabajar durante la semana, estas ausencias le han provocado mayor soledad e irritabilidad.

### ***Factores precipitantes***

El hecho de tener mayores discusiones con su esposa por su irritabilidad por no poder dormir ni comer bien, ha permitido que don Paulino busque ayude

psicológica ya que su esposa le había hecho notar que se estaba distanciando, que ya no era el mismo y que todo el tiempo chocaba con ella.

El proceso legal, ha sido otro factor importante, ya que refería que si él no estaba bien no podría llevar adelante el proceso y decepcionaría a la gente de su comunidad que confiaba en él y que le tenía aprecio; lastimosamente el proceso de desalojo duró más tiempo del establecido, por lo que ha permitido que Don Paulino tenga más compromiso con la terapia aunque en muchas ocasiones las sesiones se vieron con dificultades debido a la postergación que realizaba porque debía asistir a reuniones con el fiscal o dirigirse nuevamente a la ciudad de Sucre con el fin de buscar nuevas soluciones.

La frustración de no poder conseguir resultados favorables en la recuperación de sus tierras acompañado de las amenazas que recibía por parte de los avasalladores generaba en el Señor Paulino, desesperanza y un estado de alerta ante el menor sonido a estallido de cuetes o dinamitas, experimentando frente a ellos dolores musculares y síntomas neurovegetativos como sudoración, palpitaciones, cosquilleo en las manos sobre todo, y pensamientos irracionales referidos a que sus esfuerzos son en vano porque el proceso no sale a su favor y que decepcionaba a la gente de su comunidad porque no hacía lo suficiente por recuperar las tierras, lo que no permitía que duerma bien y se alimente de manera adecuada.

Los resultados obtenidos en la aplicación de las pruebas fueron los siguientes:

Tabla 3. Resultados del pretratamiento

<b>Instrumentos y escalas</b>	<b>Puntuación obtenida</b>
Escala de gravedad de Síntomas del TEPT (Puntuación Global)	30
Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI)	44

Inventario de Depresión de Beck (BDI)	26
Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS)	24
Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)	21
Escala de Inadaptación (EI)	22

A partir de la entrevista y los resultados de los instrumentos que se han aplicado en este estudio de caso, se concluye que el paciente de acuerdo al DSM- 5 (2013) presenta:

### **309.81 Trastorno de Estrés Postraumático [F43.10]**

- A. Porque ha experimentado un acontecimiento violento que ha puesto en riesgo su integridad física y psicológica, estando presente:
- B. Síntomas de intrusión asociado al suceso violento, mediante:
  1. Recuerdos angustiosos como ser golpeado por varias personas, presenciar la destrucción de su propiedad y la toma de sus tierras,
  2. Sueños con contenido violento por ejemplo el paciente sueña estar siendo atacado, golpeado otra vez, o que están intentando matarlo a él o a su esposa.
  3. Malestar psicológico intenso sobre todo cuando recuerda los hechos de violencia vividos, ver gente reunida, o escuchar el estallido de cuetes o gente haciendo bulla y gritando.
  4. Reacciones fisiológicas (sudoración, palpitaciones, ritmo cardiaco acelerado, respiración entrecortada, sensaciones de ahogo) que se activan en diversas situaciones como por ejemplo lugares, personas, recuerdos o cuando tiene pesadillas en la noche.
- C. Síntomas de evitación a estímulos que recuerdan al suceso:
  1. El paciente evita pensamientos referidos a la turba y a ser golpeado.

2. Evita lugares donde está reunida la gente como plazas y algunas calles donde se expende comida y bebidas.

D. Alteraciones negativas cognitivas como:

1. Incapacidad de recordar como escapó de la turba, por lo que intenta recordar quienes lo golpeaban e insultaban, y si la policía lo ayudó o alguno de sus compañeros.
2. Creencias negativas persistentes. Ejemplo: “estoy nervioso todo el tiempo y no puedo calmarme”, “no estoy haciendo lo necesario para ayudar a mi gente” “no me siento confiado para poder caminar solo”.
3. Estado emocional negativo. Ejemplo: miedo a gente reunida, temor a ser secuestrado, sentimientos de culpa por no hacer lo posible y solucionar el conflicto legal.
4. Disminución de actividades sociales y familiares sobre todo, ya que no frecuenta visitas por temor a que ellos también salgan perjudicados.
5. Incapacidad de sentir tranquilidad, satisfacción sobre todo en las acciones y decisiones que está tomando para ayudar a su comunidad.

E. Síntomas de reactividad como:

1. Irritabilidad que expresa con agresiones verbales, ante la mínima cosa sin importancia.
2. Hipervigilancia, sobre todo en la noche y cuando sale al pueblo a realizar diligencias.
3. Respuestas de sobresalto, sobre todo cuando escucha el estallido de cuetes o dinamita.
4. Alteración del sueño (dificultad para iniciar el sueño, o una vez iniciado despierta por la noche y no puede volver a dormir, y en algunas ocasiones despierta dos horas antes de lo habitual.

Por la información recabada con la entrevista exploratoria que se ha realizado el Sr. Paulino habría iniciado con un cuadro de estrés agudo (sobre todo los síntomas de intrusión, de estado de ánimo negativo y de alerta) y debido a las

amenazas y toda la situación emergente del proceso, hizo que desarrollara síntomas de estrés postraumático que se fueron estableciendo y cronificando; deteriorando primero las actividades laborales ya que tuvo que dejar su trabajo por cuidar su hogar, resguardar los papeles de derecho propietario de su comunidad y posteriormente las actividades sociales y familiares fueron mermando porque dejó de frecuentar amistades quedando como su única compañía a su esposa y el contacto social se redujo a sus compañeros dirigentes y a las personas de su comunidad con las que algunas veces se reunía para tomar decisiones o para informar sobre la situación del proceso.

También el Sr. Paulino presenta afecto negativo (conjunción de síntomas ansiosos y depresivos) que están estrechamente relacionados con el cuadro de estrés, mostrando inadaptación a la actividades cotidianas, lo que provoca baja autoestima, generándose pensamientos irracionales referidos sentir que su esfuerzo está siendo en vano, que no cumple con las expectativas de su comunidad y que no está haciendo todo lo posible para solucionar el proceso.

Es necesario aclarar en cuanto a la sintomatología ansiosa del paciente, presenta mayor puntuación en la escala de ansiedad estado, siendo menor la puntuación en la escala de ansiedad rasgo, por lo que el Sr. Paulino, incrementa sus niveles de ansiedad frente a situaciones estresantes, no siendo un rasgo predominante en sus actividades cotidianas.

En cuanto a las **estrategias de afrontamiento** que ha utilizado el paciente antes que se someta a valoración psicológica han sido las siguientes:

- El anclaje en los recuerdos sobre los hechos de la violencia física sufrida, tratando de identificar quienes fueron los que le golpearon e insultaron, repasando una y otra vez los rostros de las personas que lo atacaron.
- Preguntas sin respuesta, sobre todo referido al proceso legal que sigue como representante de su comunidad, lo que provocan pensamientos irracionales, que en vez de minimizarlos los aumenta.

- Autocontrol, el paciente se ha esforzado para controlar sus sentimientos y sus respuestas emocionales, tratando de mostrarse fuerte y conteniendo en todo momento aceptar que siente mucha tristeza e ira por lo ocurrido.

En cuanto a los **recursos psicológicos disponibles** son:

- Personalidad equilibrada
- Apoyo familiar y de su comunidad
- Buena salud (no presenta actualmente enfermedad física alguna que lo deteriore o incapacite)
- Implicación en su propio proyecto de vida como parte de su comunidad
- Capacidad de resistencia al estrés.

### ***Análisis Funcional***

Las principales variables que estimulaban la aparición y mantenimiento del problema fueron las siguientes:

- Amenazas de muerte: Don Paulino señala que estas amenazas las recibía por medio de mensajes de texto a su celular, lo cual indicaba textualmente “si no dejas el proceso te mataremos”. Eso provocaba que Don Paulino cambie constantemente de número de celular y sienta nerviosismo, dolor de cabeza e irritabilidad y piense constantemente “van a matarme y me quitaran mis papeles”, “decepcionaré a mi gente, no hago lo suficiente por ellos”, por lo que cuando recibía los mensajes, caminaba en la calle hipervigilante, mirando a todos lados, al punto de no salir solo de casa.
- Ruidos fuertes: otra variable que hacía que los síntomas de Don Paulino se activen, al menor ruido en su casa, él se levantaba a mitad de la noche principalmente a verificar las puertas de calle, y empezaban los pensamientos rumiativos “vendrán por mí, me golpearán”, haciendo que los síntomas fisiológicos se activen.

- Estallido de cuetes o dinamita: esta variable que era neutra antes que ocurra el suceso vivido, se volvió un estresor, ya que por medio del estallido de cuetes o dinamita los avasalladores avisaban que se reunían. Entonces cuando Don Paulino escuchaba un cuete, él ya asociaba directamente el incidente de violencia, y se activaban los recuerdos angustiosos, que provocaban malestar intenso, tratando don Paulino de evitar estos recuerdos haciendo otras cosas, como revisar los papeles que presentaron al juzgado, o pensando en otras estrategias que podrían usar dentro del proceso.
- Peleas en la calle: Debido a que en el pueblo cercano a sus tierras, la gente suele reunirse para beber alcohol y “pijchar” (masticar y acullicar) coca, eventualmente las personas reunidas empezaban a discutir y a pelear, cuando don Paulino escuchaba desde su casa las peleas en la calle cerca a su casa, los síntomas empezaban a emerger, e iniciaba con sus conductas de seguridad en su casa.
- Gritos de la gente: Del mismo modo que las peleas, Don Paulino en entrevista señala que basta que escuchaba gritar, venía a su cabeza los recuerdos angustiosos que le provocaban sentimientos de ahogo y taquicardia, lo que le provocaba malestar y mucha fatiga, quedándose en su casa sin salir incluso a almorzar o cenar.
- Gente reunida en grupos en plazas o en la calle: Cuando Don Paulino lograba salir de su casa para hacer diligencias en el juzgado y no podía estar acompañado o debía volver a su casa solo, y veía gente reunida, él creía que eran los avasalladores, por lo que le generaba estado de alerta y evitaba las calles por donde estaba la gente reunida, al punto que no pasaba ya por las plazas y plazuelas del pueblo, con el fin de evitar recordar la golpiza, ya que al simple hecho de ver gente reunida y

desconocida, ya creía que eran los avasalladores y pensaba que si lo veían lo golpearían una vez más.

- Proceso legal estancado: Debido a que un proceso en Bolivia, lleva más tiempo en resolverse del establecido, hacía que Don Paulino no pueda continuar con sus normales actividades, ya que a partir del proceso las amenazas se incrementaron y sus sentimientos de inseguridad y poca confianza en el sistema judicial, hacía que los síntomas de Don Paulino se mantengan con el tiempo, es así que incluso dentro del tratamiento mismo cuando una audiencia no se llevaba a cabo, o se suspendía por algún motivo, se generaban los pensamientos irracionales de “no hacer lo suficiente por su gente”, lo que le provocaba afecto negativo, que interfería en sus actividades. Después de cada audiencia estaba más hipervigilante de todo lo que ocurría a su alrededor, quedándose muchas veces más tiempo en el juzgado a fin de evitar a los grupos de personas reunidas afueras del lugar, que le generaban recuerdos angustiosos y malestar psicológico intenso. Sintiéndose vulnerable e indefenso, no pudiendo conciliar el sueño, señalando en varias sesiones que no puede estar tranquilo mientras el proceso no termine y las cosas salgan a su favor.

Todas estas variables provocaban respuestas fisiológicas (sudoración, ritmo cardiaco acelerado, sensación de ahogo y otras), cognitivas (relativas a los pensamientos irracionales y recuerdos angustiosos de carácter intrusivo sobre todo en las noches al no poder conciliar el sueño) y conductuales (evitación de lugares que le hagan recuerdo a lo vivido, estar hipervigilante constantemente en la calle, y otras), que podían activarse por separado o de manera conjunta y correlativa, es decir al generarse los pensamientos irracionales estos provocaban respuestas fisiológicas que daban lugar a las respuestas conductuales, y muchas de las respuestas conductuales provocaban nuevas respuestas fisiológicas y cognitivas.

Entre las consecuencias a corto plazo de la mantención de los síntomas se tiene:

- Recesión laboral
- Pérdida de amistades
- Inestabilidad emocional
- Soledad y desesperanza
- Dependencia para salir de casa
- Evitación de actividades, lugares, etc

A medio- largo plazo:

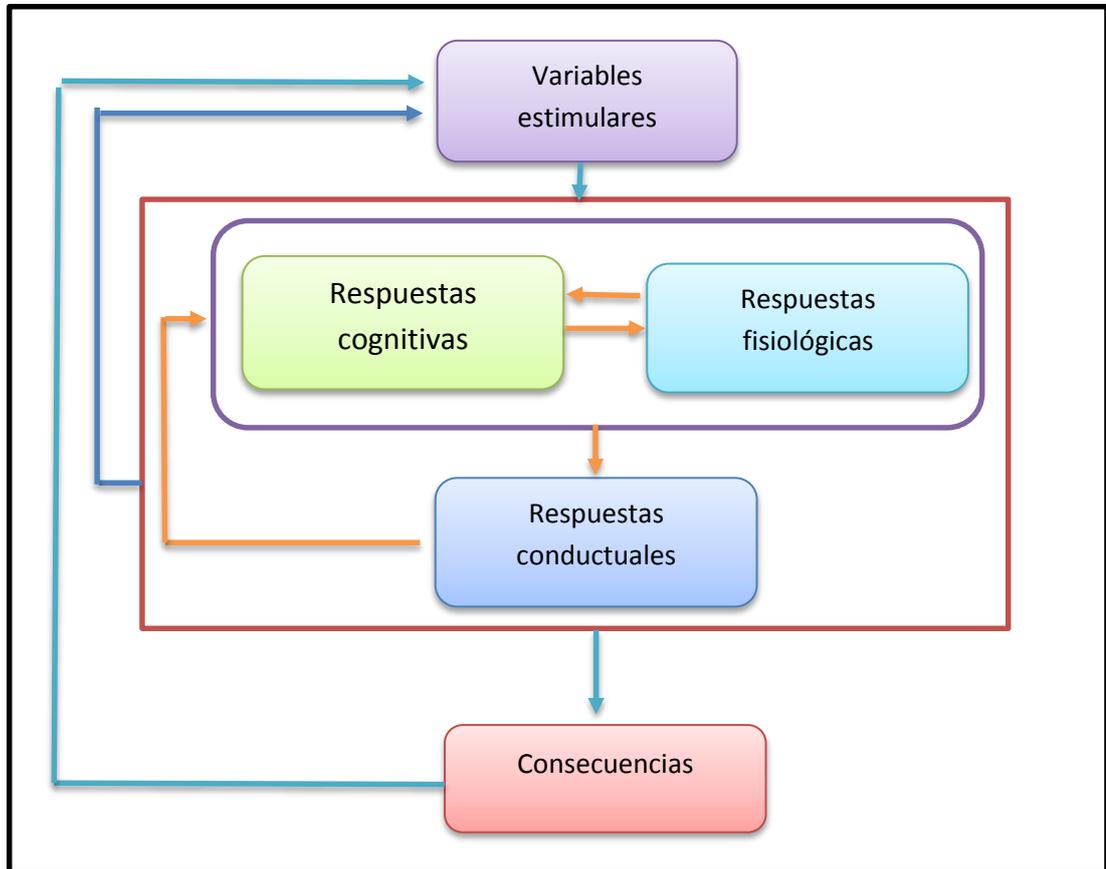
- Ruptura matrimonial
- Aislamiento social
- Pérdidas económicas
- Baja autoestima
- Pérdida de reforzadores

Tabla 4. Análisis Funcional del caso

VARIABLE ESTIMULAR	TIPOS DE RESPUESTAS			CONSECENTES
	Cognitiva	Fisiológica	Motora	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amenazas de muerte.</li> <li>• Ruidos fuertes.</li> <li>• Estallido de cuetes o dinamita.</li> <li>• Peleas en la calle.</li> <li>• Gritos de la gente.</li> <li>• Gente reunida en grupos en plazas o en la calle.</li> <li>• Proceso legal estancado</li> </ul>	<p>Recuerdos constantes de la golpiza.</p> <p>Pensamientos irracionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estoy nervioso todo el tiempo y no puedo calmarme.</li> <li>• No represento adecuadamente a mi comunidad</li> <li>• No estoy haciendo lo necesario para ayudar a mi gente.</li> <li>• Mis esfuerzos no dan frutos</li> <li>• Van a matarme y me quitaran mis papeles.</li> <li>• Vienen por mí y me van a despojar de todo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insomnio</li> <li>• Sueños angustiosos</li> <li>• Sensación de ahogo</li> <li>• Pérdida de apetito</li> <li>• Dolor de cabeza</li> <li>• Transpiración</li> <li>• Sensación de encogimiento de nervios y músculos</li> <li>• Palpitaciones</li> <li>• Cosquilleo en las manos.</li> <li>• Fatigabilidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar eventos sociales</li> <li>• No caminar solo</li> <li>• Revisar las entradas y salidas de su casa.</li> <li>• Caminar mirando de un lado a otro (hipervigilancia)</li> <li>• Evitar calles donde este gente reunida, por ejemplo plazas.</li> <li>• Pasar el tiempo en el juzgado sin esperar la notificación.</li> <li>• Cambiar constantemente de número de celular</li> <li>• Revisar los papeles del proceso legal interpuesto sin motivo alguno.</li> <li>• No salir de su casa.</li> </ul>	<p>A corto Plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recesión laboral</li> <li>• Pérdida de amistades</li> <li>• Inestabilidad emocional</li> <li>• Soledad y desesperanza</li> <li>• Dependencia para salir de casa</li> <li>• Evitación de lugares, actividades, etc.</li> </ul> <p>A medio- largo Plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruptura matrimonial</li> <li>• Aislamiento social</li> <li>• Pérdidas económicas</li> <li>• Baja autoestima</li> <li>• Pérdida de reforzadores</li> </ul>

## Modelo Explicativo

Figura 4. Modelo explicativo



De acuerdo al caso en cuestión, el paciente frente a una variable estimular (amenazas, ruidos fuertes, estallido de dinamitas, peleas en la calle y otras), se activaban respuestas fisiológicas (sudoración, hiperventilación, sofocos, etc.) o respuestas cognitivas (pensamientos intrusivos y rumiativos) que daban lugar a que el paciente realice comportamientos que generan mayor producción de respuestas fisiológicas o cognitivas, o por el contrario estas respuestas conductuales activaban otras que provocaban consecuencias para la vida del paciente a corto plazo, las cuales están estrechamente relacionadas con las variables estímulares provocándose un círculo vicioso de mantención de síntomas del cuadro de Estrés.

## **Tratamiento**

### ***Objetivos terapéuticos***

Los objetivos planteados en función al análisis funcional son:

1. Disminuir los síntomas que son más urgentes y que causan mayor malestar al paciente (respuestas fisiológicas).
2. Realizar el abordaje a los síntomas del TEPT: síntomas de reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas negativas (pensamientos rumiativos) y los de nivel de activación.
3. Mejorar la autoestima, reducir los sentimientos negativos e incrementar las actividades gratificantes.

Estos objetivos fueron planteados en función a las necesidades del paciente y consensuados con el mismo. Fueron propuestos y aceptados, antes de iniciar el tratamiento.

### ***Selección del tratamiento más adecuado***

Previamente a la intervención se realizó una sesión (cuarta) para explicarle al paciente los resultados y motivarlo para iniciar el tratamiento, explicándole los beneficios que tiene el tratamiento psicológico.

Para ello se realizó lo siguiente en la sesión de motivación:

1. Se informó al paciente cada resultado, explicándole cada término (estrés postraumático, afecto negativo, autoestima, pensamientos rumiativos, sentimientos negativos) en palabras sencillas, de manera que pueda comprender el diagnóstico y las consecuencias que genera.
2. Se explicó al paciente las técnicas que se usan para tratar el Trastorno de Estrés Postraumático y asimismo el deterioro que está causando en su vida familiar y laboral.

3. Se expuso los objetivos que tendría el tratamiento, explicando a detalle que se hará para cada cumplir con el objetivo, y del mismo modo se abrió la posibilidad para que el paciente también haga observaciones, pero estuvo de acuerdo en lo planteado. Asimismo se refirieron los beneficios que tiene el someterse al tratamiento por bien suyo y también el de su comunidad.
4. Se fijó el programa de tratamiento de tres meses, señalando que cada sesión se realizaría una vez por semana (los días sábados), estableciendo como regla que debía avisar si en caso por razones del proceso y reuniones con su comunidad no podría asistir a la sesión programada de la semana.
5. Fue necesario también explicar la necesidad de los autorregistros, para poder valorar los cambios que se pudieran observar a partir del inicio del tratamiento y durante el mismo.
6. Por último, se explicó que al cabo de tres meses se volvería a tener una sesión para la toma de instrumentos y asimismo poder valorar los cambios que ha sentido en ese lapso de tiempo.

### ***Aplicación del tratamiento. Descripción de las Sesiones***

El tratamiento inició con los síntomas más urgentes que el paciente identificaba como los que le causaban mucha molestia: las respuestas fisiológicas que sentía que no podía controlarlas y el insomnio, ya que cada mañana despertaba aún más cansado dando la sensación que no había dormido nada. Para ello se enseñó al paciente técnicas de relajación y medidas de higiene del sueño que permitan controlar las respuestas fisiológicas que se iniciaban a partir de los síntomas de reactividad (hipervigilancia, sobresalto ante el menor ruido) y también la sintomatología ansiosa ante determinadas situaciones, las cuales también ayudarían para los síntomas de reexperimentación y evitación, cuando se realice la terapia de exposición.

Posteriormente, se trabajó con los síntomas de reexperimentación, para ello se utilizó la terapia de exposición, mediante el recuerdo detallado de los dos episodios de violencia que había sufrido en dos oportunidades donde había sentido que su vida corría peligro.

Luego, se trabajó con las alteraciones negativas cognitivas mediante el uso de dos técnicas: la reestructuración cognitiva y el diálogo socrático, para de esta manera trabajar también con los pensamientos rumiativos una vez identificados con claridad y los sentimientos negativos que generan malestar.

Asimismo se trabajó con los síntomas de evitación, para ello se sometió al paciente a la exposición en vivo de los lugares que él evitaba (plazas, calles) por temor a que vuelva a ser agredido con el fin de mostrar que las agresiones sucedieron en un determinado momento pero que estas cesaron a partir del proceso legal que se inició, y también se motivó al paciente para que reinicié actividades gratificantes sobre todo de pareja y con sus amistades, para adquirir mayor confianza en sí mismo.

Por último se trabajó con el paciente la necesidad de implicarse en actividades que le resulten agradables, esto con el objetivo que pueda generar un estado de ánimo favorable y positivo, frente a las adversidades que pudiera enfrentar con el proceso legal que estaba llevando adelante, de esta manera ayudar en el autoestima, y recuperar la confianza en sí mismo en cuanto a sus capacidades y en los demás.

A continuación se desarrollan las sesiones realizadas con el paciente:

### **Primera Sesión**

*Fecha de la sesión:*

Esta primera sesión se llevó a cabo el 7 de febrero de 2015.

*Actividades del paciente durante el día:*

Se pidió al paciente en un primer momento que relate las actividades que hace durante el día, para poder establecer las medidas de higiene apropiadas para el paciente.

A continuación se detallan las actividades del paciente:

Tabla 5. Actividades del paciente

<b>Lunes a viernes</b>	<b>Fines de semana</b>
Despertar a las 8, arreglarse y asearse. Salir de casa hacia el juzgado a las 9 y un poco más (no toma desayuno)	Despierta con su esposa a las 9 y ella le prepara el desayuno (señala que le obliga a tomarlo).
En el juzgado quedarse hasta medio día, para revisar el cuaderno o quedarse a charlar con algún compañero que lo acompañe, pero dentro de la instalación.	La mañana del sábado y domingo le ayuda en las compras del mercado y el aseo de la casa, lavar ropa, ordenar y limpiar.
Almorzar entre las 12:00 y 13:00 horas en su casa algún sándwich o sopa que cocina si está solo, si algún compañero de su comunidad lo acompaña almuerza en una pensión cerca de su casa.	Almuerzan juntos, el tema de conversación es el proceso legal y las dificultades que están teniendo con el mismo.
En la tarde, hacer la siesta hasta las 5 y quedarse a ver la tele.	En la tarde hacen la siesta juntos y ven televisión hasta la hora de la cena.
De cena, comer algo a las 7 un sándwich o hamburguesa, o pollo frito. Los días viernes se reúnen con su comunidad y cuando hay alguna emergencia cualquier día, pero el viernes está destinado a las reuniones con su comunidad para informar del proceso.	En la cena, su esposa cocina y comen juntos hablando de tema del proceso. Los domingos varían cuando van al culto (iglesia cristiana).
En la noche acostarse a las 9, temprano por el frío que hace en la región y quedarse a mirar la televisión hasta lograr dormir.	Se acuestan temprano por el frío y se quedan a mirar televisión, señala que su esposa duerme más rápido pero él no logra conciliar el sueño.

Como se observa la rutina del Sr. Paulino no permite la socialización ni actividades que involucren desgaste de energía, por lo que una vez que el paciente ha relatado sus actividades en la sesión, se procede junto con el paciente a establecer las medidas de higiene siguientes:

### *Medidas para la Higiene del Sueño*

1. Establecimiento de reglas:
  - a. Alimentación adecuada: tomar desayuno que incluya fruta, almorzar algo sustancioso (sopa y segundo) y cenar algo liviano, no comida grasosa porque no ayuda en la digestión por ello una dificultad para iniciar el sueño. En este punto el paciente señaló que tiene dificultades para ir solo a una pensión entonces por el momento cocinaría o le pediría a su esposa que le deje preparado algunos alimentos a fin que pueda cocinarlos.
  - b. No dormir la siesta en la tarde.
  - c. Iniciar las actividades del día a la misma hora.
  - d. Evitar leer el expediente del proceso por las noches a fin de repasarlo porque genera preocupaciones y mucha activación.
  - e. No “pijchar” coca por la tarde.
2. Actividades que facilitan el sueño:
  - a. Hacer actividades que ayuden al desgaste de energía, para ello el paciente sugirió que podía usar una máquina de abdominales que está en su casa guardada, y los ejercicios los realizaría antes de la cena, entre las 5 y 6 de la tarde, durante una hora a excepción del viernes que es reunión de su comunidad, señala que esos días de reunión le quitan mucha energía y siempre vuelve cansado.
  - b. Después de la cena, leer un libro para que pase el tiempo de la digestión. El paciente señaló que siente que está apartado de su iglesia y que leería la biblia para reforzar su fe.

- c. Tomarse un baño, después de la lectura y acostarse por el frío que hace. Ver televisión por un rato hasta que empiece el sueño y apagarla, estar completamente a oscuras para empezar a dormir.
- d. Si los primeros minutos se le pasa el sueño, levantarse e ir a leer algo que no requiera mucha concentración. Y si a mitad de la noche se despierta, levantarse y abrigarse (por el frío) e ir a la sala a leer algo, no ver televisión ni ponerse películas interesantes que quiten el sueño.

*Tarea para la casa:*

En esta primera sesión antes de su finalización, se pidió al paciente que como tarea para la casa para la siguiente sesión, pensar en 3 razones por los cuales el considera necesario que vaya todos los días al juzgado por la mañana por más de 3 horas y si considera hacer alguna otra actividad relacionada con su profesión o algo que le interese académicamente y que pueda destinar el tiempo que usa para estar en el juzgado.

*Registro de las medidas de higiene:*

Por último se pidió que registrara si ha aplicado las medidas de higiene de sueño señaladas en la sesión para poder comentar la siguiente sesión, después de una semana.

## **Segunda Sesión**

*Fecha de la sesión:*

Esta sesión se llevó a cabo el 14 de febrero de 2015.

*Revisión de autorregistro:*

La segunda sesión inició con la revisión del registro acerca del cumplimiento durante la semana (entre la primera y segunda sesión) a fin de identificar los problemas o dificultades en las medidas de higiene señaladas.

Las dificultades encontradas fueron en la comida, ya que refiere que por facilidad cena algo comprado del snack que se encuentra al lado de su casa, por lo que come pollo frito, hamburguesas, salchipapas y comida grasosa, y al sentirse tan hartado no puede entrar a dormir a la hora acostumbrada.

Por lo que se buscó una alternativa, que es la de sobrar algo del almuerzo para usarlo de cena, o en su caso comer más temprano, y la rutina de ejercicio iniciarla una hora antes.

Señala que en esta primera semana tuvo dos noches en las que durmió muy bien, y que no se despertó a media noche, identificando que fue porque comió algo más liviano e hizo un poco de ejercicio adicional. Por lo que en la siguiente sesión se pidió que reporte del mismo modo las dificultades y si pudo cumplimentar lo acordado.

#### *Revisión de Tarea y reestructuración cognitiva*

Se procedió a la revisión de la tarea encomendada señalando el paciente como razones:

1. Tengo que estar en la mañana porque así puedo hablar con el Juez sobre el caso.
2. Si estoy ahí mi persona los presiona.
3. Puedo pensar en otras estrategias para el proceso.

Fue necesario introducir la reestructuración cognitiva en esta segunda sesión, debido a que el paciente desgastaba mucho tiempo en el Juzgado pudiendo realizar otras actividades sean laborales o educacionales que lo distraigan del problema y no mantengan su foco de atención en el conflicto legal.

Para ello se utilizó el diálogo socrático como técnica que permita debatir estas razones que identifica el paciente, entonces se empezó con la primera razón, preguntado cuantas veces había hablado con el Juez estando toda las mañanas y toda la semana, y refirió que solo una vez o máximo unas dos

veces le habían permitido hablar, y se le pregunto por qué cree eso, a lo que respondió que el Juez quizás se está parcializando con los avasalladores, a esta respuesta se le pregunta si es el único caso que el Juez atiende y dijo que no, entonces se le pregunta si había pensado en otras posibilidades que no sea esa, y respondió que no lo había visto de esa manera, y se le planteó la idea si sería mucho mejor ir al juzgado una vez a la semana y acordar una cita con él con la secretaria para poder conversar sobre sus dudas, y señaló que pensaría esa posibilidad.

Se avanzó con la segunda cuestión, preguntando cuanto realmente ha avanzado el proceso solo con su presencia, y el paciente señaló que no mucho, pero que creía que si estaba ahí recordarían el proceso, entonces se le preguntó, que como es un conflicto público que todos incluso en el país han escuchado de él, si eso no era suficiente, a lo que respondió que podía ser posible.

Y posteriormente se ingresó con su tercer argumento, preguntado, y cuantas estrategias ha pensado en esta semana, y señaló ni una, y se preguntó si las semanas anteriores había pensado en otras estrategias, y dijo que no muchas, entonces se le volvió a preguntar si esas estrategias eran legales y si ayudarían a la toma de decisión al Juez, y señaló que no, entonces se le planteó que si estando en el Juzgado todos los días ha logrado que el proceso avance y señaló que no, y enseguida se le planteó la posibilidad que disponga un día a la semana para ir al Juzgado y preguntar qué acciones podría realizar o si tiene que esperar al fallo al Juez, para después pensar en estrategias que realmente ayuden a su proceso, a lo que en un primer momento se quedó callado y luego dijo que podría ser posible hacer eso.

Entonces se le propuso que haga la prueba durante una semana (ya que no se mostraba muy convencido), y escoja un día por ejemplo un miércoles y que solicite una cita para preguntar sus dudas sobre el proceso de desalojo que se interpuso contra los avasalladores, a lo que accedió el paciente señalando que

haría lo posible y que en la siguiente sesión se discutiría que beneficios ha traído esa propuesta.

Después de ello se le pidió al paciente que trate de realizar otras actividades relacionadas a su rubro, que pueda leer o dedicarse a algo que no sea sólo el proceso en cuestión.

*Enseñanza de técnicas de relajación:*

Posteriormente, se enseñó al paciente técnicas de relajación que ayuden a controlar las respuestas fisiológicas que se presentan cuando recuerda los acontecimientos violentos, o cuando hablan del tema. Por lo que se enseñó en un primer momento la respiración diafragmática que podía ser muy útil que la realice antes de acostarse, y también para controlar la sensación de ahogo que son acompañadas por ritmo cardiaco acelerado y palpitaciones.

También se enseñó que en caso de estar con alguna amistad o colega, o en una reunión con su comunidad, salga por un momento, se excuse y vaya a un lugar apartado y se concentre en respirar profundamente contando hasta 10 y expirar hasta botar todo el aire y repetir entre inhalación y expiración la palabra “calma o tranquilo”. Hacer un ciclo de 5 a 6 veces o más; hasta que sienta que se encuentra más tranquilo y que ya no siente hiperventilación (Echeburúa et. Al, 2001).

Se entregó al paciente una ayuda memoria de la técnica de relajación.

*Tarea para la casa:*

Practicar esta técnica dos veces al día, por la mañana al levantarse y antes de acostarse por la noche y se indicó al paciente que podía incorporar a la técnica alguna pieza musical con ritmo suave si es que no le gustaba estar completamente en silencio mientras realizaba los ciclos de respiración, y también mientras está realizando los ejercicios podría pensar en la imagen de algún lugar que le guste mucho y que le da paz. Y que la siguiente sesión

comente acerca de la experiencia y si le ha traído algún beneficio para aplacar la hiperventilación y para conciliar el sueño.

Asimismo se pidió al paciente que registre en qué actividades o situaciones inicia la hiperventilación y si ha puesto en práctica lo aprendido.

### **Tercera Sesión**

*Fecha de la sesión:*

Esta sesión se llevó a cabo el 21 de febrero de 2015.

*Revisión del autorregistro de las medidas de higiene de sueño:*

Se inició la sesión con la revisión del registro de las medidas de higiene, el paciente señaló que la semana estuvo mejor en cuanto al sueño, hizo ejercicio adicional durante toda la semana (aumentó media hora adicional) y las cenas fueron más livianas, y sólo comió comida chatarra dos veces a la semana pero que no estaba muy indigestado.

Respecto a la dificultad de la comida identificada la anterior sesión, refirió que aplicó la alternativa de sobrar comida del almuerzo y señala que está mejorando su alimentación, y el ejercicio le permite estar más cansado, pero que había tenido pesadillas la noche del miércoles de esa semana y que ya no pudo dormir, como era las 5 de la mañana cuando despertó prefirió levantarse e iniciar su día más temprano.

Con respecto a las pesadillas se le pidió al paciente que describa que soñó, y refirió que soñaba que lo golpeaban muchas personas y que lo sujetaban de las piernas y que él gritaba y que no podía escaparse, entonces en este punto se le indicó al paciente que cuando tenga una pesadilla él puede ejercer cierto control en sus sueños, es decir que cuando él tenga una pesadilla y despierte, le ponga un final positivo como por ejemplo repetirse: “tengo medidas de protección impuestas por el Juez y ellos ya no pueden acercarse porque

tendrían mayores problemas legales y yo podría denunciarlos a la policía en caso que no las cumplan”

Se le indicó al paciente que para la siguiente sesión continúe con el registro y aplique lo aprendido en caso de las pesadillas.

*Discusión sobre las propuestas del cambio de actividades de la mañana:*

Como se había quedado en la sesión anterior, se pidió al paciente si había hecho la prueba sobre tener actividades alternativas que no sólo impliquen desgastar tiempo en el Juzgado y pedir una cita con el juez. El paciente señala que había ido tres veces al Juzgado, el día lunes, martes y luego el viernes.

Señala que habló con el Juez sólo una vez, día viernes y que le había aclarado sus dudas respecto al proceso, a lo que él comprendió que no era necesario estar todo el tiempo sentado allí, por la cuestión de los plazos procesales, debiendo ir solamente al Juzgado una vez a la semana para preguntar si ya había salido la resolución de desalojo.

Y respecto a las otras actividades refiere que va a trabajar desde la siguiente semana en la realización de proyectos agropecuarios los cuales podría trabajar una vez que concluya el proceso, y destinará este trabajo en la mañana cuando no vaya al Juzgado y en la tarde antes de hacer ejercicio.

*Revisión de la tarea de práctica de las técnicas de relajación:*

El paciente señaló que ha cumplido la tarea de practicar las técnicas de relajación aprendidas y que su esposa podría asistir la siguiente sesión para conversar con ella y corroborar la información que nos da el paciente.

*Revisión de registro de situaciones y actividades que provoquen hiperventilación:*

Respecto al registro de situaciones, identificó que en la semana hubo estallido de cuetes y que empezó a hiperventilar cuando estaba con su esposa, pero que intentó aplicar la técnica y tuvo algo de éxito. En este punto se incitó al

paciente que lo intente y que practique, y que no se frustre si es que no aplica perfectamente la técnica.

Se pidió al paciente que continúe con el registro y que practique lo aprendido.

#### *Terapia de exposición*

Después de las revisiones de registros y tareas, se inició con el trabajo para atacar el núcleo del Estrés Postraumático, mediante la exposición prolongada en imaginación de los recuerdos de los eventos violentos que había sufrido por parte de los avasalladores.

Se le explicó al paciente que se grabaría una nota de voz en su celular (ya que el paciente no tiene un aparato de radio o reproductor de cd) sobre los dos acontecimientos violentos. Por lo que él tendría que expresar todo lo que pasó la primera vez y la segunda vez que sufrió violencia, tratando de ser muy detallista y expresando todo lo que sentía mientras sucedían ambos sucesos. Entonces el paciente empezó a relatar los dos sucesos mientras se grababa, fue un relato de 14 minutos donde expresó su enojo, su rabia, y rompió en llanto cuando habló acerca del maltrato hacia su esposa por parte de los avasalladores, y los sentimientos de culpa que envolvían esa situación.

#### *Tarea para la casa:*

Se pidió al paciente escuchar la grabación todos los días después del almuerzo y después de escucharla, aplicar las técnicas de relajación hasta que se sienta más tranquilo, asimismo se explicó que la grabación se escucharía durante las siguientes sesiones.

### **Cuarta Sesión**

#### *Fecha de la sesión:*

28 de Febrero de 2015

*Revisión de registros y tareas:*

Se inició la cuarta sesión con la revisión de los registros de higiene de sueño, y según lo que señalaba el paciente la calidad de sueño había mejorado bastante, y no había tenido pesadillas durante esa semana. Y se pidió que se registre para la siguiente sesión.

Posteriormente se preguntó al paciente sobre las actividades que había realizado en la semana en los horarios en los que iba al Juzgado, señaló que fue casi toda la semana porque tenían que presentar unos memoriales y tenían programada una audiencia que no se llevó a cabo, por lo que estuvo muy desanimado y preocupado durante toda la semana, lo que provocó mayores episodios de hiperventilación y refiere que durante la audiencia sentía que perdía el control pero aplicó la técnica de relajación varias veces mientras se llevaba a cabo, y eso lo tranquilizó. También refirió que se quedó más de una hora después de la audiencia por temor a que fuera agredido, y se incrementó la necesidad de salir de su casa acompañado.

Se explicó al paciente la importancia de aplicar la técnica de relajación cuando siente que hiperventila y se le motivó para que siga practicando todos los días después que escucha sobre todo la grabación sobre los eventos violentos que ha sufrido.

*Terapia de exposición:*

Luego se escuchó la grabación, y después de ella se practicó la técnica de relajación durante de 5 minutos, y el paciente señaló que la escucha y siente cada vez menos malestar, pero que se incrementa cuando el proceso no avanza y sobre todo porque piensa que no hace lo suficiente lo que el insomnio vuelve.

Este punto fue necesario reforzar positivamente al paciente señalando que ha trabajado mucho durante estas cuatro semanas en su higiene del sueño y que continúe practicando las técnicas aprendidas y que siga realizando las

actividades que se habían propuesto en las primeras sesiones para mejorar su calidad de sueño.

*Tarea para la casa:*

Como tarea para la casa se pidió al paciente que escuche la grabación y que practique lo aprendido para relajarse. Y se le entregó y explicó una hoja de registro para anotar los pensamientos que tiene respecto a lo vivenciado que le causan malestar y que identifique en qué actividades o situaciones estos pensamientos se activan.

Debido a cuestiones de trabajo la esposa del Sr. Paulino no pudo asistir a la reunión.

### **Quinta Sesión**

*Fecha de sesión:*

7 de marzo de 2015

*Revisión de registros y tareas para la casa:*

Como cada inicio de sesión, se realizó la revisión de registros de las medidas de higiene de sueño y las actividades que ha realizado durante la semana. Así como también de las situaciones que han generado hiperventilación.

También se pidió que siga escuchando la grabación y aplique las técnicas de relajación cuando los síntomas fisiológicos se presenten, para lograr bajar el malestar.

Para las siguientes sesiones ya no fue necesario el registro de las medidas de higiene, ni de las actividades que generaban hiperventilación, ya que sólo se le preguntaría de las dificultades percibidas.

### *Reestructuración cognitiva*

Junto a la terapia de exposición fue necesario incorporar la reestructuración cognitiva de las distorsiones cognitivas presentes.

De acuerdo al registro del paciente señaló varios pensamientos:

- Estoy nervioso todo el tiempo y no puedo calmarme.
- No represento adecuadamente a mi comunidad
- No estoy haciendo lo necesario para ayudar a mi gente.
- Mis esfuerzos no dan frutos
- Van a matarme y me quitaran mis papeles.
- Vienen por mí y me van a despojar de todo.
- No me siento confiado para poder caminar solo
- Por mi culpa golpearon a mi esposa

Estos pensamientos se activaban sobre todo cuando escuchaba ruidos, estallido de cuetes o dinamita, o cuando veía gente reunida en grupos en la calle, o gritaba o peleaba.

Para trabajar con estos pensamientos se utilizó la reestructuración cognitiva y el diálogo socrático.

En esta sesión se trabajó con tres pensamientos:

- No represento adecuadamente a mi comunidad
- No estoy haciendo lo necesario para ayudar a mi gente.
- Mis esfuerzos no dan frutos

Los cuales se leyeron al paciente para que él pueda agruparlo en uno a lo que él refirió “que no hace lo necesario para recuperar las tierras y siente que decepciona a la gente de su comunidad”. Se trabajó este pensamiento, utilizando también el diálogo socrático para que el paciente se percate con la ayuda terapéutica que él ha hecho todo lo posible sobre todo dentro del proceso, y que la decisión no la tiene él, y que no está en sus manos sino en la decisión que tome el Juez, así también se ha pedido que el paciente sustente la

idea de que decepciona a la gente de su comunidad, haciéndole notar mediante preguntas si alguien de su comunidad ha expresado descontento o molestia sobre todo en las reuniones, a lo que el paciente señaló que es más bien al contrario, porque lo apoyan y refuerzan para que los siga representando.

En este punto fue necesario aplicar la parada de pensamiento, es decir que se le enseñó al paciente que cuando le viniera a la cabeza este pensamiento, él frenara el mismo, repitiéndose que la decisión la toma el juez y que él ha hecho todo lo que estaba a su alcance, y la gente le agradece por ello.

Posteriormente se trabajó con el pensamiento “por mi culpa golpearon a mi esposa”, aquí fue necesario hacer hincapié que la situación de violencia era desconocida para ambos, porque el paciente no había pensado que se iba a desatar agresión física cuando él fue junto a su esposa a los terrenos a hablar de manera pacífica con los avasalladores, y que este aspecto lo discutiríamos con su esposa al final de la sesión.

Antes de concluir la sesión, en los últimos 15 minutos, la esposa del Sr. Paulino ingresó al consultorio donde se le preguntó qué aspectos desde la terapia su esposo había cambiado, ella refirió que estaba muy contenta que él busque apoyo psicológico ya que desde el primer hecho de violencia ella le había referido que se sobresaltaba y hablaba mucho por la noche y no podía dormir lo que le provocaba estar irritado todo el tiempo señalando que se encontraba cansado, entre otros aspectos refirió que don Paulino se había vuelto más dependiente sobre todo en las salidas al mercado, tiendas, paseos por las plazas, porque temía que los avasalladores lo ataquen de nuevo. Respecto a los cambios terapéuticos que ella observaba señala que era evidente que su esposo estaba más relajado y más confiado en las labores que estaba realizando para su comunidad, pero notaba que la inseguridad en cuanto a la sentencia de desalojo lo desanimaba y notaba que se volvía más preocupado y nervioso.

Se pidió a la esposa del sr. Paulino, que diera su opinión acerca del pensamiento que tenía su esposo al sentirse culpable por la golpiza que ella había recibido, a lo que ella refirió que muchas veces se lo había dicho y en la sesión le explicó al Sr. Paulino que esa situación fue algo que sucedió sin pensar, y que no hubo más daños graves y ahora están más seguros y toman mayores previsiones a fin de evitar futuras agresiones.

La presencia de la esposa de Don Paulino fue muy importante porque el paciente comprendió que sentirse culpable por algo que no estaba previsto, sólo le causaba malestar que no era bueno para su salud. Y que debía usar en caso de tener estos pensamientos la parada de pensamiento, señalando que esta situación no estaba prevista y que ambos ahora están a salvo.

*Tarea para la casa:*

Poner en práctica la parada de pensamiento, cuando las distorsiones cognitivas se presenten.

**Sexta sesión**

*Fecha de la sesión:*

14 de marzo de 2015

*Comentarios sobre actividades y dificultades:*

El paciente señaló que ha continuado con todas indicaciones, y que las pesadillas se habían reducido y había aplicado el final feliz cuando despertaba, y podía dormir más fácilmente.

Respecto a la terapia de exposición, señaló que escuchaba la grabación y cada vez menos sentía rabia, indignación, y que su esposa lo apoyaba mucho en continuar con el tratamiento, ya que había dejado de estar muy irritado y se sentía mejor.

*Reestructuración cognitiva:*

En esta sesión se trabajó con estos dos pensamientos: “Van a matarme y me quitaran mis papeles” y “Vienen por mí y me van a despojar de todo”, los cuales se activaban cuando escuchaba ruidos sobre todo, gritos en la calle o bulla, lo que hacía que se levantara de cama y revisara las cerraduras de la casa o evitar lugares concurridos.

Se aplicó también el diálogo socrático para poner también en duda y mostrar la falta de sustento de sus pensamientos, ya que desde el último hecho de violencia física que sufrió en septiembre de 2014, no habían vuelto a agredirlo, y más aun con las medidas de protección impuestas, del mismo modo se instó al uso de la parada de pensamiento usando un pensamiento más positivo y más realista “no pueden hacerme daño porque tendrían más problemas, y ahora estoy más seguro porque puedo llamar a la policía”.

Posteriormente se trabajó con el pensamiento “estoy muy nervioso a veces y no puedo calmarme”, respecto de este pensamiento el paciente refirió que se le viene a la cabeza sobre todo cuando camina por la calle y ve grupo de gente reunida, se trabajó de la misma manera aplicando las técnicas cognitivas, y también la parada de pensamiento, en este caso se usó un pensamiento más positivo “puedo calmarme, relajándome”, y combinarlo con las técnicas de relajación.

*Tarea para la casa:*

En esta sesión se pidió al paciente como tarea para la casa, aplicar ambas técnicas (relajación, parada de pensamiento) cuando se presentaran estímulos como por ejemplo estallido de un cuete, gritos, etc. donde el paciente al escucharlo se relajara y se repitiera “ya no pueden lastimarme, estoy seguro”.

En este punto de la terapia fue importante instar al paciente para que realice actividades gratificantes, junto a su esposa y amigos, primero en un espacio donde él se sienta más seguro, por lo menos una vez a la semana como por

ejemplo ir a comer a la casa de un amigo o invitarlos a cenar, o ir de paseo a otros lugares como el campo, aguas termales, etc.

### **Séptima Sesión**

#### *Fecha de la sesión:*

21 de marzo de 2015.

La sesión se llevó a cabo en la comunidad del Sr. Paulino al Norte de Potosí, ya que el no pudo viajar a la ciudad de Potosí donde se desarrollaron las primeras sesiones, por lo que aprovechando el viaje se vio por conveniente aplicar la exposición en vivo para trabajar los síntomas de evitación.

#### *Revisión de tareas y dificultades:*

Fue importante trabajar al inicio de cada sesión, la revisión de las tareas donde el paciente de manera verbal pueda señalar los cambios percibidos y las dificultades que se hubieran presentado durante toda la semana en cuanto a la higiene del sueño, el desgaste de energías en otras actividades diferentes al seguimiento del proceso, la presencia de síntomas fisiológicos que a un inicio lo molestaban y posteriormente fue controlándolas.

Después de haber trabajado con la reestructuración cognitiva, aún estaban presentes según lo que refería el paciente el pensamiento de que el proceso no saldría a su favor lo que ocasionaba recaídas, por lo que se instó al paciente que es importante aplicar lo aprendido para tranquilizarse, y pensar más positivo con respecto al trabajo que él ha hecho como dirigente de su comunidad.

También en esta sesión, se hizo una evaluación sobre la tarea de escuchar la grabación sobre los eventos que había sufrido, el paciente manifestó que escucha la cinta y ya no siente tanto malestar, por lo que se pidió que siga escuchando la grabación hasta la siguiente sesión.

Respecto a las actividades gratificantes señala que su esposa organizó una reunión familiar con almuerzo y que se sentía un poco incómodo pero que su esposa estuvo a su lado apoyándole por lo que disfrutó de cierta manera la reunión, y que quedó con su primo una reunión de puros hombres.

### *Exposición en vivo*

Después de realizar la evaluación de las dificultades y el cumplimiento de las tareas, se le explicó al paciente que esta sesión consistiría en salir a los lugares que él había estado evitando como calles concurridas de gente, plazas, lugares de almuerzo y comida, a fin que el enfrente aquellas situaciones que ha estado evitando debido a las distorsiones cognitivas y a las respuestas fisiológicas que presentaba.

Previamente se le explicó que se daría un paseo por los lugares menos concurridos y luego por los lugares más concurridos (se estableció previamente una jerarquía: primero la calle de su casa, luego las calles aledañas donde se reunía gente, luego restaurantes concurridos de comida y por último las dos plazuelas más concurridas) que en todo momento se le apoyaría terapéuticamente con las técnicas de relajación y con la parada de pensamiento.

El paciente estuvo motivado para realizar esta actividad y primero se inició la caminata por su calle, mostrándole que la gente se reúne para conversar y no para planificar agredirlo, que muchos de los avasalladores ya no pueden acercársele por orden judicial, se pidió al paciente que mientras caminaba que practique respiración y señale si siente muy nervioso para descansar y sentarse en una plazuela del pueblo, el paciente se mostró muy ansioso, pero poco a poco mientras expresaba lo que sentía fue calmándose y después de caminar por varios lugares que él estaba evitando durante media hora, se retornó al consultorio para poder conversar sobre sus sensaciones, pensamientos y sentimientos.

Fue positivo que el paciente tuviera la predisposición de salir a caminar ya que esto lo ayudaría a tener confianza en sí mismo.

#### *Tarea para la casa*

Como tarea se pidió al paciente que hasta la siguiente sesión saliera a otros lugares solo, ya que con la sesión de hoy se mostró que no hay peligros, que la gente del pueblo no está tramando agredirlo porque ahora todo se está resolviendo por medio de las autoridades jurisdiccionales.

### **Octava sesión y novena sesión**

#### *Fecha de la sesión:*

28 de marzo y 4 de abril de 2015

Se tuvo dificultades porque el proceso de desalojo no podía ser ejecutado, debido a la necesidad de tractores para realizar los derrumbes de las casas que estaban construyendo los avasalladores en los terrenos que eran propiedad de Don Paulino y otros comunarios, debido a ello don Paulino pospuso la sesión dos semanas después.

La sesión octava y novena se llevaron adelante en la ciudad de Potosí.

#### *Revisión y evaluación de dificultades:*

Como cada inicio de sesión, en ambas se pidió una retroalimentación sobre las actividades que había realizado en estas dos semanas, y que como ya se estaba concluyendo con las sesiones de terapia era fundamental que el paciente pueda comprometerse con las actividades programadas.

Refirió el paciente que en estas dos semanas, había practicado como 4 veces a la semana las técnicas de relajación la parada de pensamiento, y había salido con frecuencia de su casa, sin la compañía de sus compañeros de la comunidad y que tenía más confianza en sí mismo, si bien aún tenía

dificultades en controlar la hiperventilación consideraba que con el tiempo esta situación mejoraría.

Señala que estaba muy preocupado cuando salió la sentencia, y que al ser notificado que salió a su favor estuvo más tranquilo pero también temeroso porque las represalias que podría recibir más adelante, señala que estuvo ocupado buscando apoyo de la gobernación del departamento y de la policía para que no se sufran agresiones ni enfrentamientos. Señala que los cabecillas del movimiento habían desaparecido y que solo quedaban algunas personas que habían sido estafados, y que de manera pacífica se desalojó a los avasalladores.

#### *Regulación de emociones*

De acuerdo a los registros de las dificultades, se vio por conveniente introducir la regulación de emociones sobre todo las negativas como la desconfianza y el distanciamiento de las personas y situaciones sociales, ya que después de las 7 sesiones donde se ha trabajado las técnicas de exposición, fue necesario que se trabaje con el paciente en estas dos sesiones la importancia de retomar amistades, reuniones con familiares, amigos y que pueda dejar de ser dependiente al momento de salir de su casa para trasladarse a otros puntos de su comunidad, como ir a pasear con su esposa a las plazas, ir a comer a lugares donde concurre más gente, hacer deporte y otras actividades que le permitan confiar en el ambiente en el que vive y sobre todo la importancia de volver a trabajar en sus proyectos.

Se le explicó en cada sesión la importancia de generar un estado de ánimo positivo y favorable, buscando realizar actividades que impliquen contacto social donde no se hable del proceso legal, sino de aspectos comunes de las personas, vida privada, opiniones sobre otros temas del país, asistir a entradas folklóricas, que van a distraerlo y ayudarlo a reforzar también su relación de pareja.

Se trabajó en estas sesiones, el tema de la autoestima, se le explicó en que consiste este aspecto, y que se realizaría un ejercicio “el inventario de autoconcepto”, se le explicó que escriba en la hoja proporcionada los aspectos positivos y negativos de las distintas áreas de la autoestima, y posteriormente señalar con una cruz las áreas más problemáticas.

Luego que se identificaron, se trabajó con el paciente la reestructuración cognitiva, reforzando con los aspectos positivos que había identificado el paciente.

Asimismo se enseñó las reglas de oro en relación con el autoestima.

*Tarea para la casa:*

Aplicar las reglas de oro de la autoestima y realizar actividades gratificantes.

### **Décima Sesión**

*Fecha de la evaluación:*

11 de abril de 2015

*Prevención de recaídas*

En esta sesión se analizó con el paciente las circunstancias que han permitido que los síntomas se mantengan y cronifiquen durante los 7 meses después de la agresión física que había sufrido.

Se ha identificado junto al paciente que los estímulos que aún ocasionan recaídas son: los resultados del proceso legal, el estallido de cuetes y dinamita y la bulla de la gente reunida.

Y que frente a estos debe aplicar las técnicas aprendidas y la distracción cognitiva mediante la implicación de actividades sociales con su red de apoyo (esposa, amigos, familiares) y que es importante compartir sus preocupaciones

con su esposa sin vergüenza porque ella lo ha apoyado desde el inicio de las sesiones terapéuticas, y que es una recaída no significa un retroceso.

### Resultados postratamiento

Después de realizarse las 10 sesiones de tratamiento se procedió a realizar una nueva evaluación al paciente. Se aplicaron los mismos instrumentos de la línea base y se realizó una entrevista, a continuación se exponen los mismos:

Tabla 6. Resultados pre y postratamiento

Instrumentos y escalas	Pretratamiento	Postratamiento
Escala de gravedad de Síntomas del TEPT (Puntuación Global)	30	13
Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI)	44	29
Inventario de Depresión de Beck (BDI)	26	11
Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS)	24	9
Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)	21	26
Escala de Inadaptación (EI)	22	14

Como se observa en la tabla, haciendo una comparación entre el pretratamiento (línea base) y el postratamiento, los resultados obtenidos muestran que los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático han disminuido, y la sintomatología ansiosa y depresiva no es significativa y el paciente muestra mayor adaptación a la vida cotidiana.

Respecto a la autoestima, esta se ha mantenido dentro de los parámetros bajos, pero sin embargo el paciente señaló en las sesiones que no tenía confianza en sí mismo desde que era muy joven, pero consideraba un aspecto que debía trabajar.

## Resultados del Seguimiento a los 3 meses

Tabla 7. Resultados de las diversas evaluaciones

<b>Instrumentos y escalas</b>	<b>Pretratamiento</b>	<b>Postratamiento</b>	<b>Seguimiento</b>
Escala de gravedad de Síntomas del TEPT (Puntuación Global)	30	13	9
Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)	44	29	22
Inventario de Depresión de Beck (BDI)	26	11	9
Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS)	24	9	7
Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)	21	26	29
Escala de Inadaptación (EI)	22	14	12

Se realizó el seguimiento en la penúltima semana del mes de Julio, a los tres meses de concluido el tratamiento y posterior a la evaluación del postratamiento.

El paciente refiere que muchos de los síntomas que sufría a un inicio paulatinamente fueron desapareciendo, quedando algunos síntomas de reexperimentación sobre todo los referidos a las pesadillas, que de vez en cuando se producían efecto del temor a la represalia de haber ganado el proceso legal, y las alteraciones negativas cognitivas referidas sobre todo a la inseguridad judicial que percibía.

Por ello se ha visto necesario que se continúe con el seguimiento a los 6 meses y un año de concluido el tratamiento, todo en razón de la inseguridad que genera el sistema procesal.

### Evolución de los síntomas psicopatológicos de la línea base, postratamiento y seguimiento

Figura 5. Escala de gravedad de Síntomas del TEPT (Puntuación Global)

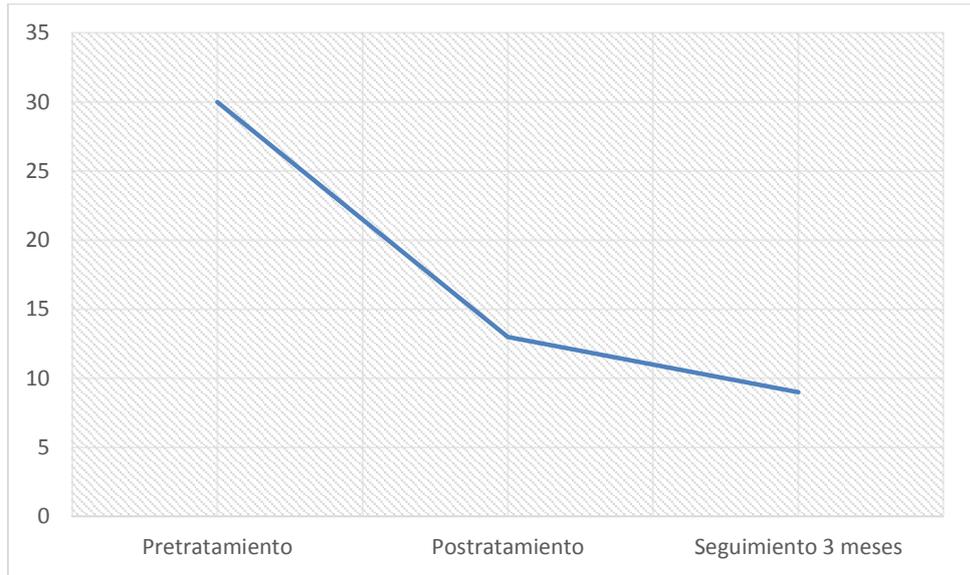


Figura 6. Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI)

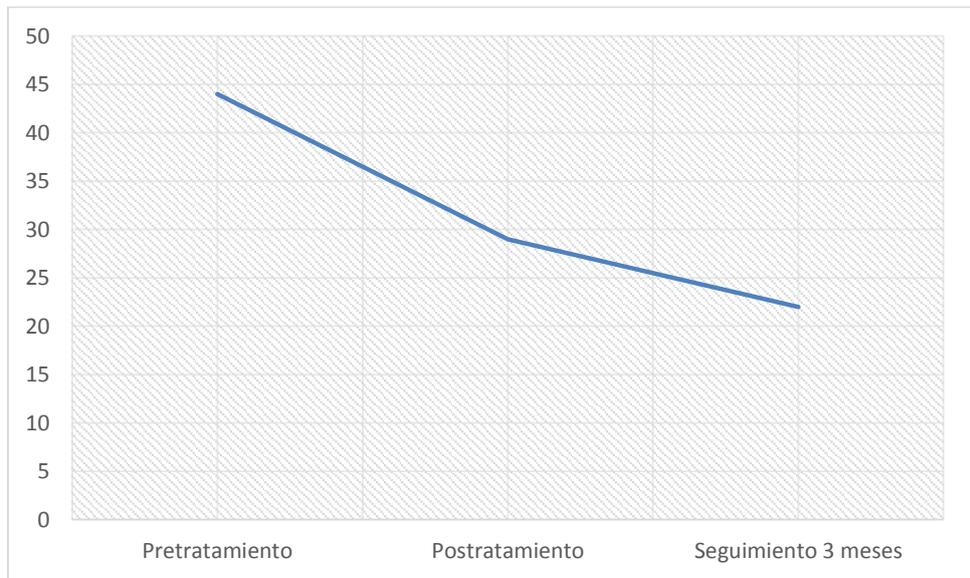


Figura 7. Inventario de Depresión de Beck (BDI)

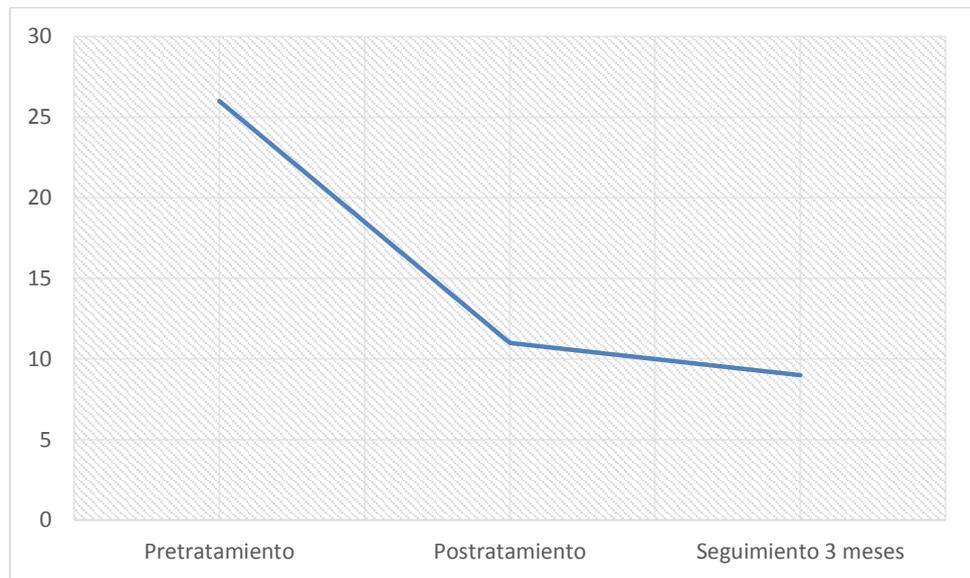


Figura 8. Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS)

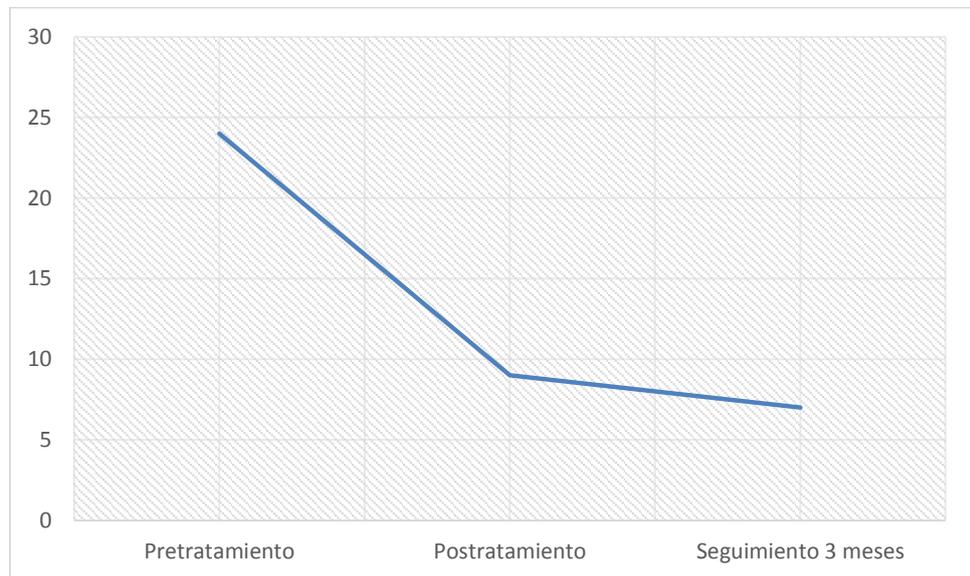


Figura 9. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

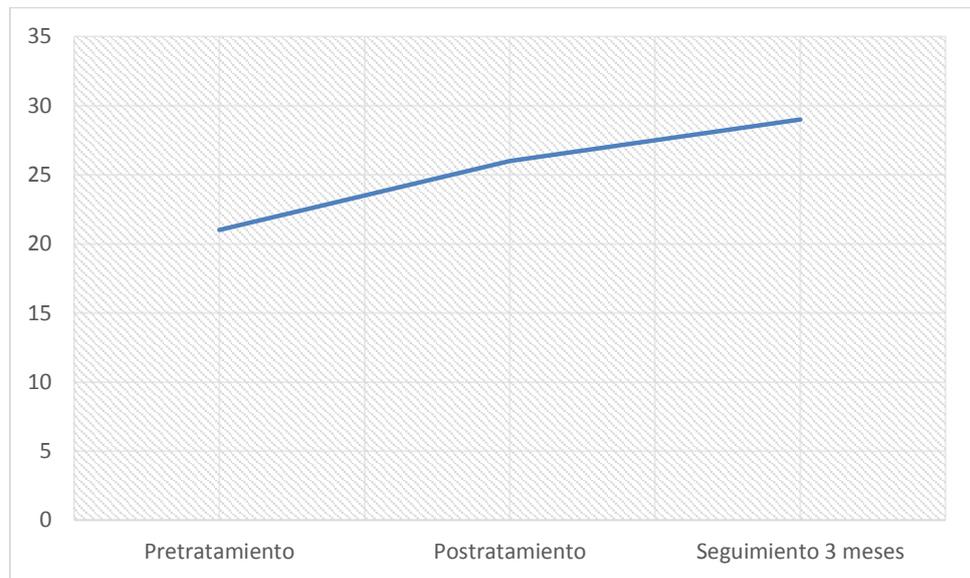
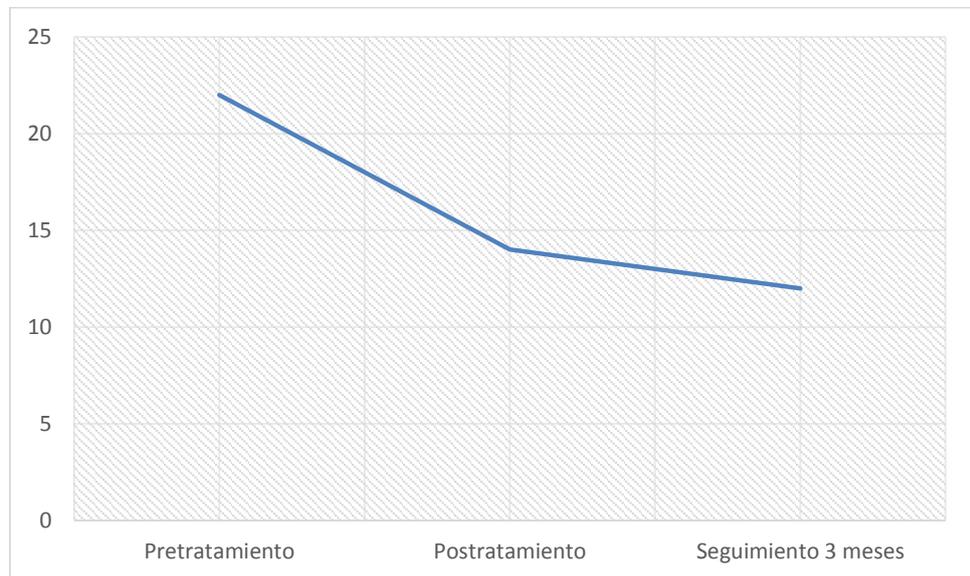


Figura Nº 10: Escala de Inadaptación (EI)



## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio, muestran la utilidad del Tratamiento Cognitivo Comportamental (TCC) aplicado a una víctima de avasallamiento de tierras.

En primer lugar es importante señalar que el trabajo realizado con este tipo de víctimas es poco común, debido a que el avasallamiento de tierras es poco estudiado en cuanto a sus efectos a nivel mundial, ya que es un fenómeno que se presenta en Latinoamérica especialmente en Bolivia, no existiendo antecedentes en otras partes del mundo.

Numerosos reportajes en medios de comunicación nacional dan cuenta de este fenómeno que se produce de manera violenta hacia un grupo de personas con el fin de amedrentar y despojar sus bienes. Pero en este tipo de delito no se toma en cuenta las consecuencias psicopatológicas que deviene en las víctimas que sufren la violencia ejercida por los avasalladores, ya que recién desde el año 2013 se considera al avasallamiento de tierras un delito, pero no se prevé el impacto en la salud mental de quienes sufren estas consecuencias, por ello la particularidad de este trabajo de investigación.

Si bien no se tienen antecedentes de trabajo con este tipo de víctimas, para realizar las comparaciones de los resultados con otras muestras de otros departamentos en Bolivia o en otros países como España o América Latina, se ha visto conveniente hacer comparaciones con otras víctimas de otros delitos (terrorismo, violencia doméstica, violación) a las cuales se les ha aplicado el TCC.

Los resultados obtenidos muestran la eficacia del TCC con una mejora entre el 80% y 85% en la víctima en los resultados del postratamiento, haciendo una comparación con el trabajo realizado en víctimas de violencia doméstica (Labrador, 2004, 2007), o en víctima de terrorismo (Echeburúa, 2010) o de

agresiones sexuales (Echeburúa et al., 1995, 1996, 2000, 2002) muestran la eficacia de la terapia de exposición y reestructuración cognitiva.

En cuanto a la comparación de los síntomas de Estrés Postraumático se observa en los estudios comentados que los síntomas de reexperimentación bajan de manera considerable, quedando en muchos casos los sueños repetitivos en forma de pesadillas que aquejan al paciente de vez en cuando, o recuerdos intrusivos a los cuales les acompaña el malestar psicológico, en las evaluaciones posteriores muestra que baja considerablemente la puntuación; en el caso de los síntomas de evitación referidos a la disminución en la participación de actividades o de lugares donde sucedieron los hechos asimismo bajan las puntuaciones, mostrando una mejoría de la víctima al enfrentarse a lo que teme y los síntomas de hiperactivación del mismo modo bajan considerablemente, mostrando la víctima menor irritabilidad, y menor dificultad en la concentración y en la realización de otras actividades cotidianas.

Respecto a las variables psicopatológicas (ansiedad, depresión, inadaptación) la evolución es similar a la experimentada por el Trastorno de Estrés Postraumático.

Respecto al seguimiento, otros estudios señalan que en el seguimiento que se realiza a los 3 meses, 6 meses y 12 meses el paciente mejora en más del 85%, por lo que muestra la utilidad del Tratamiento, pero para poder evaluar la eficacia del tratamiento y compararlo con otros tratamiento eficaces (inoculación de Estrés, o entrenamiento asertivo y otros) será necesario aplicarlo con una muestra adecuada de víctimas de avasallamiento.

Respecto a la adherencia al tratamiento, ha sido alta. La víctima de avasallamiento comparando con otras víctimas ha aceptado el tratamiento y se ha sometido a él de manera comprometida concluyendo en su totalidad y cumpliendo los objetivos propuestos.

La prevención de recaídas ha sido útil también para que el paciente aplique las técnicas aprendidas ante las respuestas del sistema judicial del País, ya que en muchos casos en Bolivia, las víctimas de delitos violentos recaen o abandonan el tratamiento debido a la inseguridad que perciben del proceso, ya que en muchos casos la víctima vuelve a tener contacto con el agresor y al no recibir el tratamiento adecuado u oportuno, los síntomas se cronifican provocando mayores repercusiones en la salud.

## CONCLUSIONES

En función de los resultados obtenidos en el presente trabajo podemos concluir:

- El tratamiento cognitivo comportamental es una intervención adecuada para abordar los síntomas del Estrés Postraumático en caso de aplicarlo en una víctima de avasallamiento de tierras, tal como se observa en los resultados obtenidos en el postratamiento y en el seguimiento realizado a los tres meses.
- Se han cumplido los objetivos trazados dentro del tratamiento y el paciente ha tenido alta adherencia al mismo, mostrando compromiso y dedicación en el cumplimiento de las tareas hasta la finalización, esto es suma de importancia sobre todo cuando la víctima cuenta con una red de apoyo que pueda retroalimentar los resultados observados, asimismo señalar que los objetivos del tratamiento deben ajustarse a la idiosincrasia y al nivel cultural de las mismas, por ello este estudio si bien muestra eficacia tiene como debilidad que no existen estudios con víctimas de avasallamiento de tierras que tengan otras características (personales, lugar de procedencia, edad, nivel sociocultural distinto), las cuales podrían demostrar las variaciones de respuesta al tratamiento.
- Respecto de las técnicas aplicadas (la exposición en imaginario y en vivo así como la reestructuración cognitiva y las técnicas de relajación) han logrado que los síntomas del Estrés Postraumático vayan remitiendo, y que el paciente frente a los estímulos que provocaban su activación, ya no responda de manera fisiológica, ni los pensamientos irracionales se activen, cortando el círculo vicioso existente entre ambas respuestas (fisiológica y cognitiva) que daban lugar a comportamientos que deterioraban las actividades de la vida cotidiana, y que estos reforzaban a los estímulos. Al romperse los círculos viciosos, el paciente ha sido capaz de enfrentar a los estímulos que recordaban el suceso en sí, hasta volverlos neutros como inicialmente eran.

- Del mismo modo se evidenció que el cambio en determinadas conductas del paciente (por ejemplo: aplicación de medidas de higiene del sueño) ayudaba a otras conductas (relajación, pensamientos intrusivos). Lo que nos permite inferir que al aplicar una determinada técnica que estaba dirigida a una conducta en específica, no sólo ayudaba a la conducta en cuestión, sino que era un elemento más de ayuda para otras conductas que están asociadas, rompiendo de esta forma los círculos viciosos de las respuestas del paciente.
- El hecho de realizar un seguimiento a los tres meses, ha sido muy importante debido a las recaídas que se observaron a lo largo del tratamiento debido a la inseguridad judicial y de las sentencias efectuadas en el proceso, esto debido a la percepción que tienen los bolivianos y bolivianas del sistema judicial y a la falta de confianza en los operadores de justicia por el tema de corrupción, lo cual genera recaídas y los síntomas del estrés se agudizan, sobre todo cuando vuelven a exponerse a otros sucesos traumáticos que pueden o no estar relacionados al suceso original.

## **LIMITACIONES Y DIRECTRICES FUTURAS**

- Es importante señalar que dados los buenos resultados obtenidos en este estudio de caso es preciso realizar investigaciones con un tamaño de muestra adecuado para evaluar la eficacia de este tratamiento en las víctimas de avasallamiento de tierras.
- Un factor fundamental dentro de terapia es la red de apoyo con el que cuenta la víctima, ya que refuerza de manera positiva y alienta a la víctima a someterse al tratamiento, pero sería interesante que en futuras investigaciones se trabaje con víctimas que no cuentan con red de apoyo, a fin de comparar la adherencia y la eficacia del TCC.

## BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos mentales Versión 5. Washington DC: Panamericana.

Ayala, J. L. M., y Ochotorena, J. D. P. (2004). Trastorno de estrés Postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema* 16, 45-49.

Barlow, D., y Durand, M. (2001). Psicopatología. (3ra ed.). Madrid: Thompson editores.

Bascarán, M. T., Bobes, J., Bousoño, M., García- Portilla, M., Parellada, M., y Saíz, P. A. (2011). Banco de Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. (6ta ed.). Madrid: Cyesan.

Belloch, A. Sandín, B y Ramos F. (2009) Manual de Psicopatología Vol. II. (2da ed.). Madrid: McGraw Hill.

Benveniste, D. (2000) Intervención en Crisis Después de Grandes Desastres. *Trópicos: La Revista del Sociedad Psicoanalítica de Caracas* VIII, vol. I

Borras, S. M., Franco, J., Kay, C., y Spoor, M. (2011). El acaparamiento de tierras en América Latina y el Caribe, visto desde una perspectiva internacional más amplia. FAO.

Brom, D., Kleber, R.J. y Hofman, M.C. (1993). Victims of traffic accidents: Incidence and prevention of post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 49(2), 131-139.

Caballo, V. (1996) Manual para el Tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos (Vol. 1) Trastornos por ansiedad, sexuales y psicóticos. Madrid: Siglo XXI.

Concha- Eastmant A. y Krug E. (2002) Informe Mundial sobre la salud y la violencia de la OMS: una herramienta de trabajo. *Revista panamericana de salud pública* 12 (4), 227-229.

Corral, P. (2004). Tratamiento Psicológico a las víctimas de delitos violentos. Fundación ASMOZ.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1995). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.), *Manual de psicopatología* 2, 171-186. Madrid: McGraw- Hill.

Echeburúa, E., Corral, P. Amor, P.J., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 7-19.

Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.

Echeburúa. E y Corral P. (1998) Trastorno de estrés postraumático. *Manual de Terapia de Conducta* (Vol. 1) Madrid: Vallejo editores.

Echeburúa, E. Corral, P., y Fernández- Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de conducta*, 26, 325- 340.

Echeburúa, E., Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* 1, 181- 204.

Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P.J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, Vol. 14 (supl.), 139- 146.

Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R. y Augustyn, M. (1996). Psychiatric comorbidity in childhood posttraumatic disorder. *Child Abuse y Neglect*, 20(10), 953-961.

Fontes, S; García-Gallego, C; Quintanilla, L; Rodríguez, R; Rubio de Lemus, P. y Sarriá, E. (2010). Fundamentos de investigación en Psicología. Madrid: UNED.

Garrido, V. (2001). Amores que matan. Valencia: Algar.

Herrero, C. y Garrido, E. (2002). Los efectos de la violencia sobre sus víctimas. *Psicothema*, 14, 109-117.

Kazdin, Alan. (2001). Métodos de Investigación en Psicología Clínica. (era ed.) México: Pearson Editation.

Labrador, F.J., Fernández- Velasco, M.R., y Rincón, P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por Estrés Postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol. 6, Nº 3, 527- 547.

Labrador, F. J., Alonso, E. (2007). Eficacia a corto plazo de un Programa de Intervención para el trastorno de estrés postraumático en mujeres mexicanas víctimas de violencia doméstica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 12, 117-130.

Labrador, F. (2009). Manual de Técnicas de Modificación Conductual. 8era ed.) Madrid: Pirámide editores.

Mas Hesse, B. (2012) Trastorno por estrés postraumático. Manual de Terapia de Conducta. Madrid: UNED.

Nicolás, L. De, Artetxe, A. I., García, F., Jáuregui, M. A. y Amayra, I. (1991). Evaluación psicosocial de los efectos de un desastre natural: Estudio piloto. En Psicología ambiental: Intervención y evaluación del entorno. Sevilla: Arquetipo Ediciones.

Organización Mundial de la Salud (2002). Informe Mundial sobre la Violencia y la salud. Publicado por la Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.

Organización Panamericana de Salud (1998). Violencia Intrafamiliar: los caminos de las mujeres que rompieron el silencio. Lima: OPS/OMS. Ministerio de Salud, Cooperación Técnica Holandesa.

Pueyó A., Redondo S. (2007). Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del Psicólogo* Vol. 28 (3) 157-173.

Rincón, P., Labrador, F.J., Arinero, M., y Crespo, M. (2004) Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, Vol. 22, 105- 116.

Rodríguez, F.J., Paíno, S.G. (1994). Violencia y Desviación social: Bases y análisis para la Intervención. *Psicothema*, Vol. 6, (2), 229- 244.

Rodríguez F.J., Herrero J, Rodríguez L. (2009) Violencia y redes de apoyo social en el noviazgo. Realidad en universitarias iberoamericanas (España, Argentina, México). Oviedo: Servicio de Publicaciones Universidad de Oviedo.

Sanmartín, J. (2000). La violencia y sus claves. Barcelona: Ariel.

Sanmartín, J. (2006). Qué es esa cosa llamada violencia. Suplemento del Boletín Diario de Campo. Noviembre- Diciembre.

Soto, C., González, M. y Elías, M. (2003). Encuesta Nacional sobre Violencia Doméstica e Intrafamiliar. Centro de Documentación y Estudios (CDE). Asunción, Paraguay.

Trujillo, M (2002). Psicología para después de una crisis. Madrid: Aguilar.

Valdebenito, L. (2009). La violencia le hace mal a la familia. Chile: UNICEF.

# ANEXOS

# ANEXO 1

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo..... de..... años en  
fecha.....

Expreso de manera libre y voluntaria sin que medie presión alguna, mi consentimiento para someterme a la evaluación/ tratamiento psicológico, habiendo recibido toda la información necesaria acerca de la naturaleza y propósitos de los objetivos, procedimientos y temporalidad de la misma hasta su finalización, habiendo mi persona aclarado previamente sus dudas, con la posibilidad de abandonarla si no cumple con mis expectativas.

Asimismo, otorgo consentimiento para que la información que otorgue mi persona pueda ser utilizada para fines académicos, preservando mi identidad.

En constancia firmo.

**Firma, CI y aclaración de firma**

# ANEXO 2

## ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

### Datos Biográficos:

Nombre:  
 Edad:  
 Fecha de Nacimiento:  
 Estado Civil:  
 N° de Hijos:  
 Padres: (Viven, fallecidos)  
 N° de hermanos:  
 Grado de Instrucción:  
 Ocupación:  
 Lugar de residencia:  
 ¿Con quién vive actualmente?  
 Relación con sus padres y hermanos:

### Antecedentes Personales

¿Cómo ha sido su niñez, adolescencia y juventud?  
 ¿Ha tenido alguna experiencia de carácter traumático anteriormente en cualquiera de estas etapas?  
 ¿Cómo inició su relación de pareja?  
 ¿Qué actividades solía hacer antes del matrimonio?  
 ¿Qué actividades de ocio realiza de manera individual, de pareja y en familia?

### Situación del avasallamiento

¿Qué sucedió?  
 ¿En qué momento?  
 ¿Qué actividades realizaba en ese momento?  
 ¿Ha experimentado algún tipo de violencia en el momento del avasallamiento?  
 Señale los incidentes vividos  
 ¿Qué actos se cometieron contra su persona?  
 ¿Hubo algún bien material que fue destruido?  
 ¿Qué medios emplearon?  
 ¿Qué sintió en ese momento?  
 ¿Ha sentido que su vida corría peligro? ¿En qué momento?  
 ¿Ha tenido pensamientos de muerte, o necesidad de quitarse la vida?  
 ¿Qué hizo cuando sufrió el avasallamiento?  
 ¿Qué pensó cuando estaba pasando el avasallamiento?  
 ¿Qué pasó después de la toma de sus tierras?  
 ¿Puede hacer una descripción detallada de todo lo que pasó después del enfrentamiento con los avasalladores?  
 ¿Ha sufrido síntomas similares anteriormente? ¿En qué momento solía sentirlos?  
 ¿Cómo reaccionó su familia frente a esto?  
 ¿Ha solicitado ayuda (asistencia) de algún profesional de la salud? (médico, psicólogo, etc)  
 ¿Ha recibido apoyo de sus familiares? ¿Cómo fue este apoyo?

### Factores antecedentes

¿Ha surgido alguna situación anterior al avasallamiento de tierras?  
 ¿Alguna vez ha recibido tratamiento médico, psicológico, psiquiátrico, etc?  
 ¿Algún familiar ha tenido algún trastorno o enfermedad o los síntomas que presenta?

¿Ha tenido problemas de abuso de alcohol o drogas?

**Factores precipitantes**

¿Qué ha sucedido para que acuda a consulta en este momento, luego de casi un año del avasallamiento?

¿Cómo ha sido la relación de pareja y con sus hijos después del avasallamiento?

¿Ha experimentado otras experiencias traumáticas diferentes al avasallamiento?

# ANEXO 3

## **ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA EN BASE A LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM V**

### **Síntomas de intrusión (1 o más)**

¿Tiene recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático? ¿Cómo son esos recuerdos?

¿Tiene sueños igualmente angustiosos con contenido relacionado al suceso? ¿Cómo son esos sueños?

¿Ha tenido reacciones similares en situaciones diferentes al avasallamiento? ¿qué tipo de reacciones?

¿Sufre malestar psicológico intenso al exponerse a factores externos o internos que simbolizan o le hacen recuerdo al avasallamiento? ¿Cómo es ese malestar? ¿Puede describirlo?

¿Ha tenido reacciones de su cuerpo intensas cuando se expone a factores externos o internos que simbolizan o le hacen recuerdo al avasallamiento? ¿Qué tipo de reacciones tiene?

### **Síntomas de evitación (1 o 2)**

¿Realiza esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos, sentimientos angustiosos referidos al avasallamiento? ¿Qué hace para evitar?

¿Realiza esfuerzos para evitar recordar (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que le hagan recuerdo de todo lo vivido del avasallamiento de sus tierras?

### **Alteraciones negativas cognitivas y estado de ánimo asociado (2 o más)**

¿Siente que se encuentra incapacitado para recordar aspectos importantes del suceso? ¿Por qué piensa que pasa esto?

¿Después de lo que ha sucedido, piensa de un modo distinto acerca de usted, de los demás o del mundo? Puede señalar algunos de esos pensamientos.

¿Piensa usted que el avasallamiento ha sido provocado por culpa suya o de alguna otra persona? ¿Por qué piensa eso?

¿Qué sentimientos tiene con respecto al avasallamiento?

¿Siente que ha disminuido su interés por participar en actividades significativas? ¿En qué actividades?

¿Siente desapego o extrañamiento con respecto a los demás?

¿Se siente incapaz de experimentar emociones positivas? ¿Por qué cree eso?

### **Síntomas de alerta y reactividad (dos o más)**

¿Siente que se encuentra más irritable o tiene arrebatos de furia? ¿Cómo los expresa?

¿Ha tenido comportamiento imprudente o destructivo?

¿Ha estado hipervigilante después de ocurrido el avasallamiento?

¿Ha presentado respuestas de sobresalto? ¿Considera que son exagerados?

¿Tiene problemas de concentración?

¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño, continuarlo, o se ha sido inquieto?

### **Deterioro en actividades**

¿Ha sentido que su vida ha cambiado? ¿En qué aspectos? ¿Puede realizar las mismas actividades desde el avasallamiento?

**Síntomas disociativos (1)**

¿Ha experimentado de manera persistente sentimientos de desapego? ¿Se ha sentido como un observador de sí mismo?

¿Ha experimentado su entorno como irreal?

# ANEXO 4

**ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO  
(ECHEBURÚA ET AL., 1997)**

Nombre:

Edad:

Fecha:

Nº:

Coloque en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma:

0	Nada
1	Una vez por semana o menos/ Poco
2	De 2 a 4 veces por semana/ Bastante
3	5 o más veces por semana/ Mucho

Suceso Traumático: \_\_\_\_\_

¿Hace cuánto tiempo que ocurrió? (meses/años): \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo experimenta el malestar?: \_\_\_\_\_

**REEXPERIMENTACIÓN:**

1.	¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones	
2.	¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?	
3.	¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	
4.	¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?	
5.	¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?	
<b>Puntuación de síntomas de reexperimentación (rango 0-15)</b>		

**EVITACIÓN:**

1.	¿Se ha visto obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso?	
2.	¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?	
3.	¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	
4.	¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas?	
5.	¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?	

6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)?	
7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc)	
<b>Puntuación de síntomas de evitación (rango 0-21)</b>	

### AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

1. ¿Se siente con la dificultad para conciliar o mantener el sueño?	
2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira?	
3. ¿Tiene dificultades de concentración?	
4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quién está a su alrededor, etc) desde el suceso?	
5. ¿Se sobresalta o se alarma fácilmente desde el suceso?	
<b>Puntuación de síntomas de activación (rango 0-15)</b>	

<b>PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (RANGO 0-51)</b>	
---	--

### ESCALA COMPLEMENTARIA

Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso

Respiración entrecortada o sensación de ahogo	
Dolores de cabeza	
Palpitaciones o ritmo cardiaco acelerado (taquicardia)	
Dolor o malestar en el pecho	
Sudoración	
Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo	
Náuseas o malestar abdominal	
Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o irrealidad	
Entumecimiento o sensación de cosquilleo	
Sofocos o escalofríos	
Temblores o estremecimientos	
Miedo a morir	
Miedo a volverse loco o perder el control	
<b>Puntuación específica de las manifestaciones somáticas de la ansiedad (Rango 0- 39)</b>	

# ANEXO 5

## CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO- RASGO (STAI)

### ANSIEDAD- ESTADO

A continuación encontrará una serie de frases que utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la respuesta que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado				
2. Me siento seguro				
3. Estoy tenso				
4. Estoy contrariado				
5. Me siento cómodo				
6. Me siento alterado				
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras				
8. Me siento descansado				
9. Me siento angustiado				
10. Me siento confortable				
11. tengo confianza en mí mismo				
12. Me siento nervioso				
13. Estoy desasosegado				
14. Me siento muy oprimido				
15. Estoy relajado				
16. Me siento satisfecho				
17. Estoy preocupado				
18. Me siento aturdido y sobrecitado				
19. Me siento alegre				
20. En este momento me siento bien				

**ANSIEDAD- RASGO**

A continuación encontrará una serie de frases que utilizan corrientemente para describirse uno mismo. Lea cada frase y señale la respuesta que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que describa su situación presente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien				
22. Me canso rápidamente				
23. Siento ganas de llorar				
24. Me gustaría ser tan feliz como otros				
25. Pierdo oportunidades por no decirme pronto				
26. Me siento descansado				
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30. Soy feliz				
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente				
32. Me falta confianza en mí mismo				
33. Me siento seguro				
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades				
35. Me siento triste				
36. Estoy melancólico				
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia				
38. Me afectan tanto los engaños que no puedo olvidarlos				
39. Soy una persona estable				
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado				

# ANEXO 6

## INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

A continuación se expresan varias respuestas posibles cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque el círculo que mejor refleje su situación actual.

<p><b>1. Estado de ánimo</b></p> <p><input type="radio"/> Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos</p> <p><input type="radio"/> No me encuentro triste</p> <p><input type="radio"/> Me siento algo triste y deprimido</p> <p><input type="radio"/> Ya no puedo soportar esta pena</p> <p><input type="radio"/> Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar</p>
<p><b>2. Pesimismo</b></p> <p><input type="radio"/> Me siento desanimado cuando pienso en el futuro</p> <p><input type="radio"/> Creo que nunca me recuperaré de mis penas</p> <p><input type="radio"/> No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal</p> <p><input type="radio"/> No espero nada bueno de la vida</p> <p><input type="radio"/> No espero nada. Esto no tiene remedio</p>
<p><b>3. Sentimientos de fracaso</b></p> <p><input type="radio"/> He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.</p> <p><input type="radio"/> He tenido más fracasos que la mayoría de la gente</p> <p><input type="radio"/> Siento que he hecho pocas cosas que valgan al pena</p> <p><input type="radio"/> No me considero fracasado</p> <p><input type="radio"/> Veo mi vida llena de fracasos</p>
<p><b>4. Insatisfacción</b></p> <p><input type="radio"/> Ya nada me llena</p> <p><input type="radio"/> Me encuentro insatisfecho conmigo mismo</p> <p><input type="radio"/> Ya no me divierte lo que antes me divertía</p> <p><input type="radio"/> No estoy especialmente insatisfecho</p> <p><input type="radio"/> Estoy harto de todo</p>
<p><b>5. Sentimientos de culpa</b></p> <p><input type="radio"/> A veces me siento despreciable y mala persona</p> <p><input type="radio"/> Me siento bastante culpable</p> <p><input type="radio"/> Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable</p> <p><input type="radio"/> Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable</p> <p><input type="radio"/> No me siento culpable</p>
<p><b>6. Sentimientos de castigo</b></p> <p><input type="radio"/> Presiento que algo malo me puede suceder</p> <p><input type="radio"/> Siento que merezco ser castigado</p> <p><input type="radio"/> No pienso que esté siendo castigado</p> <p><input type="radio"/> Siento que me están castigando o me castigarán</p> <p><input type="radio"/> Quiero que me castiguen</p>
<p><b>7. Odio a sí mismo</b></p> <p><input type="radio"/> Estoy descontento conmigo mismo</p> <p><input type="radio"/> No me aprecio</p> <p><input type="radio"/> Me odio (me desprecio)</p> <p><input type="radio"/> Estoy asqueado de mi</p>

<input type="radio"/> Estoy satisfecho de mí mismo
<b>8. Autoacusación</b> <input type="radio"/> No creo ser peor que otros <input type="radio"/> Me acuso a mí mismo de todo lo que me va mal <input type="radio"/> Me siento culpable de todo lo malo que ocurre <input type="radio"/> Siento que tengo muchos y muy graves defectos <input type="radio"/> Me critico mucho a causa de mis debilidades
<b>9. Impulsos suicidas</b> <input type="radio"/> Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo <input type="radio"/> Siento que estaría mejor muerto <input type="radio"/> Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera <input type="radio"/> Tengo planes decididos de suicidarme <input type="radio"/> Me mataría si pudiera <input type="radio"/> No tengo pensamientos de hacerme daño
<b>10. Periodos de llanto</b> <input type="radio"/> No lloro más de lo habitual <input type="radio"/> Antes podía llorar, ahora no lloro ni aunque quiera <input type="radio"/> Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo. <input type="radio"/> Ahora lloro más de lo normal
<b>11. Irritabilidad</b> <input type="radio"/> Mo estoy más irritable que normalmente <input type="radio"/> Me irrito con más facilidad que antes <input type="radio"/> Me siento irritado todo el tiempo <input type="radio"/> Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
<b>12. Aislamiento social</b> <input type="radio"/> He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto <input type="radio"/> Me intereso por la gente menos que antes <input type="radio"/> No he perdido mi interés por los demás <input type="radio"/> He perdido casi todo mi interés por los demás que apenas tengo sentimientos hacia ellos
<b>13. Indecisión</b> <input type="radio"/> Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones <input type="radio"/> Tomo mis decisiones como siempre <input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones en absoluto <input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
<b>14. Imagen corporal</b> <input type="radio"/> Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado <input type="radio"/> Me siento feo y repulsivo <input type="radio"/> No me siento con peor aspecto que antes <input type="radio"/> Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)
<b>15. Capacidad laboral</b> <input type="radio"/> Puedo trabajar tan bien como antes <input type="radio"/> Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa <input type="radio"/> No puedo trabajar en nada <input type="radio"/> Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo <input type="radio"/> No trabajo tan bien como lo hacía antes
<b>16. Trastorno del Sueño</b> <input type="radio"/> Duermo tan bien como antes

<input type="radio"/> Me despierto más cansado por la mañana <input type="radio"/> Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir <input type="radio"/> Tardo 1 a 2 horas en dormirme por la noche <input type="radio"/> Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme <input type="radio"/> Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas <input type="radio"/> Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas <input type="radio"/> No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas
<b>17. Cansancio</b> <input type="radio"/> Me canso más fácilmente que antes <input type="radio"/> Cualquier cosa que hago me fatiga <input type="radio"/> No me canso más de lo normal <input type="radio"/> Me canso tanto que no puedo hacer nada
<b>18. Pérdida de apetito</b> <input type="radio"/> He perdido totalmente el apetito <input type="radio"/> Mi apetito no es tan bueno como antes <input type="radio"/> Mi apetito ahora es mucho menor <input type="radio"/> Tengo el mismo apetito de siempre
<b>19. Pérdida de peso</b> <input type="radio"/> No he perdido peso últimamente <input type="radio"/> he perdido más de 2,5 Kg. <input type="radio"/> He perdido más de 5 Kg. <input type="radio"/> He perdido más de 7,5 Kg.
<b>20. Hipocondría</b> <input type="radio"/> Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas <input type="radio"/> Estoy preocupado por dolores y trastornos <input type="radio"/> No me preocupa mi salud más de lo normal <input type="radio"/> Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
<b>21. Libido</b> <input type="radio"/> Estoy menos interesado por el sexo que antes <input type="radio"/> He perdido todo mi interés por el sexo <input type="radio"/> Apenas me siento atraído sexualmente <input type="radio"/> No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

# ANEXO 7

### ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

Ítems	Criterios operativos de valoración	
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0	Ausente
	1	Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado
	2	Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente
	3	Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto
	4	El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.
2. Sensación de culpabilidad	0	Ausente
	1	Se culpa asimismo, cree haber decepcionado a la gente
	2	Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones
	3	La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad
	4	Oye voces acusadoras o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0	Ausente
	1	Le parece que la vida no merece la pena ser vivida
	2	Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir
	3	Ideas de suicidio o amenazas
	4	Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0	Ausente
	1	Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora
	2	Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0	Ausente
	1	El paciente se queda de estar inquieto durante la noche
	2	Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc).
6. Insomnio tardío	0	Ausente
	1	Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse
	2	No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0	Ausente
	1	Ideas o sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad, relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones.
	2	Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación.
	3	Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad
	4	Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0	Palabras y pensamientos normales
	1	Ligero retraso en el diálogo
	2	Evidente retraso en el diálogo
	3	Diálogo difícil
	4	Torpeza absoluta
9. Agitación	0	Ninguna

	1	Juega con sus manos, cabellos, etc
	2	Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0	No hay dificultad
	1	Tensión subjetiva e irritabilidad
	2	Preocupación por pequeñas cosas
	3	Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla
	4	Terros expresados sin preguntarle
11. Ansiedad somática	0	Ausente
	1	Ligera
	2	Moderada
	3	Incapacitante Signos fisiológicos de la ansiedad como: - Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retorcijones. - Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias - Respiratorios: hiperventilación, suspiros - Frecuencia urinaria - Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0	Ninguno
	1	Pesadez del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen
	2	Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0	Ninguno
	1	Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.
	2	Cualquier síntoma bien definido se califica 2.
14. Síntomas genitales	0	Ausente
	1	Débil
	2	Grave
	3	Incapacitante Síntomas como: - Pérdida de la libido - Trastornos menstruales
15. Hipocondría	0	No la hay
	1	Preocupado de sí mismo (corporalmente)
	2	Preocupado por su salud
	3	Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.
	4	Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A.	Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)
	B	Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g. en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g. en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)

17. Insight (consciencia de enfermedad)	0	Se da cuenta de que está deprimido y enfermo
	1	Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.
	2	Niega que esté enfermo

# ANEXO 8

## ESCALA DE ROSENBERG

A continuación se le presenta un listado de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una de ellas y señale el grado en que usted se siente de acuerdo con dicha afirmación.

4 = Totalmente de acuerdo

3 = De acuerdo

2 = En desacuerdo

1 = Totalmente en desacuerdo

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1. Creo que soy una persona de valía, al menos tan valiosa como otras | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Creo que tengo varias buenas cualidades                            | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. En resumen, estoy inclinado a pensar que soy un fracaso            | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente         | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Siento que no tengo mucho de que enorgullecerme                    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Tengo una actitud positiva respecto a mi mismo                     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. En general estoy satisfecho conmigo mismo                          | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Me gustaría tener mejor concepto de mi mismo                       | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Ciertamente, a veces me siento inútil                              | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. A veces pienso que no sirvo para nada                             | 1 | 2 | 3 | 4 |

# ANEXO 9

### ESCALA DE INADAPTACIÓN (Echeburúa y Corral, 1987b)

Nombre:

Edad:

Rodee con un círculo el número que mejor describa su situación actual acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se le señalan a continuación

#### TRABAJO Y/O ESTUDIOS

A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo y/o estudios se ha visto afectado:					
0	1	2	3	4	5
nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

#### VIDA SOCIAL

A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:					
0	1	2	3	4	5
nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

#### TIEMPO LIBRE

A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc.) se han visto afectadas:					
0	1	2	3	4	5
nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

#### RELACIÓN DE PAREJA

A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada:					
0	1	2	3	4	5
nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

#### VIDA FAMILIAR

A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:					
0	1	2	3	4	5
nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

#### ESCALA GLOBAL

A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:					
0	1	2	3	4	5
nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

# ANEXO 10

**AUTORREGISTRO DE MEDIDAS DE HIGIENE DEL SUEÑO**

<b>1. Reglas</b>	1 semana	2 semana	3 semana	4 semana
a. Alimentación adecuada				
b. No dormir la siesta en la tarde.				
c. Actividades del día a la misma hora.				
d. Evitar leer el expediente				
e. No "pijchar" coca por la tarde.				
<b>2. Actividades que facilitan el sueño:</b>				
e. Actividades que ayuden al desgaste de energía,				
f. Después de la cena, leer un libro.				
g. Tomarse un baño,				
h. Si despierto ¿qué hice?				

# ANEXO 11

## TÉCNICA DE RELAJACIÓN

Cuando Usted sienta los primeros signos de hiperventilación involuntaria, debe hacer lo siguiente:

1. Interrumpa lo que está haciendo y póngase cómodo (puede sentarse o echarse)
2. Colocar la mano derecha en la cabeza y la mano izquierda en el estómago.
3. Retener la respiración mientras infla el estómago, durante 10 segundos. Respire por la nariz.
4. Bote el aire por la boca mientras mete el estómago.
5. Realizar estos ejercicios unas 6 a 7 veces hasta que sienta que está más relajado.

Cuando haya logrado realizar este ejercicio sin dificultad hacer lo siguiente:

1. Cuando bote el aire repítase “tranquilo o calma”

### ***¿Qué hacer si está en compañía de otras personas?***

Excútese del lugar y vaya a un lugar apartado y realice los ciclos de respiración.

### ***En casa:***

Cuando se encuentre en casa, puede escuchar música relajada sobre todo instrumental, y también mientras la escucha y realiza los ejercicios de respiración puede pensar en un lugar tranquilo y que la da mucha paz.

# ANEXO 12

**AUTORREGISTRO DE ACTIVIDADES O SITUACIONES  
QUE HACEN QUE INICIE HIPERVENTILACIÓN**

<b>Fecha</b>	<b>Situación/ actividad</b>	<b>Observaciones (qué pasó y qué hizo)</b>

# ANEXO 13

## TRANSCRIPCIÓN DE LA GRABACIÓN PARA LA EXPOSICIÓN EN IMAGINARIO

*Era un jueves de fines de mediados de mayo, yo he sido el más afectado porque yo conozco de documentación, me han designado de mi base para hacer todo tipo de trámites de derecho propietario y por eso he sido afectado por estos señores, ese día me han golpeado los llamado sin techo, mi esposa estaba conmigo ella también ha sido agredida, me acompañó para ir a verificar si nuestros terrenos habían estado ocupados, la noticia nos dieron cuando estaba en Potosí trabajando que se habían asentado y me traslade con mi esposa hasta mi comunidad, a 10 minutos cruzando la carretera están las tierras de varios de mi base, fui con mi esposa y unos 20 propietarios más, más bien no llevé nada de documentación. Cuando llegamos les dijimos que estaba pasando que estas tierras tienen papeles y que nosotros somos los dueños, les dije que yo era uno de los representantes, me dijeron que no les importaba y que ellos tienen derecho también y que si estas tierras están así sin trabajar ellos se encargarían, me trataron de terrateniente, me dijeron de todo, me empezaron a insultar y ahí no más uno saltó y me quiso dar un puñete me gritó "ándate hijo de puta, que estas viniendo aquí a querer molestarnos, fuera ahora esto es nuestro" y era hartos más que nosotros, pero sólo unos 40 a 50 estaban ahí discutiendo, ese que saltó me empezó a puñetear mi cara y me empezó a dar de patadas y otros se metieron, mi esposa trataba de sacarme y a ella más le jalonearon unas mujeres que estaban con ellos, mis otros compañeros también empezaron pelear y a defenderme, pero me seguían pegando, le escuchaba a mi esposa gritar y decir que ya basta que nos dejen, ahí me pisaron mi mano, creo que ahí fue que me la rompieron, me estaba dando patadas en el piso, no sé cómo me he caído, pero he sido el más golpeado, a mi esposa la han zarandeado de sus cabellos, nos han pegado a todos me gritaban "maldito, perro, te vamos amatar, vas a ver como tu casa arde, maldito", no sé quién llamo la policía pero vino, y la policía ha venido pero al ver mucha gente entonces la policía ha llevado sólo a la gente al hospital, entonces nosotros nos hemos tenido que escapar porque nos decían ¡váyanse, córranse éstos ya son como salvajes ni a nosotros nos hacen caso!, y botaban dinamita de un lado a otro lado, hemos tenido que escaparnos de eso ya no podemos ingresar al lugar, tenemos un tractor agrícola ni eso hemos podido sacar está al medio, le han desmantelado, de los vecinos han robado los chanchos, corderos, gallinas le han robado, la papas para sembrar semilla todo eso han desmantelado para poder consumir ellos, han talado árboles que está prohibido, no sé cómo me han sacado de la turba, sólo he sentido que me han jalado y me han llevado, cuando ya lejos de ahí hemos visto como se lo adueñaban de los vecinos sus cosas, yo ya no podía gritar, estaba llorando (llora y se queda en silencio), mi esposa estaba a mi lado, y ella también lloraba y me decía cálmate hijo, ya vamos a ver que vamos a hacer, había una señora a mi lado que estaba sangrando y estaba embarazada, no han respetado ni eso, los policías nos han llevado al hospital de mi comunidad, y nos han dicho que hay que denunciar, que eso no puede ser así. Botaban dinamita y cuetes, y gritaban fuera, maldito te vamos a matar hijo de perra, ya sabemos dónde vives y sabemos a qué te dedicas. Yo estaba temblando en el hospital y no sabía qué hacer, casi todos fuimos bien golpeados, a los dos días salí del hospital, a mi esposa le dije que se fuera, que le podían hacer algo y que yo me iba a cuidar no más, mi mano estaba fracturada, me enyesaron y esa noche nos reunimos*

con los de mi comunidad porque somos como unos 400 que somos dueños de esas tierras, esta gente andaba por el pueblo gritando y haciendo bulla, y lanzando dinamitas y cuetes, así ellos nos amedrentaban, y yo ya no podía dormir esa noche. En septiembre, la segunda vez me acuerdo que era el 10 de septiembre teníamos audiencia entraron en manifestación cuando había una audiencia en el juzgado, vinieron a golpear las puertas y decían, que ¡el Paulino muera, que el Paulino haga desaparecer los documentos”, yo estaba ahí con 4 de mis compañeros, pedimos a la gente que no vaya a la audiencia porque teníamos miedo de otro enfrentamiento. Esa vez también me han pegado. Estábamos saliendo de la audiencia, y ahí no más se han abalanzado y los policías no han podido detener la turba, me jalado de mis cabellos hasta hacerme sangrar, me jalaban de mis brazos, me apuñeteaban, a las otros 3 señoras que son también dirigentes, le han golpeado, no han tenido pena que sólo éramos 5, al abogado más le han querido pegar, ha sido grave, yo no sabía qué hacer, ahí pensé que me matarían, lo cerraron la puerta del juzgado, nos metieron ahí adentro y una señora no sé quién sería me lo trajo agua y algodón con alcohol porque estaba sangrando mi nariz y mi camisa estaba rota, nos hemos consolado con mis compañeros, el Juez nos ha dicho que nos daría medidas de protección y garantías, que podíamos denunciarlos ante la fiscalía por lesiones, y teníamos que ir para que nos revisara el forense. No recuerdo como he llegado a mi casa, estaba aturdido, en la madrugada nos fuimos, ya no dormí nada, los días después, estaba pendiente de todo ruido ya no tengo esa libertad de caminar solo en mí mismo pueblo en mi misma casa, porque andan en grupo en una borrachera tremenda, inicialmente estaban unas 2000 o tres mil personas, actualmente deben estar unas 300 a 400 personas nomás ya, pero se han quedado los que me han golpeado han construido casas yo incluso quería dejar la comunidad porque estuve comprometiendo a mi familia, estuve comprometiendo a mi esposa, entonces las bases han dicho; usted conoce los documentos no tiene que dejar la comunidad, estoy amenazado hasta la fecha por los sin techo, siempre los señores en grupo andan, no son del lugar, con palos andan, con cuchillos andan, con dinamitas andan, las amenazas son constantes, ellos me ven como un palo blanco que me quieren hacer desaparecer, han dejado notas en mi casa que ya no tengo que caminar que ya no tengo que hacer trámites sino estaría corriendo peligro mi vida, esas dos veces está en mi cabeza, me siento triste pro esto, lloro en las noches cuando me acuerdo y quiero reconocer sus caras pero no me puedo acordar, solo veía manos que me jaloneaban y me puñeteaban, la policía no podía ayudarnos, no sé cómo salí con vida.”

# ANEXO 14

**AUTORREGISTRO DE PENSAMIENTOS**

<b>Fecha</b>	<b>Situación y/o actividad</b>	<b>Pensamientos</b>	<b>Consecuencias emocionales</b>

# ANEXO 15

## REGLAS DE ORO DE LA AUTOESTIMA

Aceptarse a sí mismo: es el primer requisito de cambio, no está reñida con una actuación constante y continuada para modificar los aspectos mejorables. De las equivocaciones se debe aprender; los errores cometidos en el pasado son una vía de aprendizaje para el futuro.

Abordar solo los temas que pueden solucionarse: los sucesos negativos que han ocurrido en el pasado ya no tienen solución. Lo que ahora se puede hacer es modificar el presente y trabajar para un futuro mejor.

Recordar los éxitos pasados, no los fracasos: cuando uno recuerda las circunstancias pasadas en que ha tenido éxito, se encuentra en una mejor disposición para afrontar las dificultades del presente con una actitud positiva.

Plantear las metas en forma de conductas que dependen del esfuerzo personal, como exigencias inalcanzables o como fruto del azar, a sabiendas de que uno no le puede salir todo bien ni puede ser querido por todo el mundo.

Fijarse pequeñas metas positivas que estén al alcance de los recursos de uno. El éxito en pequeñas cosas no hace sino crear nuevas expectativas de éxito futuro, así como los fracasos genera más fracaso. La consecución de logros debe ir acompañada de recompensas, que contribuyeron a aumentar los logros futuros.

Fomentar el contacto social con personas agradables y rehuir el contacto con personas desagradables. Las relaciones sociales positivas desempeñan un papel importante en el autoestima personal.

Mimarse a uno mismo y evitar vivir sólo en función de deberes y obligaciones. Divertirse sanamente, sin excesos contraproducentes para la salud (abuso de alcohol, sobreingesta de comida compulsiva, drogas conductas sexuales de riesgo, etc.) Y disfrutar de los ratos de ocio diarios contribuye a aumentar la autoestima.