

## **¿HE ROBADO EL BOLSO? TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, DISOCIACIÓN Y EXPRESIÓN ESCRITA DEL TRAUMA.**

Autor: Rosa María Espinosa Gil

Residente de tercer año de Psicología Clínica de la Unidad de Salud Mental Multiprofesional de la Región de Murcia. Licenciada en Psicología. Diplomada en Enfermería.

e- mail: rmariaeg@yahoo.es

### **Resumen:**

Se han estudiado mucho los aspectos del trastorno de estrés posttraumático (TEPT), donde la sintomatología está documentada. El caso que describimos ha sufrido una situación traumática judicial, donde tuvo que pasar una tarde en el calabozo, con posterior episodio disociativo. Se procedió a la aplicación del tratamiento cognitivo conductual y dentro la exposición hemos aplicado una modificación del paradigma de Pennebaker(1), para comprobar si se confirman los resultados de otros estudios.

**Descripción del caso:** Mujer de 38 años, soltera. Profesora. Síndrome de intestino irritable. Tras dejar su bolso a una camarera, al retirarlo se confunde y se lleva otro. Poco después recibe una llamada de la camarera comunicándole que el suyo se lo ha entregado a otra chica. La paciente comunicó dónde se encontraba y la otra chica fue al hotel con su pareja. Al llegar empezaron con amenazas dando lugar a la llamada de la policía para el intercambio. Días después la policía se puso en contacto con ella para declarar, siendo detenida. **Motivo de consulta:** Acude a Psicología Clínica con sintomatología ansioso depresiva que estaba agravando su problema intestinal. Cumplía clínica del TEPT. Evolución con disociación. **Método:** Instrumentos: BDI, STAI, DES

y DTS. Tratamiento Cognitivo conductual (2).La exposición fue a través de la escritura.

**Resultados:** Mejora en las medidas de depresión y ansiedad .Mejoras subjetivas.

Se observa mejoría clínicamente significativa en la sintomatología ansiosa (de estado y de rasgo) y depresiva. A su vez se observa una reducción importante de la sintomatología del TEPT tras tratamiento cognitivo conductual y mejora de su sintomatología intestinal.

**Conclusiones** Se necesitan más estudios para analizar el valor de la escritura frente a otros tipos de exposición al trauma. El acceso a los recuerdos fragmentados con disociación, pueden beneficiarse de la escritura.

Palabras Clave: TEPT, disociación, exposición, escritura y reexperimentación emocional.

Key Words: PTSD, dissociation, exposure, writing, emotional disclosure.

## **Introducción:**

Las personas estamos expuestas a numerosas situaciones estresantes que pueden desbordar nuestra capacidad de afrontamiento. Se han estudiado mucho los aspectos del TEPT centrados en víctimas de desastres y de violencia, donde la sintomatología característica de reexperimentación, evitación y de hiperactivación fisiológica se hacen patentes. No obstante en el contexto de los Centros de Salud Mental y en el contexto de Atención Primaria acuden personas que se ven sometidas a situaciones de indefensión de forma aguda o crónica, que les hace replantearse toda su estructura cognitiva, y desarrollar creencias que les alejan del bienestar biopsicosocial, como por ejemplo la creencia de la incontrolabilidad del mundo. Haciendo referencia a la definición sobre el TEPT de Laplanche y Pontalis(3) como: *un acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica*" y refiriéndonos a un estresor traumático, como el acontecimiento que va acompañado de la percepción subjetiva de miedo intenso, atribución de incapacidad personal, percepción de amenaza vital y riesgo de violencia física, criterios que se han incluido en la clasificación del DSM IV TR (4), nuestra paciente se ajustaba a ésta clínica y suceso.

El caso que describimos ha sufrido de forma fortuita una situación traumática, viéndose envuelta en una situación judicial, donde tuvo que pasar una noche en el calabozo y se vio privada de libertad cuando fue a interponer una denuncia.

A su vez, hemos aplicado el tratamiento cognitivo conductual (5), y dentro del componente de exposición hemos aplicado una modificación del paradigma de Pennebaker, que describiremos a continuación. En la línea de éste autor pensamos que “Si al inhibir las emociones se genera una fuerza física para frenar su aparición, cambios biológicos a corto plazo y cambios de la salud a largo plazo, dificultades en las habilidades del pensamiento y siendo una amenaza para la salud, la posibilidad de abrirse y expresar esas emociones, es decir confrontarlas, colabora en la mejoría” (6). Nosotros somos partidarios de los efectos beneficiosos de la exposición en vivo y/o en imaginación y las ventajas de la expresión de los sentimientos y pensamientos como ha mostrado sobradamente la investigación empírica, así por ejemplo las explicaciones teóricas dentro del paradigma de escritura han identificado las funciones psicológicas de la expresión verbal que desbloquean los traumas reprimidos que acentúan los sistemas físicos y psicológicos saludables (7). En la línea de éstos autores, creemos que existe una parte de la respuesta emocional que queda de alguna forma bloqueada, como el equipo de Penn (8) sugiriendo que de alguna forma el trauma vivido permanece atrapado en alguna región del cerebro no accesible al lenguaje hablado pero con alto contenido emocional. Un estudio interesante considera prematuro recomendar la escritura como un componente de intervención y tratamiento para específicos problemas, a pesar de que existe evidencia de que escribir sobre las experiencias emocionales produce efectos beneficiosos sobre la salud (9) y por otro lado conociendo la gran evidencia que se ha obtenido sobre el componente de exposición en la terapia de conducta, donde el tiempo de exposición es controlado, también se ha encontrado el efecto saludable que produce el hablar y escribir sobre un trauma (10), hemos querido comprobar si resulta útil y se confirman los resultados de otros estudios sobre el beneficio de la escritura en la salud. Incluso el uso de la expresión escrita en tercera

persona ayuda a tocar temáticas personales traumáticas que nunca pudieron ser abordadas a lo largo del tiempo. Cuánto más sea capaz un sujeto de construir y reconstruir su narrativa, mejores vínculos o relaciones podrá generar (11). En un estudio de caso sobre una niña abusada sexualmente y tratada con diferentes variedades psicoterapéuticas y psicofarmacológicas, sin obtener la curación, a los 40 años y a partir de la escritura en tres sesiones de 30 minutos de duración y focalizada en su problema, comienza por primera vez a ganar un sentido de libertad frente al pasado vivido y a mejorar sus síntomas físicos ya que empiezan a desaparecer los temblores y las migrañas(12).

Siguiendo los hallazgos encontrados en el metaanálisis de Frattaroli (13), de que la reexperimentación emocional es de utilidad en el trastorno de estrés postraumático, nuestra paciente era candidata para la comprobación clínica sobre los efectos beneficiosos del mismo, debido entre otros aspectos clínicos, al empeoramiento del síndrome de colon irritable y a las cefaleas persistentes tras el trauma.

**Descripción del caso:**

Mujer de 38 años, soltera, vive con unas compañeras de trabajo. Profesora de Educación Primaria. Con pareja estable que ve los fines de semana debido a que ella trabaja a 150 km de su ciudad natal. Diagnosticada de Síndrome de intestino irritable desde hace 10 años. Rasgos de personalidad introvertidos, con escaso apoyo social.

**Antecedentes familiares:**

Padre con enfermedad de Alzheimer.

Madre con depresión mayor.

**Suceso traumático:**

Una noche sale con sus amigas a una cafetería dónde trabajaba una camarera también amiga suya. Deja su bolso a la camarera para que se lo guarde. Tras cuatro o cinco horas de estar allí, tras consumo leve de alcohol y sin otro consumo de tóxicos, recoge su bolso y se marcha al hotel donde se aloja. Horas después recibe una llamada de la camarera comunicándole que se ha confundido de bolso y que el suyo se lo ha entregado a otra chica. La paciente comunica dónde se encontraba y la otra chica fue al hotel con su pareja. Cuando llegaron empezaron a proferirle amenazas que dieron lugar a la llamada de la policía para el intercambio. Los sentimientos de la paciente en ese momento fueron descritos como desprotección, debilidad, incompreensión, soledad e impotencia y un gran temor. Días después la policía se puso en contacto con ella para que fuese a declarar por lo sucedido y cuando llegó le dijeron que estaba detenida.

Pasó toda la tarde arrestada en comisaría viéndose sometida a una larga espera, traslado en furgón policial (que apestaba a excrementos), proceso de creación de ficha policial, declaración con el abogado.

Tras cuatro meses y ya en tratamiento psicoterapéutico, experimentó un episodio disociativo, donde en el análisis ABC, se observó la similitud con la misma situación.

Antecedentes: “Se encuentra en otra ciudad con unas amigas, alojadas en un hotel, pero ella no compartía habitación, salen a tomar unas copas en la noche y se duerme a las 6 de la madrugada. A las 11 horas se despierta en mitad del pasillo, con los pantalones del pijama y sin la parte de arriba. Registro B: ¿ qué hago aquí?, no se lo que está pasando, ¿ cómo he llegado aquí?, ¿por qué no estoy en mi cuarto?. Registro C: confusión, rabia y sensación de incontrolabilidad.

**Motivo de consulta:** La paciente acude a Psicología Clínica derivada por su médico de familia por presentar clínica ansioso depresiva que estaba agravando la sintomatología del síndrome de colon irritable. A su vez presenta reexperimentación de lo sucedido con pesadillas y flashbacks, evitación de los estímulos asociados al trauma (pensamientos, sentimientos, lugares, personas), síntomas de embotamiento emocional (reducción de intereses, con expectativas catastrofistas) y activación (dificultad para dormir, hipervigilancia e irritabilidad). Los síntomas duraban ya tres meses y le generaba un malestar clínicamente significativo sobre todo a nivel laboral y de relaciones interpersonales. Todo esto se ve agravado por denuncias de la otra parte, trámites legales y el mecanismo de inhibición que opera en ella frente a no poder expresarse emocionalmente con su familia (por las enfermedades de los padres y miedo a que ser prejuizada por su núcleo de compañeros y amigos). Sólo expresó lo sucedido a su novio en ocasiones, cuando lo veía una vez por semana. A su vez se vio agravada la sintomatología del síndrome de colon irritable (con periodos alternos de diarreas y estreñimiento, dolor abdominal intenso y gases) y cefalea persistente que fue explorada con pruebas de neuroimagen, no apareciendo ningún signo neurológico de interés.

Tras cuatro sesiones de psicoterapia experimentó episodio pseudodisociativo, donde aconsejamos consulta médica para descartar patología orgánica neurológica, informándonos de sus pruebas neurológicas previas y posteriores al trauma. También consideramos la hipótesis de un episodio de sonambulismo por consumo de alcohol (aunque la paciente no injirió más de dos copas en el transcurso de la noche). Tras finalizar tratamiento no presentó ningún episodio más de estas características.

Juicio Clínico: Trastorno de estrés postraumático.



**Método:****Instrumentos:**

**BDI:** *Inventario de depresión de Beck* (14). El BDI consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es, dentro de las escalas de depresión, la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck. Otro elemento distintivo en cuanto a síntomas es la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Autoaplicada. El BDI ha sido adaptado y validado al castellano por Conde y Usereos(15).

**STAI:** *Inventario de ansiedad estado rasgo* (16). Evalúa dos conceptos de ansiedad: estado y rasgo. N.º de ítems 40 (20 de ansiedad-estado y 20 de ansiedad-rasgo). Administración Autoaplicada. El marco de referencia temporal es en el caso de la ansiedad como estado «ahora mismo, en este momento», y en la ansiedad como rasgo «en general, en la mayoría de las ocasiones». Es útil tanto en población normal como en población clínica(17).

**DES:** *Escala de Experiencias disociativas* (18). La DES fue concebida como una escala autoadministrada. De 10 a 28 ítems, con un rango de puntuaciones 0 a 100, donde el sujeto puntúa indicando la frecuencia (porcentaje de tiempo) con que cree que le ocurren las distintas experiencias disociativas (19).

**DTS:** *Escala de Trauma de Davidson* (20). Evalúa la frecuencia y gravedad de los síntomas del trastorno de estrés posttraumático (TEPT). N.º de ítems 17 y de administración Autoaplicada. La DTS es una escala diseñada para evaluar la frecuencia y gravedad de los síntomas del TEPT desde un punto de vista subjetivo. Los autores indican que también puede utilizarse para evaluar los resultados del tratamiento. Consta de un total de 17 ítems que se corresponden con los síntomas recogidos en los criterios

B-D para el diagnóstico del TEPT según el DSM-IV. De cada ítem el paciente debe puntuar dos aspectos: la frecuencia de presentación y la gravedad del síntoma. Para ello debe utilizar una escala Likert de 5 puntos que oscila entre 0 (nunca o gravedad nula) y 4 (diariamente o gravedad extrema), según se trate de frecuencia o intensidad. El marco de referencia temporal es la semana previa (21).

Tras valoración se observa que cumple criterios del TEPT y se inicia el tratamiento, según el protocolo de Foa (22) para el tratamiento del TEPT, con los componentes de psicoeducación, manejo de ansiedad, terapia cognitiva y exposición, con la finalidad de trabajar los miedos asociados a la situación, la evitación de lo temido, los flashbacks, los pensamientos intrusivos, los sentimientos de humillación y el embotamiento afectivo, específicos en esta paciente.

Dentro del componente de exposición, y en la línea de lo que propone Bootzin (22) sobre la reexperimentación emocional que puede funcionar como una exposición cognitiva, y a pesar del escaso apoyo que encuentra Kloss (23) sobre la hipótesis de que el mecanismo de la exposición explica los efectos de la escritura, a diferencia de lo encontrado por el equipo de Peenebaker (24), hemos querido comprobar en nuestra paciente si obtenemos mejoras en su salud mental tras el trauma.

La evidencia empírica demuestra que la reexperimentación emocional es más eficaz cuando se realiza en privado, sobre problemas recientes, se les instruye específicamente sobre qué reexperimentar, se llevan a cabo al menos tres sesiones, con una duración cada una de 15 minutos o más, y se hace un seguimiento de un mes o menos(25) y conociendo los resultados obtenidos en éste estudio sobre los marcadores de salud y sobre los mayores beneficios cuando se escribe sobre un mismo trauma, en los niveles de depresión, en la sintomatología de estrés postraumático y salud física general(26),

realizamos intrasiones tres exposiciones al trauma a través de la escritura, con modificaciones sobre el paradigma de Pennebaker, una por semana, a diferencia de los cuatro días continuos que se indican en el clásico. La duración de la escritura fue de 30 minutos, debido a su clínica cognitiva depresiva, basándonos en lo encontrado en un estudio experimental (27), sobre una mayor eficacia en los niveles de depresión de la muestra estudiada, con ésta duración. Seleccionamos el tema que tenía que elaborar tras acuerdo con la paciente, centrándose en todas las sensaciones y emociones que experimentó en la situación.

En la primera escritura obtuvo en unidades subjetivas de ansiedad (USA) 9. Esto es consistente con lo encontrado en varios estudios sobre el efecto iatrogénico inicial que provoca inicialmente sobre el bienestar psicológico(28,29), efecto que tiende a disiparse sesión a sesión. La siguiente exposición se realizó con el mismo procedimiento con USA 6 y la última exposición escrita a la tercera semana obtuvo USA 4.

Posteriormente se aplicó el componente de reestructuración cognitiva, a través de diálogo socrático y pruebas de realidad. El número de sesiones fue de ocho.

## Resultados:

Tras las ocho sesiones, obtuvo mejoría tanto a nivel subjetivo como con medidas psicométricas, a nivel físico y mental. Subjetivamente la paciente refiere menor nerviosismo, pensamiento sereno sin bloqueos, reducción significativa de pesadillas y de flashbacks. A nivel orgánico regularización de su hábito intestinal y ausencia de dolor abdominal.

Tabla 1

Cuestionarios	Pretest	Postest
BDI	9	0
STAI (estado)	37	20
STAI (rasgo)	28	18
DTS	83	17

Procedimos a medir el cuestionario de experiencias disociativas (DES), tras episodio pseudodisociativo con la finalidad de mejorar en la intervención, obteniendo una medida de 8,21. Ésta puntuación no es acorde con estar experimentando un TEPT con clínica disociativa, no obstante creemos que se produjo una disociación por la exposición a estímulos similares y por la alteración que se produjo en sus funciones integradoras de la conciencia, la memoria, la identidad y la percepción del entorno, todo ello una vez descartada patología orgánica con las pruebas de neuroimagen correspondientes por parte de su neurólogo.

El resultado obtenido en el inventario de depresión de Beck, fue acorde con su percepción subjetiva de mejoría, aunque por el otro lado en el pretest obtiene muy bajas puntuaciones en depresión no coincidiendo con sus manifestaciones clínicas al iniciar el tratamiento. Sí observamos mejoría en el componente de ansiedad estado/ rasgo.

En cuanto a los resultados obtenidos en el DTS nos orienta a que el tratamiento fue eficaz en todos sus componentes y que se redujo considerablemente la frecuencia e intensidad de sus síntomas( tabla 1).

Aunque se necesita aún más investigación para saber qué componente del tratamiento ha sido más eficaz de cara a la mejoría en el TEPT, somos partidarios de afirmar con precauciones que la exposición al suceso traumático a través de la escritura y con una duración de 30 minutos en cada una de las exposiciones, es efectivo aunque el resto de componentes del tratamiento cognitivo conductual debe ser también gestionado y administrado por el psicólogo clínico y presentar una continuidad semanal como mínimo, por lo que el especialista tiene que prever de cara a administrar el tratamiento en el entorno público (donde las listas de espera son elevadas), éstos tiempos y ésta frecuencia.

## **Conclusiones**

El acceso a los recuerdos fragmentados del trastorno de estrés postraumático con componentes disociativos, pueden beneficiarse de otros procedimientos como la escritura.

En el TEPT se observa mejoría con el uso de la escritura, con tres sesiones de treinta minutos.

Se necesitan más estudios experimentales para determinar dentro de la población clínica los beneficios de ésta forma de acceder a los recuerdos traumáticos.

El criterio clínico debe predominar sobre el criterio psicométrico, a pesar de utilizar pruebas con elevada fiabilidad y validez.

## **Bibliografía**

1. Pennebaker, J. Writing to Heal: A Guided Journal for Recovering from Trauma and Emotional Upheaval. Oakland, CA.: New Harbinger.2004.
2. Foa EB,Keane TM, Friedman MJ. Guidelines for treatment of PTSD. J Traumatic Stress.2000;13:539-88.
3. Diccionario de Psicoanálisis. (España):Editorial Labor; 1974. p. 447
4. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., revised. Washington, DC: The Association, 2002.
5. Foa EB,Keane TM, Friedman MJ. Guidelines for treatment of PTSD. J Traumatic Stress.2000;13:539-88.
- 6.Pennebaker JW. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. Psychol Science. 1997; 8, 162-166.
7. Daiute C. y Buteau E. Writing for Their Lives: Children's Narratives as supports for Phisical and psychological Well-Being en Lepore, J. y Smyth, J. M. (Ed). The Writing Cure. How Expressive Writing Promotes health and Emotional Well-Being. APA. Washington. USA. 2002; 53-73.
8. Penn, P. Chronic Illness: Trauma, language and writing . Breaking the silence. Family Process. 2001; 40(1), 33-52.
9. Bootzin,RR. Examining the theory and clinical utility of writing about emocional experiences. Psychological Science. 1997; May 8 (3):167-69.
- 10.Littrell, J. Is the reexperience of painful emotion therapeutic? Clinical Psychol Rev.1998; 18,(1): 71–102.
- 11.Androustosopoulou, A. The Self-Characterization as a Narrative Tool: Applications in Their Individuals and Families. Family Process. 2001; 40: 79.
- 12.Kalb C. Pen,Paper,Power: Confessional writing can be good for you. Psychol healing. Newsweek.1999; 133 (17):75.

13. Frattaroli, J. Experimental disclosure and its moderators: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2006; 132: 823-65.
14. Beck A T, Ward CH., Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4: 561-71.
15. Bobes J, G.-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño, M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2 ed. Art Medica Psiquiatría editores, S.L; 2002.
16. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R. E.: "Manual for the State-Trait Inventory. Palo Alto", Consulting Psychol Press. 1970.
17. Bobes J, G.-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño, M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2 ed. Art Medica Psiquiatría editores, S.L; 2002.
18. Berstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of dissociation scale. *J Nerv Ment Dis*. 1986; 174: 727-35.
19. Icarán E, Colom, R y Orengo, F. Experiencias disociativas: una escala de medida. *Anuario de Psicología* 1996; 70: 69-84.
20. Davidson JRT, Book SW, Colket, JT, Tupler LA., Roth S, David D, Hertzberg M, Mellman T, Beckham JC, Smith RD., Davidson RM., Katz R, Feldman ME. Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychol Med*. 1997 ; 27: 153-60.



21. Bobes J, G.-Portilla MP, Bascarán MT, SáizPA, Bousoño,M. .Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2 ed. Art Medica Psiquiatría editores,S.L; 2002.
22. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ. Guidelines for treatment of PTSD. J Traumatic Stress. 2000;13:539-88.
23. Bootzin, RR. Examining the theory and clinical utility of writing about emotional experiences. Psychological Science. 1997; May 8 (3):167-69.
24. Kloss, JD y Lisman, SA. An exposure-based examination of the effects of written emotional disclosure. British Journal of Health Psychology. 2002 Feb:31
25. Pennebaker JW, Beall SK Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. J Abnormal Psychol. 1986; 95: 274-81.
26. Peñate W, Del Pino-Sedeño T y Bethencourt, JM . El efecto diferencial de escribir sobre un mismo trauma o sobre diferentes traumas en el bienestar psicológico y el estado de salud autoinformado. Universitas Psychol. 2010 May; 9 (2): 433-45.
27. Peñate W, Del Pino-Sedeño T y Bethencourt, JM . El efecto diferencial de escribir sobre un mismo trauma o sobre diferentes traumas en el bienestar psicológico y el estado de salud autoinformado. Universitas Psychol. 2010 May; 9 (2): 433-45.
28. Peñate W, Del Pino-Sedeño T y Bethencourt, JM . El efecto diferencial de escribir sobre un mismo trauma o sobre diferentes traumas en el bienestar psicológico y el estado de salud autoinformado. Universitas Psychol. 2010 May; 9 (2): 433-45.
29. Smyth JM. Written emotion expression: Effect sizes, outcome types, and moderating variables. J Consulting and Clinical Psychol. 1998; 66:174-84.

30. Peñate W, Del Pino-Sedeño T y Bethencourt, JM . El efecto diferencial de escribir sobre un mismo trauma o sobre diferentes traumas en el bienestar psicológico y el estado de salud autoinformado. *Universitas Psychol.* 2010 May; 9 (2): 433-45.