

TÉCNICAS DE HIPNOSIS PARA TRAUMA Y DISOCIACIÓN

Colección
GUÍAS PROFESIONALES DE PSICOLOGÍA



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

TÉCNICAS DE HIPNOSIS PARA TRAUMA Y DISOCIACIÓN

Héctor González Ordi
Pilar Capilla Ramírez



Consulte nuestra página web: **www.sintesis.com**
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

© Héctor González Ordi
Pilar Capilla Ramírez

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
www.sintesis.com

ISBN: 978-84-1357-064-8
Depósito Legal: M-1.974-2021

Impreso en España. Printed in Spain

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

Índice

<i>Prólogo</i>	11
----------------------	----

PARTE I

Hipnosis, trauma y disociación

1. Hipnosis	17
1.1. Fases del proceso hipnótico	21
1.1.1. Fase preinductiva	22
1.1.2. Fase de aplicación de las técnicas de inducción hipnótica	23
1.1.3. Fase de administración de sugerencias específicas	23
1.1.4. Fase posthipnótica	24
1.2. Procesos psicológicos implicados	24
1.3. Respuestas de la hipnosis	26
1.3.1. Absorción	27
1.3.2. Imaginación e implicación emocional	27
1.3.3. Sensaciones subjetivas de relajación	28
1.3.4. Automaticidad del comportamiento	28
1.4. Hipnosis, trauma y disociación: viejos compañeros de viaje	29
1.5. Sugestionabilidad/hipnotizabilidad, trauma y disociación	38

2. Trauma	45
2.1. Las cifras del trauma	45
2.2. Características definitorias del estrés postraumático	47
2.3. Impacto del trauma	51
2.3.1. Impacto neurobiológico	52
2.3.2. Impacto cognitivo	53
2.3.3. Impacto afectivo	54
2.3.4. Impacto somático	55
2.4. Evaluación del TEPT	57
2.5. Los recuerdos traumáticos	58
2.6. Trauma verídico versus trauma simulado	63
2.7. Sugestionabilidad y fiabilidad del recuerdo	66
3. Disociación	71
3.1. Variedades de la experiencia disociativa	72
3.2. Los trastornos disociativos	78
3.2.1. Trastorno de despersonalización/ desrealización	80
3.2.2. Amnesia disociativa	84
3.2.3. Trastorno de identidad disociativo	86
3.2.4. Trastorno de conversión	89
3.2.5. Estrés postraumático subtipo disociativo	89
3.3. Evaluación de la disociación	90

PARTE II

Tratamiento con hipnosis en trauma y disociación

4. Técnicas de hipnosis: inducción, reforzamiento y generalización	95
4.1. Aspectos importantes	96
4.2. Técnicas de inducción	100
4.2.1. Relajación autógena	101
4.2.2. Fijación ocular	105
4.2.3. Fijación ocular con inducción de relajación ..	107

4.2.4. Levitación de la mano	108
4.2.5. Técnica de la moneda	109
4.2.6. Técnica basada en el “observador oculto”	110
4.3. Técnicas de reforzamiento y mantenimiento	113
4.3.1. Cuenta de descenso	113
4.3.2. Técnica del descenso por la montaña	114
4.3.3. Técnica del ascensor	115
4.4. Preparando al paciente para hablar	116
4.5. Un lugar seguro	117
4.6. Reactivación del paciente	118
4.7. Técnicas posthipnóticas de generalización	119
4.8. Tratamiento con hipnosis en trauma y disociación	121
5. <i>Estabilización sintomática</i>	125
5.1. Manejo de la activación psicofisiológica y reactividad somática	125
5.1.1. Tensión muscular generalizada: la ducha	126
5.1.2. Tensión muscular específica (brazos, piernas, cuello, pecho): barra de mantequilla o chocolate	126
5.1.3. Taquicardia/palpitaciones: palmeo	127
5.1.4. Fluidez mental: el río de la consciencia	127
5.1.5. Disfagia: manguera de agua	128
5.1.6. Molestias gastrointestinales: tras una buena comida	128
5.1.7. Hiperhidrosis: aire fresco	128
5.1.8. Agrupando el manejo sintomático mediante sugestión posthipnótica	129
5.2. Manejo de la fatiga emocional	129
5.3. Manejo de la hipervigilancia, imágenes y pensamientos de amenaza	130
5.3.1. Campana de cristal	131
5.4. Manejo de las alteraciones cognitivas negativas	131
5.4.1. Trenes del pensamiento	132
5.4.2. Bolas del pensamiento	132

5.4.3. Condicionamiento somático de los pensamientos	133
5.4.4. Dejándose llevar. Aceptación de los acontecimientos incontrolables	135
5.4.5. Condicionamiento olfativo	135
5.5. Recursos y fortalezas personales	137
5.5.1. Condicionamiento del puño cerrado	137
5.5.2. Potenciar la autopercepción de los recursos personales a través del observador oculto	138
5.6. Resiliencia	139
5.6.1. Redimensionando el pasado, proyectando el futuro	140
5.6.2. Recrear fortalezas	140
5.7. Insomnio	141
5.8. Manejo del enfado, irritabilidad e ira	142
6. Manejo de los recuerdos traumáticos	145
6.1. Distanciamiento emocional	145
6.2. Exposición desincronizada	150
6.3. Redimensión temporal de los recuerdos	151
6.4. Manejo de la culpa	152
6.5. Reguionización o reescritura de imágenes (<i>imagery rescripting</i>)	153
6.6. Técnicas de hipnosis de exploración autobiográfica	154
6.7. Acceso al recuerdo espacio-temporal específico	156
6.8. Acceso al recuerdo espacio-temporal inespecífico ..	158
6.9. Manejo de los sesgos negativos de memoria	161
6.10. Ensayo en imaginación de futuro y prevención de recaídas	162
6.11. Duelo complicado	163
6.12. Caso clínico TEPT de combate	166
6.13. Caso clínico de TEPT + duelo complicado	171
6.14. Caso clínico de intervención en crisis en personal sanitario durante la pandemia COVID-19	181

7. Reintegración y rehabilitación	185
7.1. Manejo de los síntomas disociativos de desapego	187
7.2. Manejo de la amnesia disociativa	189
7.3. Manejo de la compartimentalización: acceso a las “partes disociadas o <i>alters</i> ”	190
7.4. Detección y regulación de los procesos emocionales compartimentalizados	194
7.5. Exposición gradual al trauma con manejo de la disociación	197
7.6. Caso clínico: episodios disociativos de ira	198
 <i>Epílogo: el abordaje multifacético del trauma</i>	 211
 <i>Bibliografía</i>	 215

2

Trauma

El término trauma proviene etimológicamente del griego y significa *herida*. La Real Academia Española considera tres acepciones para la palabra “trauma”: (1) choque emocional que produce un daño duradero en el inconsciente; (2) emoción o impresión negativa, fuerte y duradera; y (3) lesión duradera producida por un agente mecánico, generalmente externo. Tres acepciones que muy bien pueden adecuarse al trauma psicológico entendido como el golpe o impacto emocional intenso producido por un acontecimiento externo extremadamente amenazante o catastrófico, generalmente impredecible e incontrolable, único o recurrente, breve o prolongado, que provoca una “ruptura” cognitiva, afectiva y somática con efectos biopsicosociales muy diversos, a menudo incapacitantes, y que suponen un cambio vital y un deterioro significativo en el funcionamiento cotidiano en las áreas más importantes de la persona.

2.1. Las cifras del trauma

El estudio de los efectos psicológicos y fisiológicos como consecuencia de la exposición a acontecimientos traumáticos estuvo referido inicialmente a los accidentes laborales ferroviarios producidos durante la Revolución Industrial decimonónica (con denominaciones como *railway spine* o *railway brain*) y, sobre todo, a las consecuencias de la exposición a situaciones de combate extremas en la I y II Guerra Mundial (con denominaciones como “corazón irritable”, “shock por metralla” –*shell shock*–,

“neurosis traumática”, “neurosis de guerra” o “agotamiento o fatiga de combate”, “síndrome del campo de concentración”, entre otras). Las guerras de Vietnam y Corea en los 60 y 70 incrementaron el estudio del trauma y propiciaron la aparición como categoría diagnóstica independiente del estrés postraumático por primera vez en 1980, en el DSM-III. A partir de ahí, el ámbito del estudio del trauma se fue generalizando progresivamente desde el contexto principalmente militar a diversos acontecimientos en el contexto civil, como abuso, maltrato y agresión sexual, catástrofes por causas naturales o artificiales, terrorismo, etc., hasta incluir el trauma vicario, es decir, ser testigo directo o indirecto de un acontecimiento traumático. Si el lector desea profundizar sobre la historia del estudio del trauma puede consultar la obra de Horwitz (2018).

La exposición a acontecimientos de tipo traumático es frecuente y extensa entre la población. En un reciente estudio epidemiológico con 68.894 participantes de 24 países, explorando 29 traumas vitales, Kessler y colaboradores (2017) encontraron que:

- El 70,4% de los encuestados sufrieron uno o más traumas en algún momento de sus vidas.
- Como media, cada persona estuvo expuesta cinco veces a dos tipos de traumas diferentes a lo largo de sus vidas.
- Los traumas más comunes entre la población general son ser testigo de traumas que les ocurren a los seres queridos, los accidentes de tráfico y la muerte inesperada de un ser querido.
- Los traumas cuya sintomatología es más persistente en el tiempo son los relacionados con la violencia física y violencia sexual en la pareja.
- Las mujeres sufren más traumas relacionados con violencia sexual y los varones más relacionados con accidentes de tráfico y violencia física.
- Las personas expuestas a traumas en edades tempranas tienen más riesgo de sufrir traumas subsecuentes.
- La exposición a la violencia está asociada a una vulnerabilidad generalizada a desarrollar traumas subsecuentes.
- La duración media de los síntomas postraumáticos es de seis años.

El estrés postraumático (TEPT) es la patología subsecuente a dicha exposición más estudiada en relación con el trauma. Según la OMS, se estima que el 3,6% de la población mundial ha sufrido de TEPT en el último año.

Entre los acontecimientos traumáticos con potencial riesgo de desarrollar TEPT se encuentran ser testigo de la violencia o de traumas a seres queridos (enfermedad, muerte, cadáveres, testigo de violencia parental, niños con enfermedades graves), sufrir accidentes (accidente automovilístico, enfermedad con riesgo vital, desastres naturales o provocados por los humanos), la muerte inesperada de un ser querido. Pero, sobre todo, los que más riesgo tienen que provocar sintomatología TEPT más persistente en el tiempo son experimentar violencia sexual (agresión sexual, acoso sexual, abuso sexual de la pareja, violación), violencia física (palizas, abuso físico durante la infancia, ataque físico, secuestro) y traumas de guerra (civiles en zona de guerra, ver atrocidades, experiencia de combate).

El curso del impacto traumático en general implica que, dentro de los tres primeros meses tras la exposición traumática (TEPT agudo), alrededor del 50% de los individuos sigue presentando sintomatología significativa; pasados 18 meses (TEPT crónico), tan solo entre el 15% y 30% presenta síntomas clínicos disfuncionales. Aunque hay que decir que estas estimaciones son muy generales y varían en función de estresor traumático, existencia o no de problemas psiquiátricos previos, etc. Por ejemplo, se ha descrito que las tasas más elevadas de TEPT se encuentran entre las víctimas de violencia o de agresiones sexuales, que pueden alcanzar hasta el 50%-80% de las personas afectadas (para profundizar en estos aspectos, consultar Young, 2016).

2.2. Características definitorias del estrés postraumático

El estrés postraumático es de los pocos trastornos mentales que exigen la presencia de una causa externa (acontecimiento traumático) para su desarrollo. Así, tanto el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)* de la Asociación Americana de Psiquiatría,

como la *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE)* de la Organización Mundial de la Salud, que constituyen hoy en día los manuales de referencia en salud mental, están de acuerdo en que el primer criterio diagnóstico a considerar es, como indica el DSM-5, la exposición a una situación de amenaza de muerte, lesión grave o violencia sexual, bien sea a través de la experiencia directa, ser testigo directo o tener conocimiento de que el suceso traumático le ha sucedido a un familiar próximo o amigo íntimo, así como la exposición repetida o extrema a detalles desagradables del suceso traumático (APA, 2013); o bien, como refiere la CIE-11, la persona ha estado expuesta a un evento o a una serie de eventos extremadamente amenazantes o catastróficos (OMS, 2018). En el cuadro 2.1 se resumen los principales acontecimientos traumáticos; la lista señala las áreas y tipos más comúnmente estudiados sin pretender ser excluyentes.

CUADRO 2.1. *Acontecimientos traumáticos*

-
- Desastres naturales (inundaciones, riadas, huracanes, tornados, terremotos).
 - Accidentes de medios de transporte (coche, tren, avión, barco).
 - Accidentes personales (laborales, industriales, domésticos, actividades de ocio).
 - Combate o exposición a zona de guerra (como militar o como civil).
 - Violencia física (ataques, asaltos, maltrato).
 - Violencia sexual (acoso, violación, abuso o ataque sexual).
 - Acoso o maltrato psicológico (escolar, universitario, en el trabajo, en antiguas relaciones).
 - Actos terroristas o tortura.
 - Encarcelamiento, detención o cautividad forzosa.
 - Muerte accidental o violenta de una persona cercana o de un ser querido.
 - Enfermedad muy grave propia o de un ser querido.
 - Violencia por parte de la pareja (agresión física, psicológica o sexual).
 - Ser testigo como profesional de situaciones críticas (muerte inesperada de pacientes, exposición extrema a lo grotesco, no haber hecho lo suficiente como profesional, etc.).
-

Fuente: Crespo, González Ordi, Gómez Gutiérrez y Santamaría, 2020.

Existe una relación de dosis-respuesta entre la severidad de la exposición traumática y el riesgo de desarrollar TEPT. Respecto a la dosis o forma de presentación de los traumas, pueden ser de tipo I o episodio único (v.g. una violación), tipo II o episodios similares repetidos que cesan (situación de combate bélico) y tipo III o episodios similares repetidos que continúan (situación de acoso o maltrato) (Kira, Lewandowski, Templin, Ramaswamy, Ozkan y Mohanesh, 2008). El riesgo de desarrollar TEPT aumenta con la elevada intensidad del acontecimiento, alta frecuencia del acontecimiento, la exposición al acontecimiento en edades tempranas y que el agente causante del acontecimiento sea el ser humano (Echeburúa y Corral, 1995).

Del mismo modo, otro de los aspectos en los que ambos sistemas clasificatorios están de acuerdo es en considerar TEPT a partir de las cuatro semanas de presentación de la sintomatología.

De acuerdo con la última versión, el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), el trastorno de estrés postraumático se incluye dentro de la categoría de “trastornos relacionados con traumas y factores de estrés” y se caracteriza por la presencia de síntomas de reexperimentación de la experiencia vivida, de evitación de los estímulos asociados al suceso y del aumento del nivel de alerta y reactividad. Asimismo, el DSM-5 incorpora como novedad, frente a las definiciones anteriores del TEPT, la presencia de alteraciones negativas en las cogniciones y en la emoción, tales como dificultad para recordar algunos aspectos del suceso, pensamientos negativos sobre uno mismo, los demás o el mundo, o incapacidad para experimentar emociones positivas, entre otras, hasta definir un total de 20 síntomas característicos (véase cuadro 2.2).

Por su parte, la propuesta recogida en la CIE-11 (OMS, 2018) solo reconoce seis síntomas principales para las tres grandes categorías: dos de reexperimentación, dos de evitación y dos de hiperactivación. La propuesta de la CIE-11 aclara que debe informarse del deterioro en al menos un área de funcionamiento, de tres posibles, con una duración mínima de un mes y que el evento traumático no necesita causar angustia inmediata, pudiendo retrasarse el inicio de los síntomas más de seis meses después del acontecimiento estresante (véase cuadro 2.2).

CUADRO 2.2. *Sintomatología del estrés postraumático (comparativa entre DSM-5 y CIE-11)*

<i>DSM-5: 20 síntomas (Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx y Schnurr, 2013)</i>	<i>CIE-11: 9 síntomas (Cloitre, Shevlin, Brewin, et al., 2018)</i>
<i>Intrusión</i>	<i>Reexperimentación</i>
Recuerdos intrusivos	Pesadillas
Pesadillas relacionadas con el trauma	Flashbacks
Flashbacks (reexperimentación)	<i>Evitación</i>
Malestar intenso ante la exposición	Evitación interna (pensamientos, sentimientos o sensaciones físicas)
Reacciones fisiológicas intensas	Evitación externa (personas, lugares, conversaciones, objetos, actividades o situaciones)
<i>Evitación</i>	<i>Sensación persistente de amenaza</i>
De recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos	Hipervigilancia
De personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos y situaciones	Respuesta de sobresalto
<i>Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo</i>	<i>Alteración del funcionamiento</i>
Amnesia relacionada con el trauma	Vida social
Creencias negativas sobre uno mismo, los demás y el mundo	Trabajo
Percepción distorsionada de la causa o consecuencias (culpa hacia uno mismo o hacia los demás)	Otros
Estado emocional negativo persistente (miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza)	
Disminución del interés o participación en actividades significativas	
Desapego y alienación	
Incapacidad para experimentar emociones positivas	
<i>Alteración de la alerta y reactividad</i>	
Irritabilidad y falta de control de la ira	
Comportamiento imprudente y auto-destructivo	
Hipervigilancia	
Respuesta de sobresalto exagerada	
Problemas de concentración	
Alteraciones del sueño	

La CIE-11 incorpora una nueva etiqueta diagnóstica dentro de la categoría de trastornos específicamente asociados con el estrés: el trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT-C). El TEPT-C es una variante más extrema que se presenta en víctimas de acontecimientos traumáticos tipo III, repetidos y persistentes, ineludibles, en los que la víctima se encuentra bajo el control físico y emocional del perpetrador, como situaciones de acoso o violencia prolongada, abuso sexual en la infancia, secuestro, tortura, genocidio, etc. Para el diagnóstico de TEPT-C se requiere, junto con el cumplimiento de los criterios del TEPT, otros tres criterios adicionales que reflejan desregulación emocional, autoconcepto negativo y problemas en las relaciones con los demás.

En suma, las actuales conceptualizaciones del TEPT coinciden en reconocer la presencia conjunta de tres bloques sintomáticos principales: reexperimentación, conductas de evitación e hiperactivación, junto a un deterioro significativo en el funcionamiento diario de la persona. Las diferencias entre DSM-5 y CIE-11 radican más bien en el número de síntomas considerados dentro de cada uno de estos grandes bloques y en la inclusión (o no) de otros criterios adicionales, siendo la propuesta de la CIE-11 la que ofrece una mayor especificidad, al reducir el sobrediagnóstico y minimizar los falsos positivos (Barbano, van der Mei, Bryant, Delahanty *et al.*, 2019), mientras que el DSM-5 se orienta probablemente hacia una mayor sensibilidad sintomática. Este aspecto, sin embargo, sigue siendo controvertido, y la “pelea diagnóstica” sobre qué clasificación obtiene mayor fiabilidad y validez, mejor capacidad predictiva y de ajuste diagnóstico queda aún pendiente.

2.3. Impacto del trauma

Como hemos dicho en el apartado anterior, el núcleo central del trauma se caracteriza por la *reexperimentación*, revivir intensamente el trauma o parte del mismo, como si estuviera teniendo lugar una vez más, meses, años o décadas después de haberse producido ante la presencia de estímulos sensoriales que recuerden en algún aspecto a aquella experiencia; la *evitación* de todo aquello, interno o externo, que recuerde la experiencia traumática y produzca intenso sufrimiento al individuo y, finalmente,

la *hiperactivación*, que implica que el acontecimiento traumático ha sido tan devastador que la persona queda sensibilizada y alerta permanentemente ante la posibilidad de que pueda suceder de nuevo. La impresión que transmiten los pacientes es que, aunque racionalmente sepamos que ha pasado cierto tiempo, o incluso que no tiene por qué volver a ocurrir, emocionalmente seguimos en la batalla por la supervivencia *sine die*.

Como decía Bessel van der Kolk, “estar traumatizado significa seguir con tu vida como si el trauma siguiera, invariable e inmutable, ya que cada nuevo encuentro o acontecimiento está contaminado por el pasado” (van der Kolk, 2015, p. 57).

Esta dinámica suele implicar con el tiempo consecuencias neurobiológicas, cognitivas, afectivas y somáticas muy diversas; por ello, el trauma es mucho más que el estrés postraumático.

2.3.1. *Impacto neurobiológico*

Neurobiológicamente hablando, sabemos que el trauma crónico afecta a distintas estructuras y procesos cerebrales que conllevan alteraciones comportamentales características, entre las principales, y muy resumidamente, destacamos (Dégeilh, Viard, Dayan, Guénolé *et al.*, 2013; Yehuda, Hoge, McFarlane, Vermetten *et al.*, 2015):

- Alteraciones en el sistema hipotálamo-hipófisis-adrenal, que conlleva una mayor sensibilidad del sistema de respuesta al estrés.
- Hiperfunción de la amígdala rinencefálica, que mantiene el estatus de lucha-huida, favorece la hipermnesia de los aspectos emocionales negativos y mantiene el sesgo atencional hacia la amenaza: “el mundo es peligroso”, “los demás son peligrosos”, etc.
- Disfunción y, en casos extremos, reducción en el volumen del hipocampo, que está relacionado con el déficit en la memoria episódica, la fragmentación, descontextualización espaciotemporal y sobre-generalización de los recuerdos.
- Hipoactivación del córtex prefrontal, vinculado al déficit en funciones ejecutivas y en la regulación atencional y emocional.

- Hipoactivación del córtex cingulado anterior, que modifica el sentido de identidad y percepción negativa de uno mismo.

La reciente evidencia neurobiológica revela que existirían esencialmente dos tipos de respuesta al trauma. La primera y más común es la llamada *inframodulación emocional* o fallo en la inhibición corticolímbica, que conlleva un decremento en la activación de las estructuras prefrontales consistente con el fracaso en la inhibición de la reactividad límbica, lo que produce los síntomas de hiperactivación, evitación y reexperimentación ya comentados; la segunda, llamada *sobremodulación emocional* o excesiva inhibición corticolímbica, en la que el incremento en la activación de las estructuras prefrontales es consistente con la hiperinhibición de las estructuras límbicas, lo que se traduce en una sintomatología de “apagado emocional” caracterizada por el embotamiento emocional, la despersonalización/desrealización y disociación (Lanius, Vermetten, Loewenstein, Brand, Schmahl, Bremner y Spiegel, 2010). Este último tipo de respuesta es lo que el DSM-5 denomina “estrés postraumático subtipo disociativo”, que comprende un 14,4% de los casos de trauma por término medio (Stein, Koenen, Friedman, Hill *et al.*, 2013) y que trataremos con más detalle en el próximo capítulo.

2.3.2. *Impacto cognitivo*

A nivel cognitivo, el impacto del trauma implica en buena medida un cambio significativo en la percepción e interpretación de la realidad, de sí mismo, de los otros, del presente y del futuro, en términos de amenaza, indefensión e impredecibilidad. Algunos de los principales esquemas cognitivos y atribucionales postraumáticos pueden resumirse en los siguientes (Ehlers y Clark, 2000):

- El mundo es peligroso, malévolo y nada bueno me puede pasar.
- El mundo es impredecible, incontrolable e injusto.
- No se puede confiar en nadie.
- No merezco la atención y el interés de nadie.

- Me siento culpable por lo que pasó. Fue culpa mía. De algún modo, soy responsable.
- No merezco ser querido por nadie.
- Nadie me entiende y debo mantener mi problema en secreto, si no, los demás no me comprenderán y me rechazarán.

A su vez, estos esquemas cognitivos vienen reforzados y mantenidos por alteraciones afectivas que implican:

- Indefensión.
- Ira, rabia, frustración.
- Miedo generalizado y persistente.
- Sentimientos de pérdida (si ha habido pérdidas de seres queridos).
- Sentimientos de vergüenza.
- Sentimientos de culpabilidad.
- Dificultades para identificar y manejar emociones adecuadamente.

2.3.3. *Impacto afectivo*

El proceso de inframodulación emocional, que conlleva una mayor sensibilización del sistema de respuesta al estrés, puede estar muy relacionado con el hecho de que el TEPT presenta una altísima comorbilidad con los trastornos emocionales. De hecho, no es infrecuente que los trastornos emocionales, particularmente los relacionados con la ansiedad y la depresión, sean el motivo inicial de consulta y, tras una evaluación psicológica más pormenorizada, el profesional de la salud detecte que dichos trastornos emocionales son subsecuentes a la aparición del trauma, aunque en el momento presente generen un mayor sufrimiento emocional.

Según el National Institute for Mental Health de (NIMH) de EE.UU., de entre los pacientes diagnosticados de TEPT que presentaban criterios consistentes con otro diagnóstico:

- El 80% tenía además un diagnóstico de trastorno por ansiedad. Los más comunes entre mujeres son fobia específica, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno por ansiedad

generalizada; en los varones, la fobia específica era el más prevalente.

- Entre el 30% y el 60% presentaban además trastornos disociativos.
- Entre el 26% y el 85% presentaban trastorno del estado de ánimo o trastorno somatoforme.
- Entre el 40% y el 60% presentaban trastorno de personalidad (límite, evitativo, dependiente).
- Entre el 60% y el 80% abusaban del alcohol y otras drogas para atenuar o evitar los recuerdos traumáticos más dolorosos (véase Johnson, 2009).

2.3.4. *Impacto somático*

El sufrimiento emocional derivado del trauma conlleva a menudo también sufrimiento físico o somático, como no podría ser de otra manera, desde una perspectiva biopsicosocial. Entre las víctimas de trauma crónico es común encontrarse con las siguientes quejas somáticas (Rothchild, 2000):

- Síntomas cardiovasculares: taquicardia, palpitaciones, dolor precordial.
- Síntomas gastrointestinales: síndrome de intestino irritable, episodios recurrentes de diarrea-estreñimiento, dolor abdominal.
- Fibromialgia y fatiga crónica.
- Dolor crónico generalizado.
- Síntomas sexuales: dolor de suelo pélvico, malestar genital, infecciones recurrentes.

En una clásica revisión metaanalítica de 23 estudios, considerando un total de 4640 pacientes, sobre las secuelas somáticas vitales del abuso y la violencia sexual, los autores encontraron que los pacientes con historia de abusos sexuales presentaban el doble o triple de probabilidades de padecer trastornos gastrointestinales (síndrome de intestino irritable, episodios recurrentes de diarrea-estreñimiento, dolor abdominal), dolor crónico de origen inespecífico, convulsiones de origen psicógeno y dolor de suelo pélvico crónico. Respecto a pacientes con historia de violación,

encontraron asociaciones significativas con fibromialgia, dolor de suelo pélvico y trastornos gastrointestinales funcionales (Paras, Murad, Chen, Goranson *et al.*, 2009).

A su vez, las patologías dolorosas crónicas con mayor incidencia de TEPT son fibromialgia, migraña y cefalea tensional, dolor temporomandibular, dolor pélvico, mastalgia y síndrome de dolor regional complejo. Por lo que la relación entre quejas somáticas, particularmente el dolor crónico, y TEPT es bidireccional, reforzándose y manteniéndose mutuamente. El dolor crónico es uno de los síntomas somáticos más prevalentes en la población con TEPT. A mayor incremento de los síntomas postraumáticos, mayor intensidad y discapacidad del dolor experimentado. A mayor intensidad de dolor y discapacidad percibida, mayor emocionalidad negativa (miedo, tristeza e ira), que incide en un empeoramiento postraumático. El TEPT es un factor de riesgo a la cronificación del dolor y, a su vez, el dolor crónico es un predictor de desarrollo de TEPT (Moeller-Bertram, Keltner y Strigo, 2012; Bourke, Langford y White, 2015).

Otro de los problemas comunes en pacientes con TEPT son las alteraciones del sueño. Entre el 70-91% de los pacientes con TEPT presentan problemas de insomnio y entre el 19-71% informan de pesadillas recurrentes, dependiendo de la severidad del trauma (Maher, Rego y Asnis, 2006). Los trastornos del sueño más prevalentes son las pesadillas relacionadas con contenidos de la experiencia traumática, la mala calidad del sueño y el descanso nocturno (sueño poco reparador), el insomnio de inicio o de conciliación (dificultades o imposibilidad de conciliar el sueño), insomnio de mantenimiento (despertares nocturnos), insomnio del final del sueño (despertarse y no poder volver a conciliar el sueño), despertares confusionales con o sin recuerdo de pesadillas y bruxismo. Dichas alteraciones y parasomnias inciden en el empeoramiento del malestar postraumático.

Además de las pesadillas, que serían la alteración del sueño más característica del individuo traumatizado y que vienen a considerarse como la contrapartida nocturna de los flashbacks diurnos, se han descrito otra serie de alteraciones del sueño menos frecuentes, como parálisis del sueño, sonambulismo y alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas (Koffel y Watson, 2009).

2.4. Evaluación del TEPT

A menudo, la evaluación inicial de cribaje o screening solemos realizarla con los instrumentos de autoinforme diseñados a tal efecto, siguiendo los criterios diagnósticos de los sistemas clasificatorios internacionales:

- DSM-5: *PTSD Checklist para DSM-5, PCL-5* (Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx y Schnurr, 2013).
- CIE-11: *The International Trauma Questionnaire, ITQ* (Cloitre, Shevlin, Brewin, Bisson, Roberts, Maercker, Karatzias y Hyland, 2018).

La escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático, EGEP-5 (Crespo, Gómez y Soberón, 2017) es un instrumento que posibilita un formato de entrevista diagnóstica estructurada y proporciona una mayor información clínica que los instrumentos de cribaje.

Para una evaluación mucho más detallada, integral y exhaustiva del TEPT y de la sintomatología postraumática utilizamos el Cuestionario de Impacto del Trauma, CIT (Crespo, González Ordi, Gómez Gutiérrez y Santamaría, 2020), que permite evaluar sesgos de respuesta, escalas diagnósticas de estrés postraumático (evitación, intrusión, alteración de la activación y la reactividad, alteración cognitiva y del estado de ánimo, disociación y cambio vital), síntomas somáticos (problemas somáticos y alteraciones del sueño), área internalizante (ansiedad, rumiación, depresión, disregulación emocional, malestar sexual, alteraciones en la conducta alimentaria, ideación suicida y autolesiones), área externalizante (abuso de sustancias, conductas de riesgo e ira), área interpersonal (dependencia emocional y alienación interpersonal), alteraciones en las creencias (creencias negativas sobre uno mismo, creencias negativas de culpa, creencias negativas sobre el mundo y el futuro, creencias negativas sobre los demás y autosabotaje) y deterioro en los diversos ámbitos del funcionamiento cotidiano del paciente.

A menudo, la información del CIT puede complementarse y completarse con cuestionarios de personalidad de amplio espectro bien conocidos y muy utilizados en la comunidad científica nacional e internacional, como el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado, MMPI-2-RF (Ben-Porath y Tellegen, 2009), o el Inventario de Evaluación