



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TRASTORNO DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO:
UNA PROPUESTA DE CURSO –TALLER**

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
ANDREA CHACON ESPINOSA

DIRECTOR DE LA TESINA:
LIC. RODOLFO ESPARZA MÁRQUEZ



Ciudad Universitaria, D.F.

Mayo, 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	Paginas
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	3
JUSTIFICACION	4
CAPITULO I. TRASTORNO DE ESTRÉS POS-TRAUMATICO	
1.1 Antecedentes	9
1.1 Accidente de ferrocarril de 1889	9
1.2 Terremoto en Messina	10
1.3 Las Guerras Mundiales	10
1.4 Sobrevivientes de campos de concentración	13
1.5 Veteranos de Guerra de Vietnam	13
1.2 TEPT	17
1.2.1 Características diagnosticas	18
1.2.1.1 Trastorno de Estrés Post-traumático según el CIE 10	19
1.2.1.2 Pautas para el diagnostico según el DSM-IV	20
1.3 Los síntomas y signos asociados	22
1.4 Curso del padecimiento según el DSM-IV TR, Fase aguda,	24
1.4.1 Fase aguda	24
1.4.2 Fase de reorganización	24
1.5 Prevalencia y repercusiones psicosociales	25
CAPITULO II. TRAUMA, ESTRÉS, CRISIS Y ANGUSTIA	
2.1 Definición de trauma	28
2.2 Definición de stress	29
2.3 Definición de crisis	32
2.3.1 Tipos de crisis	36
2.4 Angustia	38
CAPITULO III INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	
3.1 Instrumentos de auto ayuda	40
3.2 Instrumentos de Cribado	41
3.3 Escalas de gravedad	44
3.4 Escalas de evaluación de tratamiento	44
CAPITULO IV TRATAMIENTOS	
4 Tratamientos para el estrés postraumático	45
4.1 Tratamiento Biológico	46
4.1.1 Tratamiento biológico desde la psiquiatría	46
4.2 Tratamiento Psicológico	47
4.2.1 Enfoque psico educativo	48
4.3 Terapia Cognitiva	49
4.4 Terapias Conductual-Cognitivas	53
4.4.1 Terapia cognitivo-conductual en estilos de afrontamiento	54
4.4.2 Recursos personales	57
4.5 Terapia conductual	63
4.6 Terapia para el manejo de TEPT	66
4.7 Terapia de Exposición	67
4.8 Terapias Psicodinámicas	73
4.8.1 Hipnosis Clínica	75

4.9	Terapias Grupo / Grupos Auto ayuda-Apoya Social	77
4.10	Terapia familiar	78
4.11	Terapias Alternativas / Holísticas / Naturales	79
	PROPUESTA DE TALLER	84
	CONCLUSIONES	83
	BIBLIOGRAFIA	92
	ANEXOS	

INTRODUCCION

Para la mayoría de las personas existen interrogantes acerca de la conducta humana, tan difíciles de contestar que ese simple y sencillo hecho provocan que se busque la explicación hasta el sitio más recóndito de la misma; por ejemplo: ¿por qué un par de gemelos que han sido educados por los mismos padres y en las mismas condiciones, tienen respuestas o gustos tan diametralmente opuestos el uno del otro?, o bien ¿el por qué de entre un grupo de personas que han sido víctimas de un asalto unas lo superan mientras que a otras les causa tal conflicto, al grado de no poder salir a la calle después de transcurridos algunos meses?

Cuando nos sentamos a ver la televisión nos encontramos con una serie de anuncios en los que la violencia, los secuestros y las mutilaciones a personas como nosotros son muy frecuentes, lo cual nos lleva a vivir en una constante angustia y temor a ser las próximas víctimas de alguno de estos delitos. Pero no sólo es esta clase de material visual el que nos provoca una reacción de alerta constante, sino el saber o ya haber sido una más de las estadísticas de los delitos que diariamente ocurren en la Ciudad de México o el área Metropolitana, y que más que resolverse las autoridades niegan su existencia. El por qué a algunos les es más sencillo superarlo que a otros, lo explicaremos más adelante.

En la presente investigación podremos distinguir las diferentes facetas que tiene el estrés post-traumático (TPET), así como tener una amplia visión del origen, etiología, sintomatologías y efectos que se manifiestan en la víctima, incluyendo sus esferas social y cultural ampliamente.

El término estrés ha sido ampliamente utilizado, motivo por el cual ha perdido su dimensión real, ya pues en lo cotidiano hablamos de él como una parte común y corriente de nuestra existencia. Empero... ¿hasta qué punto este abuso nos hace

perder el sentido de lo que en realidad es el estrés como trastorno?

Pese a lo que se podría pensar, el TPET es uno de los trastornos más comunes en la sociedad. Este comienza a desarrollarse las más de las veces, en la supuesta seguridad del seno familiar, en familias en las que la violencia es un elemento cotidiano, siendo estrés, una constante en la vida de los integrantes de la misma, los cuales desde su primeros años de vida, se encuentran con la incertidumbre, la indefensión o la angustia constante de inestabilidad, falta de concordia y sobretodo la negación de sentirse protegido sentimiento que le ayudaría a no tener una conducta pre mórbida y le seria un apoyo el cual le daría la oportunidad de poder tener una personalidad estructurada y con las herramientas para afrontar un medio hostil y agresivo.

Así observamos que diariamente somos victimas de sucesos transgresores ante los cuales reaccionamos de diversas formas y ante los cuales no todos sufren de estrés. La pregunta es: ¿por qué?

Esto es solo la punta del iceberg. La intención del presente trabajo es intentar dar respuesta a esta y a otras interrogantes.

La presente investigación pretende establecer, organizar y comprender de manera amplia y descriptiva, todos y cada uno de los puntos que integran al trastorno de estrés postraumático, desde su origen hasta sus diversos tratamientos, incluyendo las investigaciones mas recientes.

El panorama en el cual actualmente se encuentra el padecimiento nos invita a la reflexión para determinar sus orígenes, su curso, e introducción a los manuales de diagnostico que le dan la posibilidad de un estudio mas amplio y detallado de la naturaleza y proceso del padecimiento.

OBJETIVO GENERAL

En la presente investigación se realizó un recorrido teórico histórico de los aspectos que integran el trastorno de estrés postraumático, por medio de los cuales se hace la propuesta de un programa de intervención en forma de curso- taller.

OBJETIVO ESPECIFICO

Describir los antecedentes del estrés post – traumático.

Describir los distintos tipos de tratamientos que se han dado en el estudio del trastorno del estrés post – traumático.

Realizar una propuesta de prevención encaminada para adolescentes.

JUSTIFICACION

En los últimos años el nivel de la violencia en la ciudad de México y la zona conurbada se ha incrementado en frecuencia e intensidad, es tan simple como encender el televisor para poder ver y darse cuenta de como diariamente los asaltos, secuestros, violaciones y homicidios van aumentando día a día. Siendo esta situación una constante que lacera nuestra ya sensible y deteriorada necesidad de seguridad.

Las marchas que se realizaron para promover una ciudad que se encuentre libre de criminalidad las realizaron niños, jóvenes, adultos y ancianos que experimentan el miedo constante al salir de sus casas o de permanecer en ellas por que ya no se puede estar seguro en ningún lugar.

Se maneja como dicho popular: ...Se sabe que salimos de casa pero no sabemos como vamos ha volver...” tomando en cuenta este punto se puede decir que la población que radica en esta zona geográfica vive en un estrés postraumático constante, debido a que no es solamente lo que la persona a vivido, si no además lo que le a sucedido a personas allegadas a ellos, es decir hermanos, padres, tíos, amigos, compañeros, etc., que también han sido victimas de algún tipo de delito y que les genera a ellos la misma o una mayor inseguridad tomando en cuenta 3 de cada 5 personas han sufrido un incidente de violencia fuera de casa o dentro de ella. Las cifras que maneja la Procuraduría General de Justicia son las siguientes:

INCIDENCIA ANUAL

DELITOS	2003	2004	2005	2006	2007	2008 Ene- Abr
AVERIGUACIONES PREVIAS INICIADAS	198,660	186,800	181,176	176,073	191,792	65,596
DELITOS DEL FUERO COMUN	172,827	162,485	153,997	149,273	162,548	54,890
SUBTOTAL CON VIOLENCIA	67,378	61,650	57,860	55,476	61,785	20,507
SUBTOTAL SIN VIOLENCIA	105,449	100,835	96,137	93,797	100,763	34,383
DELITOS DE MAYOR IMPACTO	101,408	93,878	86,837	82,977	89,973	30,184
HOMICIDIOS	1,635	1,535	1,531	1,510	1,593	483
Doloso	715	710	698	649	714	224
Culposo	920	825	833	861	879	259
DELITOS SEXUALES	3,342	3,196	2,992	3,125	3,540	1,199
Violación	1,316	1,229	1,185	1,169	1,343	399
Otros	2,026	1,967	1,807	1,956	2,197	800
ROBOS	95,617	88,795	80,737	78,264	86,647	29,456
Transeúnte	22,391	20,443	19,719	20,369	23,958	7,832
En Vía Pública	12,162	11,651	11,702	12,883	14,427	3,843
En Taxi	1,330	921	809	775	1,104	373
En Microbús	1,515	1,180	1,105	1,155	1,464	553
Otros	7,384	6,691	6,103	5,556	6,963	3,063
Transporte	926	894	703	617	577	180
Repartidor	6,639	5,363	5,157	4,216	4,578	1,643
Vehículo	33,955	31,247	27,394	25,807	25,810	8,858

Con Violencia	14,261	13,436	11,594	10,594	10,825	3,458
Sin Violencia	19,694	17,811	15,800	15,213	14,985	5,400
Casa habitación	6,842	6,945	6,284	5,131	5,694	1,922
Con Violencia	743	728	555	418	546	169
Sin Violencia	6,099	6,217	5,729	4,713	5,148	1,753
Negocio	13,165	13,101	11,838	11,677	12,524	4,158
Con Violencia	4,928	4,901	4,390	4,102	4,469	1,634
Sin Violencia	8,237	8,200	7,448	7,575	8,055	2,524
Otros	11,699	10,802	9,642	10,447	13,506	4,863
LESIONES	25,023	23,785	23,574	22,637	23,844	7,773
Dolosas	15,459	13,946	13,859	13,342	14,775	4,968
Culposas	9,564	9,839	9,715	9,295	9,069	2,805
OTROS DELITOS	47,210	45,174	45,163	43,737	46,924	15,979

Fuente: Agencias del Ministerio Público.

Tomando en cuenta que solo es un 30% de los incidentes los que se denuncian, estamos hablando que el índice de delitos cometidos son altísimos en la Ciudad así como en la zona conurbana.

Cuando hablamos de una agresión hacia una persona, las repercusiones y las situaciones que se suscitan gestan un padecimiento, un hecho aislado, sin embargo cuando esta se generaliza en una comunidad determinada se vuelve un problema social y desde la salud pública se debería de establecerse un cerco epidemiológico, esto en caso de una afección física, pero cuando se trata de un padecimiento emocional esto no sucede.

En el Distrito Federal y la zona Metropolitana, lugares que sufren de una sobre población apenas menor a la que se vive en otros países; pero que además el nivel socioeconómico es un problema grave, por el desempleo, la falta de oportunidades de desarrollo, la marginación y como si lo anterior no fuese suficiente la falta de pericia de las autoridades para establecer modos adecuados y reales para combatir el alto índice de delitos que diariamente se cometen en estas zonas, hacen que se vaya formando en los sujetos una personalidad premórbida la cual ejerce un alto factor de riesgo para que se presente un trastorno de estrés postraumático.

El sujeto que desde su hogar se encuentra bombardeado por una serie de informaciones lascivas por todos los medios de comunicación y que posiblemente desde el seno familiar tenga una serie de conflictos tanto económicos como de interacción social y porque no hasta de violencia intrafamiliar se convierte en una bomba de tiempo que al primer contacto agresivo de su medio va a desbordar en una víctima de tal trastorno. Creando en si mismo un rechazo por la situación vivida y por tanto una estigmatización de todo el entorno social y cultural en el que coexiste.

Pero en este caso ¿quién es mas vulnerable a vivir en esta postura el hombre o la mujer?; Resultaría algo complejo de establecer debido a que los acontecimientos que se viven diariamente afecta a cualquiera sin importar sexo, edad, condición social o bien ningún otro aspecto.

Desde pequeños los niños viven en una situación de inestabilidad y de ruptura la cual los hace más vulnerables a su medio ambiente y por tanto es de hecho más factible el establecerse en un entorno sano que lo habilite para responder favorablemente a las agresiones de su entorno.

CAPITULO I. TRASTORNO DE ESTRÉS POS-TRAUMATICO

1. Antecedentes
 - 1.1 Accidente de ferrocarril de 1889
 - 1.2 Terremoto en Messina
 - 1.3 Las Guerras Mundiales
 - 1.4 Sobrevivientes de campos de concentración
 - 1.5 Veteranos de Guerra de Vietnam
- 1.2 TEPT
 - 1.2.1 Características diagnosticas
 - 1.2.1.1 Trastorno de Estrés Post-traumático según el CIE 10
 - 1.2.1.2 Pautas para el diagnostico según el DSM-IV
 - 1.3 Los síntomas y signos asociados
 - 1.4 Curso del padecimiento según el DSM-IV TR
 - 1.4.1 Fase aguda
 - 1.4.2 Fase de reorganización
 - 1.5 Prevalencia y repercusiones psicosociales

"Todos los neuróticos son simuladores -dijo-,
Simulan sin saberlo, y ésta es su enfermedad".

Freud

1 ANTECEDENTES

A continuación se mencionaran una serie de eventos que sirven de antecedentes para entender la importancia del trastorno de estrés postraumático.

1.1 Accidente de Ferrocarril de 1889

El gran número de accidentes ferroviarios que se produjeron durante la última mitad del siglo XIX, son de los primeros fenómenos que se aparecen en la literatura científica por la importancia que representaba con el gran numero de víctimas que de cada evento, lo cual se apoyo en los incipientes estudios que había en la época mostrando, en los cuales se mostró un

interés por cada uno de los avances de cada uno de los estudios y en este trastorno se maneja.

La primera descripción del trastorno de estrés post-traumático (TEPT) la dio a conocer, El Dr. John Erich Erichsen en la segunda mitad del siglo XIX, cuando describió las lesiones “en latigazo” (whiplash) que presentaban las víctimas de los accidentes ferroviarios, el manifestaba la existencia de una enfermedad nueva y distinta de la histeria y de la simulación.

1.2 Terremoto en Messina

El 28 de diciembre de 1908 un violento terremoto, seguido de olas gigantescas, devastó el estrecho de Messina (Italia) y provocó una impresionante cifra de víctimas que oscila, según los historiadores, entre 60.000 y 100.000 personas. Hubo movilizaciones a nivel mundial para ayudar a mitigar la situación y socorrer a los supervivientes. Lugar en donde se comenzó a observar que tiempo después que las personas que habían vivido este evento presentaban sueños recurrentes en los cuales recordaban el terremoto que les sobrevinieron vivido, así como tenían pesadillas y alteraciones del sueño en un 25% de la población, casos que fueron estudiados por Edouard Stierling. En estas investigaciones la relevancia esta de terminada por la existencia de la vulnerabilidad y la predisposición a padecer la enfermedad. Su hipótesis era que la causa del trastorno se debía a un acontecimiento traumático, aspecto que se ha comprobado ampliamente a lo largo de la historia del padecimiento.

1.3 Guerras Mundiales

Hermann Oppenheim (1889) fue el primero en darle a esta sintomatología el término de “neurosis traumática”, en la que se hablaba de los cambios en el sistema nervioso central (SNC), así como los cambios relacionados con el corazón, lo que llevo a las neurosis traumáticas a formar parte de las neurosis cardiacas. Quien la describió como una afección orgánica consecutiva a un traumatismo real que provocó una alteración

física de los centros nerviosos, acompañada de síntomas psíquicos: depresión, hipocondría, angustia, delirio, etcétera.

Es conocido el empleo que hizo Sigmund Freud de esta neurosis en su discusión sobre la etiología de la histeria, a partir de la doctrina funcionalista de Jean Martin Charcot: la noción de trauma fue entonces introducida desde el dominio físico y orgánico al plano psicológico, desembocando en una nueva concepción de la neurosis, basada primero en la teoría de la seducción, y después en la de conflicto defensivo. La neurosis se convertía de tal modo en una afección puramente psíquica, con lo cual caducaba la idea de la simulación, tanto para los adeptos del organicismo como para los partidarios del funcionalismo o la causalidad psíquica.

Con la Primera Guerra Mundial se reactivó el interminable debate sobre el origen traumático de la neurosis. Las jerarquías militares recurrieron a psiquiatras de todas las orillas para que trataran de desenmascarar a los simuladores, sospechados (como en otro tiempo las histéricas) de ser falsos enfermos, es decir mentirosos, desertores, malos patriotas.

Freud fue entonces convocado como experto por una comisión investigadora, para que diera su opinión sobre el eventual delito de Wagner-Jauregg. El utilizó como tratamiento de la neurosis de guerra un tratamiento eléctrico, en el informe, Freud se mostró muy moderado con el psiquiatra, pero en cambio criticó con suma violencia, no sólo el método eléctrico, sino también la ética médica de quienes lo utilizaban. Recordó que el deber del médico es siempre y en todas partes ponerse al servicio del enfermo, y no de cualquier poder estatal o bélico, y estigmatizó la idea de la simulación, incapaz de definir la neurosis, fuera del origen traumático o psíquico: "Todos los neuróticos son simuladores - dijo-, simulan sin saberlo, y ésta es su enfermedad".

Las investigaciones realizadas fueron diversas, en las cuales se buscaba describir los trastornos que sufrían los soldados en

las trincheras, acuñándose diversos términos como astenia neurocirculatoria, corazón de soldado, así que la neurosis traumática formo parte del grupo.

Para finalizar la Primera Guerra Mundial Bonhoeffer (1940) realizó algunos cambios con el termino de neurosis traumática, a la que se consideró una enfermedad social y por lo tanto para que pudiese ser curada solo debía hacerse con factores sociales, ya que este consideraba que al ser una enfermedad social se debía ser curada de la misma forma, es decir tenia que ser aliviado el padecimiento por los mismos factores sociales que eran los causantes de la neurosis y por tanto no debía tener una compensación económica (como hasta ese momento).

Segunda Guerra Mundial

Kariner en 1941 hizo algunas investigaciones en las cuales encontró una distinción entre el padecimiento y la epilepsia, la simulación, o la histeria entre otros, también hablo de ciertas características como son la vigilancia anormal y una sensibilidad excesiva respecto a estímulos amenazadores.

López Ibor (1942) y Mira y López (1944) en España estudiaron las neurosis de guerra, centrados en la guerra civil española y coincidiendo con la segunda guerra mundial. En la obra de López Ibor se centraliza principalmente en las respuestas de la persona ante el estrés bélico y sus posibles manifestaciones, analiza los trastornos histéricos que observó su experiencia durante la Guerra Civil española en el cual explica en un sentido fenomenológico un a una emoción aguda que puede determinar un estado psíquico agudo de anormal intensidad. Así como este autor muchos otros abordan la problemática como Mira y López en la psiquiatría de la guerra, quien tenia una postura opuesta a López ya que Mira no lo veía desde esa perspectiva por la situación de que López Ibor se encontraba con el bando opuesto en el que estaba Mira y López por lo que su opinión sobre el tema es distinto.

Mira y López aborda desde una perspectiva del bando republicano el cual analiza minuciosamente el miedo de desde el modelo de Hurler Jackson, así como también describe temores típicos, agitación, trastornos del habla, convulsiones, parestias, espasmos, etc. La neurosis traumática sufre del conflicto entre el miedo y el sentido del deber que sufre el soldado, el conflicto queda relegado a un nivel inconsciente.

El modelo de Hurler Jackson (1911) el cual analizaba el miedo establecía 6 niveles de este: 1. Prudencia y retraimiento; 2. Concentración y cautela; 3. Aprensión y alarma; 4. Ansiedad y angustia; 5. Pánico y 6.-Terror.

1.4 Sobrevivientes de campos de concentración

Durante el Holocausto que es otro acontecimiento que dejó a la humanidad en duelo, se realizaron algunos estudios con los sobrevivientes de los campos de concentración en los que se ha demostrado que presentan mayor mortalidad y mayor morbilidad en las enfermedades psiquiátricas. Para este grupo específico se desarrolló el término de síndrome de "campo de concentración". Henry Krystal (1971) estudió los efectos a largo plazo de estas víctimas, en los que consideró que un elemento esencial de los supervivientes era el manejo de los sentimientos. Que la experiencia nuclear en este grupo es la rendición y aceptación a la muerte y la destrucción como inevitable. El estado de hiper alerta evoluciona a un progresivo bloqueo de las emociones, inhibición conductual y desdiferenciación de sentimientos.

1.5 Veteranos de la guerra de Vietnam

Posterior a la guerra de Vietnam el número de excombatientes traumatizados comenzó a extenderse y dio la pauta para comenzar a realizar una serie de investigaciones que iban relacionadas con algunos de los conceptos que previamente ya se habían manejado para este trastorno.

Las conductas de aquellos que presumiblemente padecían de este trastorno, fueron revisadas de forma meticulosa y se

estableció –además- que existía una fuerte similitud entre la conducta de los excombatientes de guerra y las víctimas de agresiones sexuales y físicas, víctimas de desastres naturales severos, niños maltratados y prisioneros de los campos de concentración.

De esta forma, el reconocimiento del padecimiento como tal fue bastante tardío y de manera accidentada, teniendo relevancia en la medida en que esta relacionado con las conductas que devienen de trastornos mas severos.

De los hechos mas recientes tenemos los ocurridos el 11 de septiembre con las torres gemelas, en donde un sin numero de personas perdieron la vida y la catástrofe se vio reflejada a nivel nacional, un informe citado por Sosa y Capafóns señala que el 44% de los adultos y 35% de los niños informaron considerables síntomas de estrés postraumático y que el impacto se dio de manera expansiva.

Se maneja así debido a que tales eventos no solo afectan de manera especial a la víctima directa sino que es capaz de formar una onda de afectación entre lo que son los familiares, amigos, conocidos y personal de rescate y salvamento de las víctimas hasta la comunidad en la que el evento se produce.

En el caso específico del evento del World Trade Center se estimó (según Sosa y Capafóns) que se manifestó en algo más de tres millones de residentes en la ciudad y sus alrededores.

A pesar de que se tiene conocimientos sobre el trastorno desde 1800, el reconocimiento como TPET (trastorno de estrés postraumático como tal) fue bastante tardío y la primera aparición fue en el Manual de Diagnostico y estadística de desordenes mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) DSM-I (1952) en el cual existía la categoría de reacción general al estrés que estaba basada en la reacción a las catástrofes civiles o combates. En el DSM- II (1968) se reduce a una

reacción transitoria, lo cual fue manejado como insuficiente. Este aspecto se debió a los conflictos sociales mundiales que fueron un parte aguas en la historia de la humanidad, la cual estaba regida por la contante ruptura con los regimenes de gobierno y sociales que hasta ese momento se manejaban por lo cual el reconocer que un sujeto que había sido víctima por ese gobierno no podía reconocerse como afectado por TEPT por lo cual su reacción fue el retroceso en la categorización.

En el DSM-III (1980) se crea por primera vez una categoría específica del Trastorno de Estrés Post- Traumático, incluido dentro de los desordenes de ansiedad. En la revisión que se realizó del DSM III-R (1987) se manejo la existencia de un estresor severo, que fuera del rango de la experiencia usual, que genera una tríada de síntomas:

- 1.- Reexperiencia del evento
- 2.- Evitación persistente de estímulos asociados al trauma o embotamiento y
- 3.- Hiper arousal. Además los síntomas deben comenzar posterior a 1- 6 meses de haber ocurrido el evento.

En el DSM- IV (1995) se mantiene la tríada de los síntomas y se señala que el sujeto debió haber estado expuesto a la amenaza de su integridad personal o de otra, así como haber manifestado un intenso horror, vulnerabilidad y terror. Al respecto Tomb (1994) nos menciona que “la percepción de amenaza o trauma es casi tan esencial en el impacto del estresor y la producción de síntomas, como su objetividad”.

A diferencia del DSM III-R (1987) encontramos en el DSM-IV (1994) que el trastorno se divide en agudo y crónico si los síntomas tienen más o menos de 3 meses de duración, y de inicio demorado si este se presenta 6 meses o después de más meses del evento traumático.

Pero su aparición no solo se presenta en el DSM manual que es realizado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA)

sino también su aparición se dio en el CIE 10 (realizado por la Organización Mundial de La salud la OMS) en el cual se incluye la neurosis traumática. Como antecedente, es uno de los más importantes aun que contiene una gran cantidad de omisiones pero nos narra de una forma muy cercana lo que es el padecimiento lo cual hace del CIE 10 un elemento valioso.

Según el DSM-IV “un paciente con trastorno por estrés postraumático se ha enfrentado a un suceso amenazador para la vida o daño grave o <<amenaza para su integridad física o de los demás>>.

El estrés postraumático se centra alrededor de un trauma. El trauma está determinado por la dimensión del acontecimiento, que implica enfrentarse a catástrofes, provocadas por el hombre o eventos naturales del orden del medio ambiente.

Es de suma importancia que la naturaleza del trauma sea clasificada de agudo o persistente, de repentino o gradual, si se afrontó solo o en un grupo y si este, se experimentó activa o pasivamente.

El paciente experimenta aspectos sensoriales como son los olores, ruidos o imágenes del acontecimiento.

Según el concepto de TEPT es un riesgo potencial en la vida de cualquier sujeto en cualquier lugar y en cualquier momento.

Estadísticas

Alrededor del 30% de las personas se ven expuestas a lo largo de su vida a algún acontecimiento traumático. De estas personas, entre un 10 y un 20 por ciento desarrolla el trastorno. Tipos de acontecimientos traumáticos más prevalentes.

-Entre las mujeres es más común la violación y acoso sexual.

-Entre los hombres son más prevalentes la amenaza con arma, presenciar una agresión o asesinato y un accidente de tráfico grave.

-En ambos sexos por igual: muerte inesperada de un ser querido, accidente de tráfico con riesgo para la vida, presenciar una agresión o asesinato, asalto con violencia, amenaza con arma y catástrofe natural.

1.2 EL TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO (TEPT)

El trastorno de Estrés Postraumático, es crónico e incapacitante, las consecuencias a largo plazo de un fallo en el organismo para recuperarse de los estragos biológicos que producen respuestas a recuerdos de sucesos que no están ocurriendo en este momento pero que el individuo hace presente de diversas formas.

La biología de este trastorno es diferente de la biología del estrés, ya que es un proceso que ocurre después de que la situación de estrés deja de ser presente físicamente, por lo que ocurre un fallo del organismo a la hora de retornar al estado pretraumático y el estado de recuperación del sujeto por tanto es modificado.

El principal neurotransmisor excitador del sistema nervioso central (SNC), el glutamato, actúa sobre tres subtipos de receptores, 2 de los cuales tienen gran importancia en la psicobiología del trastorno: N-metil-D-aspartato NMDA, el AMPA y el GABA.

Adler fue el primero en observar la pérdida prolongada de la conciencia tras haber sido sometida una persona a acontecimientos traumáticos la influencia que tienen como un papel protector sobre el desarrollo del trastorno.

Othmer (1998) nos menciona: "...en el DSM IV (1994), la Asociación Psiquiátrica Americana reconoce oficialmente un menú descriptivo de síntomas y signos como base para el diagnóstico psiquiátrico. Los síntomas psiquiátricos son aceptados por su valor aparente, sin relacionarlo con las funciones cerebrales normales de las cuales los síntomas son señales de disfunción."

Este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad.

Un diagnóstico "probable" podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo). Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados.

También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma.

Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo.

1.2.1 CARACTERÍSTICAS DIAGNOSTICAS

Distintos manuales han hecho descrito las características del estrés postraumático, pero las que se tomaran en cuenta, para el presente trabajo son las del CIE10 y el DSM en sus distintas versiones, que a continuación se describen.

1.2.1.1 TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO ES SEGÚN EL CIE 10

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el

hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotrópicas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener

durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad.

1.2.1.2 Pautas para el diagnóstico SEGÚN EL DSM-IV

Los criterios para el diagnóstico del Trastorno por estrés postraumático.

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

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

B) El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flash back, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).
4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C) Evitación persistentes de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
6. Restricción de la vida afectiva (vgr, incapacidad para tener sentimientos de amor)
7. Sensación de un futuro desolador (vgr, no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D) Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos o más de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño
2. Irritabilidad o ataques de ira
3. Dificultades para concentrarse
4. Híper vigilancia
5. Respuestas exageradas de sobresalto

E) Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

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

1.3 LOS SINTOMAS Y SIGNOS ASOCIADOS

El estrés postraumático, tiene cuatro aspectos principales que van a puntualizar la conducta de la víctima posterior al evento, en donde se puede definir de la siguiente manera:

- El propio trauma.- La dimensión del trauma es proporcional a los acontecimientos que implica enfrentarse a un daño serio, la naturaleza del trauma se ha de clasificar cuidadosamente, si es de agudo a persistente, repentino o gradual, se afrontó solo (a) o en grupo y si se experimento activa o pasivamente. La naturaleza del trauma es importante ya que gracias a eso podemos estipular el grado de proceso de información necesario así como el nivel de ansiedad pre-traumática del paciente y la magnitud del trauma, cuando la ansiedad preexiste, libre flotante, fóbica y generalizada, menos intenso tiene que ser el trauma para provocar una respuesta de estrés postraumático en el paciente.
- Las características del paciente.- Están determinadas por el desarrollo premórbido; sus creencias cognoscitivas en cuanto a la seguridad de su mundo, su vulnerabilidad personal, su capacidad para expresar afectos, pensamientos, la ira y el miedo.
- El ambiente.-Está determinado por los lugares, no sólo en los cuales se dio la agresión sino también en todos aquellos lugares en los cuales la víctima se va a sentir segura para poder ya sea resolver el conflicto o bien manifestarlo.

Desde esta perspectiva la forma en la cual el sujeto internalizará como marco referencial al trauma, es una serie de procesos que estigmatizan el suceso traumático, es decir, la sociedad, las normas y costumbres del lugar.

Síntomas secundarios. Son síntomas que se producen como consecuencia de los anteriores.

-Agresividad y rabia hacia los demás o hacia sí mismos. Debido a su necesidad de defenderse, al hecho de no poder controlar sus síntomas y al estado de alerta en que se encuentran.

-Culpa y vergüenza. Suelen aparecer cuando empiezan a pensar que deberían haber hecho algo, que si no hubiesen hecho tal o cual cosa tal vez lo habrían evitado. En parte, esto es debido a una necesidad de control: si se consideran responsables pueden pensar que hay algo que pueden hacer para evitarlo si vuelve a suceder, que no están totalmente a la merced de su agresor. De hecho, este es un mecanismo de protección bastante extendido que a veces lleva a las personas a culpar a la víctima para poder seguir pensando que puede evitarse, que a ellos o a sus seres queridos no les pasará algo así porque sabrán impedirlo. Pero lo cierto, es que muchas veces es imposible controlar el comportamiento de otras personas.

-Problemas para relacionarse. Les resulta difícil volver a confiar en los demás. Su embotamiento emocional puede impedirles sentir cercanía emocional hacia otras personas. Su necesidad de estar en guardia y defenderse puede impedirles dejarse llevar en situaciones íntimas con sus parejas, pues eso requeriría bajar la guardia, lo cual puede dejarlos a merced de ese mundo que perciben como hostil, un lugar en el que pueden pasar cosas terrible, pero no a los demás, como suele creer la mayoría de las personas, sino a ellos mismos, sin previo aviso y sin que puedan hacer nada para evitarlo. Pueden acabar aislándose del resto de las personas y del mundo.

Trastornos asociados.

El 85% de los hombres y el 70% de las mujeres suelen tener algún otro trastorno asociado, como consecuencia del trauma vivido. Entre estos trastornos se encuentran la depresión mayor (el 50 % de las personas), trastorno obsesivo-compulsivo, fobia

simple, fobia social, trastorno de pánico, agorafobia y ansiedad generalizada. El abuso de alcohol se produce en el 50% de los hombres y el 30 % de las mujeres.

1.4 CURSO DEL PADECIMIENTO SEGÚN EL DSM IV TR

Según el DSM IV TR, se presentan dos fases las cuales se describen a continuación:

1.4.1 Fase aguda:

En esta fase, las primeras reacciones están determinadas por una ruptura de todo en cuanto a lo que establecía como un vínculo de seguridad, la víctima se encuentra en una angustia generalizada, desorganizada y confundida, en esta fase existen relaciones fisiológicas, psicológicas y sociales que resultan ser muy importantes.

Dentro de las relaciones físicas se encuentran alteraciones de distintos tipos como son: tensión muscular, cefaleas, tics, sobresaltos, trastornos alimenticios (anorexia o bulimia), irritación en el colón y estómago, náuseas, modificación en el proceso digestivo, alteraciones en el ciclo sueño-vigilia (incapacidad para dormir, periodos cortos de sueño o de vigilia) llantos y sobresalto durante el sueño, interrupciones de sueño por angustia, la incapacidad para conciliar (o volver a conciliarlo) y pesadillas.

Las reacciones psicológicas son depresión, sentimientos de desamparo, ira y odio, pérdida de auto control, deseos de venganza, negación, reacciones de llanto y/o risa sin motivación, temor a la violencia y a la muerte, la angustia y las ideas suicidas se presentan en algunos de los casos .

Las reacciones sociales se manifiestan con conflictos interpersonales, ya sea con la familia, amigos, pareja y el entorno en general.

1.4.2 Fase de reorganización:

Esta fase es variable en el tiempo en el cuál la persona se reintegrará a las actividades que cotidianamente solía hacer, y a

la sociedad. En esta etapa la víctima sigue presentando pesadillas entorno a la situación vivida, la fase se da por terminada cuando la víctima cambia su percepción de sí misma y el entorno como un resultado del daño causado en el Yo y la vivencia de haber sufrido una perdida irrevocable. A través de ello logra esclarecer pensamientos, culpas y sentimientos que se han ido creando desde el momento del suceso hasta el momento de la resolución

1.5 PREVÁLENCIA Y REPERCUCIONES PSICOSOCIALES

AGUDO.- Cuando la duración de los síntomas es menor a 3 meses

CRONICO.- Cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los 3 meses.

DE INICIO DEMORADO.- Esta especificación indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

El costo social que tiene un padecimiento de tal magnitud, no solo se ve determinado en la intimidad del paciente, desde el punto de vista económico se presentan situaciones en el desempeño laboral posterior al evento.

Aspectos tan diversos que el individuo tiene que englobar en su persona, su familia, sus amistades, etc.". Todos los neuróticos son simuladores -dijo-, simulan sin saberlo, y ésta es su enfermedad".. y de ahí hasta llegar a la sociedad en la cual se desarrolla. El individuo que padece de este trastorno forma a su alrededor una onda expansiva de malestar, que daña y va creciendo cada vez mas.

La irritabilidad, que es parte de la conducta que el sujeto tiene como reacción ante un medio que para él le resulta hostil y agresivo, se manifiesta como una de las situaciones que menos dañina al individuo con el TEPT. Lo verdaderamente grave es la

ruptura que va a tener entre lo que resulta antes y el después del evento traumático.

Posterior al evento desencadenante, que resulta ser estresante y límite de sus capacidades, el sujeto tiende a romper el equilibrio que hasta ese momento tenía y todo lo que a su alrededor existía se pierde.

Para la sociedad que acoge al individuo el problema que va a tener es el de no saber como manejar las demandas que este va a exigir para compensar el daño del cual ha sido "víctima" en ese momento. Por consecuencia, la propia sociedad comienza en una dinámica de crisis de rol y manejo de la situación con el individuo; pero si a esto le aparamos que dentro de la sociedad no solo es uno sino que son una gran cantidad de personas las cuales viven con este trastorno, es entonces que hablamos del gran peso que la sociedad tiene que cargar en sus hombros, lo cual representa una tarea para la cual la sociedad no se encuentra realmente preparada, y en vez de proporcionar un ambiente adecuado para la readaptación y mejoramiento de síntomas; la mayor de las veces lo que provoca es un ambiente hostil en el cual el sujeto TEPT es vulnerable a distintos tipos de ataque por parte de su mismo medio el cual lo etiqueta, mitifica y transgrede en la parte más sensible del su ser, y su integridad, volviéndolo víctima de su propio entorno.

CAPITULO II. TRAUMA, ESTRÉS, CRISIS Y ANGUSTIA

2.1 Definición de trauma

2.2 Definición de stress

2.3 Definición de crisis

2.3.1 Tipos de crisis

2.4 Definición de angustia

Es importante hacer la diferenciación entre las concepciones antes mencionadas, ya que en un momento determinado se pueden confundir con el concepto de TEPT, cada uno de ellos se incluyen en el concepto en un punto crucial en el trastorno pero no de manera diferencial sino de forma integradora en mismo, es decir cada concepto forma parte integral, pero no se da de manera separada.

2.1.-Definición Trauma

El trauma por si mismo siempre va a conllevar los elementos existenciales, que habita en las personas que están viviendo un suceso estresante la cuales se encuentran sobrecargadas, lo que implica que son incapaces de funcionar en el medio ambiente en el cual se encuentran actualmente, lo cual puede ser solo temporal.

Un evento traumático está determinado en una concepción como algo especialmente destructivo en la vida de los individuos, familias y comunidades afectadas. Los eventos traumáticos pueden clasificarse de la siguiente manera:

- Trauma natural y anticipado en algunas ocasiones
- Desastres naturales impredecibles
- El trauma accidental inducido por el ser humano
- Violencia deliberada inducida por el ser humano

Estos son los eventos que desbordan al trauma, sin embargo no solo se encasilla en estos puntos sino que previo al

evento, el sujeto puede tener factores de riesgo, es decir aspectos que lo hacen ser vulnerable ante diversos aspectos, como pueden ser los siguientes:

- Edad y fase de desarrollo
- Salud
- Discapacidad
- Estrés preexistente
- Eventos traumáticos previos
- Fortaleza del sistema de apoyo social
- Habilidades de afrontamiento
- Estado de los familiares
- Entorno étnico y cultural
- Interacción entre la ocupación del individuo y el evento
- Percepción e interpretación del evento

Para poder entender el impacto que tiene en una persona, el evento determinado, es muy importante conocer el grado de vulnerabilidad que tiene, así como las conductas de afrontamiento y desadaptativas que van a manifestarse en el individuo.

El Trauma produce una alteración en el proceso de la información asociado a la evitación e intrusión de recuerdos.

2.2.-Definición Stress

En el siglo XVI el término se utilizó para expresar dureza, tensión, adversidad o aflicción. A finales del siglo XVIII Hocke lo introdujo en la física, en el cual se definió la palabra load como una fuerza externa, mientras que el stress hace referencia a la fuerza generada en el interior del cuerpo como consecuencia de la acción de una fuerza externa (load) predisponiéndolo a la distorsión: y strain se utilizó como la deformación o distorsión sufrida por el objeto.

Selye (1936) menciona que "...el estrés no es una demanda ambiental, sino un grupo universal de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuesta de tal

demanda". Al describir al estrés como una reacción producto de una situación podemos determinar que existen agentes nocivos y situaciones agresivas por parte del entorno que modifican a la estabilidad del sujeto.

Tomando en cuenta entonces lo anterior, podemos decir que el estrés es una reacción particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como una amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

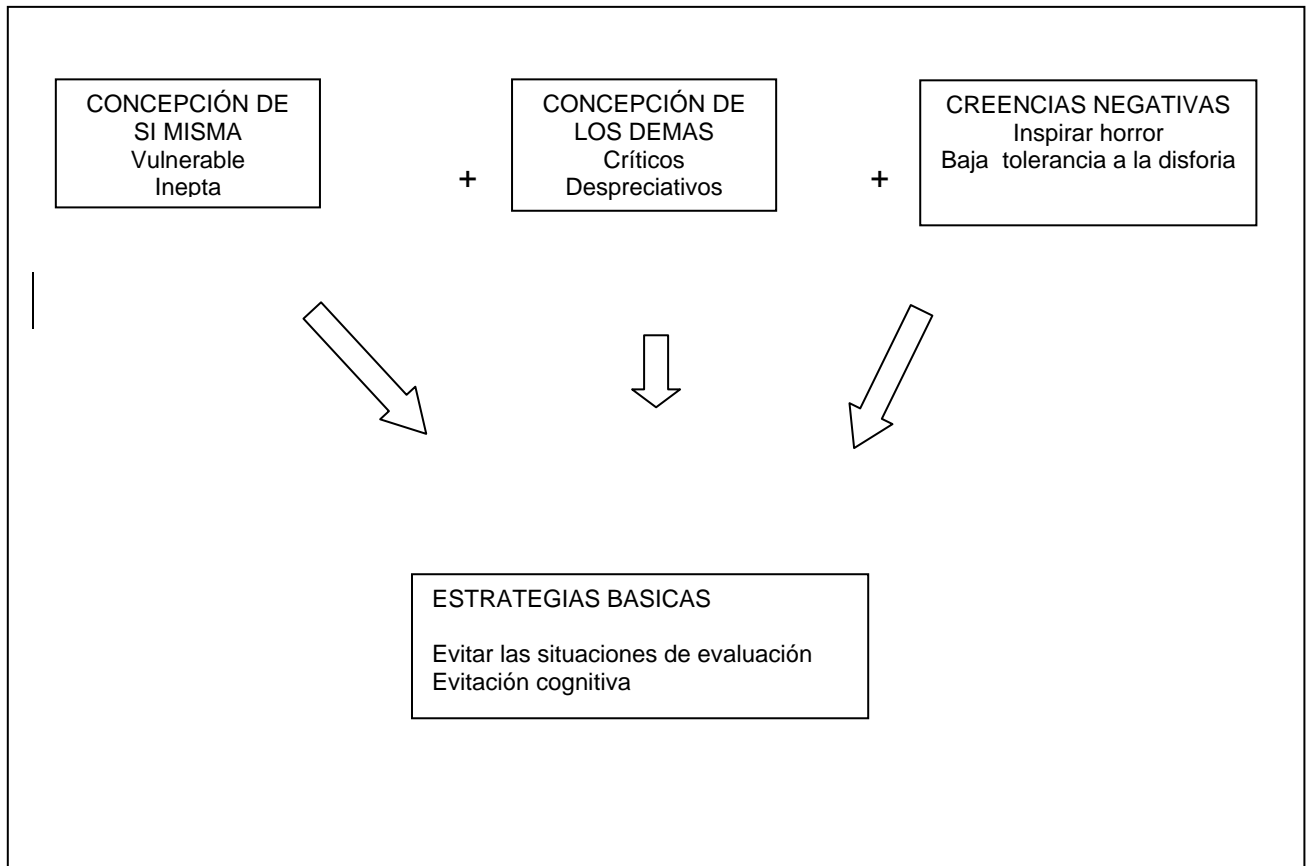
Según Wolf nos hace referencia de cuatro puntos específicos en los cuales trata de explicar el término estrés, en la biología, se menciona lo siguiente:

1. El término de estrés, hace referencia a un cuerpo inactivo o pasivo que es deformado por las fuerzas ambientales (en física), el estrés indica un proceso activo de resistencia (en biología).
2. El estrés como proceso biológico de defensa ofrece una interesante analogía con el proceso psicológico al que llamamos afrontamiento, en el que el individuo se esfuerza por hacer frente al estrés psicológico.
3. El concepto de estado dinámico, señala hacia importantes aspectos de los procesos de estrés que de otro modo pueden perderse como son: aumento de competencia, enfermedad y agotamiento, gozo por el triunfo en la adversidad, entre otros.
4. Finalmente la relación entre el organismo y su entorno, la interacción y el feedback.

Wolf consideró el estrés en un individuo como un estado perturbado del cuerpo.

Los estilos de afrontamiento en algunos aspectos también se encuentran determinados por la cultura del sujeto, la historia personal y el nivel de tolerancia a la frustración (basada en el

estrés que sufre el sujeto). Aaron Beck en su libro de Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad, nos menciona la relación de las concepciones y las creencias con las estrategias básicas en los trastornos de la personalidad manejando un cuadro como el siguiente:



Cuadro 1. Relación de las concepciones y creencias con las estrategias básicas la situación peligrosa que depende

Quando los sucesos estresantes se hallan fuera de control del individuo, puede ocurrir que los acontecimientos no sean del todo externos al sujeto, sino que estén influidos por él. Cualquier cambio en la vida ya sea positivo o negativo puede tener un efecto estresante. Aunque las molestias que sufrimos a diario no sean tan dramáticas como un divorcio o un fallecimiento, pueden ser incluso más importantes que las anteriores en el proceso de adaptación y conservación de la salud.

2.3.- Definición de crisis

Una crisis se define como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Se enfatiza sobre el trastorno emocional y el desequilibrio, además del fracaso en la solución de problemas o enfrentamientos durante el estado de crisis. Taplin, subrayó el componente cognoscitivo, es decir, la violación de las expectativas de la persona sobre su vida por el proceso traumático, o la incapacidad para manejar situaciones nuevas y dramáticas. "Todos los humanos pueden estar expuestos en ciertas ocasiones de sus vidas a experimentar crisis caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación y trastornos en las estrategias previas de enfrentamiento.

Uno de los aspectos más obvios de la crisis, es el trastorno emocional grave o desequilibrio experimentado por el individuo. Se describen sentimientos de tensión, ineficacia e impotencia. A rasgos generales, las personas en crisis experimentan significativamente:

- Sentimientos de cansancio y agotamiento, desamparo, inadecuación y confusión.
- Síntomas físicos, ansiedad y desorganización.

Una parte de la desorganización es la vulnerabilidad del individuo. Cuando ya no es capaz de enfrentar, todo parece destruirse, ya no queda nada por defender. La sobrecarga de la

estructura cognoscitiva deja al organismo confundido. En este estado de la crisis, el individuo puede aceptar información que le explique lo que está pasando. De la forma de integrar o recibir esta información, va a resultar un comportamiento más o menos desestructurado. Probablemente, el individuo oscile en estos episodios confusionales, ofreciendo un estado de ánimo o expresión alternante. En este tipo de acontecimientos tan críticos, graves o inesperados, el desconocimiento de lo que está sucediendo puede facilitar comportamientos automáticos no determinados por ninguna estrategia cognoscitiva, tal y como suele apreciarse.

Casi cualquier definición de crisis se centra en la idea de que el enfrentamiento o la solución de problemas se han trastornado. La crisis es demasiado grave, demasiado intensa para nuestros recursos, que no resultan ni suficientes ni disponibles para resolver lo que está sucediendo (apreciación subjetiva). La persona en crisis se siente completamente ineficaz para abordar esas circunstancias.

Se resumen en siete las características del comportamiento efectivo:

- Explorar resultados reales y solicitar información.
- Expresar sentimientos negativos y tolerar la frustración.
- Pedir ayuda a otros.
- Trabajar un problema cada vez.
- Ser consciente de lo que propicia la desorganización y la fatiga, manteniendo el control y el esfuerzo como sea posible.
- Dominar y flexibilizar sentimientos.

- Confiar en sí mismo y en otros y ser optimista en cuanto a los resultados.

El estado de crisis se caracteriza por un trastorno en estos procesos: una primera valoración de la situación y el peligro y una respuesta adaptada. La solución racional de problemas es imposible (petición de ayuda, resolver una cosa cada vez...) y se tiene incapacidad para manejar aspectos subjetivos: miedo, dolor, etc.

Fases o momentos fundamentales en la crisis:

- Impacto, retirada y recuperación o desadaptación.
- El impacto produce un efecto de exceso emocional y sobrecarga. Aparece un primer momento de retirada con síntomas tales como la negación, la ansiedad y la inhibición o agitación.
- Si el individuo cuenta con los recursos personales suficientes, o recibe la ayuda necesaria, la recuperación adaptativa supone la resolución de la crisis y, generalmente, hay un fortalecimiento de las defensas y un aumento de la autoestima y la independencia. En el caso de fracasar los mecanismos adaptativos, aparecerán síntomas crónicos con persistencia de las memorias traumáticas, indefensión futura y dependencia.

Sifneos definió tres factores que se deben considerar cuando evalúan la gravedad de una crisis:

1. La evaluación de la historia de la situación peligrosa que depende del grado de vulnerabilidad del individuo.
2. La naturaleza del evento precipitador
3. El intento de la persona para resolver la crisis.

Según el modelo psicológico de Symonds describe cuatro fases de las cuales las dos primeras ocurren durante la

víctimización y las dos últimas ocurren en el post-trauma; las cuales se describen de la siguiente manera:

- La fase I incluye las reacciones de choque, desconfianza y negación del evento ocurrido.
- En la fase II, la víctima experimenta ataques de negación la cual es abrumada por la realidad, es el periodo del susto congelante e incluye terror inducido, pseudo calma así como conducta de desinterés.
- En la fase III la víctima experimenta ataques circulares de apatía, resignación, ira, resentimiento, rabia, insomnio, reacciones de alarma y una repetición del evento traumático a través de sueños y pesadillas.
- La fase IV incluye restauración, resolución y la integración de la experiencia a la conducta y estilo de vida de la víctima.

Algunas de las definiciones operacionales que existen de crisis son las siguientes:

Una alteración en el equilibrio de una persona cuando fracasa una aproximación tradicional de resolución de problemas que generan desorganización, desesperanza, tristeza, confusión y pánico.

Ericson (1950) nos dice: “La crisis ya no denota una catástrofe inminente.... (en vez de ello) designa un punto crítico necesario, un momento crucial en el que el desarrollo debe tomar una dirección u otras, ordenando los recursos del crecimiento, la recuperación y una mayor diferenciación.

Caplan en 1964, definió a la crisis como “la condición de la reacción de un individuo en un punto crítico, dentro de una situación peligrosa, que amenaza la integridad o la totalidad”.

Es un canalizador que altera a los viejos hábitos y evoca nuevas respuestas.

En la cultura China, su ideograma para la palabra crisis contiene dos figuras: una significa dificultad y la otra oportunidad.

2.3.1 Tipos de Crisis

Las crisis tradicionalmente se dividían en evolutiva y circunstancial. La crisis evolutiva es la situación causada internamente, la cual puede deberse a convulsiones fisiológicas o psicológicas asociadas con el desarrollo, las transiciones biológicas, las transiciones de roles, etc. Estos eventos de nuestro desarrollo físico y psicológico normal pueden activar la respuesta de crisis.

La crisis evolutiva o de desarrollo incluye:

- Concepción o esterilidad
- Embarazo, parto, nacimiento
- Infancia y niñez temprana
- Adolescencia
- Identidad sexual
- Crisis de madurez, incluyendo el cambio de carrera
- La jubilación
- Envejecimiento,
- Muerte

Las crisis circunstanciales se refieren a situaciones que se encuentran principalmente en el ambiente, las cuales incluyen:

- La pérdida de una fuente de satisfacción de necesidades básicas, tales como la muerte, la separación de una persona amada, o la pérdida de la integridad corporal.
- El peligro o la amenaza de semejante pérdida.
- Un desafío que rebase las capacidades de una persona.

Una crisis circunstancial surge con la ocurrencia de eventos raros y extraordinarios que un individuo no tiene ninguna manera de prever o controlar. La clave de la crisis circunstancial es que es azarosa, imprevista, conmovedora, intensa y catastrófica; en las que incluimos:

- Crisis sexual, violación o incesto
- Aborto

- Suicidio
- Enfermedad aguda o crónica
- Alcoholismo y abuso de sustancias adictivas
- Divorcio o separación
- Violencia intrafamiliar
- Crisis familiar
- Viudez
- Víctimas de accidentes
- Víctimas de crímenes
- Choques culturales
- Huidas
- Las relacionadas en el trabajo: promoción pérdida del trabajo, traslados, etc.
- Secuestros

El concepto de crisis existencial se refiere a los conflictos internos y a la ansiedad que acompañan a las importantes cuestiones humanas del propósito la responsabilidad, la independencia, la libertad y el compromiso. La crisis de la madurez y del envejecimiento cuando traen consigo remordimiento o insatisfacción se encuentran en esta categoría.

Las respuestas de crisis general es evocada por una situación inesperada y posee las siguientes características:

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

A nivel psicológico es el estado temporal de shock que puede ser seguido por la negación, confusión, temor, tristeza, aplanamiento emocional, incredulidad, excitabilidad e inquietud.

A nivel fisiológico pueden presentarse reacciones de estrés general tales como cambios en el ritmo cardiaco, la respiración y la sudoración excesiva. Para los afectados por la crisis y el trauma es común construir una zona segura alrededor de si mismos.

2.4 Angustia

El término de angustia nos habla del sentimiento no entiendo esta palabra según yo es circunstancial consustancial a la condición humana, constituye además el sufrimiento psíquico por excelencia que con frecuencia perturba el comportamiento y compromete seriamente el funcionamiento del individuo.

El miedo es indistinguible de la angustia, cuando los sentimientos angustiosos resultan de una amenaza ante peligro externo identificable en el ambiente, se usa el término miedo. Mientras que este va dirigido hacia un objeto, la angustia es vivenciada como indeterminada y carente de objeto. El hombre es el único capaz de poder anticipar la amenaza futura y esta anticipación es la base de la angustia.

La angustia es más física, inmovilizante y más sobrecogedora, la ansiedad por otra parte es más psicológica vivenciándose con inquietud y sobresalto.

En la angustia se expresa la incertidumbre y el desamparo por el carácter contingente de la condición humana, la ansiedad por su parte no es excesiva es la base del aprendizaje y de la motivación para obtener placer y evitar el sufrimiento.

La angustia puede o no ser adaptativa, beneficiosa o nociva según sea la magnitud y el tipo de respuesta del organismo.

Capítulo III INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

- 3.1 Instrumentos de auto ayuda
- 3.2 Instrumentos de Cribado
- 3.3 Escalas de gravedad
- 3.4 Escalas de evaluación de tratamiento

Dentro del estudio de los padecimientos del tipo de TEPT, es de suma importancia conocer la gravedad, la sintomatología así como el desarrollo del propio padecimiento. Por tal razón, los instrumentos de evaluación nos permiten conocer y realizar de forma clara y sustentada la investigación que nos lleva a profundizar en todos y cada uno de los aspectos que integran a este trastorno en sus diferentes momentos, debido a que es la herramienta con la cual nos apoyaremos para determinar tanto las peculiaridades como el tratamiento a aplicar a cada uno de los distintos pacientes, en su situación particular, generando que sean nuevamente funcionales para ellos y la sociedad.

Al ver esta necesidad, los investigadores comenzaron a buscar la forma de evaluar cada uno de los elementos que conforman el trastorno, siendo en 1987 con Solomon y Col., que aparece el Inventario de TEPT, apoyándose en los criterios de síntomas del DSM-III-R, el cual consta de 17 ítems.

Posterior a este inventario comenzaron a publicarse otras evaluaciones, cuestionarios, escalas, entrevistas, etc.; por lo que se requirió de realizar una segmentación para su mejor utilización y facilidad de agrupación según sus funciones.

La evaluación del trastorno de estrés post-traumático se puede dividir de la siguiente forma: Diagnóstico de TEPT; Evaluación de síntomas; Valoración general; Discapacidad y de Calidad de vida. En algunos de los casos se manejan de manera simultánea las evaluaciones por lo que un instrumento puede servir para dos fines.

3.1 INSTRUMENTOS DE AYUDA DIAGNOSTICA

Los instrumentos de ayuda diagnóstica son diseñados con la finalidad de facilitar, el diagnóstico del trastorno así como poder diferenciarlo de algún otro trastorno que pudiese tener características similares.

Para este caso en específico existen cuatro factores que resultan ser claves para reconocerlo: el tipo de acontecimiento traumático extremo que lo produce; el impacto del trauma; la sintomatología y la duración de los síntomas

Inventario del Trastorno de Estrés Postraumático. Consta de 17 ítems y es un instrumento de auto aplicación, basado en el DSM-III-R.

Escala para el Trastorno de Estrés Postraumático Administrada por el Clínico. Realizada por Blake y col en 1990. La cual consta de 25 ítems evalúa los tres criterios de síntomas y cinco síntomas asociados.

Entrevista Estructurada para el Trastorno de Estrés Post-traumático, la cual ayuda a determinar la evaluación y el diagnóstico, así como la gravedad de los síntomas. Consta de 19 ó 17 ítems, realizada por Davidson y col.

3.2 INSTRUMENTOS DE CRIBADO

Los instrumentos de cribado o instrumentos de rápida aplicación se utiliza para detectar casos de alteración cognitiva y adquieren una importancia cada vez mayor debido a la incorporación de los trastornos psiquiátricos al aparición de la morbilidad de los estudios de monitoreo en la salud publica en general.

En la importancia de la atención primaria en la detección de los trastornos mentales. Dentro de los cuales encontramos los siguientes:

Cuestionarios de Experiencias Traumáticas, Este cuestionario se encuentra dividido en tres áreas:

- a. La primera integrada por un listado de 17 de las experiencias traumáticas más frecuentes;
- b. La segunda área consta de 9 ítems que evalúan las características del acontecimiento traumático para comprobar si cumple o no con el criterio A según el DSM-IV;
- c. La tercer área consta de 18 síntomas de respuesta dicotómicas de si/no.

Instrumentos de Cribado para el TEPT, consta de 4 ítems, en formato de auto aplicación el cual mide las respuestas fisiológicas a la exposición (criterio A),

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

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

Restricción vida afectiva (criterio B),

B) El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flash back, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).
4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. Irritabilidad (criterio C) y

C) Evitación persistentes de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
6. Restricción de la vida afectiva (vgr, incapacidad para tener sentimientos de amor)
7. Sensación de un futuro desolador (vgr, no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

por ultimo sobresalto exagerado (criterio D). Realizado por Meltzer- Brody y col. en 1999.D) Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos o más de los siguientes síntomas:

2. Dificultades para conciliar o mantener el sueño
3. Irritabilidad o ataques de ira
4. Dificultades para concentrarse
5. Híper vigilancia
6. Respuestas exageradas de sobresalto

➤ DIS / IDI modificada. Mide la historia del trastorno a lo largo de la vida en los individuos que han estado expuestos a situaciones estresantes o traumáticas. Fue escrita por Breslau y col. en 1999 su administración es por medio de entrevista. Maneja los criterios C y D (arriba mencionados), consta de 7 ítems para su aplicación.

3.3 ESCALAS DE GRAVEDAD

Dentro de las escales de gravedad encontramos los siguientes instrumentos:

➤ Escala de trauma de Davison, mide la frecuencia y la gravedad de los síntomas del trastorno en sujetos que han experimentado un evento traumático, también sirve para evaluar un tratamiento. Esta escala se encuentra constituida por 17 ítems que se encargan de evaluar los

síntomas del DSM-IV, es de auto aplicación y fue realizada por Davison y col. en 1997.

- Escala revisada del impacto del Acontecimiento. Es una escala realizada por Weiss y Marmar en 1996, con el propósito de evaluar los tres criterios sintomáticos del trastorno. Consta de un total 22 ítems, en 7 se evalúan los síntomas de inclusión, ocho evalúan los síntomas de evitación; seis miden síntomas de hiper activación y el ítem restante es el que adecua la escala original a los criterios del DSM-IV, es una escala de auto aplicación.

3.4 ESCALAS DE EVALUACIÓN DE TRATAMIENTO

- Escala de 8 Ítems para los Resultados del tratamiento del TEPT, realizada por Davison y Colket, 1997 consta de 8 ítems para evaluar los criterios b, c y d; es una evaluación hetero aplicada.
- Índice Global de Duke de Mejoría del Trastorno de Estrés Postraumático, escala, realizada por Davidson y Col. en 1998; la cual consta de 4 ítems de los cuales 3 son para el criterio de síntomas y el cuarto es un cuadro global; es de hetero aplicación.

CAPITULO IV TRATAMIENTOS

4.1 Tratamiento Biológico

4.1.1 Tratamiento biológico desde la psiquiatría

4.2 Tratamiento Psicológico

4.2.1 Enfoque psicoeducativo

4.3 Terapia Cognitiva

4.4 Terapias Conductual-Cognitivas

4.4.1 Terapia cognitivo-conductual en estilos de afrontamiento

4.4.2 Recursos personales

4.5 Terapia conductual

4.6 Terapia para el manejo de TEPT

4.7 Terapia de Exposición

4.8 Terapias Psicodinámicas

4.8.1 Hipnosis Clínica

4.9 Terapias Grupo / Grupos Auto ayuda-Apoya Social

4.10 Terapia familiar

4.11 Terapias Alternativas / Holísticas / Naturales

Para el campo del estrés postraumático los pacientes y los clínicos tenían hasta hace pocos años recursos muy limitados sobre los resultados de ese trastorno. Sin embargo el auge que han tenido los estudios que se han realizado sobre la eficacia de los psicofármacos y de las intervenciones psicológicas ha dado un giro realmente sorprendente. En el que pacientes logran la remisión o la desaparición de los síntomas y en muchos otros casos al menos una mejoría sustancial.

Existen en este momento el tratamiento de forma básica, a pesar de que los protocolos de investigación son de diversos temas abarcando y atacando desde el aspecto fisiológico hasta el

aspecto psicosocial para tratar de reducir la gravedad del proceso. A continuación se mencionan los tres tipos de tratamiento que mas se utilizan:

4.1 Tratamiento Biológico

Para iniciar el tratamiento psicofarmacológico es importante establecer tres fases. Estabilización, mantenimiento y discontinuación. Así como seguir los objetivos del tratamiento. Mejorando la sintomatología la cual se puede observar de la siguiente forma.

Reducir los síntomas intrusos y la tendencia a interpretar los estímulos como recursos del trauma.

- Disminuir la conducta de evitación
- Mejorar el embotamiento, distanciamiento y el humor.
- Disminuir la hiper activación
- Mejorar el funcionamiento del paciente
- Disminuir la impulsividad y los síntomas sicóticos disociativos
- Aumento de las capacidades de adaptación al estrés
- La disminución de riesgos como mortalidad
- Mejoramiento del funcionamiento del paciente
- Mejoramiento de su calidad de vida.

4.1.1 Tratamiento biológico desde la psiquiatría

En la farmacología se encuentran los siguientes psicofármacos que hasta el momento han obtenido la indicación específica y la aprobación por la EFEDEA, los cuales están clasificados de la siguiente forma:

1) Antidepresivos Triciclicos

- Amitriprilina
- Imipramina
- Desipramina

2) IMAO

- Femelcina
- ISRS

3) Antagonista cinco-ht2

- Nefasodona

4) Anticomulcionantes

- Carbamacepina
- Acido Balproico
- Lamotrigina.

Para seguir un tratamiento al paciente que sufre del trastorno por estrés postraumático, se le recomienda iniciar con el tratamiento solo si han pasado 3 semanas de que haya vivido el acontecimiento traumático.

Al iniciar el tratamiento debe de considerarse iniciar con dosis bajas e ir aumentado en forma progresiva según los avances que presente el paciente.

4.2 Tratamiento Psicológico

Se presentan tres aspectos nucleares en el cuadro clínico: la reexperimentación de la agresión vivida, la evitación conductual y cognoscitiva de los lugares o situaciones asociadas al hecho traumático y por último las respuestas de hiperactivación, que se dan de manera general en los diversos pacientes que presentan el trastorno, a pesar de que el evento en particular sea distinto es vivido por cada uno de los pacientes con la misma intensidad en cada cuadro clínico, la violación así como el terrorismo o el maltrato enmarcan una serie de características que les hacen sobresalir entre sí.

Muchas técnicas y estrategias, a menudo de enfoques teóricos contrapuestos, se han utilizado y siguen siendo utilizadas en el abordaje terapéutico del TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

Parece evidente que la elección de una técnica sobre otra dependerá en buena medida de la propia formación teórica y práctica del profesional de la salud mental así como de la propia necesidad del paciente.

En todo caso, y reconociendo la multidimensionalidad y complejidad del trastorno, parece aconsejable en la mayoría de las ocasiones optar por un enfoque ecléctico, adaptable a las circunstancias del paciente en la medida de lo posible.

A continuación se presenta una breve revisión de algunas de las modalidades terapéuticas más comúnmente utilizadas en la actualidad.

4.2.1 Enfoque psicoeducativo

El enfoque psicoeducativo implica proporcionar al paciente/familia información básica sobre su enfermedad, síntomas característicos y diversas estrategias de afrontamiento.

Esta primera categoría de tratamientos incluye compartir información básica con el sujeto, a través de libros, artículos y otros documentos de interés que permita adquirir al paciente nociones esenciales de conceptos relacionados con el trastorno como conocimientos de psicofisiología, introducción al concepto de respuestas de estrés, conocimientos jurídicos básicos relacionados con el problema (como por ejemplo en casos de violación/delincuencia)....etc...

A nivel familiar incluye la enseñanza de estrategias de afrontamiento y habilidades de solución de problemas para facilitar la relación con la persona afectada por el trastorno.

Este enfoque psicoeducativo, a nivel familiar, parece reducir considerablemente las sensaciones de estrés, confusión y ansiedad que suelen producirse dentro de la estructura familiar y que pueden llegar a desestructurarla, ayudando de manera significativa en la recuperación del paciente.

4.3 Terapia Cognitiva

La terapia cognitiva (TC) desarrollada por Beck y su grupo (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) se basa en el supuesto de que la interpretación del suceso, más que el propio

suceso, es la que determina los estados emocionales y de ahí los pensamientos desadaptativos que conducen a las respuestas patológicas. En suma, la TC se plantea como objetivo identificar las cogniciones desadaptativas y cambiarlas por unas más ajustadas a la realidad.

Aun que repetidamente se ha subrayado la importancia de los aspectos cognitivos (creencias) en la respuesta al trauma (Janoff-Bulman, 1992; Foa y Riggs, 1993), la investigación relativa a la aplicación de la TC para el tratamiento del TEPT es escaso. Esto se debe a que las teorías del procesamiento de la información parten de que la EP posibilita la reestructuración cognitiva (RC), durante la exposición la persona aprende que las creencias fundadas en el miedo no poseen una base real (Foa, Hearst-Ikeda y Perry, 1995). Al margen de lo discutible que resulte, que la exposición conduzca a la RC, mediante esta técnica se enseña a los pacientes a:

- identificar sus pensamientos desadaptativos;
- evaluar la validez de esos pensamientos y cambiar los que resultan erróneos o inútiles; y
- sustituirlos por unos más lógicos o beneficiosos.

Los estudios con mujeres víctimas de agresión sexual (p.e., Frank et al 1988, Del Corral, Echeburúa, Zubizarreta y Sarasúa, 1995), los estudios de caso (p.e., Thrasher, Lovell, Norshirvani y Livanou, 1996; Espada y Méndez, 2000) o estudios como el de Resick y Schnicke (1992) con su terapia de procesamiento cognitiva, donde la TC se combina con la EP, sugieren efectos beneficiosos, pero no permiten esclarecer la eficacia diferencial de la TC con respecto a la exposición u otras modalidades de tratamiento con las que se combina. Una serie de ensayos clínicos y estudios controlados recientes han intentado aclarar este panorama. Foa, Feeny, Zoellner, Fitzgibbons y Hembree (1998) concluyen que la combinación de EP + TC proporciona mayores ganancias terapéuticas que la aplicación en

solitario de EP. Un resultado similar es el que obtuvieron Resick, Nishith, Weaver y Astin (1998) con mujeres violadas y en el que la terapia de procesamiento cognitiva producía mayores beneficios que la simple EP. Uno de los mejores estudios ha sido el realizado por Marks, Lovell, Norshirvani, Livanou y Thrasher (1998), quienes encontraron que tanto la RC, la EP y una condición combinada de ambas eran igualmente eficaces en reducir la sintomatología post-traumática y superiores a una condición de relajación. Una conclusión semejante se ha obtenido en los estudios de Tarrier et al (1999) y Tarrier, Sommerfield, Pilgrim y Faragher (2000). A partir de los estudios mencionados puede concluirse que tanto la EP como la RC resultan igualmente eficaces, aunque siguen faltando estudios cuyo objetivo sea el de apresar la eficacia de la interacción entre ambos tipos de tratamiento. También la RC es un componente importante del tratamiento que se considera en el siguiente apartado.

A continuación se describen diversas herramientas:

- a) Pautas cognitivo conductuales: destinadas al manejo de creencias irracionales y pensamientos negativos automáticos, además facilitan un mejor manejo de la ansiedad y de síntomas asociados. Se busca conocer el patrón de pensamientos, conductas del sujeto y las emociones asociadas (ansiedad, rabia, vergüenza, culpa, etc.), para modificar esas cogniciones y por lo tanto sus conductas y emociones.
- b) Psicorelajación: Se utiliza una técnica que incluye respiración diafragmática que se caracteriza por una respiración profunda y lenta, enseñándole al paciente a controlar su ritmo respiratorio, relajación progresiva de Jacobson en la que el paciente debe discriminar entre tensión y relajación de cada grupo muscular, y elementos de sugestión del entrenamiento autógeno de Schultz, en donde se agregan imágenes placenteras que provoquen

sensaciones de calidez y tibieza. Esta técnica se enseña para el manejo de síntomas ansiosos y psicofisiológicos, y como primer paso para la planificación de la desensibilización. Básicamente se busca ayudar al sujeto a manejar sus miedos y ansiedades, utilizándose además como una técnica de distracción o como ayuda para la detención de los pensamientos catastróficos. Es importante explicarle al paciente los objetivos de la técnica y cómo actúa en el manejo de los síntomas. Se indica practicarla diariamente, para lo cual se le entrega una cinta de audio grabada con la técnica.

- c) Desensibilización en imaginación: se recuerda la experiencia traumática mediante una graduada exposición a señales que generan ansiedad y activación psicofisiológica. Es una manera segura y protegida en que el paciente revive la experiencia traumática y va ganando control sobre este episodio de su vida.
- d) Terapia Ocupacional: para la realización de la desensibilización en vivo cuando existen síntomas de evitación que impiden la movilización independiente en la vía pública y uso de locomoción colectiva, o el retorno al lugar de trabajo. Los terapeutas ocupacionales realizan salidas a la vía pública con graduada exposición a estímulos ansiógenos.
- e) Entrevista a algún familiar significativo del paciente ya sea para la clarificación sintomática o para el manejo de situaciones disfuncionales en el ámbito familiar que influyen negativamente en la evolución. Esto se realiza ya que muchas veces el paciente refiere que no se siente comprendido por sus familiares cercanos, teniendo la sensación que ellos no le creen. Al igual que el paciente, los familiares se sienten confundidos por los síntomas y reacciones por lo que es importante educarlos.

- f) Estimular conductas activas y autónomas que permitan retomar roles y actividades previas. Para esto se enfatiza el aprendizaje de nuevas estrategias de enfrentamiento y tareas de autocuidado, mediante un entrenamiento asertivo para enfrentar las dificultades en el entorno sociolaboral.
- g) Objetivar continuamente los logros terapéuticos a fin de reforzar la percepción de autoeficacia personal. De esta forma el sujeto va creando la sensación de mayor seguridad en sí mismo, esto le permite percibir y enfrentar adecuadamente las situaciones cotidianas que se habían tornado amenazantes desde el trauma.
- h) Estimular la búsqueda de redes de apoyo ya sea en el ámbito familiar como social. Producto del TEPT la persona tiende a aislarse, por los síntomas de evitación y en ocasiones debido a un sentimiento de desilusión respecto a los otros. Es importante explorar este aspecto, entregando puntos de vista diferentes y más adecuados que le permitan reintegrarse socialmente.
- i) Reforzar la rehabilitación médica así como las indicaciones dadas por los distintos especialistas incluido el tratamiento farmacológico. En ocasiones los pacientes generan creencias inadecuadas acerca de los fármacos o procedimientos médicos, no siguiendo adecuadamente las indicaciones dadas por los especialistas.

4.4 Terapias Cognitivas -Conductuales

La mayor parte de los procedimientos que han probado su eficacia en aliviar la sintomatología del TEPT se fundamentan en las conceptualizaciones conductual y cognitiva de la psicología del aprendizaje (Keane, Zimering y Cadell, 1985; Foa, Steketee y Rothbaum, 1989; Jones y Barlow, 1990; Solomon, Gerrity y Muff, 1992; Ehlers y Steil, 1995; Follette, Ruzek y Abueg, 1998; Keane,

1998b; Van Etten y Taylor, 1998; Rothbaum, 2000). En el marco de la teoría del condicionamiento, el modelo princeps utilizado para explicar el desarrollo del TEPT es la teoría bifactorial del aprendizaje de Mowrer (1947, 1960), teoría que supone el aprendizaje del miedo durante el trauma a través del condicionamiento clásico, y el subsiguiente mantenimiento del aprendizaje de evitación de las situaciones-estímulos condicionadas por medio del condicionamiento instrumental. Igualmente, dentro del marco de la teoría del condicionamiento, Kolb (1987) y Van der Kolk (1987) han considerado el modelo del desamparo aprendido (Seligman, 1975), originalmente formulado para explicar la depresión, como un análogo para explicar el desarrollo del TEPT. Añadido a ello, los diversos acercamientos cognitivos insisten en explorar aspectos tales como las creencias sociales, los sistemas de procesamiento de la información y las estrategias de afrontamiento relacionadas con el trauma (Horowitz, 1976; Foa y Kozak, 1986; Janoff-Bulman, 1992; Creamer, Burgess y Pattison, 1992; Brewin, Dalgleish y Joseph, 1996). La terapia conductual-cognitiva del TEPT incluye diversidad de estrategias de eficacia desigual.

4.4.1 Terapia cognitivo-conductual en estilos de afrontamiento

El afrontamiento es definido por Everly (1989, p. 44), "como un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, estos esfuerzos pueden ser psicológicos o conductuales".

Según Holroyd y Lazarus (1982) y Vogel (1985) las estrategias de afrontamiento antes que la naturaleza de los estresores pueden determinar si un individuo experimenta o no estrés.

Cada sujeto tiende a la utilización de los estilos de afrontamiento que domina o por aprendizaje o por hallazgo fortuito tiene en una situación de emergencia. Las estrategias de afrontamiento pueden ser según Girdano y Everly (1986) adaptativas o inadaptativas, las adaptativas reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, las inadaptativas reducen el estrés a corto plazo pero sirven para erosionar la salud a largo plazo (Everly, 1979).

Es preciso, por tanto, diferenciar entre estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento. "Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes" (Fernández-Abascal, 1997, p.190).

En esta perspectiva que intenta establecer cuáles son las dimensiones básicas a lo largo de las cuales pueden establecerse los distintos estilos de afrontamiento, una de las primeras aportaciones propuso una categorización del afrontamiento en dos dimensiones básicas: el "método utilizado", según el cual el afrontamiento puede ser activo o de evitación y la "focalización de la respuesta" que da lugar a tres tipos de afrontamiento: focalizado en la evaluación de la situación, dirigido al problema o a la emoción (Moos y Billings, 1986; Moos, Cronkite, Billings y Finney, 1986). Estos autores consideran un nuevo modo de afrontamiento centrado en la evaluación y ponen de manifiesto la importancia del papel que juega esta variable ante una situación de amenaza, constituyendo en sí misma un foco sobre el cual se centra una forma de afrontamiento. Ampliando el modelo anterior, Feuerstein, Labbé y Kuczmierczyk (1986) añadieron una tercera dimensión básica atendiendo a la "naturaleza de la respuesta" que puede ser de tipo conductual o de tipo cognitivo.

Así mismo, Endler y Parker (1990) plantearon que existen preferencias en el uso de determinadas estrategias, independientemente del estresor y a través del análisis factorial de las estrategias de afrontamiento, medidas por su "Inventario Multidimensional de Afrontamiento" identificaron tres dimensiones básicas: el "afrontamiento orientado a la tarea", el "afrontamiento orientado a la emoción" y el "afrontamiento orientado a la evitación". Posteriormente en un estudio realizado por Roger, Jarvis y Najarian (1993) al modelo anterior le añadieron una cuarta dimensión, denominada "separación o independencia afectiva respecto al estresor".

En relación con las estrategias de afrontamiento, su delimitación conceptual es menos precisa debido a las diferentes etiquetas verbales utilizadas, ya que su definición ha estado unida al desarrollo de instrumentos de medida de las mismas. Revisadas las principales estrategias de afrontamiento, la tipología de Meichenbaum y Turk (1982); el "Inventario Multidimensional de Afrontamiento" de Endler y Parker (1990); el "Inventario de Tipos de Afrontamiento" de Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen (1986); el "Catálogo de Afrontamiento" de Schreurs, Willige, Tellegen y Brosschot (1987); el COPE o "Estimación de Afrontamiento" de Carver, Scheier y Weintraub (1989); el "Inventario de Estrategias de Afrontamiento" de Holroyd y Reynolds (1982); y el "Inventario breve de Propensión a la Enfermedad" de Eysenck (1991), Fernández-Abascal (1997) ha realizado un listado exhaustivo de las diferentes estrategias de afrontamiento que han sido definidas en la literatura científica. Se identificaron como tales 18 estrategias diferentes y se construyó la "Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento".

Los Recursos de afrontamiento, comprenden todas aquellas variables personales y sociales que permiten que las personas manejen las situaciones estresantes de manera más eficiente, lo cual se debe a que experimenten pocos o ningún síntoma al exponerse a un estresor o que se recuperen rápidamente de su exposición (Zeidner y Hammer, 1992).

Para una mayor comprensión de éste constructo, presentaremos los recursos agrupados en dos áreas: personales y sociales.

4.4.2 RECURSOS PERSONALES

Algunas investigaciones muestran que a mayores recursos menos síntomas como pena, depresión, síntomas psiquiátricos, síntomas físicos y psicológicos (Hammer & Marting, 1985). Kobasa (1982), menciona que las personas que poseen alta fortaleza individual, presentan habilidades mayores para resistir a los efectos negativos de los estresores diarios y por lo tanto tienen menos probabilidad de desarrollar una enfermedad en comparación con las personas con baja fortaleza individual.

La fortaleza personal está positivamente asociada al bienestar y al ajuste (Florian, Mikulincer y Taubman: 1995), porque no solo modera el desarrollo de una enfermedad física o la aparición de una depresión, sino también la aparición de otros disturbios psicológicos (Shepperd y Kashni, 1991). Las investigaciones muestran que la fortaleza personal es tanto un recurso de resistencia ante el estrés como un mecanismo psicológico por medio del cual se puede aliviar los deterioros ocasionados por periodos de vida estresante (Florian, Mikulincer y Taubman: 1995).

A continuación describiremos brevemente la relación entre cada uno de los componentes de los recursos personales y la salud.

COGNITIVOS Las personas con un pobre pensamiento constructivo reportaron más síntomas físicos y emocionales en la vida diaria (Katz y Epstein, 1991). Numerosos estudios han encontrado que, quienes reportan hacer uso de locus de control interno reportan menos sintomatología que quienes reportan un locus de control externo. El locus de control externo correlaciona positivamente con el reporte de síntomas de depresión, desorden obsesivo-compulsivo y sensibilidad interpersonal (Jo Petrovsky y Birkimer: 1991; Italiano, Russo, Weber y Celum: 1993).

La percepción de control sobre los eventos ha sido asociado con un ajuste psicológico más favorable, relacionados a la salud física, los factores situacionales (salud, trabajo, familia, etc) y a la interacción entre factores situacionales y personales. La percepción de control implica la habilidad para escapar, evitar o modificar el estímulo amenazante (Vitaliano, Russo, Weber y Celum; 1993).

Un sentido de control personal sobre las circunstancias de la vida reduce los síntomas psicológicos de manera directa y amortigua los efectos psicosociales de los eventos negativos (Thoits, 1995). Existe evidencia que los sentimientos de autoeficacia y la habilidad para ejercer control sobre los eventos estresantes influye menos en el sistema inmune (Taylor, 1991).

El emplear estilos externos, inestables y específicos para los eventos negativos esta asociado con la reducción del riesgo en problemas a la salud (Peterson y De Avila, 1995).

Uno de los factores de personalidad asociados a salud ha sido el optimismo. Numerosas investigaciones sostienen que las personas optimistas experimentan una variedad de eventos de vida positivos y evitan satisfactoriamente una variedad de eventos adversos (Taylor, Kemeny, Aspinwall, Schneider, Rodriguez, y Herbert; 1992). Taylor y Brown (1988) sugieren que un optimismo real acerca del futuro es generalmente adaptativo en promover criterios normales asociados a salud mental, los cuáles incluyen sentimientos de valía personal, habilidad de auto-cuidado y de cuidado hacia los demás, persistencia y creatividad en el logro de las metas y la habilidad de afrontar efectivamente el estrés.

Weinstein (1980, 1982) sugiere que el optimismo irreal puede impedir a las personas la percepción del riesgo objetivo de los eventos externos y de esta manera no están preparados para manejarlos. Por ejemplo, las personas que con un falso optimismo evalúan los posibles riesgos para su salud, pueden dejar de lado la práctica de conductas saludables apropiadas que permitirían la reducción del riesgo. El optimismo puede ser particularmente adaptativo cuando un individuo se enfrenta a una situación amenazante (Taylor, Kemeny, Aspinwall, Schneider, Rodríguez, y Herbert; 1992).

Las personas optimistas son menos probables de experimentar sentimientos de abandono, desesperanza y pasividad que caracterizan a las respuestas de desamparo ante situaciones percibidas como inmanejables (Carver, Pozo, Harris, Noriega, Scheier, Robinson, Ketcham, Moffat y Clark; 1993). Los optimistas usan más estrategias focalizadas en el problema y menos la negación (Taylor, 1991), tienden a ser menos ansiosas, reportar pocos síntomas físicos y menos depresión y emplean más estrategias de afrontamiento paliativas (Zeidner y Hammer, 1992; Taylor, 1991).

Algunos estudios han encontrado que las personas con un estilo optimista tienen mayor posibilidad de comprometerse en actividades que promueven la salud (Peterson y De Ávila, 1995).

Antonovski (1988) considera que un fuerte sentido de coherencia está asociado con un afrontamiento efectivo, disminución del estrés, pocas conductas de daño a la salud y una mejora del ajuste moral, físico y social (Frenz, Carey y Jorgensen, 1993).

El sentido de coherencia parece ser el mejor recurso para evitar los eventos estresantes ya que, permite moderar los efectos negativos del malestar psicológico (Anson, Carmel, Levenson, Bonneh y Maoz; 1993).

Las personas con un alto sentido de coherencia son menos probables de experimentar emociones negativas como ansiedad y depresión; en comparación con las personas que poseen un débil sentido de coherencia (Shepperd y Kashni, 1991; Frenz, Carey y Jorgensen: 1993; Florian, Mikulincer y Taubman: 1995).

b) EMOCIONALES Se ha encontrado asociación entre el nivel de estrés y el empeoramiento del estado emocional. Taylor y Scogin (1992) encontraron que los sujetos no disfóricos reportaron mayor habilidad para el manejo del estrés. Se ha encontrado que los neuróticos presentan una fuerte asociación entre eventos de vida y humor pero no hay razón para predecir una relación fuerte entre humor y enfermedad (Larsen y Kasimatis 1991). Las personas con un elevado grado de neuroticismo tienden a focalizarse en un mayor malestar emocional que en comprometerse directamente en las metas (Terry, 1994).

Los recursos emocionales se han encontrado asociados a un mayor uso de estrategias de afrontamiento paliativo el cual permite a su vez un mayor número de síntomas (Zeidner y Hammer, 1992).

Los recursos de afrontamiento son un buen predictor de depresión, ansiedad y enfermedad en comparación con los inventarios de eventos de vida mayores, eventos menores o de variables de personalidad (Matheny, Aycock, Curlette, y Junker: 1993; Hammer y Marting, 1985). Un nivel bajo de ansiedad fue asociado a pocos síntomas y a un mayor funcionamiento cognitivo (Zeidner y Hammer, 1992).

Diversas investigaciones nos muestran que las personas que poseen un gran número y una gran variedad de recursos de afrontamiento ante situaciones estresantes experimentan pocas dificultades emocionales (Thoits, 1995).

Las personas que no manifiestan respuestas agresivas hacia situaciones que provocan cólera o frustración tienden a reportar síntomas de corta duración, mientras que los sujetos que responden agresivamente presentan síntomas de larga duración (Larsen y Kasimatis 1991).

c) RECURSOS ESPIRITUALES Diversas investigaciones han encontrado que los recursos espirituales/filosóficos están asociados con mayores reacciones de ansiedad y síntomas físicos (Hammer y Marting, 1985). Los recursos religiosos fueron asociados a un mayor uso de estrategias de afrontamiento paliativas las cuales facilitan a su vez, la presencia de un mayor número de síntomas (Zeidner y Hammer, 1992).

d) RECURSOS FÍSICOS La salud física esta asociada a la salud emocional y mental. Una persona cansada, enferma o débil tiene menos energía para aportar al proceso de afrontamiento que otra persona saludable y robusta. La salud, es importante cuando hay que resistir problemas y situaciones estresantes que exigen cierta cantidad de energía (Lazarus y Folkman, 1986). Las personas difieren en su ajuste ante enfermedades agudas y crónicas (Felton y Revenson, 1984).

E) RECURSOS SOCIALES El soporte social es beneficioso tanto en épocas de estrés como en épocas de tranquilidad (Taylor, 1991). Las investigaciones actuales indican que los recursos sociales que facilitan la resistencia al estrés se derivan del esfuerzo personal y del soporte emocional (Potthoff, Holahan y Joiner; 1995). Lin y Ensel (1989) reportaron que el soporte social permite manejar el estrés proveniente del ambiente psicológico y social y afrontarlos de manera satisfactoria (Taylor, 1991). Si bien, existe gran cantidad de información que confirma que las relaciones sociales disminuyen directamente los síntomas psicológicos y amortigua el impacto físico y psicológico de los eventos negativos y las tensiones crónicas (Thoits, 1995), existen también investigaciones que proponen que este efecto protector refleja más recursos personales que sociales (Bolger y Eckenrode, 1991).

La habilidad de confiar en otros o el confrontar conscientemente estos sentimientos y percepciones puede eliminar el pensamiento obsesivo o la preocupación constante (Taylor, 1991).

En general, las personas con un elevado nivel de soporte social tienen pocas complicaciones durante el embarazo, menor susceptibilidad para el ataque de herpes, baja tasa de infartos al miocardio y baja tasa de malestar psicológico. También parece influir en los hábitos de salud de manera directa, por ejemplo existe una mayor posibilidad de adherencia al tratamiento (Taylor, 1991).

Los recursos de afrontamiento sociales están positivamente asociados al funcionamiento cognitivo e inversamente relacionados a la ansiedad, cuando los otros recursos de afrontamiento están estadísticamente ajustados. Un acercamiento no adaptativo en el ambiente social es tan perjudicial que el rol positivo que juegan los recursos sociales en el proceso del estrés, no pueden disminuir este efecto (Potthoff, Holahan y Joiner; 1995).

4.5 TERAPIA CONDUCTUAL

Surgida a partir de la segunda guerra mundial, originariamente bajo el concepto de MODIFICACION DE CONDUCTA O TERAPIA DE CONDUCTA, se fundamentaba en sus primeros orígenes en técnicas de naturaleza básicamente conductista, basados en los trabajos de Paulov y Skinner.

Posteriormente con la incorporación de los trabajos de autores como Bandura y más recientemente Ellis, Beck, Meichenbaum o Cautela, la MODIFICACION DE CONDUCTA ha ido "asimilando" a su repertorio de técnicas de intervención las estrategias y procedimientos de la psicología cognitiva, basada en la modificación de patrones de pensamiento distorsionados y el entrenamiento en habilidades de solución de problemas, manejo de ansiedad o inoculación de estrés.

Tanto por el número de estrategias eficaces de intervención disponibles como por la propia naturaleza multi-dimensional del trastorno, el enfoque cognitivo-conductual parece especialmente adecuado en el abordaje psicoterapéutico de este tipo de trastornos.

A continuación se presenta, de forma esquemática, las técnicas de intervención potencialmente útiles, desde una perspectiva cognitivo-conductual:

-Técnicas de Relajación / Control Activación Emocional

- -La relajación progresiva de Jacobson
- -El entrenamiento autógeno
- -La meditación
- -Técnicas de respiración
- -Técnicas de biofeedback
- -Técnicas Imaginación / visualización
- -Técnicas de auto-hipnosis
- -Sofrología

-Desensibilización Sistemática

-Técnicas de Exposición e Inundación

-Técnicas operantes

-Procedimientos operantes básicos

- -Reforzamiento positivo
- -Reforzamiento negativo
- -Castigo Positivo
- -Castigo Negativo
- -Extinción

-Técnicas operantes para desarrollar y mantener conductas

- -Moldeamiento
- -Desvanecimiento
- -Encadenamiento

-Técnicas para reducir y eliminar conductas

- -Reforzamiento diferencial

- -Coste de respuesta
 - -Tiempo fuera
 - -Saciación
 - -Sobre corrección
- Sistemas de Organización de Contingencias
- -Economía de fichas
 - -Contratos de contingencias
- Técnicas de condicionamiento encubierto
- Técnicas de autocontrol
- Técnicas de planificación ambiental
- -Control de estímulos
 - -Contratos de contingencias
 - -Entrenamiento empleo respuestas alternativas
- Técnicas de programación conductual
- -Auto refuerzo
 - -Autocastigo
- Técnicas facilitar cambio de conducta
- -Autoobservación
 - -Auto registro
 - -Tareas terapéuticas entre sesiones
- Técnicas Aversivas
- Técnicas de Modelado
- Técnicas de Reestructuración Cognitiva
- -Terapia Racional Emotiva de Ellis
 - -Terapia Cognitiva de Beck
 - -Entrenamiento en Auto instrucciones de Meichenbaum
 - -Reestructuración racional sistemática de Goldfried y Goldfried
- Técnicas de Habilidades de Enfrentamiento
- -Inoculación de Estrés de Meichenbaum
 - -Entrenamiento manejo de ansiedad de Suinn y Richardson
 - -Desensibilización de autocontrol de Goldfried

- -Modelado encubierto de Cautela
- Técnicas de Resolución de Problemas
- -Terapia de Resolución de problemas de D'Zurilla y Goldfried
 - -Técnica resolución de problemas interpersonales de Spivack y Shure

4.6 Terapia Para el Manejo del TEPT

De entre los diversos programas de entrenamiento para el manejo de la ansiedad, el entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) ha sido el más utilizado para reducir los síntomas de ansiedad en el estrés post-traumático. El EIE, desarrollado por Meichenbaum (1975, 1985), tiene como objetivo la adquisición y aplicación de habilidades de afrontamiento e incluye diversas técnicas: educación, relajación muscular profunda, control de la respiración, juego de roles, modelamiento, detención de pensamiento y entrenamiento autoinstruccional. La eficacia de la EIE se ha puesto a prueba básicamente en mujeres violadas. En uno de los primeros estudios realizados por Veronen y Kilpatrick (1983), el EIE daba lugar a la disminución de los niveles de ansiedad relacionados con la violación. Resick, Jordan, Girelli, Hutter y Marhoefer-Dvorak (1988) compararon la eficacia del EIE, el entrenamiento asertivo y la psicoterapia de apoyo, utilizando una condición de control. Las mujeres violadas asignadas a las distintas condiciones de tratamiento mejoraron de manera moderada y similar en el malestar subjetivo relacionado con el trauma, depresión, autoestima y miedos sociales. Las ganancias únicamente se mantuvieron en los miedos sociales en el seguimiento realizado a los 6 meses.

Además, en los dos estudios descritos más arriba del grupo de Foa (Foa et al 1991, 1999), en el primero, a pesar de que el EIE se mostraba eficaz para reducir los síntomas en las mujeres, esta mejora no continuaba progresando una vez que el tratamiento había finalizado. Igualmente, en el estudio de Foa et

al (1999), la gravedad del TEPT y la depresión se veían reducidas en el seguimiento, particularmente en la condición de EP, mientras que la condición combinada (EP + EIE) era la que producía una menor mejora. Las investigadoras lo atribuyeron a que las mujeres en esta condición recibieron una cantidad muy reducida de EP.

Novaco y cols (Novaco y Chemtob, 1998; Chemtob, Novaco, Hamada y Gross, 1997) han utilizado el acercamiento de la inoculación de estrés para el tratamiento de la ira, una respuesta bastante habitual tras el sufrimiento de una experiencia traumática y que con frecuencia acompaña al TEPT. De hecho, la activación de la ira en la EP se ha considerado como un obstáculo para el funcionamiento eficaz del tratamiento (Foa, Riggs y Gershung, 1995; Foa, Riggs, Massie y Yarczower, 1996; Jaycox y Foa, 1996). Teniendo en cuenta estos aspectos, Chemtob et al (1997) mostraron la eficacia de un programa de tratamiento de la ira que combinaba las distintas técnicas en manejo de la ansiedad con la terapia cognitiva. A pesar de que las técnicas para el manejo de la ansiedad necesitan recibir más respaldo empírico en el tratamiento de los síntomas del TEPT, y en ese sentido entrarían dentro de la categoría de tratamientos probablemente eficaces (DeRubeis y Crits-Christoph, 1998), su utilización se considera beneficiosa como un ingrediente más en compañía de otros tratamientos (Lyons y Keane, 1989; Keane, 1998b).

4.7 Terapia de Exposición

En términos generales, las revisiones de los estudios (caso único y con diseños cuasi experimentales y experimentales) informan que bajo esta rúbrica se incluyen algunas de las técnicas más eficaces para reducir la sintomatología de pacientes con TEPT (Foa y Meadows, 1997; Keane, 1998b; DeRubeis y Crits-Christoph, 1998; Saigh 1998). Se asume que la terapia de exposición funciona (particularmente la exposición prolongada o inundación, como veremos más adelante) porque la exposición

continuada rompe la asociación entre el estímulo y la respuesta emocional condicionada, lo que promueve la disminución de la respuesta y, en su caso, la extinción por exposición repetida (Stampfl y Levis, 1967) o habituación (Watts, 1979). Otras formulaciones más recientes apelan a conceptos de procesamiento de información para explicar su funcionamiento. Concretamente, Jaycox y Foa (1996) sugieren que la exposición a los recuerdos traumáticos conducirán a una reducción de los síntomas porque el individuo aprende que: (a) los estímulos que le recuerdan el trauma no le causan daño, (b) recordar el trauma no implica revivir la amenaza, (c) existe una habituación de la ansiedad mientras que el individuo permanece próximo a los recuerdos temidos, y (d) la experiencia de ansiedad no concluye en la pérdida de control temida. La exposición daría lugar a la mejora a causa de dos procesos distintos, pero relacionados. Primero, existe habituación de la ansiedad. Segundo, existe el aprendizaje de que la exposición no conducirá a la amenaza.

En líneas generales, para reducir la ansiedad condicionada y los recuerdos relacionados con el trauma, la terapia de exposición utiliza diversos procedimientos que varían en función del método de presentación de los estímulos temidos (in vivo o vía la imaginación) y en términos de la tasa o la intensidad de la presentación (gradual y jerárquica o no graduada).

Entre las distintas técnicas de exposición, la desensibilización sistemática (DS), aunque pionera entre todas ellas, se ha utilizado poco y con muy escaso control en el tratamiento del TEPT. Los informes de casos y los estudios sin grupo de control sugieren que la DS posee «efectos beneficiosos» para aliviar la sintomatología post-traumática en veteranos de guerra (Bowen y Lambert, 1986), en personas que han sufrido accidente de automóvil (Muse, 1986) y en mujeres víctimas de violación (Frank et al 1988). En uno de los mejores estudios realizados al efecto, Brom, Kleber y Defares (1989) compararon la

eficacia de la DS (in vivo), la hipnoterapia y la terapia psicodinámica breve, con un grupo de control en lista de espera compuesto por supervivientes de trauma. Después de un promedio de 15 sesiones, los individuos en los grupos de tratamiento mejoraron más que el grupo de control. El grupo de DS mostró una mejora ligeramente superior, aunque no estadísticamente significativa en comparación con los otros tratamientos.

A partir de los resultados obtenidos en una serie de estudios de caso único (Fairbank y Keane, 1982; Keane y Kaloupek, 1982), los investigadores centraron su interés en estudiar los efectos de la exposición prolongada (EP) en pacientes con TEPT. La mayor parte de la evidencia empírica procede de estudios que emplean el procedimiento de exposición en la imaginación (revivenciación del trauma), ya que así lo imponen razones tanto de carácter ético, como aquellas que se refieren a la naturaleza conceptual propia del trastorno (por ejemplo, la sintomatología se presenta a raíz de una violación o de un desastre natural). Los estudios se extienden desde los primeros ensayos clínicos realizados con veteranos de guerra, hasta los estudios más recientes y mejor controlados con mujeres violadas. Entre los primeros, Cooper y Clum (1989) asignaron al azar a 8 veteranos del Vietnam con TEPT a un grupo de tratamiento estándar (psicofarmacológico) y a otros 8 a un grupo de tratamiento estándar + inundación en imaginación. Los sujetos se encontraban equiparados en edad, estado civil, raza, comorbilidad y medicación psicotrópica. Los resultados mostraron que el componente terapéutico añadido mejoraba considerablemente los síntomas del TEPT, aunque no influyó ni en la depresión, ni en la ansiedad como rasgo.

Por su parte Keane, Fairbank, Caddell, y Zimering (1989) asignaron al azar a una muestra de 11 veteranos de Vietnam a un grupo experimental (inundación en imaginación) y a otros 13 a un

grupo de control en lista de espera. Ambos grupos cumplían con los criterios de un diagnóstico de TEPT según el DSM-III. Los grupos se encontraban equiparados en cuanto a raza, estado civil, edad, educación y grado de exposición al combate. La eficacia del tratamiento fue juzgada de acuerdo con las puntuaciones obtenidas en el post-tratamiento y un seguimiento a los 6 meses en una lista de síntomas de TEPT, así como en una serie de medidas de autoinforme de ansiedad y depresión. Los resultados que se obtuvieron fueron bastante complejos: aunque los terapeutas informaban que los pacientes del grupo de exposición habían mejorado de modo manifiesto en sus síntomas post-traumáticos frente al grupo control (particularmente en los síntomas de reexperienciación y de hiper activación), no se observaron diferencias en sintomatología post-traumática en las medidas procedentes de los autoinforme de ambos grupos.

Esta discrepancia entre los informes del terapeuta y los autoinforme del paciente, así como otras debilidades metodológicas se encuentran presentes también en los estudios de Boudewyns y Hyer (1990) y Boudewyns, Hyer, Woods, Harrison y McCranie (1990). A estos estudios le han seguido ensayos clínicos y los estudios mejor controlados con mujeres violadas realizados por Foa y su grupo (Foa, Rothbaum, Riggs, y Murdock. 1991; Foa et al 1999). En el primero, mujeres víctimas de violación eran asignadas al azar a una de las siguientes cuatro condiciones: exposición prolongada (EP), entrenamiento en inoculación de estrés (EIE), asesoramiento de apoyo (AA), o a un grupo de control en lista de espera. Cada tratamiento consistía en 9 sesiones que se llevaban a cabo a lo largo de 5 semanas. Se incluyeron evaluaciones ciegas del post-tratamiento y a los 3 meses de seguimiento. Mientras que el EIE produjo mayores ganancias que el AA o que el grupo de control en lista de espera inmediatamente después del tratamiento, la condición de EP condujo a una reducción mayor de los síntomas de TEPT en el

seguimiento. Las investigadoras sugieren que mientras que la EIE promovería una reducción de los síntomas a corto plazo, la EP produciría sus beneficios a la larga, debido a que las redes de miedo son activadas y modificadas. Asimismo, en el seguimiento, el 55% de las pacientes del grupo con EP, el 50% de las del EIE y el 45% de las del AA, dejaban de cumplir con los criterios de TEPT. A pesar de la utilidad de la EP, parece que una proporción significativa de mujeres no responde a este tipo de intervención.

En el estudio más reciente de Foa et al (1999), 96 mujeres víctimas de agresión sexual con TEPT crónico fueron asignadas al azar a una de las siguientes cuatro condiciones de tratamiento: exposición prolongada (EP), entrenamiento en inoculación de estrés (EIE), una condición combinada (EP-EIE), y a un grupo de control en lista de espera. Aunque en los tres grupos que recibieron tratamiento se observó una disminución en la gravedad del TEPT y en síntomas depresivos en comparación con el grupo de control, fue el grupo que recibió EP el que mostró una mejora mayor en el seguimiento en relación con aspectos tales como ansiedad, depresión y gravedad global del trastorno.

Otros estudios han combinado el uso de la EP en la imaginación y en vivo. Por ejemplo, Richards, Lovell y Marks (1994) compararon la eficacia de ambos métodos en un diseño cruzado en el que pacientes víctimas de traumas diversos eran asignadas al azar o a 4 sesiones de exposición en imaginación seguidas de 4 sesiones de exposición en vivo, o a la inversa. Ambos grupos mejoraron considerablemente en su sintomatología, encontrándose como única diferencia entre ambos el que la exposición en vivo influía más en la evitación fóbica, independientemente del orden en el que fuese aplicada. Este resultado estaría en consonancia con la proposición de que los tratamientos de exposición en la imaginación son por lo general peores a la hora de reducir los síntomas de evitación del TEPT (Frueh, Turner y Beidel, 1995). Además, en el estudio mencionado

de Keane et al (1989), la exposición en la imaginación reducía los síntomas de reexperienciación y de hiper activación, aunque no los síntomas de evitación/embotamiento. Los resultados obtenidos por Richards et al (1994) van en esta línea, pero no deberían olvidarse las diferencias entre el tratamiento de la evitación fóbica y lo que conlleva un diagnóstico de TEPT.

Una variante de exposición en la imaginación que en los últimos tiempos ha tenido cierta popularidad es la desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (DRMO), una técnica establecida por Shapiro (1989, 1995) en la que se aparea la exposición en la imaginación con la inducción de movimientos oculares sacádicos. Considerada como una técnica de tratamiento «probablemente eficaz» por algunos autores (Chambless et al 1996) y prometedora por otros (Blake y Sonnenberg, 1998), ha originado un arduo debate por lo que se refiere a sus ingredientes esenciales (la exposición o los movimientos oculares) y a su eficacia diferencial en relación con otras alternativas de tratamiento (Rosen, Lohr, McNally y Herbert, 1998, 1999; Poole, De Jongh y Spector, 1999; Rosen, 1999).

Considerando la evidencia favorable, diversos estudios sugieren que los pacientes tratados con DRMO mejoran en sus síntomas más que los controles en lista de espera (Rothbaum, 1997; Wilson, Becker y Tinker, 1997), que los pacientes tratados con terapia no directiva (Sheck, Schaeffer y Gillete, 1998) o que los pacientes tratados con entrenamiento en relajación y biofeedback (Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlun y Muraoka, 1998). Estos estudios han sido criticados a causa de problemas metodológicos, entre los que sobresalen la ausencia de un grupo control que permita aislar el posible efecto placebo de la técnica, la ausencia de evaluaciones ciegas, la confianza exclusiva en medidas de autoinforme y la ambigüedad en cuanto a la gravedad del TEPT (Foa y Meadows, 1997; Lohr, Tolin y Lilienfeld, 1998; Lohr, Lilienfeld, Tolin y Herbert, 1999; McNally, 1999). Por otra

parte, aunque se supone que son los movimientos oculares lo que diferencia a esta técnica del resto de las técnicas de exposición, no está muy claro el papel que desempeñan. Estudios más rigurosos en los que se ha comparado la utilización de la técnica y variantes de la misma (Boudewyns y Hyer, 1996; Pitman et al 1996), concluyen que los movimientos oculares no parecen jugar un papel beneficioso alguno en la recuperación del trauma. Tampoco parecen proporcionar ganancias terapéuticas adicionales en comparación con el uso de las técnicas de exposición convencionales o con otras terapias conductual-cognitivas (Boudewyns y Hyer, 1996; Devilly y Spence, 1999).

Respecto a la eficacia de esta técnica para el tratamiento del TEPT, cabe afirmar que «las espadas están en alto» y una de las claves del debate ha sido sugerida recientemente por Richards (1999): esta técnica fue difundida como una panacea para el tratamiento del TEPT entre clínicos con una formación básicamente psicoanalítica y rogersiana, clínicos ajenos e ignorantes tanto de los acercamientos conductual-cognitivos como de sus bases experimentales.

4.8 Terapias Psicodinámicas

La escuela dinámica, que subraya la importancia de los pensamientos, los sentimientos y la historia pasada del cliente, así como la necesidad de descubrir nuestro propio interior para cambiar la personalidad, ha surgido de la teoría psicoanalítica de Freud. Las terapias psicodinámicas se centran en los conflictos emocionales causados por el evento traumático, particularmente los relacionados con experiencias tempranas.

A través de la expresión de las diversas emociones y pensamientos asociados al evento, en un ambiente empático y seguro, el paciente adquiere una mayor sensación de seguridad y autoestima, desarrolla maneras efectivas de pensar y de afrontar la experiencia traumática y las intensas emociones asociadas que emergen durante el proceso terapéutico.

El objetivo es incrementar la conciencia ("insight") de los conflictos intrapersonales y su resolución. El paciente es guiado hacia el desarrollo de una autoestima reforzada, mayor autocontrol y una nueva visión de su integridad personal y autoconfianza.

El psicoanálisis más tradicional implica diversas sesiones semanales, de entre 45 y 50 minutos durante periodos de entre 2 y 7 años.

Es precisamente esta larga duración lo que ha provocado que, a la luz de la formulación original, se hayan originado diversas variaciones del método original, de duración más limitada.

La psicoterapia psicodinámica breve, por ejemplo, comprende entre una y dos sesiones semanales durante un promedio de entre 12 y 20 sesiones.

En definitiva, el terapeuta psicodinámico pretende un cambio de largo alcance. Busca reestructurar la personalidad básica cambiando la forma en que una persona contempla la vida y reacciona ante ella, ayudando a las personas a desarrollar una visión adecuada de sí mismas y a tomar conciencia de las poderosas fuerzas psicológicas enterradas profundamente en su inconsciente.

4.8.1 Hipnosis Clínica

El uso de las técnicas hipnóticas en el tratamiento del TEPT tiene su justificación a la hora de abordar la sintomatología disociativa. Los síntomas disociativos que representan uno de los elementos cruciales que diferencian las categorías de TEA y TEPT. A pesar de que la hipnosis se entiende conceptualmente como una forma estructurada y controlada de disociación, de elicitar el fenómeno disociativo y de enseñar a los individuos un control sobre él (Spiegel, 1988; Spiegel y Cardeña, 1990), es conveniente no olvidar que la primera supone un contexto

controlado en el que de modo intencional se evoca un estado especial, mientras que la segunda se refiere a un conjunto de conductas y experiencias que acaecen espontáneamente en un contexto no controlado, y que incluyen una pérdida de la memoria y perturbaciones en el sentido del sí mismo (Putnam, 1992). Esto significa que aunque existe una investigación relativamente amplia de la hipnosis en el contexto de los estudios de laboratorio, no puede decirse lo mismo de su empleo como tratamiento terapéutico para el TEPT o el TEA, algo que ponen de manifiesto las diversas revisiones (Spiegel y Cardeña, 1990; Cardeña, Maldonado, Galdón y Spiegel, 1999; Cardeña, 2000).

Desde un punto de vista terapéutico la hipnosis cumplirá tres funciones:

- 1) la recuperación del material traumático disociado,
- 2) la reconexión entre el afecto y el material recordado, y
- 3) la transformación de los recuerdos traumáticos

(Turner, McFarlane y Van der Kolk, 1996). Aunque algunos estudios de caso respaldan su uso en el TEPT (Spiegel, 1988, 1989; Jiraneck, 1993; Leung, 1994), la mayor parte carecen del rigor metodológico suficiente como para considerar a la hipnosis como un tratamiento eficaz para el TEPT. El estudio mejor controlado que convierte a la hipnosis en un tratamiento prometedor y «posiblemente eficaz» como señalan algunos autores (Cardeña, 2000) fue el mencionado más arriba de Brom et al (1989), en el que la hipnosis resultó igualmente beneficiosa que la desensibilización sistemática y la psicoterapia psicodinámica en el tratamiento de la sintomatología post-traumática.

La hipnosis clínica, constituye una estrategia terapéutica potencialmente eficaz, fácilmente compatible con otras técnicas de intervención y que no debería ser excluida a priori por desconocimiento, prejuicios o falta de formación especializada. Dejando aparte posibles recelos que entre ciertos sectores de la

comunidad científica levanta el concepto de hipnosis (acrecentada por la imagen pública que de ella se tiene), lo cierto es que las estrategias hipnóticas, aplicadas por un profesional con la debida cualificación y en conjunción con otras técnicas de intervención, han mostrado un potencial terapéutico relevante en el tratamiento del trastorno por estrés postraumático.

En la fase inicial de la intervención, la hipnosis puede ser especialmente eficaz para estabilizar al paciente, proporcionándole estrategias de autocontrol emocional y manejo del estrés / control de activación, ayudándole a través del aprendizaje de sencillas técnicas de auto-hipnosis a generalizar las habilidades adquiridas en la consulta a su vida cotidiana.

En el estado hipnótico es un momento especialmente adecuado para proporcionar sugerencias hipnóticas y posthipnóticas que incrementen su autoestima y su sensación de seguridad/control, facilite el afrontamiento de los recuerdos mas dolorosos y permita combatir síntomas comunes asociados con el TEPT como el insomnio, agresividad/ira, la excesiva activación emocional o la ansiedad generalizada.

Este incremento del autocontrol emocional del paciente a través de la hipnosis como estrategia de control del estrés permitirá al paciente beneficiarse de otras estrategias de intervención posteriores.

En una segunda fase, varias técnicas pueden ser utilizadas para la integración y resolución de los recuerdos traumáticos. En este contexto el paciente puede aprender a modular la distancia cognitiva y emocional hacia el evento traumático y los recuerdos asociados.

Por otro lado, la hipnosis puede servir como estrategia para poder acceder a recuerdos dolorosos y traumáticos que pueden estar influyendo en el estado presente del sujeto y de los que, en ocasiones, no es consciente o han sido reprimidos.

Técnicas imaginativas, proyectivas y de reestructuración cognitiva pueden ser especialmente útiles en este proceso.

Finalmente, los objetivos terapéuticos se dirigirían a la consecución de una integración funcional y adaptativa de las experiencias traumáticas en la vida del paciente y la adquisición de nuevas técnicas de afrontamiento. Estrategias como los ensayos encubiertos o la potenciación del propio autoconcepto irían encaminadas en esta dirección.

4.9 Terapias Grupo / Grupos Auto ayuda-Apoya Social

La terapia de grupo es una opción terapéutica efectiva en la medida que permite al paciente compartir sus recuerdos traumáticos en un ambiente de seguridad, cohesión y empatía proporcionada por los otros pacientes y el propio terapeuta.

Compartir la propia experiencia y afrontar directamente la ira, ansiedad y culpa a menudo asociados a los recuerdos traumáticos permite a muchos pacientes afrontar de forma eficaz sus recuerdos, sus emociones e integrarlos de forma adaptativa en su vida cotidiana. A pesar de que existen una gran variedad de aproximaciones grupales al tratamiento del trauma en general la terapia de grupo pretende alcanzar los siguientes objetivos terapéuticos:

- -Estabilizar las reacciones, tanto a nivel físico como psíquico, frente a la experiencia traumática.
- -Explorar, compartir y afrontar emociones y percepciones.
- -Aprender estrategias efectivas de afrontamiento y manejo ante el estrés.

En cuanto a los grupos de autoayuda/apoyo para los pacientes y las familias, se han vuelto progresivamente más comunes.

Aún en el caso de que no se encuentren dirigidos por profesionales de la salud mental, su valor terapéutico es indudable en la medida que proporciona a los miembros del mismo un apoyo emocional considerable.

Compartir experiencias, éxitos, fracasos, información y recursos son algunas de las posibilidades que ofrecen estos grupos.

El hecho de unirse permite, además, una mayor efectividad en la lucha por erradicar los estigmas que aún permanecen en la sociedad hacia las personas con problemas psicológicos. Básicamente estos grupos funcionan como una red de contención emocional, haciendo que el paciente pueda tener soporte para que pueda salir de la problemática desbordante que ha vivido.

4.10 Terapia Familiar

La terapia familiar es similar a la terapia de grupo en la medida que su foco de interés fundamental es la interacción entre las personas, sin embargo difiere en algunos aspectos importantes. En primer lugar un grupo no tiene un pasado, una historia o un futuro común. En cambio, la familia si los tiene y es en buena medida el factor determinante del éxito en la terapia. En segundo lugar, el rol del terapeuta familiar, en la mayoría de los casos, es más directivo. El terapeuta de grupo suele actuar más como un facilitador de procesos y dinamizador del grupo.

Pero quizás la diferencia más importante sea que el objetivo final del terapeuta familiar sea el de fortalecer al grupo en sí mismo, a la vez que a sus miembros individuales, mientras que la meta de la terapia de grupo es que el propio grupo se autodisuelva cuando sus miembros individuales hayan resuelto sus conflictos.

Generalmente este tipo de terapia es utilizada como complemento necesario a otras estrategias terapéuticas más directamente asociados con la sintomatología del trastorno por estrés postraumático, no siendo considerada como una estrategia suficiente, por sí misma, para un tratamiento eficaz del trastorno.

Las estrategias terapéuticas abarcan una variedad de objetivos, desde los más ambiciosos que tratan de intervenir sobre la familia en su conjunto, desde una perspectiva sistémica y

global, hasta los más centrados en ofrecer estrategias, información y pautas de actuación concretas a los miembros de la familia del paciente para que lo apoyen durante el proceso terapéutico, potenciando la comunicación entre las familias y reduciendo posibles focos de tensión.

4.11 Terapias Alternativas / Holísticas / Naturales

Bajo este concepto, por definición amplio y global, y que despierta no pocos recelos entre algunos sectores, se esconden todo un conjunto de métodos, técnicas, filosofías y procedimientos con mayor o menor apoyo científico y que pueden ser utilizados, en solitario o en conjunción con otras estrategias, para el tratamiento de los problemas asociados al trastorno por estrés postraumático.

A continuación se presenta una breve definición de algunas de las más comunes:

- -Acupuntura. Método terapéutico milenario, parte integrante de la medicina tradicional china, basado en el uso de agujas para prevenir y tratar las enfermedades, estimulando los "canales energéticos" del cuerpo.
- -Aromaterapia. Sistema amplio de masajes a través de aceites naturales adaptados a fines específicos. Los aceites esenciales utilizados son destilados aromáticos extraídos de las plantas medicinales que concentran sus principales virtudes.
- -Ejercicio físico. El uso de la actividad física para mantenerse en forma, liberar tensión y mejorar el estado de ánimo.
- -EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Es relativamente un nuevo enfoque psicoterapéutico, desarrollado por la psicóloga norteamericana FRANCINE SHAPIRO, que combina elementos de la terapia de exposición, terapia cognitivo-conductual y determinados

patrones de movimiento ocular y sonidos que generan una alteración del foco de atención, lo que facilitaría, en teoría, el acceso y procesamiento de los recuerdos traumáticos.

- -Herbo terapia. Uso de plantas y extractos vegetales para el tratamiento de trastornos específicos a partir de sus propiedades medicinales y/o nutritivas.
- -Homeopatía. Término derivado de dos vocablos griegos HOMEIO (similar) y PATHOS (sufrimiento). Usa remedios preparados a partir de sustancias que se presentan en la naturaleza para tratar a toda la persona, estimulando la tendencia del cuerpo a curarse por sí mismo. Utiliza dosis muy concretas de sustancias que en masivas dosis producen efectos similares a aquellos producidos por la enfermedad a tratar.
- -Masaje. Técnica manual dirigida fundamentalmente a la liberación de la tensión en los músculos.
- -Medicina holística. El objetivo es tratar a la persona en su "globalidad". Se parte de la premisa de que mente, cuerpo y espíritu están íntimamente unidos y deben ser tratados "conjuntamente". Se utilizan diversas estrategias de tratamiento alternativas/naturales como la meditación, yoga, plegarias, ciertas combinaciones dietéticas, vitaminas, minerales hierbas y otros suplementos dietéticos/naturales evitando aproximaciones tradicionales basadas en el uso de fármacos.
- -Naturopatía. Enfatiza la "curación natural" y emplea tratamientos naturales tales como dietas específicas, masajes, hidroterapia, ejercicios y asesoramiento.
- -Programación Neurolingüística. Modelo psicoterapéutico, desarrollado en la década de los 70 a partir de los trabajos de RICHARD BANDLER Y JOHN GRINDER fundamentado en el estudio de la estructura de la experiencia subjetiva. Ha desarrollado numerosos procedimientos específicos para el

trabajo con los traumas basados en técnicas de carácter imaginativo/encubierto. Es donde la principal premisa es el mapa, no es el territorio.

- -Reflexología. Un tipo de masaje, focalizado en "desbloquear" las 7.200 terminaciones nerviosas concentradas en los pies, con el objetivo de estimular los propios procesos curativos del cuerpo, y alcanzar un "estado equilibrado". Usado para el tratamiento de afecciones específicas y sentimientos generales de malestar.
- -Remedios florales de Bach. Se preparan con flores de hierbas silvestres, arbustos y árboles. Suelen utilizarse para "modificar" el humor del individuo y su estado mental, puesto que se sabe que el miedo, la aprehensión y la preocupación suelen interferir con los procesos curativos del cuerpo.
- -Shiatsu. Un enfoque, basado en el masaje, dirigido a corregir el "flujo de la energía" del cuerpo, a través de un tratamiento de contacto corporal. En japonés, "shiatsu" significa «presión con los dedos», una presión que sustituye a las agujas de acupuntura en la estimulación de los canales energéticos
- -Tai chi. Sistema tradicional chino basado en un movimiento físico suave, que permite al individuo canalizar su energía, su fuerza y su poder de modo más positivo.
- -Tratamiento nutricional (dietética). Se centra en mejorar el estado de ánimo a través de unos buenos hábitos dietéticos y una suplementación específica de determinados nutrientes (vitaminas, minerales, sustancias naturales.....etc....)
- -Yoga. Antiguo sistema de posturas corporales, control de respiración y prácticas de meditación que fomentan el bienestar general y el equilibrio interior.

Propuesta de intervención:

En base a la revisión teórica y formas de evaluación, interpretación, análisis y tratamientos acerca del trastorno de estrés postraumático, surge la presente propuesta de prevención e intervención que tiene la finalidad de generar habilidades para la vida, que apoyen al adolescente a prever y resolver eventos estresantes adquiriendo un mejor y mas adecuado estilo de afrontamiento que le sea de utilidad en los momentos en que sea necesario en su existencia o para la resolución en momentos de conflicto.

Siendo la educación vivencial, el pilar de la vida se plantea un curso taller que no solo contenga aspectos teóricos si no que maneje diferentes acciones como técnicas de entrenamiento y de autoevaluación para moldear diferentes conductas asertivas que promuevan en los individuos el desarrollo de herramientas que esclarezcan el conflicto central de un hecho traumático. Planteando una reprogramación de conductas que logren ayudar al sujeto, a la implementación de una personalidad estable o sana.

Curso-taller sobre estrés postraumático

COMPETENCIA GENENERAL: Identificar y adquirir las bases del estrés postraumático, nociones y habilidades básicas para prevenir en los estudiantes los mismos.							
OBJETIVO GENERAL: Los participantes reconocerán, los inicios y fundamentos principales del estrés postraumático.							NÚMERO DE SESIÓN: 1
No	TEMA	OBJETIVO	ESTRATEGIA	EVALUACIÓN	PRODUCTO A OBTENER	RECURSOS MATERIALES	DURACIÓN
1	Encuadre	Conocimiento del grupo y generación de expectativas acerca del curso.	Presentación al grupo de parte del expositor (a). Se mencionará el objetivo general del curso. Se dará un breve bosquejo de los temas a exponer durante el curso. Ronda de nombres e intereses.	Participación del grupo. Se realizará un breve cuestionario sobre los motivos por los que asisten al curso, mencionaran sus expectativas y conocimientos acerca del tema.	Información sobre los participantes. Cuestionario por escrito.	<ul style="list-style-type: none"> • Salón amplio e iluminado. • PC • Cañón • Lápices • Cuestionario 	20 MIN.
2	Origen de las emociones, concepto y sus componentes.	Identificar el concepto de emoción y cuáles son sus componentes.	Exposición	Retroalimentación de los participantes	Participación del grupo	<ul style="list-style-type: none"> • PC • Cañón 	30 MIN.
3	Componente social de las emociones.	Saber cómo se identifica una emoción a partir de lo que se observa en los demás.	Dinámica: Representación de emociones por parte de cada equipo.	Interpretación correcta de cada emoción representada.	Conclusiones y retroalimentación del grupo.	<ul style="list-style-type: none"> • Salón amplio e iluminado. 	50 MIN.
4	¿Para qué nos sirven las emociones?	Identificar la utilidad de las emociones	Exposición	Ejemplos prácticos por parte de los participantes sobre diferentes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> - Decepción amorosa. - Pérdida de un amigo (a). - Asalto - Violencia 	Participación del grupo en base a lo que han vivido en su vida cotidiana	<ul style="list-style-type: none"> • Salón amplio e iluminado. • PC • Cañón 	20 MIN.
D	E	S	C	A	N	SO	20 MIN.
5	¿Como manifiesto mis emociones?	Reconocer la diferencia entre experimentar sentimientos de enojo y conceptualizar racionalmente lo que	Dinámica: "El que se enoja pierde"	Reconocimiento adecuado de las situaciones que provocan enojo a los participantes.	Hojas con las frases que provocan enojo a los participantes.	<ul style="list-style-type: none"> • un salón amplio e iluminado • rotafolio, papelería y 	30 MIN.

Curso-taller sobre estrés postraumático

		ocurre en una situación de enojo.				lápices.	
6	Concepto y Historia del estrés postraumático	Identificar el concepto del TEPT, su origen y la importancia.	Exposición	Participación del grupo	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • PC • Cañón 	45 MIN.
7	Comparativo de los sucesos relevantes del TEPT	Explicar las similitudes de los sucesos que dieron la pauta para que el TEPT Tuviera relevancia clínica.	Revisión de caso. Los participantes analizarán un caso y darán su opinión por escrito de la historia a revisar.	Análisis de cada una de las respuestas de los participantes.	Realización de cuadros comparativos o mapas mentales. Opiniones escritas de los participantes	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas • Lápices • Cañón • Pc 	15 MIN.
8	¿Qué aprendí hoy?	Evaluar el aprendizaje de la sesión.	Cuestionario	Preguntas sobre los temas vistos durante la sesión.	Cuestionario por escrito	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas escritas. • Lápices • Cañón • Pc. 	20 MIN.

Curso-taller sobre estrés postraumático

COMPETENCIA GENENERAL: Identificar las bases del estrés postraumático y adquieran las nociones y habilidades básicas para prevenirlo en ellos mismos y en sus alumnos.							
OBJETIVO GENERAL: Los participantes establecerán las bases diagnosticas de TEPT y sus signos asociados							NÚMERO DE SESIÓN: 2
No	TEMA	OBJETIVO	ESTRATEGIA	EVALUACIÓN	PRODUCTO A OBTENER	RECURSOS MATERIALES	DURACIÓN
1	TEPT	Identificar cada una de las características diagnosticas del TEPT según el DSM IV	Exposición	Participación del grupo	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Salón amplio e iluminado. • PC • Cañón 	35 MIN.
2	Pautas para el diagnostico según los distintos manuales diagnósticos	Conocer y reconocer las diferentes pautas diagnosticas que manejan los manuales de diagnostico clínico y sus sustentos teóricos o sociales	Exposición	Participación del grupo	Mapa cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> • PC • Cañón • Hojas • 	35 MIN.
3	Reconociendo mis emociones	Saber de que forma los participantes enfrentan sus emociones.	Cuestionario: "¿Cuál es mi estilo para enfrentar mis emociones?"(se realizarán las preguntas por medio del proyector)	Respuestas del cuestionario	Respuestas por escrito.	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas escritas. • Lápices • Cañón • Pc. 	15 MIN.
	Control emocional	Los participantes conocerán algunas técnicas de control emocional y las aplicaran.	Exposición y realización de las siguientes técnicas: <ul style="list-style-type: none"> • Respiración profunda • Pensamiento positivo • Relajación muscular • Ensayo mental 	Realización correcta de cada una de las técnicas.	Pensamientos positivos por escrito de cada participante.	<ul style="list-style-type: none"> • PC • Cañón • Hojas blancas • Bolígrafos 	30 MIN.
4	La motivación	Los participantes indagaran sobre sus motivos personales de acción.	Exposición y dinámica: "Intención y Querer"	Identificación de la influencia de las palabras "puedo" y "quiero".	Hoja con cinco de las acciones que no han <i>podido</i> llevar a cabo.	<ul style="list-style-type: none"> • Salón amplio e iluminado • Papel y lápiz 	40 MIN APROX.
D	E	S	C	A	N	SO	20 MIN.
5	Los componentes de	Identificar cada uno de los	Exposición	Participación del grupo	Retroalimentación del	<ul style="list-style-type: none"> • Salón amplio e 	20 MIN.

Curso-taller sobre estrés postraumático

	la motivación: <ul style="list-style-type: none"> • La Autoestima • El valor • Las emociones 	componentes de la Motivación y analizar cada uno de ellos.			grupo.	iluminado. <ul style="list-style-type: none"> • PC • Cañón 	
6	Importancia de la Autoestima en el ámbito académico, afectivo y social.	Identificar la importancia de la Autoestima en la escuela y en la sociedad.	Exposición	Participación del grupo	Retroalimentación del grupo.	<ul style="list-style-type: none"> • Salón amplio e iluminado. • PC • Cañón 	20 MIN.
7	Autoestima y Motivación	Identificar la relación entre ambos conceptos.	Exposición	Participación del grupo	Retroalimentación del grupo.	<ul style="list-style-type: none"> • Salón amplio e iluminado. • PC • Cañón 	20 MIN.
			Fragmento de la película: 'Náufrago' (Para Auto motivación)	Conclusiones del grupo	Lista de puntos importantes para los participantes sobre la película.	<ul style="list-style-type: none"> • Película "Náufrago" • Pc • Cañón 	30 MIN.
8	¿Qué aprendí hoy?	Evaluar el aprendizaje de la sesión.	Cuestionario	Preguntas sobre los temas vistos durante la sesión.	Cuestionario por escrito	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas escritas. • Lápices • Cañón • Pc. 	20 MIN.

Curso-taller sobre estrés postraumático

COMPETENCIA GENENERAL: Identificar las bases del estrés postraumático y adquieran las nociones y habilidades básicas para prevenirlo en ellos mismos y en sus alumnos.							
OBJETIVO GENERAL: Que los participantes describirán de forma puntual el manejo de la emociones y las estrategias para mejorar el estilo de vida							NÚMERO DE SESIÓN: 3
No	TEMA	OBJETIVO	ESTRATEGIA	EVALUACIÓN	PRODUCTO A OBTENER	RECURSOS MATERIALES	DURACIÓN
1	La importancia de la Empatía	Desarrollar empatía con los compañeros del grupo	Exposición y dinámica: "El Museo"	Interpretación de lo que quieren decir las esculturas.	Interpretación por escrito de cada escultura.	Salón amplio e iluminado.	30 MIN.
2	La comunicación y sus barreras	Identificar el concepto de comunicación y los obstáculos que se encuentran en el proceso comunicativo.	Exposición	Participación del grupo	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Salón amplio e iluminado • Cañón • Pc 	30 MIN.
3	Comunicación y el arte de escuchar para escuchar empáticamente.	Conocer algunas técnicas para la escucha activa.	Exposición	Participación del grupo	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Salón amplio e iluminado • Cañón • Pc 	30 MIN.
4	TRAUMA, ESTRÉS, CRISIS Y ANGUSTIA	Identificar la diferencia entre trauma, estrés, crisis y angustia	Exposición y lluvia de ideas	Participación del grupo	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Cañón • Pc • Salón amplio 	30 MIN.
D	E	S	C	A	N	SO	20 MIN.
5	Manejo de las relaciones (Habilidades sociales)	Descubrir la forma en que somos capaces de lograr lo que queremos.	Exposición y dinámica: "Entrar al círculo"	La forma en que los participantes intentan ingresar al círculo.	Retroalimentación de los participantes.	Salón amplio e iluminado.	15 MIN.
6		Identificar el concepto de asertividad y sus aplicaciones	Exposición	Participación del grupo	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Salón amplio e iluminado • Cañón • Pc 	20 MIN.
7	Comunicación y actitud asertivas.	Identificar los momentos en los que puede ser aplicada la asertividad.	Representación de diversas situaciones sobre cómo aplicar la asertividad en las relaciones con los demás.	Reflexión sobre lo observado.	Retroalimentación.	Salón amplio e iluminado.	40 MIN.
8	¿Qué aprendí hoy?	Evaluar el aprendizaje de la	Cuestionario	Preguntas sobre los	Cuestionario por	• Preguntas	10 MIN.

Curso-taller sobre estrés postraumático

		sesión.		temas vistos durante la sesión.	escrito	escritas. <ul style="list-style-type: none">• Lápices• Cañón• Pc.	
--	--	---------	--	---------------------------------	---------	---	--

Curso-taller sobre estrés postraumático

COMPETENCIA GENENERAL: Identificar las bases del estrés postraumático y adquieran las nociones y habilidades básicas para prevenirlo en ellos mismos y en sus alumnos.							
OBJETIVO GENERAL: Que los participantes distinguirán los signos y síntomas del TEPT y analizara sus posibles formas de resolución del conflicto							NÚMERO DE SESIÓN: 4
No	TEMA	OBJETIVO	ESTRATEGIA	EVALUACIÓN	PRODUCTO A OBTENER	RECURSOS MATERIALES	DURACIÓN
1	Explorar los conceptos básicos del TEPT	Retomar los conceptos vistos	Película: “El Príncipe de las mareas” Retroalimentación	Ninguna	Lista de puntos importantes a observar en la película.	<ul style="list-style-type: none"> • Película “El Príncipe de las mareas” • Pc • Cañón 	1 Hr 40 MIN. 20 MIN.
D	E	S	C	A	N	SO	20 MIN.
2	Los estilos de afrontamiento	Conocer el impacto del TEPT en la vida cotidiana y los estilos de afrontamiento que se utilizan para su manejo	Exposición	Participación del grupo	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Salón amplio e iluminado. • PC • Cañón 	45 MIN.
3	¿Cómo influyen las emociones en el aprendizaje?	Identificar la influencia de las emociones en el aprendizaje	Exposición	Participación del grupo	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Salón amplio e iluminado. • PC • Cañón 	15 MIN.
4	Explorando mis sentimientos	Canalizar las emociones para su elaboración personal Retroalimentación	Carta para la persona mas amada por mi”	Participación grupal	Carta	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas blanca • Bolígrafos 	20 MIN 20 MIN
5	¿Qué aprendí hoy?	Evaluar el aprendizaje de la sesión.	Cuestionario	Preguntas sobre los temas vistos durante la sesión.	Cuestionario por escrito	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas escritas. • Lápices • Cañón • Pc. 	10 MIN.

Curso-taller sobre estrés postraumático

COMPETENCIA GENERAL: Identificar las bases del estrés postraumático y adquieran las nociones y habilidades básicas para prevenirlo en ellos mismos y en sus alumnos.							
OBJETIVO GENERAL: Que los participantes integrarán a sus conocimientos previos a la nueva información para ayudarle a dar respuesta de la diferentes situaciones que se le presenten							NÚMERO DE SESIÓN: 5
No	TEMA	OBJETIVO	ESTRATEGIA	EVALUACIÓN	PRODUCTO A OBTENER	RECURSOS MATERIALES	DURACIÓN
1	Autoconocimiento, manejo de las emociones, Motivación, Empatía, Manejo de las relaciones.	Aplicara cada una de las habilidades para la vida para desarrollar estilos de afrontamiento para mejora de la vida.	Exposición	Participación del grupo	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Salón amplio e iluminado. • PC • Cañón 	20 MIN.
2	Conócete a ti mismo	Ser conscientes de nuestras emociones y las ideas que tenemos sobre las mismas.	Exposición	Participación del grupo	Retroalimentación.	<ul style="list-style-type: none"> • PC • Cañón 	15 MIN.
3	Reflexión sobre mis estilos de afrontamiento	Saber de que forma los participantes enfrentan sus emociones.	Cuestionario: “¿Cuál es mi estilo para enfrentar mis emociones?”(se realizarán las preguntas por medio del proyector)	Respuestas del cuestionario	Respuestas por escrito.	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas escritas. • Lápices • Cañón • Pc. 	15 MIN.
4	Control emocional	Que los participantes conozcan algunas técnicas de control emocional.	Exposición y realización de las siguientes técnicas: <ul style="list-style-type: none"> • Respiración profunda • Pensamiento positivo • Relajación muscular • Ensayo mental 	Realización correcta de cada una de las técnicas.	Pensamientos positivos por escrito de cada participante.	<ul style="list-style-type: none"> • PC • Cañón • Hojas blancas • Bolígrafos 	30 MIN.
5	La motivación	Que los participantes indaguen sobre sus motivos personales de acción.	Exposición y dinámica: “Intención y Querer”	Identificación de la influencia de las palabras “puedo” y “quiero”.	Hoja con cinco de las acciones que no han <i>podido</i> llevar a cabo.	<ul style="list-style-type: none"> • Salón amplio e iluminado • Papel y lápiz 	40 MIN APROX.
D	E	S	C	A	N	SO	20 MIN.
6	Los componentes de la motivación: <ul style="list-style-type: none"> • La Autoestima • El valor • Las emociones 	Identificar cada uno de los componentes de la Motivación y analizar cada uno de ellos.	Exposición	Participación del grupo	Retroalimentación del grupo.	<ul style="list-style-type: none"> • Salón amplio e iluminado. • PC • Cañón 	20 MIN.

CONCLUSIONES

Se debe considerar que los pacientes con TEPT producto del intenso impacto emocional, reportan sentimientos y emociones como, terror a lo vivido, pena, vergüenza o culpa derivada de la naturaleza del accidente o por las acciones del paciente. Constituye una tarea del clínico preparar el trabajo con el paciente en la expresión, manejo y control de la intensidad de estas emociones. Por esto a través de la abreacción se promueve la expresión de las emociones, pensamientos y creencias en el momento del trauma y con posterioridad a éste. Esto último además, permitirá empezar a esclarecer el conflicto central que se ha gatillado en el hecho traumático, lo cual es el elemento central de la elaboración psicológica.

Siguiendo esta misma línea, se evalúa a través del relato del acontecimiento estresante, las estrategias de afrontamiento durante el trauma y con posterioridad a éste. Se exploran además los mecanismos defensivos exhibidos, considerando el valor predictor en la evolución que algunos de estos mecanismos pueden tener. Así por ejemplo, la disociación o negación si bien en un inicio protegen al paciente del fuerte impacto emocional, pueden retardar el proceso de elaboración.

Respecto a los enfoques teóricos y terapéuticos que se han desarrollado, es importante la contribución de Janet (1909) quien enfatizó que en las reacciones postraumáticas existía una interacción entre afecto y memoria, y acuñó el concepto de "Fobia al Recuerdo". En este cuadro se impide la integración de la experiencia traumática y se separan los recuerdos de la conciencia. Lo anterior interfiere en el correcto procesamiento de la información y se altera el almacenamiento de ésta en recuerdo narrativo. El proceso de integración es lento y la tendencia a persistir en este procesamiento es llamada "Tendencia a la

Completación". Hasta que esto no se logre los recuerdos son almacenados en forma activa tendiendo a representaciones repetidas. Cuando la completación se logra y se estructuran nuevos significados, los recuerdos pasan a integrar la memoria de largo plazo.

Es importante mencionar también, la "tasación" o evaluación realista de la experiencia de amenaza durante el trauma y la real oportunidad de responder por parte del sujeto. Esto significa muchas veces, confrontar la negación del paciente del real peligro, desarrollando una sensación de seguridad sobre la acción tomada y mostrar la imposibilidad de la aparente elección. Esto se relaciona con la creencia omnipotente que el ser humano tiene, que todo puede ser controlado y puede predecirse, y por lo tanto la dificultad para aceptar la propia vulnerabilidad.

En general los pacientes con TEPT se sienten confundidos por sus síntomas y por esto la información y la educación es parte esencial en el tratamiento. Mediante la clarificación de los síntomas se desarrolla una estructura cognitiva, que permite al paciente percibir la experiencia con mayor entendimiento. Lo anterior entrega una sensación de control sobre los síntomas y es por esta razón, que en parte de las primeras sesiones se clarifica el diagnóstico de TEPT al paciente.

Lo anterior se refiere a la explicación comprensiva acerca de las respuestas esperables después de un hecho traumático así como también de los síntomas, evolución y pronóstico. En la medida que el paciente logra incorporar lo que sucede en una respuesta esperable y además que no es el único que ha tenido estos síntomas, se le entrega una posibilidad de aceptarse y hacerse cargo de su situación, disminuyendo así los temores y creencias irracionales (por ejemplo, la creencia de estar volviéndose loco).

Finalmente se debe establecer un plan de tratamiento que sea específico para cada paciente, siendo necesario un rango flexible de opciones terapéuticas que tomen en cuenta la ansiedad, las resistencias y la motivación del individuo. Para conseguir esto se clarifican los objetivos de la terapia, en frecuencia de las sesiones y en duración aproximada del tratamiento. Poniendo énfasis en el compromiso y colaboración activa del paciente, como parte del tratamiento.

De este modo se inicia el proceso de elaboración psicológica de los temores, fantasías y conflictos que se manifiestan al momento del trauma y después de este. Es de crucial importancia respetar el tiempo de elaboración de cada individuo, ya que si bien existen respuestas y tiempos esperables, se deben considerar las características específicas de cada persona, que determinarán el tipo y tiempo de evolución del TEPT.

Se deben respetar las defensas exhibidas por el paciente, ya que algunos como se ha descrito, al inicio muestran una intensa negación, en especial pacientes que han requerido hospitalizarse a causa de sus lesiones, las que han determinado diversos procedimientos médicos y quirúrgicos. Un ejemplo de esto, son los pacientes politraumatizados graves y los que han sufrido quemaduras, quienes necesitan continuas intervenciones, incluso en estos casos se ha llegado a hablar de un Estrés Postraumático Continuo, ya que el trauma no termina con el accidente sino que la vivencia de amenaza y daño a su integridad personal continúa durante el periodo de hospitalización aguda, siendo la negación una defensa adaptativa. La educación al equipo médico respecto a las conductas y reacciones del paciente, que pueden aparecer como incomprensibles, siendo aquí necesaria la clarificación diagnóstica al equipo multidisciplinario.

Por otra parte, si bien el tratamiento puede ser efectivo para disminuir o hacer desaparecer los síntomas, puede ser de escasa eficacia respecto a las limitaciones sociales, como aquellas que involucran relaciones íntimas, cumplimiento del trabajo y roles parentales. De esta forma la rehabilitación terapéutica focalizada en puntos específicos, como aprender habilidades sociales y ocupacionales, debería ser parte del tratamiento para aquellos pacientes que requieren asistencia para reestructurar sus vidas después de un acontecimiento traumático.

De acuerdo a esto último, en muchas ocasiones durante el proceso terapéutico, será necesario cambiar el foco central acordado inicialmente, hacia ciertos aspectos de la vida del individuo que están asociados al hecho traumático, y sean así fuentes de estrés adicionales que entorpecen la evolución (crisis vocacionales, conflictos familiares, etc.). En esta misma línea, no es raro encontrar que muchos individuos al momento del accidente estaban viviendo situaciones de crisis, apareciendo el accidente y sus consecuencias como una posibilidad de movilizar cambios vitales importantes.

Para continuar el tratamiento con los objetivos planteados al inicio, el clínico utiliza diversas herramientas dentro de la terapia con el fin de reestructurar creencias irracionales y pensamientos catastróficos que pueden surgir en relación a los sentimientos de vulnerabilidad y pérdida de control.

Por último, el objetivo de la psicoterapia consiste en alcanzar la "resignificación" del acontecimiento traumático para que éste pueda ser integrado a la historia vital del sujeto como parte real de su pasado y no como una constante reexperiencia presente a través de los síntomas.

Como hemos revisado, el trauma en la vida del paciente significa un quiebre que provoca sensaciones difíciles de aceptar y elaborar. A través de la terapia se va ganando control de estos, se encuentran nuevos significados y conexiones, que ayudan a

integrar el trauma a la propia historia. Lo anterior permite disminuir gradualmente los sentimientos de impotencia, vulnerabilidad y desesperanza respecto a los síntomas y dificultades asociadas, creando la sensación en el paciente de estar "sobreviviendo" a este estrés. En este proceso, algunos individuos reportan cambios a nivel personal que se han concretado en mejoras en la calidad de vida e incorporación de conductas de autocuidado, sintiéndose más fortalecidos por la experiencia. Así existe la posibilidad de poder reconstruir a partir de una experiencia tan desestructuradora, y cambiar la sensación de la persona de ser víctima del trauma y ser "perseguido" por éste, a una sensación en que es capaz de aprender del pasado, enfrentarse a las exigencias del presente y proyectarse en el futuro con nuevas expectativas y una nueva sensación de confianza en sí mismo.

Una experiencia traumática puede constituir una discontinuidad súbita en la vida de una persona, por lo que a continuación de un suceso traumático siempre es importante evaluar la necesidad de una intervención precoz que permita la detección de síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y así iniciar un tratamiento que prevenga la cronificación de este cuadro.

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) se configura como una reacción emocional intensa ante un suceso experimentado como traumático. Una experiencia traumática, como un desastre natural, guerras, accidentes automovilísticos y actos de violencia, puede ser entendida como una discontinuidad súbita y extrema en la vida de una persona.

Su sensación de control sobre sí mismo y sobre el medio ambiente físico, y la creencia de invulnerabilidad son amenazadas en forma dramática. Los acontecimientos traumáticos de este tipo alteran los procesos emocionales, cognitivos y volitivos,

incorporando un fundamental quiebre en la experiencia que es difícil de integrar en la conciencia personal.

Para algunas personas las reacciones pueden ser transitorias; en cambio para otras, las consecuencias son a largo plazo. La clasificación de estas consecuencias psicológicas que siguen a un estrés traumático ha cambiado con el tiempo y reflejan la contribución de los factores de vulnerabilidad que se han detectado en la etiología y evolución de la reacción postraumática.

De este modo se plantea que la capacidad de un estresor para producir un TEPT está en directa relación con la percepción de amenaza que se tenga de éste. Dicha percepción dependerá del acontecimiento y/o de las características de la persona.

El hecho que más de la mitad de las personas expuestas a un trauma no desarrolle un TEPT a pesar de la experiencia de extremo peligro, pérdida y amenaza, enfatiza que otras variables son necesarias para explicar el inicio del TEPT.

El TEPT así representaría una anomalía en la cual muchos mecanismos psicofisiológicos que promueven el enfrentamiento y la adaptación son sobrepasados por un estrés catastrófico. Las personas con TEPT tienden a enfrentar el mundo como peligroso y pierden su habilidad para modificar su conducta de modo apropiado en respuesta a las contingencias medioambientales. El factor crítico entonces puede no ser el suceso traumático en sí mismo, sino la capacidad individual para modular la respuesta de estrés y restaurar la homeostasis psicológica y biológica.

Una vez diagnosticado el TEPT, algunos de los factores de vulnerabilidad que se deben considerar y explorar en la historia de un paciente son: a) Historia de traumas previos: éstos podrían

indicar una vulnerabilidad fisiológica respecto a los síntomas de activación o una predisposición psicológica al reactivar conflictos previos no resueltos. Los pacientes con TEPT refieren con mayor frecuencia historia de abuso físico y/o sexual; b) Género: Investigaciones recientes muestran que tanto hombres como mujeres tienen similar riesgo de desarrollar una reacción emocional de cualquier tipo después de una experiencia traumática; sin embargo, el TEPT como cuadro clínico se ha observado como más frecuente en las mujeres en población civil; c) Trastornos psiquiátricos previos: en especial depresión, trastorno de personalidad y abuso de alcohol y drogas; d) Historia familiar de trastornos psiquiátricos: ya sea por la influencia genética, medio ambiental o la combinación de ambos; e) Factor Neurocognitivo: Algunos estudios han establecido que los pacientes con TEPT presentan bajo nivel intelectual y compromiso neurológico (volumen pequeño del hipocampo hasta un 8%). Esto podría comprometer la habilidad del sujeto para adaptarse psicológicamente a una situación altamente estresante; f) La presencia de lesiones físicas como causa del trauma: es poco clara la relación entre éstas y la alteración psicológica, teniendo mayor relevancia el significado personal del accidente o daño como factor predictor y g) Características de los síntomas: se plantea que la presencia de marcadas conductas de evitación o síntomas disociativos son de mal pronóstico. No hay clara evidencia acerca de este punto, existiendo concordancia en que todos los síntomas al inicio del cuadro tienen un valor predictor, y a mayor cantidad e intensidad de éstos, más exacta es la predicción.

Tal vez lo que sí queda claro es que el TEPT no es simplemente el resultado de la exposición a un trauma, existiendo variación en la capacidad del estresor en causar este trastorno y

en la vulnerabilidad de los individuos para desarrollarlo. Por esto, seguido a un suceso traumático.

Considerando esta situación se cree que la prevención podría apoyarnos para evitar una personalidad premórbida; por lo que es importante “educar” como un carácter preventivo, de forma principal o más específicamente dar a los jóvenes dar primordialmente los elementos o habilidades para la vida en diversos temas los cuales establecerían en el sujeto, un apoyo para que con la necesidad de una intervención se establezca en él una fortaleza psicológica considerando estos factores de vulnerabilidad en la planificación de cualquier terapéutica que prevenga crisis o inseguridad que le afecte al desarrollo. Por lo que el desarrollo de un curso-taller podría ser una manera funcional que aporta este beneficio a las personas que asistan.

Una limitación que tiene el curso es el cupo para poderse dar así como el lugar en el cual se puede impartir dicho curso-taller. También la existencia de los facilitadores o instructores capacitados para el desarrollo de dicho curso –taller no siempre están disponibles.

Para los siguientes psicólogos que quisieran retomar dicho curso -taller pueden hacer modificaciones en temas ya que pueden sentir que está muy cargado de información o bien ampliarlo en tiempo e información o modificarlo para hacer de este un seminario o un diplomado, siendo estas solo posibilidades de su uso.

BIBLIOGRAFÍA

Ayuso, J. (2000). Trastornos de angustia Ed. Martínez Roca.

Balson, P. y Dempster, C. (1989). Treatment of war neuroses from Vietnam. 211, 167-175

Barnet, A. (1977). La especie humana, México, ed. Fondo de cultura Económica 2º Edición

Blank, A. (1994). Clinical detection, diagnosis and differential diagnosis of post-traumatic stress disorder. Psychiatr Clin North Am; 17:351-84

Beck, A. (1981). Terapia cognitiva de los desordenes de la personalidad, Barcelona: Ed. Paidos

Blake, DD., Weathers, FW., Nagy, LM., Kaloupek, DG., Klauminzer, G., Charney, DS. y col, (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: the CAPS –1 The behaavioor therapist; 13 187-88

Blake, DD., Weathers, FW., Nagy, LM., Kaloupek, DG., Klauminzer, G., Charney, DS y col, (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. J traumatic Stres; 8 (1): 75-90

Bobes, J. (2001). Col. Trastorno de Estrés Post- traumático. Barcelona: Ed. Masson

Breslau N, Peterson EL, Kessler RC, Schultz LR. (1999) Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder. Am J Psychiatry. 156. 908-911.

Caballo, V. (1991). Manual de Técnicas de Terapia y modificación de conducta. España: Ed. Siglo XXI, pag. 627-655

Cárdena y col. (1999). Anales de psicología vol. 15 n. 1, 147-155

Davidson, JRT., Book, SW., Colket, JT., Tupler, LA., Roth, S., David, D. y col. (1997). Assessment of a new self-rating scale for posttraumatic disorder. Psychol Med; 27: 153-160.

Davidson, JRT., Smith, R., Kudler, H. (1989). Validity and reliability of the DSM -III criteria for posttraumatic stress disorder. Experience with a structured interview. J Nerv Ment Dis; 177 (6) : 3336-341.

Davison, JRT., Hughes, D., Blazer, DG., (1990). Traumatic experiences in psychiatric out patients. J trauma Stress; 3: 459-475.

EKKhard, Othmer y Sieglind, C., Othmer. (1995). La entrevista clínica DSM-IV. Barcelona: Masson, 77-113pp

Escalosna, R., Tupler, LA., Saur, CD., Krishnan, KR., Davison, JR., (1997). Screening for trauma history on an inpatient affective disorders unit: a pilot study. J Trauma Stress; 10 (2): 299-305.

Green, B., Lindy, J., (1994). Post-Traumatic Stress disorder in victims of disasters. Post-Traumatic Stress Disorder Journal; 17:301-9

Wolf, M., Mosnain, A., (1990). Posttraumatic Stress Disorder: etiology, phenomenology and treatment. American Psychiatric Press, Inc. Washington DC.

McFarlane, A., (1989). The aetiology of post-traumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors. Br J Psychiatry; 154:221-28

Harvey, P., Yehuda, R., (1999). Strategies to study risk for the development of PTSD. En Yehuda R (ed). Risk factors for posttraumatic stress disorder. American Psychiatric Press Inc. 1st Edition, Washington, USA

Goenjian, AK., Najarian, LM., Pynoos, RS., Steinberg, AM., Petrosian, P., Setrakyian, S. et al, (1994). Post-Traumatic stress reactions after single and double trauma. Acta Psychiatr Scand; 90:214-21

Allen, S., (1994). Psychological assessment of post-traumatic stress disorder: psychometrics, current trends and future directions. Psychiat Clin North Am; 17:327-50

Breslau, N., Andreski, P., Peterson, E., Schultz., L. (1997). Sex differences in Posttraumatic Stress Disorder. Arch Gen Psychiatry; 54:1044-8

Davidson, ., Lyons, M., (1999). Risk factors for Posttraumatic Stress Disorder,. "Family studies of PTSD: a review. En Yehuda, R. (ed),". American Psychiatric Press Inc. 1st Edition, Washington, USA

Orr, S., y Pitman, R., (1999). Risk factors for Posttraumatic Stress Disorder., "Neurocognitive risk factor for PTSD. En Yehuda R (ed)". American Psychiatric Press Inc. 1st Edition, Washington, USA

Classen, C., Koopman, CH., Hales, R., Spiegel, D., (1998). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry; 155:620-4

McFarlane, A. (1999). Risk factors for the acute biological and psychological response to trauma. En Yehuda R (ed). Risk factors for Posttraumatic Stress Disorder. American Psychiatric Press Inc. 1st Edition, Washington, USA

Lundin, T. (1994). The treatments of acute trauma: Post-traumatic Stress Disorder prevention. Psychiatr Clin North Am; 17:385-92

Van der Kolk, B., Van der Hart, O., Pierre, J. (1989). And the breakdown of adaptation in psychological trauma. Am J Psychiatry; 146:1530-9

Ettegui, E., Bridges, M., (1985). Post-Traumatic Stress Disorder. Psychiat Clin North Am 8: 89-160

Horowitz, MJ. (1986) Stress-response syndrome post-traumatic and adjustment disorders. En: Cooper AM, Frances AJ, Sacks MH. (Eds.), The Personality Disorders and Neuroses. Psychiatric Series. Michels R., Cacerner JO. (Eds.), Philadelphia JB, Lippincott; 409-424

Horowitz, MJ. (1985). Short-term therapeutic interventions in stress-related disorder. En: Zales MR (Ed.). Stress in Health and Disease. New York, Brunner Mazel. p 189-205

Fairbank, J., Nicholson, R. (1992). Theoretical and empirical issues in the treatment of post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. J Clin Psychol; 43: 44-55

McFarlane, A (1994). Individual psychotherapy for post-traumatic stress disorder. Psychiat Clin North Am; 17:393-408

Foy, D., Treating PTSD, (1992): cognitive-behavioral strategies. The Guilford Press. New York.

Joseph, S., Bercorn, C., Yule, W., Williams, R. (1991). Causal attributions and psychiatric symptoms in survivors of the herald of free enterprise disaster. Br J Psychiatry; 159:542-6

Gilboa, D., Friedman, M., Tsur, H. (1994). The burn as a continuous traumatic stress: implications for emotional treatment during hospitalization. J Burn Care Rehabil; 15:86-94

Kardiner, A. (2000). The traumatic neurosis of war. New York Hoeber 1941
Lazarus R., Lazarus B. Pasión y razón: la comprensión de nuestras emociones. Barcelona Ed. Paidós.

Lazarus y Folkman. (1980), An analysis of coping in a middle-aged community sample. J Vol. 21.

López, Ibor, JJ. (1942). Neurosis de la Guerra Barcelona: Científico-Médica,

Meltzer-Brody, S., Churchill, E., Davidson, JRT. (1999). Derivation of the SPAN, a brief diagnostic screening test for posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Res*; 88: 63-70

Navarro, J. (2000). *Bases biológicas de las psicopatologías*, Madrid: Ed. Pirámide.

Sararason, I. (1996). *Psicología Anormal*, México: Prentice.

Soria, M. Hernández. (1997). *El agresor sexual y la víctima*. Barcelona España: Marcombo.

Stith, S. Williams y col. (1990). *Psicosociología de la violencia en el hogar*. Bilbao: Biblioteca de psicología.

Tomb, D. (1994). The phenomenology of posttraumatic stress disorder. *Child Adolesc Psychiatric Clinics North America*

Vallejo y col. (2000). *Trastornos afectivos Ansiedad y depresión*, Barcelona: Masso.

Zolotnick, C., Davidson, J., Shea, M., Pearlstein, T. (1996). V of the Davison Trauma scale in sample of survivors of childhood sexual abuse. *J Nerv Ment Dis*.

Coleman, P. (2006). *Flashback Posttraumatic stress disorder, suicide, and the lessons of war*. Boston: Beacon Press.

Olvera Sánchez Martha, *Factores que Alientan o inhiben la denuncia por violación*. TESIS 1996 UNAM

Asociación Americana de Psiquiatría: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM- I, DSM- II, DSM- III, DSM-IV. Barcelona, Masson S.A

Montt, M. (2001, marzo) revista chilena de neuro-psiquiatría 2001; 39, 110-120.