



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

**ESTUDIO DE UN CASO DE TRASTORNO DE ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO: EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO
DESDE UN ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
ROCÍO SILVESTRE RAMÍREZ

Director MTRO. OMAR MORENO ALMAZÁN
Dictaminadores: MTRO. DAVID JAVIER ENRÍQUEZ NEGRETE
 MTRA. XÓCHITL TERESA GUTIÉRREZ CAMACHO



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

*A Janet, por confiar en mí,
y brindarme la oportunidad de desarrollar este proyecto.*

A DIOS por haberme dado sabiduría, fortaleza, salud, coraje y no dejarme sola en los momentos difíciles, gracias por permitirme llegar a la meta en este gran proyecto.

A mis hijos MAURO y GERARDO, por ser tan pacientes y saber esperar, pero sobre todo por creer en mí y brindarme su amor sin recibir nada a cambio, mil gracias por su apoyo, perdón por esas horas rabadas, espero que este logro sirva de ejemplo en su vida.

A mi Esposo MAURO ALEJANDRO, por motivarme a iniciar este proyecto, mil gracias por su apoyo y por el tiempo robado.

A mi Madre, que aunque ya no está, sé que estaría muy orgullosa de este gran logro, su motivación y legado me enseñó a luchar y no ceder en el empeño de conseguir mis metas.

A mi Padre por darme la vida y enseñarme que con responsabilidad y convicción se pueden lograr grandes cosas, gracias por tu apoyo incondicional.

A mis hermanos por seguirme y acompañarme en este gran sueño, por ese gran apoyo, en especial por esas copias de lecturas, sé que nunca es tarde para lograr lo que nos proponemos, vale la pena.

Por los que creyeron en mí y por los que ya no están...

A mis maestros por compartir su conocimiento y su tiempo en mi formación profesional.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO.....	3
CAPÍTULO I. ESTRÉS	4
1.1. CONCEPTO DE ESTRÉS: ORIGEN Y EVOLUCIÓN.....	5
1.2. TEORÍAS EXPLICATIVAS DEL ESTRÉS	8
1.2.1. <i>Teoría Fisiológica. Estrés como Respuesta.</i>	8
1.2.2. <i>Teoría de los Sucesos Vitales. Estrés como estímulo.</i>	9
1.2.3. <i>Teoría de la Evaluación Cognitiva. Definición Interactiva.</i>	10
1.3. DIFERENCIA ENTRE ESTRÉS NORMAL Y ESTRÉS PATOLÓGICO	11
CAPÍTULO II. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	13
2.1. ANTECEDENTES DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	14
2.2. DEFINICIÓN DEL TEPT	15
2.3. EPIDEMIOLOGÍA.....	17
2.4. COMORBILIDAD Y DETERIORO.....	19
2.4.1. <i>Comorbilidad con otros trastornos mentales</i>	20
2.4.1.1. <i>Ansiedad</i>	21
2.4.1.2. <i>Depresión</i>	21
2.4.2. <i>Deterioro ocasionado por el TEPT</i>	22
2.4.2.1. <i>Cogniciones postraumáticas</i>	23
2.4.2.2. <i>Abuso o dependencia de sustancias tóxicas</i>	24
2.4.2.3. <i>Suicidio o ideación suicida</i>	25
2.4.2.4. <i>Irritabilidad</i>	26
2.4.2.5. <i>Patrón de sueño</i>	26
2.4.3. <i>Alteraciones Neuropsicológicas del TEPT</i>	27
2.5. ETIOLOGÍA	30
2.5.1. <i>Factores predisponentes</i>	31
2.5.1.1. <i>Factores del sistema familiar</i>	33
2.5.1.2. <i>Factores de las relaciones parentales</i>	34
2.5.1.3. <i>Eventos y accidentes como activadores de TEPT</i>	36
2.5.1.4. <i>El delito como activador de TEPT</i>	37

CAPÍTULO III. MODELO DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL TEPT	39
3.1. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.....	40
3.1.1. <i>Antecedentes de la TCC</i>	40
3.1.2. <i>Fundamentos Teóricos de la TCC</i>	42
3.2. ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL DEL TEPT	43
3.2.1. <i>Teorías explicativas del TEPT</i>	44
3.2.1.1. <i>Teoría bifactorial de Mowrer.</i>	44
3.2.1.2. <i>Teoría del procesamiento emocional.</i>	45
3.2.1.3. <i>Teoría contemporánea del aprendizaje.</i>	46
3.3. EVALUACIÓN DEL TEPT	46
3.4.1. <i>Instrumentos de evaluación</i>	50
3.4. TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DEL TEPT	50
3.4.1. <i>Terapia de Exposición</i>	52
3.4.2. <i>Terapia cognitiva</i>	53
3.4.3. <i>Terapia racional emotiva</i>	54
3.4.4. <i>Terapia del procesamiento emocional</i>	55
3.4.5. <i>Terapia de autocontrol y autorregulación</i>	56
3.4.6. <i>Terapia en solución de problemas</i>	57
3.4.7. <i>Terapia para el manejo de ansiedad</i>	57
3.4.8. <i>Terapia de afrontamiento</i>	58
3.4.9. <i>Reestructuración cognitiva</i>	58
METODOLOGÍA.....	60
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	61
RESULTADOS.....	80
CONCLUSIONES.....	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El estrés es un problema, que se ha ido incrementando día a día en nuestra sociedad, provocado por factores que son resultado del acelerado ritmo de vida (Barría, 2012), o por situaciones complejas que ponen en riesgo nuestra estabilidad emocional.

Desde una perspectiva psicológica, el estrés es visto como una reacción particular entre el individuo y su entorno, que es evaluada como desbordante o amenazante de sus recursos y que altera su bienestar (Lazarus, 2000). Es común que las reacciones ante el estrés nos provoquen un estado de ansiedad que nos conlleve a la anticipación de peligro y a la percepción de amenaza. Importante, es tener en cuenta que a cada uno de nosotros nos afecta de manera diferente el estrés, porque cada quien tenemos un patrón psicológico que nos hace reaccionar de forma diferente a los demás.

El estrés suele aparecer ante acontecimientos agradables y no representa peligro para nuestra salud. Sin embargo, cuando se presenta ante condiciones altamente estresantes suele repercutir en experiencias traumáticas que desencadenan diversas problemáticas en la vida cotidiana de quien las experimenta. La manera de afrontar situaciones que nos provoquen estrés, se determina por los recursos de que disponemos, las creencias, las habilidades sociales, el apoyo social; estos recursos precisan la tendencia en que cada uno de nosotros reaccionemos ante ciertos acontecimientos, con estrés psíquico o con un grado mayor de estrés que cualquier otra persona; de tal manera que, a mayor grado de reacción, podemos convertirnos en un sujeto altamente vulnerables a sufrir el trastorno de estrés postraumático (TEPT).

El TEPT afecta a personas que han estado expuestas a condiciones estresantes graves o situaciones traumatizantes. Las guerras, la violencia, el abuso emocional, psicológico, físico o sexual, las relaciones familiares destructivas, los accidentes, la pérdida de un ser querido, el diagnóstico de una enfermedad grave, asaltos, riñas callejeras, etc.; son factores que generan muchas veces un trauma que determina emociones intensas, alterando mecanismos de regulación en distintas esferas de la conducta.

Un trauma prolongado, y especialmente el sufrido durante los primeros años de vida, puede provocar efectos significativos e irreversibles en el área cognitiva, atencional, el apego, la regulación de los afectos, la salud física, la formulación de identidad y el desarrollo social. Se sabe que los acontecimientos traumáticos que ocurren durante la infancia son más perjudiciales para la salud mental, que aquellos que ocurren más tarde en la vida (Pérez et al., 2009).

El TEPT se caracteriza por la aparición de síntomas evitativos, intrusivos y estados de hiperactivación. Las personas con TEPT tienen dificultades emocionales, que se ven caracterizadas por síntomas depresivos, de ansiedad, soledad, miedo, frustración, culpa, inestabilidad, agresividad, resentimiento, fracaso, ideación suicida; habilidades sociales deterioradas, e incluso hay quienes tienen problemas de somatización, trastorno del sueño y abuso de sustancias (Rodríguez, 2009). A nivel neurológico supone una interrupción normal en su desarrollo, quien lo padece suele presentar alteraciones en el SNC, el SNA, el sistema endocrino y el sistema inmune, que pueden producir daños irreversibles de tipo físico, cognitivo y emocional (Mesa & Moya, 2011).

Si no es identificado el TEPT y tratado adecuadamente, quien lo padece puede vivir una vida de constante ansiedad, desesperanza u horror, que lo conduzcan a desarrollar diversos problemas de salud mental. Un tratamiento eficiente y efectivo permitirá que mejoren su calidad de vida (Azcárate, 2007).

En esta investigación se presenta un programa de evaluación y tratamiento cognitivo conductual, aplicado a un caso de TEPT complejo, en una mujer con experiencias de abuso y violencia en la infancia, vulnerabilidad a sufrir accidentes, y el diagnóstico de una enfermedad grave. El tratamiento cognitivo conductual tiene una amplia gama de posibilidades cuando se trata de estudios de caso único, ya que es factible conjugar los objetivos terapéuticos y las expectativas del sujeto con la forma de obtener conocimiento acerca del problema, y cuál es o fue la efectividad de la intervención realizada. El tratamiento Cognitivo-Conductual ha demostrado su eficacia en aliviar la sintomatología del TEPT (Baguena, 2001). La aplicación de la terapia de exposición, la terapia cognitiva (reestructuración cognitiva) y las técnicas para el manejo de ansiedad han dado lugar a efectos positivos en la participante, al disminuir los síntomas mediante la intervención de cogniciones, percibiendo un cambio en su conducta y una mejora en su salud mental.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I. ESTRÉS

1.1. CONCEPTO DE ESTRÉS: ORIGEN Y EVOLUCIÓN

Para adentrarnos en el estudio del estrés es importante conocer el uso que se le ha otorgado a este término a lo largo de la historia. El concepto proviene del latín *stringere* que significa provocar tensión. Según González y Lorenzo (2012), su origen se remonta al siglo XIV, donde se le relacionaba con términos de dureza, tensión, adversidad, pena o aflicción. Stora (1990), por su parte menciona que con esta misma connotación pasó al campo de las ciencias de la salud, y se empleó para expresar una presión que ocasiona alteraciones en el funcionamiento mental y físico de los individuos.

Cano-Vindel (2002) menciona que en el campo de la Psicología, la palabra estrés se relaciona con ciertos acontecimientos en los cuales una persona se encuentra con situaciones que le implican demandas fuertes, que pueden agotar sus recursos de afrontamiento.

Haciendo una revisión en la literatura encontramos que esta palabra se empleó por primera vez en el siglo XVIII en el campo de la física, y es en este campo donde se le da por primera vez una definición científica a este término, refiriéndose a él como la fuerza generada en el interior de un cuerpo como consecuencia de la acción ejercida por una presión externa que pudiera distorsionarlo (Álvarez, 1989).

Mardomingo (2003) menciona que los efectos del estrés sobre el organismo comenzaron a estudiarse a principios del siglo XIX, por el médico y fisiólogo francés Claude Bernard, quien prestó especial atención en el papel que juega la influencia de los cambios externos en la estabilidad de los seres vivos en el ambiente, dentro de sus investigaciones evidenció que para mantener la vida era necesario conservar el medio interno, a pesar de las variaciones que se dieran en el medio ambiente. A partir de las investigaciones de Bernard, evolucionó el estudio del estrés, sus investigaciones fueron la pauta para cambiar la percepción que se tenía sobre el concepto.

Aún con el uso que ya se le daba a este término, es a inicios del siglo XX que el concepto de estrés se emplea por primera vez dentro de un contexto científico en el campo de la Medicina (De Rivera, Vela & Arana, 1980). El investigador norteamericano Walter Bradford Cannon en 1911, descubre accidentalmente la

influencia de factores emocionales en la secreción de adrenalina. Gracias a este descubrimiento, Cannon desarrolló la teoría de la reacción de emergencia, en la que destacaba la función adaptativa de la ira y el miedo, que se expresaba precisamente en la liberación de la hormona adrenalina. En un estudio más detallado de este efecto, más tarde, desarrolla su concepto de la reacción de lucha o huida, que interpretaba como la respuesta básica del organismo a toda situación percibida como peligrosa, y en la que se desempeñaba un cometido esencial: la liberación de catecolamina por la médula suprarrenal y las terminaciones nerviosas simpáticas (Guillazo, Redolar, Soriano, Torras & Valle, 2007).

Cannon (1922) realizó una serie de investigaciones en las que vinculó el estrés con un estado o reacción del organismo, dentro de estos estudios propuso el término homeostasis para designar aquellos procesos fisiológicos coordinados que mantienen constante el medio interno mediante numerosos mecanismos fisiológicos. Más tarde, en 1935 hizo referencia a los "niveles críticos de estrés", los cuales definió como aquellos que podrían provocar un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos (Macías, 2007).

Quizá una de las aportaciones más importantes de Cannon sobre el estudio del estrés fue el hallazgo encontrado en la estimulación del Sistema Nervioso y la descarga de adrenalina por las glándulas médulo-suprarrenales producida cuando hay agresiones, este proceso autónomo provoca a su vez modificaciones cardiovasculares que preparan al cuerpo para la defensa, de tal manera que se afecta la homeostasis de los sistemas simpáticos. Cannon fue el primero en sugerir que se podían medir los niveles de estrés. Es así como se sientan las bases para el estudio de los efectos patógenos de este padecimiento (Macías, 2007).

No podemos dejar de nombrar las aportaciones de Pavlov, que sin lugar a dudas también influyeron en la consolidación de este concepto, sus descubrimientos sobre los reflejos condicionados, generaron la apertura al estudio de los orígenes psicosomáticos de las lesiones orgánicas, debidos a los funcionamientos relacionados con las emociones (El Sahili, 2010). De igual modo, las aportaciones de Freud fortalecieron el estudio del estrés, su concepto de neurosis de angustia que empleo para nombrar las enfermedades nerviosas relacionadas con los *miedos* (principalmente los internos) daban cuenta a una serie de manifestaciones somáticas relacionadas con situaciones nerviosas extremas en

las cuales la persona presentaba temor sobre la vida, sobre el futuro, fobias y manías o bien vivía en una espera angustiosa (Gómez, 2008). El apogeo del psicoanálisis durante la tercera década del siglo pasado, permitió explorar diversos mecanismos psicopatológicos de los efectos del estrés psicológico.

A mediados del siglo XX, se comienza a reconocer la implicación del estrés en la vida del ser humano como posible generador de enfermedades a mediano y largo plazo. Y es así como se potencia su estudio con una metodología científica y un enfoque positivista (Román & Hernández, 2011).

El pionero en introducir este concepto en el ámbito de la salud y más tarde en la Psicología Científica fue Hans Selye, allá por 1936, quien definió el estrés como una respuesta no específica del cuerpo a cualquier exigencia que se le imponía, planteó que la incidencia de situaciones estresantes desencadenaba lo que denominó Síndrome General de Adaptación (González & Lorenzo, 2012).

Selye consideraba que varias enfermedades desconocidas en ese tiempo, como las cardíacas, la hipertensión arterial y los trastornos emocionales o mentales no eran sino la resultante de cambios fisiológicos derivados de un prolongado estrés en los órganos involucrados y que estas alteraciones podrían estar predeterminadas genética o constitucionalmente. Postuló que la persona ante situaciones en las que pone en riesgo su seguridad, al no poder huir ante un estímulo doloroso, tiene una respuesta somatizada o psíquica anómala, que expresa el daño ocasionado. Determinó que no solamente los agentes físicos nocivos actuando directamente sobre el organismo animal, son productores de estrés, sino que además, en el caso de las personas, las demandas de carácter social y las amenazas del entorno que requieren de capacidad de adaptación provocan el trastorno de estrés (Macías, 2007).

Es importante hacer mención que hasta este momento de la historia y evolución del concepto de estrés y su campo de aplicación en las investigaciones, no se tomaba en cuenta la función de los procesos psicológicos, simplemente se limitaba su estudio a los procesos fisiológicos. A finales del siglo XX se produce un giro radical en cuanto al enfoque empleado en el estudio del estrés, haciendo énfasis en el componente psicosocial, reconociendo la importancia del entorno y su relación con el individuo en el

estrés (Román & Hernández, 2011). Se comienza a prestar atención a las percepciones del individuo, a la naturaleza del estrés y su dimensión psicológica.

Richard Lazarus es uno de los investigadores más importantes en el estudio del estrés desde esta nueva perspectiva, incorporó elementos estructurales y funcionales en el concepto del estrés destacó la gran importancia de la evaluación de las variables cognitivas, especialmente la apreciación de *amenaza* en este fenómeno, y las estrategias de afrontamiento del individuo. Lazarus define el estrés psicológico como “una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Paula, 2007).

Lazarus consideró que la relación individuo-ambiente será estresante o no, según la evaluación cognitiva de la persona. De tal manera que el valor estresante de una situación va a depender de cómo lo perciba cada persona; así una situación puede no ser, en absoluto, estresante para algunos, aunque lo sea intensamente para otros (Paula, 2007). Desde esta perspectiva, la evaluación cognitiva representa un aspecto central en la explicación del estrés, la evaluación es un proceso universal, mediante el cual las personas valoran constantemente la significación de lo que ocurre en relación con su bienestar personal.

De acuerdo con González y Lorenzo (2012), las investigaciones sobre el estrés han sido conducidas en tres direcciones fundamentales: la respuesta biológica, los eventos vitales y la evaluación cognitiva, conformando así tres grandes enfoques que dan paso a la explicación y definición del estrés.

1.2. TEORÍAS EXPLICATIVAS DEL ESTRÉS

1.2.1. Teoría Fisiológica. Estrés como Respuesta.

Modelo compartido por Sutherland y Cooper (1991), que entiende el estrés como una reacción o respuesta no específica de la persona: cambios fisiológicos, reacciones emocionales, cambios conductuales, etc. (Paula, 2007).

Teoría desarrollada por Selye (1976) para definir el estrés como una respuesta orgánica y fisiológica ante cualquier tipo de estimulación que exige del organismo una inmediata defensa para sobrevivir. Basa su premisa en que cualquier estímulo puede ser un estresor siempre que provoque en el organismo la respuesta inespecífica de necesidad de reajuste o estrés. Selye determinó que si un organismo se encuentra en situaciones de peligro, éste se prepara para combatir o huir, mediante la secreción de sustancias como la adrenalina producida por las glándulas suprarrenales, sustancia que se disemina por toda la sangre y es percibida por receptores especiales en distintos lugares del organismo, que responden para prepararse para la acción, de manera tal que los sentidos se agudizan y la mente entra en estado de alerta (Macías, 2007).

En el caso de las personas, se pudo identificar cómo el sujeto ante situaciones en las que se pone en riesgo su seguridad, al no poder huir ante un estímulo doloroso, tiene una respuesta somatizada o psíquica anómala, que expresa el daño ocasionado (Oblitas, 2010). Sabemos que la manera en que el organismo responde es estereotipada, automática y refleja, mediante la cual el organismo se prepara para atacar o huir. Esta es la manera que tiene el organismo de protegerse del peligro. Tanto si los acontecimientos son agradables como displacenteros, o si el peligro es real o imaginario, el organismo responderá provocando respuestas fisiológicas. La respuesta de estrés se constituye en un mecanismo conformado por tres etapas: alarma, resistencia y agotamiento, a las que Selye denominó Síndrome General de Adaptación (Paula, 2007).

Una limitante de esta teoría es que las respuestas de estrés suelen ser complejas, ya que al mismo tiempo ocurren en el nivel fisiológico, cognitivo y conductual.

1.2.2. Teoría de los Sucesos Vitales. Estrés como estímulo.

Entiende el estrés como estímulo (capaz de provocar una reacción de estrés). Alude a los estímulos ambientales externos al sujeto o estresores y supone que éstos perturban o alteran el funcionamiento del organismo (Macías, 2007).

Esta teoría es tomada de la ley de elasticidad de Hook, quien se refiere al estrés como la deformación o distorsión de un organismo a causa del estrés. En los humanos el estrés es producido a consecuencia de un estrés crónico que sobrepasa ciertos límites,

produciendo alteraciones fisiológicas y psicológicas. Holmes y Rahe (1967) realizaron la aportación más importante en base a esta teoría desde un enfoque psicosocial, se centraron fundamentalmente en los sucesos vitales, concebían éstos como experiencias objetivas que alteran o amenazan con modificar las actividades usuales de la persona. El potencial estresante de un suceso vital lo relacionaban con la cantidad de cambio que implicaba, diseñaron una escala *Schedule of Recent Experience* (SRE) para cuantificar el estrés. Realizaron estudios en pacientes hospitalizados, en la que trataron de relacionar la aparición de la enfermedad con el estrés, encontraron que los cambios ocurridos en la vida de las personas incrementan la posibilidad de contraer enfermedad al cabo de dos años (Macías, 2007).

Tolentino (2009) apunta que una limitante de esta teoría es que la reacción del sujeto depende de la percepción del evento que del evento en sí, no toma en cuenta las diferencias individuales en las respuestas al estrés. El hecho de que los acontecimientos vitales aumenten los niveles de estrés, no significa que vaya a producirse una enfermedad; para que ella se origine deben presentarse otros factores propios del sujeto; en muchos casos, los eventos vitales pueden desempeñar una función positiva, en lugar de enfermar, pueden activar una resiliencia o la posibilidad de crecer o madurar y adquirir destrezas.

1.2.3. Teoría de la Evaluación Cognitiva. Definición Interactiva.

Entiende el estrés como una interacción entre las características del estímulo y los recursos de la persona, considera más importante la valoración que hace la persona de la situación estresora que las características objetivas de dicha situación; enfatiza el papel de los factores cognitivos (pensamientos, ideas, creencias, actitudes) (Macías, 2007)

Una de las aportaciones más importantes a esta teoría es el modelo transaccional del estrés y del afrontamiento desarrollado por Lazarus y Folkman (1984); esta teoría introduce la consideración de aspectos cognitivos y una definición de estrés como resultado de una valoración de la persona respecto al equilibrio entre demandas y recursos. Lazarus concibe el estrés como un fenómeno genérico que incluye tanto la situación que lo desencadena como las respuestas que se producen (fisiológicas,

emocionales, conductuales y cognitivas), las variables moduladoras de este proceso y sus posibles repercusiones patológicas (Paula, 2007).

Esta teoría hace énfasis en la interacción mutua de las variables de la persona y del entorno, lo que significa no entender el estrés como un fenómeno estático y puntual en la vida de la persona, sino como un proceso cambiante biográficamente longitudinal, en el que la persona va influyendo sobre sus demandas ambientales (Paula, 2007).

Lazarus y Folkman plantearon en 1986 que el estrés no depende exclusivamente de estímulos ambientales externos, sino de la evaluación cognitiva que hace la persona, para ellos, la evaluación cognitiva tiene un papel mediador entre las respuestas emocionales y el medio ambiente y entre las respuestas emocionales, las creencias y los objetivos personales (Macías, 2007).

Esta teoría asume que el estrés está determinado por la interacción entre situaciones sobredemandantes o potencialmente estresantes y características personales relevantes. Lazarus refiere que esta interacción es producida por la percepción y valoración que la persona hace de las situaciones potencialmente estresantes y por la percepción y valoración de los propios recursos para hacer frente a tales situaciones. Y resalta que del resultado de esta interacción dependerán la aparición, duración e intensidad de la respuesta de estrés, así como sus manifestaciones específicas (ansiedad, hostilidad, etc.) (Macías, 2007).

1.3. DIFERENCIA ENTRE ESTRÉS NORMAL Y ESTRÉS PATOLÓGICO

Al hablar de estrés normal o patológico, implica diferenciar que no todo el estrés que experimentamos nos afecta. Al contrario, el estrés puede verse como una capacidad positiva de todo ser humano de responder a un estímulo externo o interno que le demanda una respuesta fisiológica de un gran esfuerzo tanto físico como psicológico, mayor al habitual y para cuyo desgaste está preparado para responder; podemos considerar que se trata de un estrés normal, y hasta cierto punto, una cierta dosis de estrés, adecuada a la demanda y a nuestras capacidades, es realmente positiva y beneficiosa, pues provoca un estímulo sano y atractivo de reto que aumenta nuestra autoestima, permitiéndonos un mayor y mejor rendimiento personal y de relación que conduce al equilibrio y bienestar (Núñez & Gascón, 2012).

Pero qué pasa cuando el estrés es excesivo, se prolonga en el tiempo o nos consideramos incapaces de responder adecuadamente, entonces se produce una distorsión, la respuesta de nuestros mecanismos cognitivos y emocionales se ve desproporcionada, llevándonos al deterioro físico y psicológico, con la aparición de enfermedades y trastornos psicosomáticos que disminuyen nuestras defensas orgánicas (Quiste & López, 2010). Este tipo de estrés nos hace cada vez más vulnerables y propensos a cometer errores, a sentirnos incapaces en todos los aspectos y a perder incluso habilidades, como una adecuada toma de decisiones o rendir adecuadamente en todos los aspectos de nuestra vida, conduciéndonos a un círculo negativo de pensamientos, emociones y conductas del que sin darnos cuenta adoptaremos como conductas normales, y que por ende nuestra salud física y mental se verá deteriorada. No es al azar que cada vez más el estrés se relacione con la aparición de diferentes patologías o con la evolución de distintas enfermedades.

No es de la nada que las enfermedades por estrés han superado a las infecciones como causa de muerte y, sobre el final del siglo pasado, la mayoría de las defunciones dependen de enfermedades crónicas no transmisibles influidas por psicotraumas (Orlandini, 1999).

Para los fines de esta investigación me enfocaré al análisis de los factores que influyen para que una persona presente un diagnóstico de estrés postraumático por haber experimentado situaciones estresantes ocurridas durante su infancia y su desarrollo posterior.

CAPÍTULO II. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

2.1. ANTECEDENTES DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Es bien sabido que a lo largo de la historia los seres humanos han tenido un contacto muy estrecho con una diversidad de sucesos traumáticos (Palacios & Heinze, 2002). Basta recordar acontecimientos terribles como la crucifixión, la santa inquisición, la esclavitud, la flagelación, las guerras, los genocidios, los abusos sexuales, todos estos sucesos han tenido como consecuencia traumas en quienes eran víctimas o quienes presenciaban dichos acontecimientos.

Según Martín y De paúl (2004), el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), constituye el eje psicopatológico fundamental sobre el que gravita el trauma. La historia de esta patología se remonta hacia el siglo XIX, donde diversos neurólogos y psiquiatras definieron los síntomas característicos del ahora conocido TEPT, bajo la denominación de neurosis histérica o de conversión. En 1920, Freud hizo referencia al trauma psíquico sufrido por los excombatientes de guerra como “*una ruptura de la barrera de estímulos*”. Durante la guerra civil americana el *Shell shock* se atribuía a síntomas neurológicos sufridos por lesiones de explosiones. Más tarde, durante la primera Guerra Mundial, se denominó *neurosis del combate* a un conjunto de síntomas de intenso miedo, terror, desesperanza y desamparo, es en ese momento que se cambia la percepción sobre su origen, considerándolo como un daño psicológico y no físico. Para la segunda Guerra Mundial, las manifestaciones clínicas eran denominadas neurosis traumáticas. En los años setenta se intensificó el estudio empírico de sucesos traumáticos en veteranos de guerra de Vietnam, y gracias a los movimientos feministas que imperaban en la época, por primera vez se describió el síndrome traumático por violación a mujeres (Bobes, Bousoño, Calcedo & González, 2003).

La obra de Abram Kardiner *The traumatic neuroses of war* (1941), representó una aportación notable para el desarrollo conceptual de las neurosis traumáticas, particularmente por insistir en la importancia de los elementos de activación fisiológica extrema presentes en el trastorno, Kardiner realizó descripciones clínicas muy cuidadosas que fueron determinando la esencia del trastorno. En una de sus múltiples investigaciones concluyó que las personas que padecen este tipo de trastorno siguen viviendo en el ambiente emocional del acontecimiento traumático. Afirmó que el origen de la neurosis traumática era la fisioneurosis donde la alteración principal reside en los

mecanismos que regulan el grado de alerta de la conciencia. Kardiner describió estas alteraciones de la siguiente manera: “*estos pacientes no pueden soportar que alguien les dé una palmada en la espalda de manera brusca; no pueden tolerar tener un tropezón o estar a punto de caerse*”. También consideró que la persistencia del reflejo de sobresalto en las personas traumatizadas constituía el elemento central de la relación de las neurosis traumáticas, y la relacionó con el desarrollo de irritabilidad y de sintomatología psicosomática en estos sujetos. Si lo vemos desde un punto de vista fisiológico, se puede decir que existe un descenso en el umbral de estimulación, y desde un punto de vista psicológico se presenta un estado de predisposición para reacciones de huida (Bobes, Bousoño, Calcedo & González, 2003).

2.2. DEFINICIÓN DEL TEPT

El DSM-IV define el TEPT como una respuesta sintomatológica que una persona desarrolla después de haber estado expuesta a un suceso altamente estresante, debido a que ha amenazado su integridad física o su vida; o bien, la de otras personas (American Psychological Association [APA], 1994). Medina-Mora et. al. (2005), señalan que un suceso altamente traumático abarca un sinnúmero de acontecimientos sumamente estresantes, que sin lugar a dudas marcan la vida de una persona, y que por ende son susceptibles de producir TETP, ejemplo de ello puede ser la violencia sexual, los ataques físicos, los asaltos, los secuestros, el abuso sexual infantil, el ser testigo de la muerte o de lesiones graves a otra persona por un asalto o riña, el saber de la muerte o del asalto violento a un familiar o amigo cercano.

Dentro de los criterios diagnósticos del DSM-IV, se establece que la persona expuesta a estos sucesos responde con miedo intenso, impotencia o terror. Además hace referencia a que se requiere que la persona manifieste síntomas característicos de *reexperimentación* persistente del suceso, manifestados por flashbacks o pesadillas que reproducen el suceso y reacciones físicas y/o psicológicas ante estímulos internos que se asocian con el suceso; *evitación* persistente de hechos, personas, situaciones o pensamientos asociados con el suceso traumático o reducción en la capacidad de vincularse con otras personas y experimentar emociones; e *hiperexcitación* fisiológica manifestados en problemas para dormir, irritabilidad e hipervigilancia (DSM-IV) (APA, 1994). En esta misma línea, Medina-Mora et al., (2005) señalan que el TEPT remite una

respuesta patológica que produce malestar clínicamente significativo o empeoramiento cotidiano que se prolonga por lo menos un mes.

Palacios y Heinze (2002) hacen mención que el TEPT es diferente a los trastornos de ansiedad, debido a que su inicio depende de la exposición a una o más experiencias traumáticas relacionadas con la violencia, tales como las guerras, el abuso sexual persistente, la violencia intrafamiliar o cualquier otro tipo de violencia que atente con la estabilidad emocional de la persona. Aunado a esto, consideran que la persona que manifieste un cuadro de TEPT presenta un considerable deterioro en su funcionamiento social, ocupacional o personal.

Pero qué pasa si durante el desarrollo de una persona se presentan acontecimientos estresantes o situaciones vitales adversas que ponen en riesgo su salud física y psicológica. Quizá sea muy probable que el impacto sea dramáticamente significativo, ya que estos sucesos no van a afectar a cualquier ser humano, biológica, psicológica y socialmente maduro; sino a un ser humano en una fase de desarrollo que requiere ciertas condiciones externas de estabilidad y protección.

Debemos reconocer que hasta este momento, en los criterios diagnósticos del DSM-IV sobre el TEPT no se ha diferenciado adecuadamente las múltiples consecuencias de la exposición crónica al trauma desde una edad temprana y que afecta a lo largo del desarrollo de una persona. Ante esta necesidad, la APA reconoce que se incluya el TEPT Complejo dentro del DSM-V previsto para su edición en este 2013, como un nuevo diagnóstico del trauma sufrido desde la infancia.

Judith Herman (1997), identificó esta problemática y di el TEPT complejo para diferenciarlo de la clasificación ya establecida, y lo definió como un trastorno que se caracteriza por desarrollarse ante estresores prolongados que conllevan un particular control o sometimiento de la víctima. Consideró como factores desencadenantes el sometimiento a situaciones de violencia llámese física, psicológica, sexual o cualquier otro tipo de violencia, como pueden ser el abuso en la infancia o la explotación sexual organizada. Según González y Pardo (2007), las descripciones realizadas, presentan particularidades con respecto al TEPT, apareciendo en su sintomatología alteraciones en distintas esferas de la conducta, como son:

- ✓ Alteraciones en la regulación del afecto: disforia persistente, sexualidad compulsiva o extremadamente inhibida, preocupación suicida crónica, autolesiones.
- ✓ Alteraciones en la conciencia: amnesia o hipermnesia de los acontecimientos traumáticos, reexperimentación de las agresiones sufridas, episodios disociativos.
- ✓ Alteraciones en la autopercepción: que incluyen sentido de culpa y/o vergüenza, estigmatización y sentimiento de diferenciación especial.
- ✓ Alteraciones en la percepción del perpetrador: con atribución irreal de poder absoluto al victimario, idealización paradójica, sentido de relación especial.
- ✓ Alteraciones en la percepción del resto de las personas: aislamiento, anulación de medidas de autoprotección.
- ✓ Alteración de las expectativas de futuro: desesperación, pérdida de confianza y ausencia de planificación.

2.3. EPIDEMIOLOGÍA

Recientemente se ha reconocido la importancia del estudio del TEPT, debido al incremento en los índices de violencia tanto en la sociedad como en el seno familiar, sobre todo en las grandes ciudades, donde el individuo padece constantes agresiones (Medina-Mora et al., 2005). En 1999 en Montecatini, Italia, se llevó a cabo la cuarta reunión del Grupo de Consenso Internacional sobre Depresión y Ansiedad, en donde el tema principal fue el TEPT debido a su alta incidencia, esta problemática representa un gran problema de salud pública para países tanto en vías de desarrollo como desarrollados (Palacios & Heinze, 2002).

Estudios epidemiológicos (Breslau et al., 1998; citado en Medina-Mora et al., 2005) han demostrado que en países donde no se han producido grandes catástrofes la gente ha sufrido o ha presenciado cómo otros sufrían, más allá del límite de las experiencias que depara la vida de cualquier ser humano. Se ha estimado que sólo una de cuatro personas manifiesta un TEPT después de un suceso traumático.

Medina-Mora et al. (2005) reportan que a nivel mundial se estima que 8% de los habitantes desarrollará este trastorno en algún momento de sus vidas. Recientes estudios demuestran que aproximadamente de 40 a 90% de las muestras comunitarias de adultos

se han expuesto a un hecho traumático. Los índices de prevalencia en la vida del TEPT varían 5 a 15% en países del primer mundo. Cuatro a seis por ciento de la población actualmente manifiesta síntomas de TEPT, con base sólo en el peor acontecimiento traumático (Palacios & Heinze, 2002). En Estados Unidos la prevalencia anual de TEPT en la población general alcanza 7.8%. Por lo menos 50% de la población general reporta haber vivido experiencias traumáticas, y uno de cada doce adultos ha tenido diagnósticos de TEPT en algún momento de sus vidas (Kessler et al., 1995; citado en Medina-Mora, 2005).

Según la revisión realizada por Pérez et al. (2009), sobre la epidemiología del TEPT, se ha encontrado que las mujeres tienen más probabilidad que los hombres de desarrollar este trastorno, que la violencia interpersonal está asociada con una probabilidad más alta de desarrollar TEPT, que niveles de educación más bajos están relacionados con mayor riesgo de presentar el TEPT y que la mayoría de los individuos con TEPT tiene al menos un trastorno psiquiátrico comórbido.

En nuestro país, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada entre 2001 y 2002 a la población mexicana de 18 a 65 años de edad, sirvió como base para estimar la prevalencia de sucesos violentos y TEPT. Los resultados de la encuesta reflejaron que el 68% de la población ha estado expuesta al menos a un suceso estresante en su vida. La exposición varía por sexo (violación, acoso y abuso sexual son más frecuentes en mujeres; los accidentes y robos, entre los hombres) y por edad (niños, adolescentes, mujeres adultas jóvenes y personas de la tercera edad). El 2.3% de las mujeres y 0.49% de los hombres presentaron un TEPT. La violación, el acoso, el secuestro y el abuso sexual son los sucesos con mayor manifestación del TEPT. (Medina-Mora et al., 2005).

Dongil (2008) reporta un estudio retrospectivo realizado por Kilpatrick et al., (1987) en el que se encontró que un 57,1% de la muestra de víctimas de violación habían desarrollado estrés postraumático en algún momento posterior a la agresión. Y hace énfasis en que un 16,5% presentaban todavía el trastorno en el momento de la entrevista (cuando la agresión había tenido lugar, por término medio, 17 años antes). No debemos pasar por alto la importancia de la revisión de los estudios epidemiológicos, ya que nos permiten estimar los índices de los trastornos específicos y su efecto en la

comunidad y el sistema de salud. La prevalencia que indica la exposición a sucesos traumáticos en sí es una parte importante del estudio del TEPT.

2.4. COMORBILIDAD Y DETERIORO

Como ya se mencionó anteriormente, un trauma emocional grave impacta significativamente, es bien sabido que las experiencias presenciadas transforman a las personas que lo sufren. Si bien, algunas personas que han atravesado en algún momento de su vida este tipo de experiencias las superan, sin que queden grandes secuelas en su comportamiento; otras parecen quedarse fijados en el acontecimiento, su estado de ánimo y su reactividad hacia el medio parece anclarse en el acontecimiento sufrido tiempo atrás (Bobes, Bousoño, Calcedo & González, 2003).

Se ha demostrado que la violencia, el abuso sexual e incluso factores familiares y trastornos psicopatológicos de los padres u otras adversidades durante la infancia, están asociados con trastornos psiquiátricos en la edad adulta tales como: trastornos de ansiedad, afectivos y de abuso de sustancias (Pérez et al., 2009).

Aunado a esto, se ha comprobado que los acontecimientos traumáticos que ocurren durante la infancia son más perjudiciales para la salud mental que aquellos que ocurren más tarde en la vida, esto debido a que las personas en la infancia son menos capaces de organizar coherentemente sus respuestas a esos acontecimientos negativos y son más vulnerables a trastornos del desarrollo del cerebro que pueden jugar un rol importante en los trastornos psiquiátricos (Pérez et al., 2009).

Palacios y Heinze (2002) señalan que el cuadro clínico del padecimiento del TEPT con frecuencia es crónico, y resaltan que de las personas que lo padecen, solo el 50% se recupera dentro de los primeros años después del incidente. Muchos de los que no se recuperan presentaran síntomas 15 años después de haber sufrido un trauma. Si el trauma es repetido en la infancia puede deformar la estructuración de la personalidad. La importancia de la comorbilidad del TEPT radica en la relación que tiene con la cronicidad de la enfermedad y puede fomentar una mayor resistencia a las intervenciones tanto farmacológicas como psicoterapéuticas.

2.4.1. Comorbilidad con otros trastornos mentales

Najavits et al., (2009, citado en Cáceres, 2011) señalan que el TEPT fue clasificado para su estudio como trastorno psicopatológico bien diferenciado de otros trastornos psicopatológicos, y hacen mención que se debe reconocer la posibilidad que en la vida cotidiana concorra o sea comórbido con otros trastornos. Kilpatrick (2002, citado en Medina-Mora et al., 2005) señala a su vez, que el pronóstico varía en gran medida según el tipo de estresor que generó la respuesta traumática; lo mismo ocurre con su evolución.

Medina-Mora et al., (2005) reportan que aproximadamente de 50 a 90% de los individuos con TPEP crónico en poblaciones clínicas y general, presentan trastornos psiquiátricos comórbidos. En sujetos con TEPT derivado de acontecimientos en la infancia, las comorbilidades comunes incluyen trastornos en el apego, habilidades sociales deterioradas, agresión, problemas en el control de los impulsos, ansiedad, depresión, somatización y uso de sustancias. Es importante resaltar que la presencia de condiciones psiquiátricas comórbidas influye de manera significativa en las decisiones acerca de las opciones terapéuticas para el tratamiento del TPEP, debido a que los síntomas postraumáticos del sujeto con frecuencia no mejorarán a menos que se traten también los síntomas comórbidos (Palacios & Heinze, 2002).

Botero (2005) reporta que al igual que pasa con otros trastornos psicopatológicos, los pacientes con TEPT suelen presentar, al menos, otro trastorno más. En Estados Unidos el 80% de los pacientes con TEPT de por vida también presentan depresión de por vida, así como algún otro trastorno de ansiedad, trastornos de personalidad (límitrofe, evitativo, antisocial, etc.), ataques de pánico y trastornos disociativos o dependencia o abuso de sustancias.

Investigaciones en relación con la sintomatología concomitante al TEPT, reflejan que en las mujeres son más frecuente la depresión y la ansiedad concurrentes al TEPT y para los hombres los problemas de conducta y el consumo de sustancias psicoactivas. Esto en concordancia con la percepción de que las mujeres son más emocionales y pasivas y los hombres son más agresivos y activos (Cáceres, 2011).

2.4.1.1. Ansiedad

La ansiedad extrema derivada de violencia en la infancia, que suele ser frecuente e impredecible en nuestras sociedades, conlleva a una respuesta de sobresalto y alerta permanente. Cáceres (2011) reporta estudios sobre el TEPT en los que se señala que este cuadro comparte síntomas referidos a la hiperactivación fisiológica y cognitiva en relación con la rumiación de pensamientos. Señala que la forma de afrontar y reaccionar ante la violencia y otros eventos traumáticos, como enfermedades, accidentes y asaltos en la vía pública, es importante en el desarrollo del TEPT. Se ha identificado que la ansiedad se puede manifestar en diferentes formas, por ejemplo, las mujeres tienden a reaccionar ante los acontecimientos traumáticos internalizando y afrontando la situación con síntomas depresivos y ansiosos, mientras que los hombres lo hacen externalizándolos y afrontando el trauma mediante consumo de sustancias, comportamientos violentos, irritabilidad y, en general, presentando problemas de comportamiento social.

2.4.1.2. Depresión

En diversos estudios se ha encontrado comorbilidad entre el TEPT y la depresión. Briere (2004, citado en Cáceres, 2011) detectó que a pesar de que ningún estudio ha corroborado la presencia de depresión postraumática, sí se puede aseverar que los acontecimientos que generan TEPT tienen la capacidad de producir síntomas depresivos asociados al trauma.

Algunas víctimas de violencia en la infancia reportan en terapia maltrato físico, abuso sexual, abandono o negligencia, maltrato psicológico o emocional por parte de sus cuidadores, lo les conlleva a cambios irrevocables en sus vidas. Situaciones como estas pueden generar síntomas depresivos en la edad adulta e incluso en la infancia, aunado a esto, si las experiencias traumáticas implican violencia, pueden presentarse distorsiones cognitivas y rumiación de pensamiento, así como pensamientos e imágenes intrusivas (Alcántara, 2010).

Cáceres (2011) menciona la revisión que realiza Golding (1999), en la que destaca la prevalencia de depresión del 47,6% asociado al TEPT. Además, relaciona la gravedad y duración de las situaciones traumáticas con la gravedad de la depresión. También

menciona que el maltrato en la familia de origen y el afrontamiento de evitación son variables predictoras de depresión. Echeburúa, Corral y Amor (2002) señalan diversas emociones asociadas con la depresión y el TEPT, la culpa, la vergüenza o la autocrítica, relacionadas con la sintomatología de evitación. Según Echeburúa (2004) la culpa y la rabia se asocian más con la reexperimentación de la violencia.

Las teorías cognitivas de la depresión postulan que este padecimiento es consecuencia del fracaso del individuo en el control de los reforzadores externos, y que se encuentra directamente relacionada con la desesperanza aprendida, considera que la persona se siente incapaz de influir o modificar esta situación y desemboca en un estado dominado por sentimientos de inseguridad, pasividad, desesperanza y frustración (Chinchilla, 2008).

Echeburúa y Corral (1998) indican que en las víctimas de violencia en la infancia, y más aún en los casos de haber existido abuso sexual, hay mayor concurrencia con sintomatología ansiosa y depresiva.

2.4.2. Deterioro ocasionado por el TEPT

En un estudio sobre la prevalencia de sucesos violentos y de TEPT realizado en nuestro país hacen referencia sobre algunos mecanismos que pueden incrementar el riesgo de mayores problemas en víctimas de ataques violentos, como los son las lesiones físicas, otros problemas emocionales o la respuesta inapropiada del sistema de salud. Hacen hincapié en que el impacto subjetivo de los sucesos estresores depende de factores previos a la victimización, así como de los que ocurren durante la misma y, posteriormente, lo que muestra la complejidad de este problema (Medina-Mora et al., 2005).

Pérez, Fernández y Rodado (2005) hacen una revisión de diversos estudios en los que se ha demostrado que si el TEPT no recibe tratamiento adecuado puede evolucionar a deterioro permanente del funcionamiento individual y social. Ciertamente es que, las personas que han estado expuestas a traumas repetidos en la infancia son las más difíciles de identificar y tratar. Esto es debido a que después de muchos años, la reacción traumática con frecuencia se adapta y se convierte en parte del estilo de afrontamiento del individuo y con el paso del tiempo el sujeto presentará un

considerable deterioro físico y psicológico. Las personas en riesgo de padecer un TPEP buscan ayuda por lo general en la atención médica, debido a las manifestaciones clínicas que le aquejan, dejando como último recurso la atención psicológica. Es muy común, ya que las personas que han sufrido un acontecimiento traumático consideran que los síntomas son consecuencia natural del suceso, y que las manifestaciones psicósomáticas son resultado de la edad o una enfermedad adquirida (Palacios & Heinze, 2002).

Se ha encontrado evidencia que los traumas relacionados a la violencia interpersonal tienen más posibilidad de provocar un TEPT que los que no son fruto de la crueldad humana. También los acontecimientos que toman a la persona por sorpresa y la dejan sin soporte social, pueden desarrollar un TEPT (Foguet, Álvarez, Costa, Coll & Arrufat, 2010).

Existen síntomas o variables que concurren con el TEPT en situaciones traumáticas, a pesar de que no están clasificados como trastornos psicopatológicos, es muy importante tenerlas en cuenta.

2.4.2.1. Cogniciones postraumáticas

La respuesta cognitiva y conductual ante el estrés prolongado y experimentado desde una edad temprana suele predecir la aparición de TEPT. En diversos estudios se ha identificado que ciertas cogniciones postraumáticas están relacionadas con sentimientos de desamparo por su situación o por exponerse a la violencia a una edad temprana; es muy común en estas personas la percepción de incompetencia y los pensamientos de que el mundo es peligroso. Las reacciones cognitivas, emocionales y conductuales a un suceso traumático son determinantes para el posterior desarrollo de reacciones al temor, de tal manera que si una persona está expuesta a situaciones estresantes desde una edad temprana, se ve afectada su manera de pensar sobre situaciones de la vida cotidiana (Cáceres, 2011).

Echeburúa (2004) señala que esto se debe a que las víctimas guardan en su memoria recuerdos del acontecimiento traumático, que pueden ser evocados de manera involuntaria en forma de pensamientos intrusivos, que constituyen recuerdos muy reales y recurrentes de lo que sucedió antes y durante el suceso traumático; o *flashbacks* en el que la persona revive el acontecimiento como si estuviera ocurriendo en ese mismo

momento. Esto es porque, las memorias intrusivas son indeseadas y automáticas, y están asociadas con la reexperimentación del evento traumático; de ahí que exista riesgo a desarrollar un TEPT crónico. La intensidad con la que recuerda o revive el suceso, y su carácter impredecible, lo hace vulnerable a padecerlo y generar terror.

A este respecto, Cáceres (2011) hace referencia la aportación que hace Dutton en 1997 en la que destaca que las cogniciones postraumáticas son uno de los grandes efectos que tiene la violencia, relacionada muy directamente con síntomas postraumáticos y el desarrollo del TEPT. La violencia sufrida desde una edad temprana cambia la forma en que la víctima se ve a sí misma, a los demás y al mundo, se modifican percepciones y creencias sobre: la seguridad o vulnerabilidad, las expectativas de repetición del trauma en el futuro o aumento de la gravedad, sentimientos de culpa por lo sucedido, percepción de incontrolabilidad en relación con el suceso traumático, percepción de falta de apoyo, incremento de la tolerancia a la violencia, cambio en las creencias acerca de los demás (desconfianza, miedo), percepción de falta de significado o de valía, sentimientos ambivalentes de amor y de odio.

2.4.2.2. Abuso o dependencia de sustancias tóxicas

El abuso de sustancias tóxicas es frecuente en sujetos que han experimentado situaciones altamente estresantes o que han vivido violencia, la mayoría de estas personas los usa como una forma de paliar los síntomas de ansiedad característicos del TEPT. En diversas investigaciones, se ha demostrado que la dependencia o abuso del alcohol durante el curso de la vida de las personas que sufren TEPT, es significativa; la prevalencia de hombres y mujeres que sufren TEPT, son aproximada y respectivamente del 52% y del 28%, mientras que los índices de prevalencia en cuanto a abuso de drogas es del 35% y 27%, respectivamente (Cáceres, 2011).

Guardia, Surkov y Candúz (2011) mencionan que el consumo de sustancias tóxicas puede aliviar de manera rápida, aunque transitoria, los estados emocionales desagradables que caracterizan el TEPT (ansiedad, insomnio, irritabilidad, angustia, preocupación, culpabilidad, inseguridad, depresión). La persona que padece TEPT percibe que el consumo de sustancias le ayuda a sentirse mejor, ya que mitiga estados emocionales que pueden llegar a ser muy desagradables o aversivos.

En sujetos diagnosticados con TEPT es frecuente encontrar comorbilidad con el abuso de sustancias tóxicas. Los síntomas que presentan tienden a ser más graves y más resistentes al tratamiento, que en cualquier otra patología por separado. El uso de sustancias es considerado como una forma de automedicación, que inhibe el sistema nervioso central y mejora la sintomatología del TEPT. En algunos casos la aparición y severidad del consumo de sustancias es paralelo al inicio e intensificación de los síntomas de TEPT. Desde una perspectiva conductual se puede explicar la sintomatología del TEPT relacionada con el consumo de sustancias tóxica, cuando un sujeto intenta reducir el consumo, sobre todo de sustancias depresoras, provoca la aparición de sintomatología de abstinencia, que se suma a la reactivación de los síntomas de TEPT. Este estado de hiperactivación también puede hacer más vulnerable al sujeto frente a los estímulos condicionados al trauma, lo que provoca la reaparición de los síntomas de reexperimentación. De esta manera, la existencia de un TEPT puede ser un factor de riesgo causal para el abuso de sustancias (Fernández-Marcote, Henche & González, 2011).

2.4.2.3. Suicidio o ideación suicida

Diversas investigaciones dan muestra de que la ideación suicida y el suicidio en víctimas de violencia en la infancia son vistos como una alternativa para terminar con la situación de inmenso sufrimiento, que han vivido (Cáceres, 2011). El comportamiento suicida después de un trauma severo, puede estar presente en el cuadro clínico de la persona que sufrió algún tipo de violencia. Los sujetos con comorbilidad TEPT-depresión presentan mayor ideación suicida, ya que el TEPT constituye en sí mismo un alto riesgo para intentos suicidas (Echeburúa, 2004).

Existen factores de riesgo relacionados con la conducta suicida, tales como la edad (joven o anciano), el sexo, consumo de sustancias tóxicas, depresión en el momento de presentar un cuadro de TEPT. Estos factores deben ser evaluados cuidadosamente, para identificar si existe un nivel significativo de ideación e intento de suicidio, en este sentido habría que abordar el problema antes de poder iniciar cualquier otro tratamiento (Cáceres, 2011).

2.4.2.4. Irritabilidad

Una de las conductas que caracterizan a una persona que presentan un TEPT es quizá un nivel alto de reacciones de irritabilidad debido a ciertas emociones fundamentales como el miedo y la frustración. Sobrevivientes a experiencias traumáticas suelen experimentar altos niveles de resentimiento, molestia y enojo por la situación vivida, perdiendo el control de sus emociones. Tienden a responder con los mismos niveles de violencia experimentada ante situaciones en las que se vean amenazados y descarguen todo su enojo con ataques de irritabilidad en situaciones cotidianas (Cáceres, 2011).

Cuando una persona en la infancia es expuesta a altos niveles de hostilidad o agresión por parte de sus progenitores, pueden desarrollar sentimientos ambivalentes, sentir diferentes y contradictorias emociones y reaccionar mostrando altos niveles de irritabilidad. Estas personas tienden a responder de forma agresiva a estímulos, incluso en situaciones en las que la respuesta de ira no ha sido provocada o no es la respuesta adecuada a la situación; ya que han aprendido que las expresiones de ira son un medio eficaz para cubrir sus necesidades y desarrollan respuestas automáticas de irritabilidad en situaciones sociales conflictivas, aumentando el riesgo de presentar problemas externalizantes (Alcántara, 2010).

Cáceres (2011) señala que estos sentimientos no siempre pueden expresarse por la proliferación de más violencia. Por tanto, la persona ahoga estos sentimientos con pensamientos negativos o rumiación de pensamientos, y puede descargar su sentir con otras personas. Algunas personas aprenden a responder de forma agresiva y a utilizar violencia verbal, alterando formas adecuadas de comunicarse, no solamente con el agresor sino también con los demás. Se ha encontrado que personas testigos de violencia entre padres tienen mayor probabilidad de utilizar violencia en sus relaciones interpersonales y tener menores habilidades de control de la ira.

2.4.2.5. Patrón de sueño

El sueño es una actividad importante en la vida de todo ser humano porque tiene una función restauradora, favorece el equilibrio fisiológico y acelera la recuperación de la tensión física y mental de las experiencias diarias. Personas con TEPT presentan

múltiples patrones de hiperactivación con alteraciones del sueño; irritabilidad o ataques de ira, lo que lleva a dificultades de relaciones con la familia; dificultades en la concentración y estados de hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto (Valdivia, 2002).

Se ha constatado en estudios de personas que han experimentado diferentes tipos de trauma a lo largo de su vida, que existe una relación significativa entre TEPT severo y moderado con los problemas relacionados con la calidad del sueño y conductas disruptivas durante la noche. La gravedad de la violencia y el maltrato infantil son antecedentes importantes de la mala calidad del sueño, pero únicamente modulada por el TEPT y los problemas de estrés (Cáceres, 2011).

2.4.3. Alteraciones Neuropsicológicas del TEPT

El desarrollo adecuado de una persona sin altos niveles de estrés y sin la vivencia de situaciones traumáticas durante los primeros años de vida permiten que el cerebro evolucione de modo adaptativo, de forma que la persona pueda llegar a ser más social, estable y empática. Esto no sucede con las personas que crecen en entornos violentos y que sufren malos tratos o abusos constantes, ya que, desarrollan una hipervigilancia que les hace responder de manera hostil ante cualquier tipo de situación (Mesa & Moya, 2011).

Un alto nivel de estrés a edades tempranas supone una interrupción en el desarrollo normal de una persona, debido a que genera un aumento importante en los niveles hormonales que forjan cambios estructurales y funcionales en el cerebro. Es importante resaltar que el cerebro humano se desarrolla durante la infancia y la adolescencia, e incluso en el periodo adulto, y eso hace que sea especialmente vulnerable ante situaciones traumáticas o de estrés crónico, que si se presentan de manera reiterada y prolongada puede producir daños, en ocasiones irreversibles, de tipo físico, emocional y cognitivo. En un alto porcentaje, estos daños llevarán al desarrollo de diversas patologías en la edad adulta, tales como el TEPT o la depresión, el abuso de sustancias e incluso los trastornos de personalidad, además de todos los déficits cognitivos asociados (Mesa & Moya, 2011).

En diversos estudios genéticos se ha demostrado que las víctimas de malos tratos, abusos y negligencias durante la infancia pueden presentar alteraciones en el sistema nervioso central, el sistema nervioso autónomo, el sistema endocrino y el sistema inmune. También se ha demostrado que estas personas presentan importantes secuelas neurobiológicas tanto estructurales como funcionales. En estudios sobre las secuelas estructurales, se han identificado alteraciones en el desarrollo del hipocampo, la amígdala, el giro temporal superior, el cerebelo, el cuerpo caloso, el córtex prefrontal y el volumen cerebral y ventricular. Estos cambios neuroanatómicos tienen una estrecha relación con la manifestación de secuelas cognitivas, altos niveles de estrés psicosocial, dificultades conductuales y problemas sociales, asociados con diversas psicopatologías (Mesa & Moya, 2011).

Para entender los efectos que producen las experiencias violentas es importante identificar los factores que influyen en este proceso, en el que juega un papel esencial la interacción de estos cambios neuroanatómicos, ya que están relacionados con una importante influencia de la genética, las hormonas, los factores de crecimiento, la nutrición y el enriquecimiento del ambiente en el desarrollo del cerebro en estas personas, además de los factores sociales, familiares, la tipología de los abusos y del sexo de la víctima (Mesa & Moya, 2011).

En un estudio sobre las estructuras cerebrales en pacientes pediátricos víctimas de violencia relacionada con el TEPT, De Bellis (2005, citado en Mesa & Moya, 2011) identificó que el abandono o la negligencia parecen provocar efectos más adversos y permanentes, ya que no permiten el desarrollo completo ni adaptativo de las regiones neurobiológicas relacionadas con las habilidades cognitivas y emocionales. Aun con los avances en las investigaciones y la tecnología en neurología, no se han podido identificar patrones claros de estos tipos de secuelas, ya que normalmente los niños que sufren malos tratos también padecen abandono, y viceversa.

Es importante resaltar que no todas las personas maltratadas en su infancia desarrollan este tipo de dificultades, por lo que destaca el papel de las diferencias individuales. El estudio referente a este tipo de temas se ha basado principalmente en problemas derivados del maltrato, son pocos los que han demostrado evidencia de la existencia de discrepancias en cuanto a la vulnerabilidad individual a padecer estos problemas (Mesa & Moya, 2011).

Un aspecto muy importante a tener en cuenta en cuanto a la vulnerabilidad individual es precisamente el sexo de la víctima, la edad de inicio del trauma y la duración de este. Al hablar de vulnerabilidad por el sexo estaremos hablando del supuesto de que al parecer durante la infancia las mujeres suelen sufrir más abusos sexuales que los hombres, en ellas, los casos de abuso se asocian en el tamaño del cuerpo calloso, mientras que en los varones esta disminución se debe al abandono en la infancia. Los varones parecen verse más afectados por las vivencias de maltrato, al mostrar déficits más pronunciados en el cuerpo calloso, menor volumen cerebral y mayor volumen ventricular. Tal vez este dimorfismo marque las bases biológicas de las diferencias observadas en cuanto a los trastornos psicopatológicos sufridos durante la adultez. La alteración del desarrollo y los daños cerebrales producidos como consecuencia del maltrato infantil podrían llevar a alteraciones en diversas zonas cerebrales, como en el hipocampo y la amígdala, y dañar las conexiones entre el córtex prefrontal y la amígdala (Mesa & Moya, 2011).

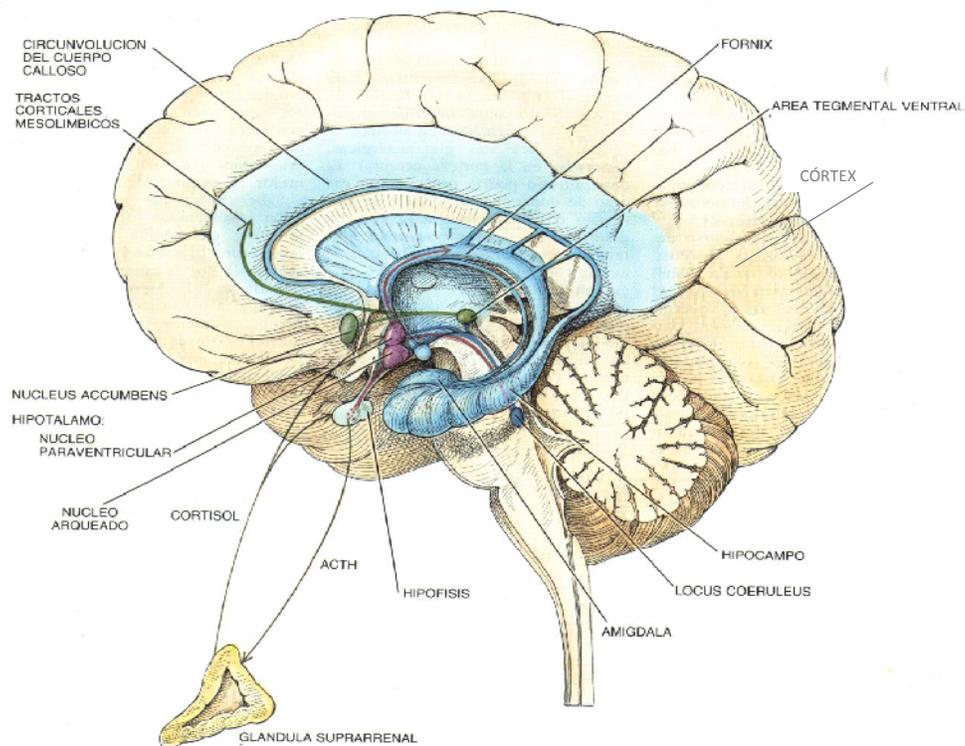


Figura 1. Sistema del estrés en el cerebro

Para entender cómo funciona el cerebro ante el estrés, en la figura 1 se muestra como se extiende desde el romboencéfalo e hipotálamo hasta zonas internas y externas del sistema límbico (azul). Comprende neuronas que poseen noradrenalina (azul oscuro), CRH (lila) y dopamina (verde). La activación del sistema promueve cambios en el talante y en el humor, al tiempo que, indirectamente, facilita la secreción de cortisol por parte de las glándulas renales. La desactivación empieza en cuanto el cortisol se enlaza con los receptores hipotalámicos (Macías, 2007).

Si atendemos a los modelos teóricos que explican la agresión humana, también es posible observar similitudes entre las bases biológicas que en ellos se proponen y los hallazgos obtenidos en sujetos maltratados durante la infancia. Uno de estos modelos establece que las conductas agresivas se relacionan con alteraciones en el lóbulo frontal que confluyen con diversos niveles de manifestación, como son el neurofisiológico, el neuroconductual, el de personalidad, el social y el cognitivo (Mesa & Moya, 2011).

2.5. ETIOLOGÍA

Es importante resaltar, como ya se ha mencionado que no todas las personas expuestas al mismo trauma desarrollan TEPT, de ahí que se han investigado factores que aumentan la vulnerabilidad para desarrollar esta patología. Marty y Carvajal (2005) realizaron un estudio sobre el maltrato infantil como factor de riesgo del TEPT en la adultez y resaltaron factores implicados: demográficos (sexo femenino, bajos niveles de educación e ingresos, ser divorciado o viudo), trastornos psiquiátricos y de personalidad (trastornos afectivos, ansiosos, abuso de sustancias, personalidades evitativas, antisociales o neuróticas), cognitivos (bajo nivel intelectual, signos neurológicos blandos), biológicos (hiperactivación noradrenérgica, hipofunción del eje hipotálamo-hipófisis suprarrenal), genéticos, y exposición previa a sucesos traumáticos, especialmente a edad temprana (maltrato infantil, abuso sexual, abandono o negligencia).

De acuerdo con las características del acontecimiento traumático será diferente el porcentaje de sujetos que desarrollará TEPT. En diversas investigaciones se han evaluado las experiencias traumáticas de mayor ocurrencia en la población, encontrándose una frecuencia creciente de TEPT que va desde la exposición a desastres, accidentes, asaltos, abusos y situaciones de combate para llegar al máximo en las

violaciones. A su vez entre los TEPT, según sexo, la frecuencia decreciente de hechos traumáticos en las mujeres corresponde a accidentes, asaltos, abuso y violación y entre los hombres predominan los accidentes y los asaltos (Carvajal, 2002).

2.5.1. Factores predisponentes

Aguado, Manrique y Silverman (2004) mencionan que el TEPT es una de las consecuencias a largo plazo de haber sufrido un trauma en la infancia, refieren tres tipos de factores principales en el desarrollo de TEPT:

Factores previos:

- Exposición previa a graves o adversos eventos de la vida o traumas, o haber sido víctimas en la infancia, incluyendo el descuido, el abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, o atestiguar situaciones de abuso.
- Depresión o ansiedad tempranas que no son meramente situacionales y que tienen un impacto en la química del cerebro.
- Habilidades de afrontamiento inefectivas.
- Inestabilidad familiar, incluyendo una historia de trastorno psiquiátrico, numerosas separaciones en la infancia, problemas económicos o violencia familiar.
- Historia familiar de conducta antisocial o criminal.
- Ausencia de soporte familiar y social.
- Pérdidas múltiples tempranas de personas, posesiones, hogar.
- Género: la mujer tienen el doble de probabilidad de desarrollar TEPT en algún momento de su vida.
- Edad: las personas que sufren un acontecimiento traumático a temprana edad tienen mayor probabilidad de desarrollar TEPT.
- Genética: los miembros de algunas familias parecen menos capaces de resistir el trauma que otros.

Factores del evento:

- Vulnerabilidad: las personas que han presenciado eventos traumáticos a temprana edad son más susceptibles de sufrir accidentes.
- Nivel de exposición al evento traumático: cuanto más se prolongue la exposición hay mayor probabilidad de desarrollar TEPT.

- El significado del evento para la persona, si es un familiar significativo el agresor mayor probabilidad de desarrollar TEPT.
- Edad: ser joven en el momento del evento.
- Ser víctima de múltiples incidentes traumáticos.
- Duración del trauma.
- La existencia de una amenaza continua de que el trauma puede continuar (violencia intrafamiliar).
- Estar implicado en un evento traumático intencional por obra del hombre
- Participar en atrocidades como perpetrador o testigo (una atrocidad es un acto muy brutal y que conmociona; por ejemplo ver morir a un hermano por la negligencia de los padres).

Factores posteriores al evento:

- Ausencia de un buen soporte familiar y social.
- Sentirse culpable por no haber hecho algo respecto a lo sucedido.
- Complacerse en la auto-compasión en tanto se descuida a sí misma.
- Ser pasiva antes que activa, dejar que las cosas le sucedan.
- Incapacidad para encontrar un significado en el sufrimiento.
- Desarrollar un trastorno de estrés agudo.
- Tener una reacción inmediata (durante el evento traumático o poco después) que incluye activación fisiológica (elevada presión arterial, reacción de sobresalto) y síntomas de activación o aturdimiento.

Según Foa (1997, citado en Carvajal, 2002) los factores que contribuyen a graduar la intensidad de la respuesta al trauma son la capacidad de control que tiene el sujeto sobre la situación misma, la capacidad de predecir el hecho y la amenaza percibida. Cuando aparecen sentimientos de culpa o de humillación por lo ocurrido probablemente se acentuará la intensidad de la respuesta emocional ante el trauma. También se ha destacado el papel que tiene el dolor, de difícil manejo, en la intensificación de la respuesta frente a una situación traumática. El tipo y la gravedad del trauma serán los factores que mejor predecirán la aparición de un TEPT.

2.5.1.1. Factores del sistema familiar

La familia constituye un sistema humano, integrado por miembros relacionados por vínculos de afecto, sangre o adopción, que facilitan el desarrollo de las personas que lo conforman; proporciona a sus miembros protección, compañía, seguridad y socialización. Se reconoce que es un sistema en donde se hace posible la maduración de la persona a través de contactos continuos e interacciones comunicativas que hacen posible la adquisición de una estabilidad personal, una cohesión interna y posibilidades de progreso evolutivo según las necesidades de cada uno de sus miembros en función del ciclo evolutivo en que se encuentran y acordes con el ciclo vital del propio sistema familiar (Bezanilla, 2009).

Las primeras experiencias afectivas y de socialización de una persona tienen mayor incidencia durante los años formativos de la infancia, en esa etapa se establecen patrones conductuales, sociales o asociables, y de alguna manera determinan en gran parte el tipo de adulto en que se convertirá. Así mismo, gran parte del aprendizaje y desarrollo de una persona tienen lugar en el sistema familiar (Parra, 2005).

La dinámica que se da dentro de un sistema familiar estará determinada por una colección de impulsos, pensamientos, emociones y actos, tanto positivos como negativos, que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que esta como unidad funcione bien o mal. La manera de pensar, sentir, actuar y presentarse ante los otros, que cada miembro de la familia tiene, producirá acercamiento o alejamiento, desarrollo o estancamiento y un clima de seguridad o de ansiedad y depresión (Dulanto, 2004).

La comunicación es un elemento esencial dentro de una familia, si está falla, los miembros no pueden expresar libremente sus sentimientos y la unión no es productiva. Una comunicación defectuosa, conlleva a un deterioro en la interacción entre sus miembros, que provoca discusiones, frustraciones y hostilidades. Por lo general, cuando una familia no funciona de manera eficaz, los adultos a cargo, cuentan con una deficiente educación, asumen modelos comunicacionales autoritarios, rígidos y tradicionales, que apelan a la represión, el miedo, la prohibición, los sermones o los silencios. La desesperanza y frustración contribuyen a desarrollar una incapacidad para afrontar problemas (Ruiz, 2011).

Cuando un sistema familiar no funciona bien, se observan roles invertidos, es decir, hijos que actúan como progenitores de sus propios padres o de sus hermanos, hijos que se comportan como maridos con la madre aunque el padre real este presente, de igual forma se observa el caso de las hijas que suplantán a la madre aunque ella esté presente. Este tipo de padres otorgan de manera implícita a los hijos poder de adultos, pero de manera inesperada, caprichosa y oportunista se asumen dicho poder para castigar, disciplinar y tratar a los hijos conforme a su edad, sin dejar que sus hijos se desarrollen de manera adecuada y tengan una buena salud mental al cargarles una responsabilidad que no les corresponde. Los dobles mensajes verbales y no verbales conducen a los hijos a ser al mismo tiempo obedientes y dominantes (Watzlawick, 2002).

En algunas circunstancias, para que un sistema familiar funcione adecuadamente, sus miembros tienen que aceptar cambios temporales o permanentes en el rol y la función de algunos miembros o de todos, ya que si no lo hacen, la rigidez puede provocar psicopatología. La conducta de cada miembro necesariamente modifica el comportamiento de los otros y a su vez es modificada por dicho comportamiento creando círculos viciosos (Ruiz, 2011).

2.5.1.2. Factores de las relaciones parentales

El desarrollo emocional y social adecuado de un sujeto recae en la responsabilidad de los padres. Las relaciones familiares, especialmente los estilos de crianza y la relación entre los padres, influyen sobre la capacidad del hijo para la autorregularización de sus conductas y emociones y sobre el significado que atribuirá a las relaciones interpersonales. Si la relación que mantienen los padres no es adecuada, o bien es de violencia, está traerá consigo consecuencias a corto, mediano y largo plazo. Los hijos víctimas de violencia ven, escuchan y perciben de manera directa el abuso y el control coercitivo ejercido (Argueta, 2011).

A simple vista se diría que la conducta del que ejerce violencia hacia la que es su pareja no representa un riesgo relevante para sus hijos. Sin embargo, tanto el hecho de que los hijos sean testigos de la violencia como el que, además, puedan ser víctimas de ella, conlleva toda una serie de repercusiones negativas tanto para su bienestar físico y

psicológico como para su posterior desarrollo emocional y social (Patró & Limiñana, 2005).

En el caso de los hijos que no sólo son testigos del maltrato, sino que, a la vez también son víctimas de violencia (física, psicológica o sexual) en la infancia, e incluso cuando viven falta de atención adecuada, abandono o negligencia; la pérdida es todavía mucho más desequilibrante, pues afecta a un componente absolutamente necesario para el adecuado desarrollo de su personalidad, el sentimiento de seguridad y de confianza en el mundo y en las personas que lo rodean. Máxime cuando el agresor es su propio padre, figura central y de referencia para la persona, y la violencia ocurre dentro de su propio hogar, lugar de refugio y protección. La toma de conciencia cuando se es menor de tales circunstancias frecuentemente produce la destrucción de todas las bases de su seguridad. El menor queda entonces a merced de sentimientos como indefensión, miedo o preocupación sobre la posibilidad de que la experiencia traumática pueda repetirse, todo lo cual se asocia a una ansiedad que puede llegar a ser paralizante. Desafortunadamente, en el caso de la violencia familiar, la experiencia temida se repite de forma intermitente a lo largo de muchos años, constituyendo una amenaza continua y muchas veces percibida como incontrolable (Patró & Limiñana, 2005).

Los efectos producidos por la experimentación de un acontecimiento traumático de forma crónica pueden ser mucho más profundos puesto que llevan asociados la afectación, en mayor o menor medida, de los significados cruciales de la vida de una persona (Lazarus, 2000). Es sabido que el aumento de la violencia y desorganización familiar, la desmoralización y en muchos casos el incremento del consumo de alcohol han favorecido la presencia de violencia en la familia; las conductas violentas sustituyen los mecanismos de relaciones positivas y habilidades sociales. Si los hijos crecen en medio de la violencia aprenderán a verlo como algo normal y más tarde pueden optar por maltratar a otra persona, o bien aceptar que otros los agredan sin decir nada (Marty & Carvajal, 2005).

Son muchos los factores que contribuyen a la aparición de actos violentos dentro de una familia, entre ellos que el agresor haya sido violentado en su infancia y repita el patrón de conductas por aprendizaje, haber sido abusado sexualmente, abandonado, hijo de padres alcohólicos, en fin toda una gama de factores que contribuyen a que una persona se torne violento por estar molesto por lo que le ocurrió en la infancia, sin

embargo estudios sobre la violencia hacia los hijos revelan una estrecha interrelación de personas afectadas emocionalmente en aquellos hogares donde una de las figuras parentales presentan abuso de alcohol, y justifican sus actos violentos precisamente por su “enfermedad”, si no se tiene soporte por alguno de los miembros de la pareja (Marty & Carvajal, 2005). Si una persona que ha sufrido situaciones traumáticas durante su infancia no tiene el soporte de por lo menos uno de los padres, o algún familiar cercano, la probabilidad de desarrollar TEPT se eleva.

2.5.1.3. Eventos y accidentes como activadores de TEPT

Un accidente de tráfico, una violación, un asalto, sufrir, presenciar o enterarse de un accidente violento, son acontecimientos que pueden dejar secuelas psicológicas que se mantienen en el tiempo. Cuando una persona experimenta este tipo de eventos, la sensación de pérdida y 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 de vida de una persona (Carbonell, 2002).

Un evento traumático tiene una alta probabilidad de ocurrir en forma de accidentes en cualquier momento de la vida de los individuos (Carbonell & Carvajal, 2004). Diversas investigaciones señalan que entre 10 y 45% de quienes sufren lesiones por accidentes experimentan posteriormente TEPT. Los accidentes de tránsito suelen ser experiencias traumáticas para los involucrados y producen lesiones que afectan a la salud física, por lo que se ha podido documentar que existe una relación entre el TEPT y las lesiones que surgen como consecuencia de este tipo de eventos (Pérez, González, Ramos & Jiménez, 2007).

Se ha demostrado que los accidentes de tránsito por vehículo, ya sea choque o atropellamiento, dejan secuelas psicológicas significativas en los individuos, máxime si se trata de un individuo en edad productiva, la recuperación de las víctimas tiende a ser un proceso largo y doloroso, si el accidente produce lesiones severas, aún con un tratamiento completo y adecuado, algunas víctimas no logran una adecuada recuperación y es posible que mantengan una incapacidad laboral que determine una

pensión de invalidez, lo cual empeora las secuelas psicológicas, acompañadas de sentimientos de desamparo y frustración que conducen (Carbonell, 2002).

Otros eventos que se consideran traumáticos pueden ser: el haber sufrido una agresión sexual, haber tenido miedo de uno de los padres por tener reacciones violentas a causa del consumo de alcohol o drogas o haber recibido amenazas para tener contacto sexual. El ser víctima de maltrato físico infantil, también es una situación traumática que puede provocar el padecimiento del TEPT en una elevada frecuencia (Martín & De Paúl, 2004).

Investigaciones sobre agresiones sexuales han contribuido a contar con datos sobre la frecuencia del TEPT en la población general, aunque no resulta fácil hacer una estimación precisa de la presencia de este fenómeno en la sociedad, ya que muchas de las víctimas no denuncian la agresión, ni acuden a hospitales o servicios de atención a la mujer, lo que dificulta la valoración epidemiológica (Echeburúa, Corral & Amor, 2002). Los resultados de estas investigaciones coinciden en afirmar que el hecho de ser víctima de una agresión sexual pone a la víctima bajo un elevado riesgo de padecer TEPT, incluso en mayor medida que otras situaciones traumáticas (Herrero & Garrido, 2002).

El desarrollo de 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. Las personas que han presenciado eventos traumáticos a temprana edad son más susceptibles de sufrir accidentes. Un hecho traumático puede desencadenar cualquier tipo de trastorno psiquiátrico o bien puede ser el factor que descompense un cuadro que estaba presente y se había estabilizado (Carbonell, 2002).

2.5.1.4. El delito como activador de TEPT

Echeburúa, Corral y Amor (2002) señalan que los delitos violentos son sucesos negativos, vividos de forma brusca, que generan terror e indefensión y ponen en peligro la integridad física y psicológica de una persona, dejando a la víctima en tal situación emocional que es incapaz de afrontarla con sus recursos psicológicos habituales. Cualquier trauma supone un quiebre en el sentimiento de seguridad de una persona. Las secuelas producidas por un delito violento, como es el caso de ser víctima o presenciar un asalto a mano armada, pueden remitir con el paso del tiempo consecuencias

emocionales que persisten en la persona de forma crónica e interfieren negativamente en su vida cotidiana. Un trauma desborda la capacidad de afrontamiento y de adaptación de la víctima a su entorno social. En el caso de que existan heridas físicas como consecuencia del delito violento, el daño psicológico adicional es mayor, que si no se presentan lesiones físicas.

Las consecuencias que suele presentar una persona después de sufrir un delito violento suelen ser: ansiedad, preocupación constante y excesiva por el suceso con tendencia a revivirlo, depresión, pérdida progresiva de confianza personal como consecuencia de sentimientos de indefensión y desesperanza experimentados, disminución de la autoestima, pérdida del interés y de concentración en actividades anteriormente gratificantes, hostilidad, agresividad, dependencia emocional, aislamiento, aumento de la vulnerabilidad (temor a vivir en un mundo peligroso) pérdida de control sobre su propia vida, cambio drástico en el estilo de vida (miedo a acudir a lugares de costumbre, necesidad apremiante de estar siempre en su domicilio), alteraciones en el ritmo y contenido del sueño, entre otras (Echeburúa, Corral & Amor, 2002).

Un aspecto importante a tomar en cuenta es que las víctimas de delitos violentos pueden presentar mayor vulnerabilidad psicológica (precariedad del equilibrio emocional) y biológica (menor umbral de activación psicofisiológica), si aunado a estos sucesos, han experimentado violencia durante la infancia, se incrementa el daño psicológico del delito en la víctima. Se puede decir que las víctimas tienen una cierta predisposición a convertirse en víctimas de un delito porque constituyen una presa fácil para el agresor; las víctimas vulnerables tienen mayor probabilidad de sufrir un intenso impacto emocional tras haber sufrido un delito violento. En algunas víctimas el desequilibrio emocional preexistente agrava el impacto psicológico del delito (Avia & Vázquez, 1998).

La fragilidad emocional se acentúa cuando hay un historial como víctima de otros sucesos violentos de abuso, un estrés acumulativo, antecedentes psiquiátricos familiares y un desequilibrio estructural y emocional en la familia (Echeburúa, Paz & Amor, 2001).

**CAPÍTULO III. MODELO DE INTERVENCIÓN
COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL TEPT**

3.1. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) engloba un conjunto de escuelas, teorías y técnicas que dan paso a un sistema psicoterapéutico, basado en la teoría de la psicopatología, y a un cuerpo de técnicas derivadas de la psicología experimental, el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante, la teoría del aprendizaje, el aprendizaje social, las ciencias cognitivas, la teoría del procesamiento de la información y la teoría de los sistemas. Se trata de un planteamiento constante, dinámico y de reformulación, que establece que lo importante es el entendimiento y la comprensión de la naturaleza de la conducta del ser humano. Se enfoca en la detección y cambio de conductas, pensamientos y respuestas emocionales desadaptadas. Se trata de un enfoque que recoge conocimientos empíricamente contrastados sobre intervención y cambio de conducta (Hernández & Sánchez, 2007).

La TCC se basa en el supuesto teórico de que *“los efectos y la conducta que tiene un individuo, están en gran medida determinados por el modo en que estructura el mundo”*. Su principio fundamental está centrado en la resolución de los problemas actuales y en disminuir los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos. La TCC centra su atención en las cogniciones, identificadas como elementos básicos de intervención, debido a que los pensamientos son fortalecidos por aquellas actitudes que se han aprendido a lo largo de las experiencias previas que ha tenido la persona, y que han sido elaboradas correcta e incorrectamente; llegando así a formar y reforzar los comportamientos que realiza la persona en su entorno (Beck, 1983).

3.1.1. Antecedentes de la TCC

La TCC establece sus bases en el estudio científico del aprendizaje y la tradición metodológica del conductismo. Podemos considerar a Sechenov como el pionero en la historia de la investigación conductual, aplicó métodos objetivos, además, combinó la neurofisiología y la psicología para estudiar los reflejos y comprender así la conducta, subrayó el papel de los reflejos y el aprendizaje en la explicación de la conducta (Kazdin, 1983). La aportación de Pavlov a la psicoterapia con el estudio experimental de los procesos de condicionamiento y el inicio del estudio de las neurosis

experimentales, dieron paso para depurar métodos y principios terapéuticos, mismos que permitieron el desarrollo del primer paradigma experimental para el estudio de las respuestas de ansiedad. Fue Bechterev quien extendió los principios de la reflexología a la psicopatología con el estudio del funcionamiento del cerebro, se interesó por los problemas de psiquiatría y psicología clínica, para explicar los desórdenes psiquiátricos y su tratamiento (Kazdin, 1983).

Los avances dentro de la psicología del aprendizaje, a finales del siglo XIX, permitieron incrementar paradigmas específicos de investigación que contribuyeron a explicar cómo se adquieren las conductas y facilitar el tratamiento de problemas prácticos relacionados con el aprendizaje o la conducta desadaptada. Thorndike es considerado el precursor de la psicología del aprendizaje, empleó en sus estudios métodos de investigación objetiva, centrándose en la importancia de las consecuencias positivas para el mantenimiento de la conducta, formuló las leyes del aprendizaje (ley del efecto y ley de la práctica) mismas que sirvieron de base a muchas técnicas actuales de modificación de conducta (Kazdin, 1983).

En 1913 el conductismo de Watson, aportó un cambio importante a la psicología al concebir como objeto de estudio la conducta manifiesta (E-R) describiendo la conducta en términos observables, aplicó los principios del condicionamiento en la reducción de los miedos. Sus planteamientos fueron seguidos por Jones quien demostró que los miedos podrían ser tratados al nivel de la conducta manifiesta (Kazdin, 1983).

Las aportaciones de Guthrie y su principio de contigüidad de estímulos (emparejamiento) técnica para romper hábitos o desaparecer conductas mediante la presentación progresiva de estímulos (desensibilización sistemática), son importantes en las bases de la TCC; Hull y su teoría unifactorial del aprendizaje, su teoría hipotético-deductiva y la integración que realizó de la ley del efecto de Thorndike en el paradigma de condicionamiento de Pavlov, ejercieron una importante influencia sobre las bases de la modificación de conducta ya que sus planteamientos se basaron en predicciones concretas sobre la conducta. Las aportaciones de Tolman abrieron las puertas a las orientaciones cognitivas en terapia de conducta, en uno de sus estudios postuló que los organismos no aprenden respuestas específicas, sino que, aprenden significados y desarrollan cogniciones sobre los distintos estímulos. Las aportaciones de Mowrer fueron importantes para la teoría del aprendizaje, centro su estudio al desarrollo de las

reacciones emocionales (miedo, ansiedad), desarrolló la teoría bifactorial del aprendizaje y sus aplicaciones a la psicología clínica y a la psiquiatría (Kazdin, 1983). Otra contribución destacada es la de Jacobson y su método de la relajación progresiva, componente fundamental de la TCC, su estudio sobre la reacción de alarma que provoca ansiedad, lo condujo a identificar que se trataba de una percepción aprendida que se podía reconocer y eliminar aprendiendo a relajar los músculos (Payné, 2002).

La contribución de Skinner marcó el inicio de la terapia de conducta, su aportación más importante fue el análisis experimental de la conducta, definió una metodología que puso de manifiesto claramente la conducta y las variables de las que es función, dedujo que el control experimental se consigue a través de un análisis funcional que permite comprender la conducta y su relación con el ambiente (Kazdin, 1983).

3.1.2. Fundamentos Teóricos de la TCC

Los fundamentos teóricos de la TCC han ido evolucionando en virtud de la influencia de una serie de importantes investigaciones que han contribuido a consolidar y dar forma a la TCC. Las nociones del conductismo otorgaron la base teórica y empírica para los programas liderados a mitad del siglo XX por Wolpe en Sudáfrica y Eysenck en Inglaterra. Wolpe propuso el principio teórico de la inhibición recíproca como base de la intervención para las neurosis; Eysenck se centra en el desarrollo de modelos empíricos de personalidad e integra los principios del aprendizaje, la actividad biológica y la identificación de características personales estables, destacando el rigor metodológico y la concepción del psicólogo como investigador. En este entorno teórico nace la primera técnica de intervención psicológica, la desensibilización sistemática, probada experimentalmente; también se realizan los primeros estudios experimentales sobre la exposición y prevención de la respuesta, la práctica negativas (Hernández & Sánchez, 2007).

No podemos pasar por alto las aportaciones de Ellis con su terapia racional emotiva, baso su estudio en la idea de que la mayoría de los problemas psicológicos se deben a la presencia de patrones de pensamiento equivocados e irracionales evidentes en la verbalizaciones implícitas o suposiciones que una persona establece acerca del mundo y de las cosas que le suceden; se interesó por los factores cognitivos presentes en el aquí y ahora del sujeto, en lugar de los aspectos históricos de su problema, desarrollo

la terapia racional emotiva (Kazdin, 1983). Aunado a estas contribuciones, encontramos los aportes de Beck, considerado la piedra angular de la terapia cognitiva, dentro de sus aportaciones destacan el tratamiento de la depresión, el desarrollo de conceptos para el tratamiento de sujetos con tendencias al suicidio y la desesperanza. Los trabajos encabezados por Bandura hacen énfasis en el papel que la imitación juega en el aprendizaje, destaca el desarrollo de la teoría del aprendizaje social, desde la que se afirma que el aprendizaje no solo se produce por medio de la experiencia directa y personal, sino que fundamentalmente en los seres humanos la observación de otras personas, así como la información recibida por medio de símbolos verbales o visuales constituyen variables críticas, es así como se da un giro a la terapia de conducta hacia el ambiente cognitivo de la conducta. Kelly también contribuyó y desarrolló un modelo de constructos personales y creencias asociadas al cambio de conducta; sus estudios los centro en observar cómo la persona estructura y da significados a esos constructos particulares (Hernández & Sánchez, 2007).

3.2. ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL DEL TEPT

Las teorías conductuales del aprendizaje han sido ampliamente utilizadas para explicar el TEPT. El estrés postraumático se caracteriza por el hecho de conceder excesiva importancia a las imágenes que rememoran, a la ansiedad que provocan, al agotamiento permanente y al estado de alerta continuo en que se vive. Este estado puede no remitir nunca, pues en su génesis se han desarrollado una serie de respuestas condicionadas automáticas que tienen como fin preservar la vida frente a situaciones similares al trauma. Tras el impacto emocional de la experiencia traumática se va a producir un primer aprendizaje emocional, en el que se condicionan una serie de respuestas automáticas, este aprendizaje tiene un gran valor adaptativo, pues asocia un estímulo que ha sido etiquetado como peligroso, con una respuesta emocional potente que activa y le lleva a evitar dicho estímulo a la persona (Rodríguez-Saavedra & Cano-Vindel, 1995).

Con el paso del tiempo se produce un segundo aprendizaje emocional de tipo cognitivo en el que, a fuerza de repetir continuamente procesos sesgados, se va generando un espiral creciente que mantiene y aumenta el estado emocional. Tras el trauma se desarrollan muchos sesgos cognitivos relacionados con el acontecimiento

traumático y con sus consecuencias. Uno de ellos, es el sesgo cognitivo de tipo atencional que se caracteriza porque casi toda la atención se centra en el suceso traumático y en sus consecuencias (síntomas de reexperimentación, activación y evitación). Otro es, el sesgo interpretativo, en él se interpretan nuevas situaciones que pueden tener algún parecido con el evento traumático acontecido como peligrosas, el razonamiento de lo sucedido justifica de manera irracional ciertas culpas por comportamientos que podrían haber evitado el suceso, se concede demasiada importancia a pensamientos negativos, generalizándolos a tal grado que el mundo lo percibe como altamente peligroso, las expectativas de que suceda algo malo se multiplican, se pierde la confianza sobre la seguridad propia disminuyendo la sensación de control, no confía en los recursos propios y en la posibilidad de recibir ayuda (Dongil, 2008).

El TEPT es un trastorno de ansiedad en el que existe un sesgo de memoria que no se da en otros tipos de trastornos de ansiedad, ya que los recuerdos giran en torno al trauma, se recuerdan muchos detalles de la situación, o las sensaciones vividas en los momentos del suceso con gran viveza, elevada intensidad y una alta frecuencia. Esas sensaciones visuales, auditivas y quizá hasta táctiles quedan profundamente grabadas en la memoria y poseen una alta relevancia frente a cualquier otro recuerdo (Dongil, 2008). Se supone que es adaptativo grabar de manera indeleble en la memoria cualquier dato que nos pueda ayudar a impedir que se repita un suceso terrible que puede ser mortal. Pero el recuerdo de las imágenes y las sensaciones puede hacer que se vuelvan intrusas (estos contenidos acuden una y otra vez a la mente produciendo malestar), especialmente si se pretenden evitar. Recordemos que cuando queremos evitar un pensamiento no deseado, aumenta la frecuencia del mismo, le damos más importancia y se vuelve más estresante.

3.2.1. Teorías explicativas del TEPT

3.2.1.1. Teoría bifactorial de Mowrer.

Esta teoría plantea que las respuestas del TEPT podrían adquirirse y mantenerse por condicionamiento clásico y operante. Desde este enfoque se retoma el modelo del condicionamiento clásico para explicar el desarrollo de los síntomas: el trauma es el

estímulo incondicionado (EI) que provoca el temor extremo (RI), el trauma se asocia con el recuerdo del evento que se convierte entonces en el estímulo condicionado, así, el recordar el trauma provoca el temor extremo que se vuelve la respuesta condicionada (RC); por medio de la generalización de estímulo y condicionamiento de segundo orden, otras señales asociadas con el recuerdo y aquellas neutrales, se convierten en estímulos condicionados que provocan el temor extremo (RC). El modelo del condicionamiento operante se emplea para explicar el mantenimiento de los síntomas (a pesar de que el estímulo incondicionado (EI) no vuelve a ocurrir): debido a que el recuerdo del trauma desencadena una ansiedad excesiva, se evita el recuerdo del trauma, resultando en la reducción de la ansiedad. Así, la evitación del recuerdo del trauma se refuerza negativamente, impidiendo la extinción de la asociación entre el recuerdo del trauma y la ansiedad (Astin & Resick, 1997). Como podemos ver esta teoría explica gran parte del desarrollo y mantenimiento del TEPT, sin embargo, tiene una limitante, no explica los síntomas invasivos (recuerdos reiterativos e inesperados) (Botero, 2005).

3.2.1.2. Teoría del procesamiento emocional.

Esta teoría plantea que los individuos que han sufrido acontecimientos traumáticos altamente estresantes desarrollan estructuras de temor que contienen recuerdos del evento traumático, así como emociones asociadas y planes de escape. Foa, Steketee y Rothbaum (1989, citados en Pieschacón, 2006) plantean que el TEPT surge por el desarrollo de una estructura de temor interna que provoca el escape y evitación y que cualquier estímulo asociado con el trauma podría evocar la estructura de temor y generar la posterior evitación. Según esta teoría estas estructuras son activadas constantemente en individuos con TEPT y guían la interpretación de acontecimientos como peligrosos. Botero (2005) señala que el resultado eventual de una experiencia traumática se puede describir en dos sentidos: la extrema facilidad de recuperación, o hiper-accesibilidad de memorias relacionadas con el trauma; y los esfuerzos por defenderse de, o evitar estas memorias dolorosas e indeseables. Con el paso tiempo, la ocurrencia repetida de recuerdos intrusivos sobre el trauma y las respuestas defensivas conducen a tener cambios en las visiones de sí mismos y del mundo; con expectativas generalizadas sobre sí mismos y otros, las cuales son amenazantes y predominantemente negativas.

Según Botero (2005), estas personas desarrollan una debilidad aprendida que se ve reflejada en desesperanza, miedo, pérdida, autoacusación/culpa, vergüenza, legitimidad,

aislamiento, pensamientos negativos de sí mismos, del mundo y de la influencia cultural, y la contraparte rabia, resentimiento y rumiaciones; relacionados con experiencias premilitares (abuso sexual, maltrato, etc.) y eventos posteriores (experiencias de fracaso en el desempeño personal). Factores que conllevan al sujeto a ser incomprendido o invalidado, a temer por la pérdida de autonomía y capacidad de acción, a evitar el afecto y la emoción por temor a sentirse abrumado y desesperado. Teniendo como desencadenante, en muchas ocasiones impulsos suicidas como resultado resultado del desespero, desmoralización y culpa. Esta teoría propone que una terapia exitosa debe incluir la corrección de los elementos patológicos de la estructura de temor y que este proceso correctivo es la esencia del procesamiento emocional. Se han propuesto dos condiciones para que se reduzca el temor: que la estructura de temor debe ser activada, y que se ofrezca nueva información que incluya elementos incompatibles con los elementos patológicos existentes, para que puedan ser corregidos.

3.2.1.3. Teoría contemporánea del aprendizaje.

Esta teoría explica el desarrollo y mantenimiento de los síntomas de TEPT. Ve los síntomas de reexperimentación y activación como respuestas emocionales condicionadas que resultan del condicionamiento clásico y son desencadenadas por estímulos ambientales. Considera que aun cuando los síntomas iniciales pudieran haber sido causados por el trauma, los síntomas actuales pueden representar intentos para manejar el malestar inducido por el trauma; respondiendo así a contingencias situacionales actuales manifestadas a través de conductas evitativas, excesos y déficits comportamentales (Botero, 2005).

Estas teorías, tanto la comportamental como las teorías de procesamiento de la información, consideran la exposición como un tratamiento apropiado para los síntomas de reexperimentación y activación.

3.3. EVALUACIÓN DEL TEPT

La TCC retoma una serie de pasos que se deben considerar a la hora de implementar este modelo terapéutico en la intervención del TEPT. Según Silva y Aragón (2002), desde del enfoque conductual, la evaluación es vista como un proceso continuo en la terapia, en el que interactúan de modo permanente la evaluación,

propriadamente dicha, con el tratamiento, y rige sólo la premisa de Fernández-Ballesteros “*nunca evaluar sin tratar, ni nunca tratar sin evaluar*”.

De esta manera, la evaluación y el tratamiento constituyen funciones estrechamente relacionadas e integradas, estando una en función de la otra. La evaluación continua posibilita la obtención de más información (como cuando el sujeto comunica un nuevo problema durante las sesiones) y al mismo tiempo la valoración de los resultados que se van logrando a lo largo de la intervención (Borda, Pérez & Blanco, 2000).

Diseñar un plan de tratamiento apropiado al TEPT, implica realizar una evaluación de los síntomas actuales del sujeto y arribar a una conceptualización integral de sus problemas psicológicos. Esto nos conduce a realizar una evaluación estructurada de la sintomatología del TEPT y de psicopatologías relacionadas.

Una de las características fundamentales de la evaluación conductual, es precisamente, la planeación estructurada de la intervención, a través de la evaluación, podemos hacer un análisis funcional de la situación mediante la descripción de la conducta problema, de los factores que la controlan y de los medios existentes para modificarla. Además de identificar la conducta a cambiar, también estaremos en la posibilidad de reconocer las variables que controlan la ocurrencia de tal conducta. Lo que nos permitirá establecer los objetivos terapéuticos de acuerdo a las demandas y requerimientos del sujeto, y con ello determinar las acciones a realizar para averiguar en qué medida el problema del sujeto presenta algún tipo de cambio como consecuencia de la aplicación de una intervención o tratamiento. Esta estrategia metodológica tiene una amplia gama de posibilidades cuando se trata de estudios de caso único, ya que es factible conjugar los objetivos terapéuticos y las expectativas del sujeto con la forma de obtener conocimiento acerca de cuál es o fue la efectividad de la intervención realizada (Silva & Aragón, 2002).

El estudio de caso único se basa en el supuesto de que es posible conocer un fenómeno estudiado partiendo de la explicación de la unidad de análisis, este diseño de investigación busca la solución a la problemática presentada. El estudio de caso explora, describe, examina, analiza y explica la interacción entre los factores que producen cambio o crecimiento. En este tipo de investigación se pueden combinar diversos

instrumentos de evaluación, tales como inventarios, cuestionarios, escalas, observación participante con protocolo de test (Díaz, Mendoza & Porras, 2011).

Como se trata de un caso complejo, en el que la exposición a eventos estresantes son derivados desde una edad temprana, y la vulnerabilidad de la persona a sufrir accidentes es muy elevada, a través de la evaluación se pretende comprender como ha ido evolucionando la problemática hasta llegar a este momento en que presenta un TEPT.

Castro (2011) indica que la mayoría de los sobrevivientes a un trauma han experimentado más de un evento traumático, y una previa exposición a un suceso traumático, con frecuencia indica un gran riesgo para el desarrollo del TEPT en respuesta al acontecimiento. En este sentido, una evaluación centrada en la normalización de los síntomas dispares del TEPT y en la educación respecto a cómo estos síntomas reflejan un intento de adaptación y de afrontamiento con el suceso traumático son cruciales (Aguado, Manrique & Silberman, 2004).

En el proceso de evaluación, nuestra función como psicólogos, es estudiar el problema que plantea el sujeto, centrándonos en las manifestaciones del problema en el momento actual. La evaluación puede realizarse a través de entrevistas, observación directa, autorregistros de situaciones externas, descripciones de los sucesos relevantes de la semana de la entrevista o aplicando escalas o inventarios de evaluación, que den cuenta de las capacidades o estilos de comportamiento de la persona, posteriormente se realizara el análisis funcional del caso que permita fijar los objetivos y procedimientos de la intervención.

Silva y Aragón (2002) mencionan que Fernández-Ballesteros (1985) propone un modelo secuencial integrativo, que comienza con un análisis de los estímulos que provocan en el presente las respuestas de la persona y termina con las consecuencias que tales conductas producen en el medio ambiente. Este modelo integra lo cognoscitivo con lo propiamente conductual, pues el análisis de los antecedentes y los consecuentes de la conducta problema no es reducido solo a variables ambientales, sino que el análisis funcional se dirige también a los eventos internos representados por el dialogo interior, las estrategias utilizadas en la solución de problemas y las atribuciones.

Este modelo acepta que las conductas problema pueden estar compuestas por actividades encubiertas, que se pueden manifestar con diferente grado de intensidad mediante respuestas motoras, cognitivas y fisiológicas, características propias de la sintomatología del TEPT. El modelo plantea la necesidad de estudiar el comportamiento a través de un proceso secuencial en el que se realice la selección y especificación de la conducta meta, las razones para buscar ayuda profesional, las quejas, las preguntas y los intereses de la persona; la especificación de los eventos consecuentes que ocurren como resultado de la aparición de la conducta meta. Si bien este modelo tiene el cometido de describir la información cualitativa, también busca obtener medidas de la conducta y de los efectos medioambientales. Aunado a esto, se busca que el usuario aprenda un nuevo sistema conceptual que destaque la importancia de las consecuencias y la determinación que tienen los factores que median la conducta, así como los factores históricos relevantes que guían la conducta. Lo que implica que el sujeto aprenda un nuevo método para comprender la conducta y cómo fue originada (Silva & Aragón, 2002).

Evaluar eventos traumáticos que ha experimentado una persona puede ser un proceso complejo y difícil que requiere mucha sensibilidad y habilidad del terapeuta, ya que este proceso puede ser mucho más estresante y provocador de ansiedad para la persona. establecer una sólida alianza terapéutica, con una actitud de respeto por el sujeto, la consideración de criterios éticos rigurosos, la confidencialidad y el tratamiento adecuado de los datos, y sobre todo mantener el secreto profesional, será el primer paso en el proceso terapéutico. Generalmente, las personas que han presenciado situaciones traumáticas, especialmente aquellas con una historia de trauma interpersonal, experimentan vergüenza o culpa respecto a la naturaleza y grado de sus historias traumáticas. Lograr la confianza del sujeto es importante para una aplicación efectiva del tratamiento (Aguado, Manrique & Silberman, 2004). Durante la evaluación del TEPT se deben identificar las variables cognoscitivas y fisiológicas que indiscutiblemente tienen un papel muy importante en la forma de manifestarse el comportamiento del sujeto; puesto que la experiencia del trauma tiene un impacto significativo en el sistema de creencias de una persona.

De esta manera, la evaluación del contenido de las cogniciones del sujeto (autoculpa, significado del mundo) puede resultar de suma utilidad en la conceptualización del caso y en el diseño del programa de tratamiento. Los aspectos

cognitivos pueden tener un efecto mediador en el ajuste pre y postraumático. Se ha encontrado, por ejemplo, que las víctimas de eventos traumáticos que muestran un estilo atribucional donde los resultados negativos son atribuidos a causas internas, estables y globales tienden a estar en un gran riesgo para los síntomas depresivos. Los procesos psicológicos subyacentes a este estilo atribucional son una sensación de indefensión y de desesperanza asociado con un estilo explicativo pesimista (Aguado, Manrique & Silberman, 2004).

3.4.1. Instrumentos de evaluación

La escala de gravedad de síntomas del TEPT, elaborada por Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasúa (1997), es un instrumento de evaluación basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV, que permite determinar el diagnóstico categorial de este cuadro clínico y la evaluación de la severidad del trastorno, cuantificando tanto la frecuencia como la intensidad de los síntomas. Consta de 17 reactivos, divididos en tres bloques: reexperimentación (5 reactivos), evitación (7 reactivos) e hiperactivación (5 reactivos), estructurados en formato tipo likert de 0-3 (donde 0 es “nada”, 1 es “una vez por semana o menos/poco”, 2 es “de 2 a 4 veces por semana/bastante, y 3 es”5 o más veces por semana/mucho”). El coeficiente de fiabilidad test-retest que ofrece esta escala es de 0.89 ($p < 0.001$). El índice de consistencia interna es de 0.92 (de Cronbach). La validez convergente establecida según el diagnóstico categorial del DSM-IV (APA, 1994) muestra una correlación alta y significativa ($r = 0.82$; $p < 0.001$). La eficacia diagnóstica de la escala alcanza 95.4% con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 93.7%. En México, se aplicó y se validó esta escala en un estudio comparativo sobre las características sociodemográficas y de violencia de pareja en mujeres maltratadas diagnosticadas con TETP, la muestra estuvo compuesta por víctimas mexicanas, españolas e inmigrantes.

3.4. TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DEL TEPT

Diaconu (2010) señala que gran parte de los procedimientos que han probado su eficacia en aliviar la sintomatología del TEPT están fundamentados en las conceptualizaciones conductual y cognitiva de la psicología del aprendizaje. Dichas conceptualizaciones están sustentadas en los principios conductuales y cognitivos

descubiertos en el laboratorio y en su aplicación en la investigación sobre el estrés, distinguiéndose usualmente tres acercamientos principales en el tratamiento del TEPT: el uso de técnicas de exposición en imaginación e *in vivo* (evocar la ansiedad y promover la habituación); la reestructuración cognitiva, con el fin de modificar los supuestos, creencias y pensamientos desadaptativos; y las técnicas de manejo de la ansiedad (básicamente el entrenamiento en inoculación de estrés), cuyo objetivo es enseñar a los individuos habilidades de afrontamiento para manejar la ansiedad y otros síntomas (Báguena, 2001).

La TCC busca lograr un funcionamiento independiente del sujeto, haciendo énfasis en el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y en el entrenamiento en habilidades de solución de problemas y afrontamiento. Báguena (2001) señala que actualmente existen programas de entrenamiento cognitivo-conductuales versátiles, dirigidos a víctimas de traumas específicos en los que se combinan técnicas de exposición, terapia cognitiva y técnicas de manejo de ansiedad.

La TCC se centra en los síntomas y la resolución de problemas, su objetivo se encamina a eliminar, o al menos reducir los síntomas, postula que si desaparecen, también habrá mejoría en otras áreas, sin que aparezcan otros síntomas que los reemplacen. La TCC desafía la posición del sujeto, sus conductas y sus creencias, activamente se lo confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, promoviendo así el autocuestionamiento (Portugal, Pérez & Iglesias, 2003).

Los tratamientos cognitivo conductuales emplean técnicas que en su conjunto vienen a ser una forma de psicoterapia breve y estructurada, cuyo objetivo es proporcionar un aprendizaje a quien se dirige el tratamiento, en la solución de aquellos problemas que presenta como demanda terapéutica, algunos de estos pueden referir trastornos comórbidos como la depresión y la ansiedad (Valadez, 2002). La TCC abarca diversas técnicas de intervención, tales como la terapia de exposición, terapia cognitiva, terapia del procesamiento emocional, la terapia racional emotiva, terapias de autocontrol y autorregulación, terapias de enfrentamiento en solución de problemas, terapias de afrontamiento, entrenamiento en el manejo de ansiedad, reestructuración cognitiva, entrenamiento autoinstruccional, entre otros (Del Pino, 2000); a continuación se describen brevemente algunas.

3.4.1. *Terapia de Exposición*

La terapia de exposición fue promovida con gran fuerza por Marks allá por 1969 y por Agras en 1985, como base del éxito de la terapia de la inundación y de la desensibilización sistemática. El objetivo de la terapia de exposición es impedir que la evitación o escape se conviertan en una señal de seguridad más que en impedir el escape o la emisión de una respuesta de evitación (Del Pino, 2000).

La terapia de exposición es uno de los componentes clave del tratamiento cognitivo conductual para el TEPT. Estudios de caso único y con diseños cuasi experimentales y experimentales, reflejan que la terapia de exposición incluye técnicas eficaces para reducir la sintomatología de sujetos con TEPT. Báguena (2001) señala que en diversas investigaciones se ha comprobado que la terapia de exposición es eficaz (exposición prolongada o inundación) debido a que 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. Otras formulaciones más recientes apelan a conceptos de procesamiento de información para explicar su funcionamiento.

La exposición de los recuerdos traumáticos conducirá a una reducción de los síntomas debido a que el sujeto aprende que los estímulos que le recuerdan el trauma no le causan daño, aprenderá que el recordar el trauma no implica revivir la amenaza, paulatinamente se producirá en él habituación de la ansiedad de los recuerdos temidos, de tal manera que la experiencia de ansiedad disminuirá y la pérdida de control temida se deshabituará. La exposición, por tanto, dará lugar a la mejora de la ansiedad y el aprendizaje de que la exposición no conducirá a la amenaza.

Para reducir la ansiedad aprendida y los recuerdos del trauma, la terapia de exposición puede utilizarse en función 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) (Báguena, 2001).

3.4.2. *Terapia cognitiva*

La Terapia Cognitiva (TC) desarrollada por Beck y su grupo en 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. El objetivo de la TC es identificar las cogniciones desadaptativas y cambiarlas por unas más ajustadas a la realidad (Báguena, 2001).

Se trata de una psicoterapia estructurada y de resolución de problemas que utiliza procedimientos cognitivos, comportamentales y experienciales para modificar fallas en el procesamiento de la información en distintos trastornos psicológicos. Parte de un modelo diathesis-estrés, el cual sostiene que para que la patología tenga lugar deben confluír tanto el evento estresante como la vulnerabilidad cognitiva; es decir, que el acontecimiento estresante no es suficiente para que el trastorno ocurra, como tampoco lo es la manera inadecuada de procesar la información; más bien, la alteración se produce en la confluencia de ambos factores (Riso, 2006).

Según Beck (2000) el modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta del sujeto. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento, producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales. Leahy (2003, citado en Riso 2006) afirma que la TC se basa en la idea de que los estados disfuncionales como la depresión, la ansiedad y la ira, característicos del TEPT, son frecuentemente mantenidos o exacerbados por pensamientos distorsionados. El papel del terapeuta es ayudar al sujeto a reconocer sus estilos idiosincrásicos de pensamiento y modificarlos mediante la aplicación de la evidencia y la lógica.

Este sistema de trabajo terapéutico basado fundamentalmente en el rol que las cogniciones y los procesos cognitivos juegan un papel importante en generación de las emociones. Sostiene que el cambio en los pensamientos y en los sistemas de procesamiento conducirá a cambios emocionales y comportamentales. En esta línea se ubican las técnicas terapéuticas: identificación, discusión y puesta a prueba de

pensamientos automáticos; identificación, análisis y cambio de creencias y supuestos básicos; modificación de esquemas disfuncionales de procesamiento. Todos estos procedimientos se hallan orientados al proceso de reestructuración cognitiva, su fin consiste en rediseñar, remodelar, cambiar el sistema de pensamientos, ideas y creencias que presenta el sujeto a fin de transformarlas en más racionales, más realistas y más funcionales. Mediante esta técnica se enseña al sujeto 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 (Diaconu, 2010).

3.4.3. Terapia racional emotiva

Desarrollada por Ellis en 1955 se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo y de su interpretación de la realidad. La meta primordial de esta terapia es asistir al sujeto en la identificación de sus pensamientos irracionales o disfuncionales y ayudarlo a reemplazar dichos pensamientos por otros más racionales o efectivos, que le permitan lograr con más eficacia metas de tipo personal como el ser feliz, establecer relaciones con otras personas (Lega, 2008).

La terapia racional emotiva considera que cuando se observa un estímulo, el sujeto lo analiza, determinando si es peligroso, inofensivo, atractivo o repulsivo; y de acuerdo a este análisis, responde con respuestas de aproximación, de huida o de retiro, esto tiene que ver con lo que el sujeto se dice a sí mismo. La función terapéutica consiste en incitar al sujeto a poner atención a sus autoverbalizaciones, las analice y las sustituya por autoverbalizaciones que le provoquen menos problemas. La terapia racional emotiva examina, además de las inferencias sobre sí mismo, sobre los demás y sobre el mundo, los pensamientos básicos del individuo, en el cual se basan esas inferencias. El estilo de la terapia es activo, directivo en gran parte educacional. Vargas e Ibáñez (1998) señalan que la técnica consiste en enseñarle al sujeto el método ABC (donde A representa el evento activante, B la creencia irracional y C la consecuencia), consiste en pedirle que indique una situación que le provoca una emoción desagradable.

La importancia de la técnica radica en demostrarle al sujeto que el origen de sus estados de ánimo no está en el ambiente, en su familia, en sus amigos, en su trabajo,

sino en la forma en que interpretan los fenómenos que les acontecen. Una vez demostrado esto, se le pide al sujeto que comience a registrar en forma escrita o verbal, como tarea para casa, los eventos desencadenantes, después se le pide que registre las consecuencias. Durante la sesión se analizan los registros y se discute la idea irracional. El punto más importante es cuando el sujeto identifica por sí solo la idea irracional, la cuestiona y realiza un análisis racional del problema. Una de las habilidades con que debe contar el terapeuta es la persuasión, ya que le permitirá demostrarle lógicamente al sujeto su razonamiento equivocado (Vargas & Ibáñez, 1998).

3.4.4. Terapia del procesamiento emocional

La terapia del procesamiento emocional desarrollada por Foa y Kozar (1986), se basa en que el miedo es representado en la memoria como una estructura cognitiva y como un programa para escape del peligro. La estructura hacia el miedo incluye la representación del estímulo temido, las respuestas al miedo, el significado asociado al estímulo y las respuestas del individuo. Según estos autores las estructuras del miedo se vuelven patológicas cuando la asociación entre estímulos no representa el mundo, cuando existen respuestas fisiológicas de escape por el estímulo, cuando las respuestas excesivas y reactivadas fácilmente interfieren con un comportamiento adaptativo, y cuando los estímulos y respuestas son erróneamente asociados con significados de amenaza (Enríquez, Maldonado & Berducido, 2010).

Del Pino (2000) sugiere que para modificar las estructuras patológicas del miedo, éste debe ser primero activado; posteriormente la nueva información que es incompatible con la información equivocada en la estructura del miedo, debe estar disponible para ser incorporada a la estructura patológica, la confrontación sistemática y deliberada del estímulo temido, en un ambiente de seguridad o con poca probabilidad de daño, son de gran ayuda en el tratamiento del TEPT. Aunado al miedo a la amenaza externa, la persona puede tener cogniciones erróneas acerca de la misma ansiedad que conduzcan a perder el control, trabajar estas dos variables dentro de la terapia es el objetivo de esta técnica.

3.4.5. Terapia de autocontrol y autorregulación

La terapia de autocontrol se remite a estudios de Skinner (1953, 1957) quien presenta el autocontrol como una conducta gobernada por las consecuencias; posteriormente Kazdin (1975) y Rachlin (1974) mostraron que el autocontrol se entiende en términos operantes, suponen que para controlar la propia conducta no es preciso apelar a variables autogeneradas, eventos privados o variables cognitivas. Kelly en 1955 presentó una perspectiva no operante postulaba que la gente desarrolla sistemas de constructos interrelacionados que emplea para entender los acontecimientos y realizar predicciones sobre el futuro. Rother (1954) desarrolló un modelo de cómo la gente regula su conducta en función de los valores y expectativas que asignan a los posibles resultados de una acción determinada. Mischel (1968) se interesó por la consistencia transituacional de la conducta y por el control que el individuo ejerce sobre ella. Bandura (1977) se interesó por las evaluaciones personales sobre la probabilidad de que el individuo pueda llevar a cabo la respuesta que le permita lograr determinados resultados. El proceso de la terapia de autocontrol inicia con el autorregistro donde la persona empieza a darse cuenta o ser más consciente de la conducta en cuestión; la autoevaluación, que implica una comparación de la información recogida sobre su conducta con algún patrón de conducta que produce un juicio evaluativo con un componente afectivo. El resultado de la autoevaluación positiva conduce al autorrefuerzo, que retroalimenta la conducta registrada y la evaluada en comparación a un modelo o patrón y la regula por medio del autorrefuerzo. La terapia incluye técnicas como la autoobservación, contratos conductuales, programación de tareas intersesiones (Del Pino, 2000).

Las primeras aplicaciones de la terapia de autorregulación fueron realizadas por Kanfer (1977) y Rosenbaum y Merbaum (1984). La terapia de autorregulación maneja de forma importante la motivación del sujeto, así como las expectativas y atribuciones, el objetivo es que el sujeto logre una sensación de confianza y autoeficacia al emplear esta terapia. Durante el procedimiento se realizan ejercicios de recuerdo sensorial, el sujeto experimenta repetidamente determinadas sensaciones físicas, como respuesta a ciertas imágenes o autosugerencias, así mismo, el sujeto está altamente receptivo a cualquier tipo de sugerencias. La terapia de autorregulación puede funcionar como una terapia de afrontamiento en determinadas situaciones, o bien como una señal

autoestimuladora que permita ver la manifestación de conducta (ansiedad) como una señal que estimule respuestas mediacionales que conduzca a la respuesta opuesta través de un proceso automático y autor regulatorio (Del Pino, 2000).

3.4.6. Terapia en solución de problemas

Las primeras aplicaciones a la solución de problemas se remontan a trabajos de James (1890) y a las teorías del aprendizaje. La terapia de solución de problemas fue iniciada a finales de los 60 y principios de los 70 como parte de la tendencia en psicología clínica y psiquiatría hacia el desarrollo de estrategias de intervención y prevención clínica centradas en facilitar la competencia social (Del Pino, 2000).

Vázquez (2002) señala que la terapia en solución de problemas pretende enseñar al sujeto un método sistemático para la solución de problemas, y consistente en cinco habilidades. 1) *Orientación hacia el problema*, habilidad con que una persona afronta una situación problemática o estresante; 2) *definición y formulación del problema*, grado de destreza con que una persona define un problema operativamente y plantea metas realistas; 3) *generación de soluciones alternativas*, destreza que tiene el sujeto para generar soluciones a un problema, siguiendo los principios de cantidad, de aplazamiento del juicio y de variedad; 4) *toma de decisiones*, habilidad que tiene una persona para elegir aquella alternativa que resuelve mejor su problema; y 5) *la puesta en práctica y la evaluación de la solución elegida*, destreza para planificar y llevar a la práctica la solución elegida, así como evaluar el éxito de la misma.

3.4.7. Terapia para el manejo de ansiedad

Uno de los programas de entrenamiento para el manejo de la ansiedad es el entrenamiento en inoculación de estrés (EIE), ha sido el más utilizado para reducir los síntomas de ansiedad en el TEPT. 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. En diversas investigaciones se ha utilizado el EIE para el tratamiento de la ira, una respuesta bastante habitual tras el sufrimiento de una experiencia traumática y que con frecuencia acompaña al TEPT (Báguena, 2001).

3.4.8. *Terapia de afrontamiento*

Las terapias de entrenamiento en habilidades de afrontamiento se centran en las maneras en que un cliente puede afrontar o responder más efectivamente a un problema dado. Se asume dentro de esta orientación que el problema es un verdadero problema y, para distinguirlas del entrenamiento en habilidades sociales, que la persona dispone de las habilidades necesarias para afrontar la situación. Se considera también que aprender a afrontar el acontecimiento o situación estresante es el método más efectivo para minimizar el malestar subjetivo y maximizar el ajuste personal (Del Pino, 2000). El objetivo de la terapia de afrontamiento es transmitir al sujeto la sensación de que puede llegar a adquirir la capacidad de controlar aspectos que hasta entonces había considerado incontrolables. Las características esenciales de estos procedimientos de afrontamiento son: 1) presentación al sujeto métodos activos para el manejo de diferentes situaciones; 2) posibilidad de ser empleados ante los primeros signos de ansiedad; y 3) diseñados para su utilización en la vida real. Los programas de entrenamiento en habilidades de afrontamiento se basan en la elicitación de los contenidos específicos de pensamiento que se generan en situaciones estresantes determinadas. Dentro de las terapias de habilidades de afrontamiento podemos encontrar el entrenamiento en el manejo de la Ansiedad, el Entrenamiento en Inoculación de Estrés y la reestructuración racional sistemática. Se trabaja con situaciones estrés, miedo, pánico, ira o dolor (Del Pino, 2000).

3.4.9. *Reestructuración cognitiva*

La reestructuración cognitiva es una técnica desarrollada por Ellis (1958) se basa en el supuesto de que lo que piensa una persona incide de forma directa en su estado emocional y en su conducta. Para poder hacer frente al estrés y controlar su incidencia es importante controlar lo que se piensa delante de situaciones conflictivas. El objetivo es identificar, analizar, y modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos que las personas experimentan en determinadas situaciones o que tienen sobre otras personas (Bados & García, 2010).

Cortés y Rivadeneira (2010) mencionan que el sujeto aprende a cambiar algunas maneras de pensar distorsionadas que conducen a malestar emocional y frustración. La

teoría se focaliza en las creencias del sujeto, relacionadas con: las expectativas, la evaluación (cómo se ve a sí mismo y cómo evalúa el futuro o el mundo) y las atribuciones de causalidad o responsabilidad (quién es responsable de lo que está sucediendo, qué es lo que está sucediendo y por qué suceden las cosas). El procedimiento consiste en psicoeducación, entrenamiento para observar y registrar sus cogniciones, detección de pensamientos automáticos, reatribución y búsqueda de soluciones alternativas.

METODOLOGÍA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El TEPT afecta a personas que se han visto expuestas a eventos altamente estresantes, este tipo de trastorno se presenta con posterioridad a una situación traumática (DSM-IV, APA, 1994). De acuerdo al protocolo de intervención clínica en Psicología, desarrollado por Santacreu (2011), generalmente la persona afectada presenta comportamientos anormales que repercuten en su salud física y mental. El TEPT tiene un proceso relativamente largo de manera que, la distancia entre los inicios u origen y el momento presente en que acude al psicólogo, determina su gravedad (cronicidad). La gravedad también se relaciona con la intensidad y persistencia del comportamiento *anormal* y, sobre todo, con cuanto incapacita a la persona para adaptarse a situaciones de su vida diaria.

Este autor considera que los eventos que pudieran considerarse el inicio del problema actual no siempre son identificados con claridad por la persona. En ocasiones solo reconoce que, a partir de un cierto momento, comenzaron las dificultades y el malestar. Sin embargo, se reconoce que en este tipo de casos, el problema evoluciona con la persona. En ocasiones trata de minimizarlo y en otras de afrontarlo aunque sin éxito, lo que hace que el dolor, la incomodidad y los elementos constituyentes del mismo se intensifiquen; que la persona reflexione sobre su problema y se lo cuente a otros, hipotetizando sobre sus causas, generando ideas irracionales e ilógicas sobre el problema o su propia persona e incluso estableciendo nuevas reglas de actuación que, frecuentemente, lo agravan, sintiéndose incapaz de resolverlo por sí mismo, sufra mucho más y, quizás, finalmente, pida ayuda.

Algunas personas, cuando se cronifican sus problemas, mantienen con gran convicción creencias y reglas irracionales sobre lo que hacen y dicen, mostrándose incapaces de admitirlo. Sus creencias y supuestos aumentan su sufrimiento e incapacitan su proceso continuo de adaptación (Santacreu, 2011).

De ahí la importancia de presentar la descripción de la literatura sobre los factores relacionados al TEPT, analizar las consecuencias y diseñar programas de tratamiento eficaces que brinden una mejor calidad de vida para estas personas.

OBJETIVOS

Objetivo General

Describir un programa de intervención cognitivo-conductual, en un caso de TEPT, para disminuir manifestaciones de ansiedad e irritabilidad.

Objetivos Específicos

- Realizar una evaluación conductual para identificar las variables causales del TEPT.
- Aplicar un instrumento de evaluación (pretest) antes de iniciar la intervención, para contar con una línea base sobre los síntomas manifiestos.
- Adaptar a las necesidades particulares de la participante la TCC para motivar el cambio de conducta: entrenamiento en relajación progresiva, reestructuración cognitiva, exposición, autocontrol y autorregulación.
- Evaluar los cambios experimentados tras la intervención terapéutica (postest), para analizar el efecto de la intervención de acuerdo con la disminución de los síntomas manifiestos.

Hipótesis

H₁: La intervención cognitivo conductual reducirá los síntomas de TEPT (reexperimentación, activación y evitación).

H₀: La intervención cognitivo conductual no reducirá los síntomas de TEPT (reexperimentación, activación y evitación).

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se empleó un estudio descriptivo de caso único, que por su diseño se centra en la relación entre el fenómeno estudiado (TEPT) y la problemática del sujeto, en términos de una lógica centrada en el análisis primario sujeto/objeto de estudio; lo que facilita la descripción, explicación y comprensión de la conducta. El estudio de caso único permite examinar y analizar la interacción de los factores que producen cambio. Para la

redacción de este caso se tomó como referencia la propuesta de Buela-Casal y Sierra (2002) sobre las normas para la redacción de casos clínicos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Datos personales

La participante es una señora de 49 años de edad, enfermera de profesión, pensionada a la edad de 26 años, madre soltera de una hija de 23 años. Es la mayor de seis hermanos, cinco mujeres y un hombre, un hermano menor falleció hace 7 años. Actualmente vive con su madre y una hermana soltera de 48 años.

Análisis del Motivo de consulta

El motivo de consulta y las expectativas de la participante es recibir orientación Psicológica acerca de cómo disminuir la irritabilidad, ansiedad y angustia con la que vive constantemente debido a las secuelas que le ha dejado la situación de violencia en la infancia por parte de su padre, la actitud de su madre ante la situación de violencia, el accidente sufrido, el diagnóstico de tumor en el cerebro y el asalto en la vía pública. Refiere que últimamente se ha incrementado en ella el miedo a viajar sola, revive la experiencia traumática del accidente que sufrió hace más de 25 años y vive en constante angustia por imaginar que su hija tenga un accidente o la secuestren. Considera que su problema es debido a su carácter, ya que siempre ha sido muy franca al decir las cosas, pero que sus familiares últimamente la consideran agresiva e irritable, menciona que el problema ha aumentado considerablemente a raíz de que la salud de su padre se complicó. A lo largo de la exploración se muestra participativa, destaca su gran interés y motivación por recibir atención psicológica para resolver sus dificultades de ansiedad e irritabilidad en su ámbito familiar.

Historia clínica del problema

Refiere antecedentes de violencia en su infancia, que van desde violencia física y psicológica, hasta acoso y experiencias de abuso sexual por parte de su padre para con ella y con sus hermanas; también manifiesta abandono por parte de su madre por más de un año cuando ella tenía 12 años de edad, problemas económicos, debido a que su padre

es alcohólico desde que ella era adolescente, actualmente el padre tiene 75 años de edad, es diabético, hipertenso y vive solo.

La participante menciona vivir en constante tensión y estrés provocado por el recuerdo de las agresiones que sufrió con su padre, expresa sentir odio, coraje y repudio, menciona experiencias de acoso y abuso por parte de un trabajador de su padre, dice no poder hablar nada bueno de su padre, ni de su infancia, ya que, de todo lo que hizo con ellas, tiene muy presente que su padre también quiso abusar sexualmente de su hija cuando esta tenía seis años. Referente a su madre dice sentir coraje por su actitud y conducta hacia lo sucedido, manifiesta que ella siempre ha evadido su responsabilidad como figura de autoridad, refiere haberle dicho a su madre lo sucedido con su padre y con el trabajador pero no le creyó, dice tener muy presente lo que su madre le dijo *“cállate que va a decir la gente”*.

Menciona que en una ocasión su padre reunió a unos amigos en su casa y la obligo, a ella y sus dos hermanas menores, a que lo abrazaran y le tocaran sus partes íntimas *“como si fuera una función o un show, y usted cree que mi madre dice no haberse dado cuenta de la situación si estaba en la casa, ella nunca nos defendió, dejo que mi padre nos maltratara, pero se ensaño con mi hermana la más chica, cuando ella tenía 6 años, comenzó a abusar sexualmente de ella, hasta que ella se defendió cuando iba en la prepa, mi madre nunca puso un alto, ahora se hace la víctima, si cuando tenía yo 12 años nos abandonó por más de un año, regreso porque mi hermano menor no comía, se estaba muriendo de tristeza..., todo eso me hace sentir culpable por no defender a mis hermanos, yo que era la mayor debí sacarlos de ahí”* (palabras textuales de la participante con llanto y angustia).

Otra situación significativa que dice mantenerla en constante angustia es un hecho que sucedió cuando su hermana un año menor que ella a la edad de 12 años se fue o se la llevo un conocido (de 35 años) de sus padres, la reacción de sus padres fue culparla por no cuidar de su hermana, hace referencia que sus padres no hicieron nada por buscar a su hermana, al pasar un año la hermana regreso, pero la enviaron con un hermano de la madre a la ciudad de México, porque les daba vergüenza lo que había sucedido y les preocupaba *“el qué dirán”*, cuando regresa la hermana a su hogar la visten de hombre para que la gente pensara que era un trabajador más de una pequeña tienda de ropa, este

suceso le ha ocasionado sentir culpa toda su vida por no poder hacer nada por su hermana.

El peor episodio de su historia es a los 23 años. Un accidente le cambia totalmente su vida, es víctima de un atropellamiento en la vía pública, accidente del cual actualmente tiene secuelas por lo aparatoso y doloroso, dice no tener claro lo que sucedió en el accidente: *“si me atravesé, si llegaron a impactarme, me atropellaron, simplemente no recuerdo que paso, solo sé que el accidente fue el 28 de diciembre de 1988 y desperté el 5 de enero de 1989”*, menciona que estuvo hospitalizada 59 días, y durante ese tiempo le realizaron 8 cirugías para reconstruirle sus piernas, estuvo dos años sin poder caminar y su rehabilitación fue muy lenta y dolorosa, refiere que a la fecha le cuesta mucho trabajo caminar por las molestias que le ocasionan los clavos que implantaron en las rodilla. Manifiesta conflictos entre sus hermanas y haber recibido ofensas cuando necesitaba su atención, ante esta situación dice que ha reprimido todo el dolor que ha tenido que enfrentar desde niña, regaños, abusos, violencia, el accidente, ofensas de familiares y doctores, la relación con el padre de su hija duro muy poco *“él no se hizo responsable nunca de su hija”*, frustración por no poder trabajar y ejercer su carrera, menciona que ya no tenía sentido su vida, sus hermanas le criticaban, *“qué vas a hacer así como estas y encima te embarazas”*, a los dos meses de embarazo tuvo dos intentos de suicidio. Al avanzar su embarazo comienza a cambiar de *“ella fue mi motivo para no suicidarme”*, refiere que desde el nacimiento de su hija ha tratado de ser fuerte, sin embargo dice no poder, ya que constantemente cae en crisis emocional.

Refiere que hace 10 años, le detectaron un tumor cerebral, que tenían que intervenir quirúrgicamente, pero que hasta la fecha no ha querido realizar dicha intervención por temor a morir o a quedar con secuelas que le hagan depender totalmente de sus familiares y de su hija; menciona que cuando recibió la noticia se intensifico su estrés e intento nuevamente en dos ocasiones suicidarse, sin embargo, el ver a su hija y pensar que quedaría desamparada, le motivo a salir adelante. Se convirtió en una mujer muy dura consigo misma, para que no le tuvieran compasión sus familiares y a su hija no le ocasionara depresión. A raíz de esta situación tuvo problemas de parálisis facial que le impedían mover la mitad de su rostro.

La situación que desencadeno los problemas que actualmente presenta fue un asalto sufrido hace más de un año, del cual la dejaron seriamente lastimada de su cuello

y brazos, hecho que ha provocado temor a salir a la calle y a estar en constante alerta, cualquier situación que se le presenta en su vida cotidiana la relaciona con lo que ha experimentado a lo largo de su vida, si tiene que viajar, se intensifica su temor a sufrir un accidente, ya que refiere que cuando estudiaba el autobús en el que viajaba se impactó debajo de un puente al tratar de evitar un choque entre una pipa y un autobús, de ese accidente recuerda que los vehículos involucrados se incendiaron por el impacto, hubo muertos y muchos heridos, aunque ella resultó ilesa del accidente, refiere que últimamente cuando viaja sola sufre y recuerda lo sucedido, teme volver a estar en cama o a quedar con más secuelas en su cuerpo.

En enero su hija se fue a vivir a Puebla, manifiesta sentirse sola y vivir con preocupación constante porque le suceda algo malo a su hija. Actualmente mantiene una relación de noviazgo de más de 18 años, con un hombre casado, este hecho no repercute en su relación ya que su relación se ha dado de manera natural sin presiones, refiere que al inicio de la relación no quería, pero que se fue dando con el tiempo, menciona ser él quien le motiva a salir adelante.

Por otra parte, manifiesta que siempre ha tenido muchos problemas con sus hermanas y su madre, pero se han intensificado actualmente debido a que la salud de su padre es delicada, dice que le molesta que su madre siempre les mencione que es su responsabilidad que por eso ella se separó de él, hace referencia que habían acordado que su padre permaneciera en un asilo para ancianos donde le daban asistencia, pero que una de sus hermanas lo sacó y lo llevó a la vivienda que habitaba el señor dejándolo completamente solo, *“solo hace lo que quiere, se emborracha y no toma sus medicamentos”* refiere estar molesta porque su hermana no se hace responsable de su padre y les pasa el problema a los demás miembros de la familia, aunado a eso le reprochan diciéndole que nunca ha aportado económicamente para los gastos del padre, ella menciona que siempre ha apoyado dándole seguridad social por parte de su pensión del ISSSTE, dice sentirse muy estresada ante la enfermedad de su padre, por una parte le da coraje la acción de sus hermanas de culparla por no querer ver a su padre, y por otra se siente culpable por no hacer lo que ellas quieren.

Esta situación le incomoda y lo ve reflejado en su salud, refiere sentir nuevamente molestias en su cara, teme recaer en su problema de parálisis facial, le da miedo salir a la calle por temor a que la puedan empujar y caiga, o que cuando suba al transporte la

gente no entienda que tiene limitaciones en sus articulaciones, tiene frecuentes contrastes emociones por todo lo que ha vivido, presenta problemas para conciliar el sueño, irritabilidad, tiene miedo a morir o a perder la cordura, presenta ansiedad y tensión ante la situación de su padre, teme lo que le pudiera ocurrir a su hija estando sola, que la puedan secuestrar o que le suceda algún accidente.

Evaluación

Se recabo información sobre el origen y mantenimiento de la conducta problema, mediante entrevistas, autorregistros y la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta & Sarasúa, 1997).

Cabe hacer mención que las primeras dos sesiones fueron utilizadas como proceso de contención emocional, ya que la participante presentaba sentimientos ambivalentes que le provocaban enojo y llanto, además de una ansiedad excesiva al relatar lo sucedido en su infancia, por lo que se decidió iniciar con relajación para lograr tranquilizar y estimular la confianza de la participante, puesto que se encontraba ante una crisis emocional, fue muy importante dedicar unas sesiones a este proceso en el que se vio favorecido por la empatía.

La primera información obtenida durante la entrevista inicial (ver anexo 1) y tras la aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (ver anexo 2), sirvió para identificar que la participante manifestaba problemas en sus relaciones familiares. Además, de presentar síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación severos, que se vieron reflejados en los resultados de la evaluación *pretratamiento*, donde obtiene una puntuación centil de 90 en la escala global de los síntomas del TEPT, y al mismo tiempo alcanza una elevada puntuación en las manifestaciones somáticas de ansiedad con un centil de 87. Los datos obtenidos referentes a las manifestaciones de ansiedad e irritabilidad coinciden con los datos recabados en las entrevistas.

En el transcurso de las entrevistas, se observó la presencia de ansiedad excesiva al viajar sola en el transporte público. También se observó preocupación excesiva y persistente, anticipaciones y otras cogniciones ansiosas en situaciones como transitar sola por la calle (si alguien se acerca demasiado a ella inmediatamente teme le vuelvan a asaltar), si viaja sola en transporte (su primer pensamiento es que va a chocar y va

tener múltiples lesiones), estar sola en su casa también la pone ansiosa (representa preocupación porque le suceda algo malo a su hija), visitar a su padre para curación le hace revivir sucesos de su infancia, interactuar con su mamá le provoca resentimiento por su postura de responsabilizarlas ante la situación actual de su padre. Cualquier situación de su vida cotidiana la relaciona con los eventos que le han provocaron una experiencia de trauma.

Tras integrar la información recabada durante la primera fase de evaluación, se comprobó que la participante cumplía los criterios descritos para el diagnóstico de TEPT, 300.02 en el DSM-IV-TR, y F43.1 en la CIE-10 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2001; Organización Mundial de la Salud, 1992).

Para evaluar los pensamientos se diseñó un autorregistro de pensamientos en el que la participante reportaba la situación que le provocaba malestar, el pensamiento automático sobre el suceso, las sensaciones, emociones, el comportamiento y las alternativas para controlar la situación experimentada. Además de registrar el grado de malestar experimentado, estructurado en formato tipo likert de 0-3 (donde 0 es “nada”, 1 es “poco”, 2 es “bastante”, y 3 es “mucho”).

A partir de la sexta sesión se le pidió que realizara el autorregistro de pensamientos, se le proporcionaron tres formatos para que en ellos anotara aquellas situaciones que le provocaban malestar y le condujeran de alguna manera sensaciones de ansiedad e irritabilidad o pérdida de control de la situación. El primer registro se relacionó con problemas de interacción con su familia, el segundo se relacionó con situaciones que le provocaban malestar al interactuar con su entorno, y el último se relacionó con sus preocupaciones excesivas. El registro se llevó a cabo durante tres semanas, cada semana se revisaba y se trabajaba sobre la problemática encontrada. Este registro permitió valorar el grado de ansiedad que la participante identificara en situaciones que consideraba amenazadoras o que consideraba fuera de control. De la sesión quince y hasta la diecisiete dejó de realizar el registro, esto con la finalidad de identificar si se lograba controlar situaciones de ansiedad y estrés.

En la sesión dieciocho, se realizó la evaluación *postratamiento* con la aplicación nuevamente de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT, con la finalidad de

identificar los cambios logrados durante el proceso terapéutico y verificar la eficacia del tratamiento.

Análisis y descripción de las conductas problema

Las principales conductas problema identificadas son: 1) elevados niveles de ansiedad, a nivel cognitivo, ante cualquier situación de su vida cotidiana (principalmente con sucesos que le ocurren a su madre, ejemplo de ello una fractura que sufre su mamá al tropezar, inmediatamente viene a su mente el dolor sufrido en su accidente y lo relaciona con lo que supone está sintiendo su madre), 2) elevados niveles de estrés al transitar sola por la calle (cualquier persona que se acerca a ella o camina cerca de ella lo relaciona con el sujeto que la asalto y revive nuevamente lo sucedido somatizando el suceso) o al viajar sola en un medio de transporte público (presenta alta ansiedad por suponer que va a chocar el transporte en el que viaja y nuevamente sentirá lo sufrido en su accidente), en fin, son muchos los sucesos de su vida cotidiana que experimenta como si nuevamente fueran a ocurrir, 3) irritabilidad ante situaciones interpersonales, especialmente con sus padres y tres de sus hermanas, 4) anticipación de pensamientos irracionales sobre lo que le pueda suceder a su hija manifestados con preocupaciones excesivas.

La ansiedad que presenta la participante, favorece la aparición de cogniciones ansiosas ante determinadas situaciones de su vida diaria, dedica una buena parte del día a este tipo de pensamientos (sesgo atencional) y además se trata de pensamientos catastrofistas (sesgo interpretativos). De acuerdo con el modelo cognitivo los pensamientos disfuncionales y automáticos que experimenta incrementan la activación fisiológica manifestada en síntomas de ansiedad e irritabilidad, aumentando a su vez la frecuencia y gravedad de las cogniciones erróneas. De esta manera, la respuesta de ansiedad cobra gran importancia instaurándose un ciclo donde la respuesta ansiosa se retroalimenta a sí misma.

Las principales variables estudiadas en esta investigación serán definidas de la siguiente manera:

Variables dependientes

1. Ansiedad. Spielberger (1980, citado en Castro y Carrillo, 2007) la define conceptualmente como una reacción emocional desagradable producida por un estímulo externo, que es considerada por el individuo como amenazador, produciendo ello cambios fisiológicos, cognitivos y conductuales. Operacionalmente se define como la respuesta de la participante a las preguntas de manifestaciones somáticas de ansiedad en relación con el suceso (1-13) de la escala de gravedad de síntomas del TEPT, en una escala likert de 3 puntos.
2. Estrés. Definido conceptualmente como aquellas reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y/o conductuales de una persona, desencadenadas por la percepción de amenaza de una situación que le provoca pérdida de control sobre esa situación y que excede sus recursos disponibles para afrontarla (Lazarus y Folkman, 1986). Operacionalmente se define como la puntuación total obtenida por la participante a la escala de gravedad de síntomas del TEPT, para determinar la gravedad del TEPT, en el cual se requiere al menos la presencia de un síntoma en el apartado de reexperimentación, tres en el de evitación y dos en el de aumento de la activación.
3. Síntomas de intrusión. Definidos conceptualmente como los recuerdos recurrentes e intrusivos del acontecimiento que provoca malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos, percepciones o sueños. La persona actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y flashback). Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del evento traumático. Operacionalmente se define como la respuesta de la participante a las preguntas de reexperimentación (1-5) de la escala de gravedad de síntomas del TEPT, en una escala likert de 3 puntos.
4. Síntomas de evitación. Definidos conceptualmente como los esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma. Reducción marcada del interés o la participación en actividades significativas. Sensación de despego o enajenación frente a los

demás. Restricción de la vida afectiva. Sensación de un futuro desolador. Operacionalmente se define como la respuesta de la participante a las preguntas de evitación (1-7) de la escala de gravedad de síntomas del TEPT, en una escala likert de 3 puntos.

5. Síntomas de excitabilidad. Conceptualmente definidos como dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultades para concentrarse, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto. Operacionalmente se define como la respuesta de la participante a las preguntas de aumento de la activación (1-5) de la escala de gravedad de síntomas del TEPT, en una escala likert de 3 puntos.

Variables independientes

Las variables independientes estudiadas en este estudio fueron las relacionadas con las situaciones en las que experimentaba un malestar significativo y con los síntomas físicos que le provocaban, de acuerdo a las demandas de la participante.

1. Problemas de interacción familiar. Conceptualmente definido como conflictos en el grupo primario de sostén y apoyo (problemas con el padre, la madre y con las hermanas). La definición operacional se describe como la respuesta de la participante al registro de nivel de ansiedad del autorregistro de pensamientos (situaciones familiares), en una escala likert de 3 puntos.
2. Problemas de interacción con su entorno. Conceptualmente definido como dificultades para transitar por las calles, viajar en transporte público, caminar sola por la ciudad, problemas para relacionarse con compañeros de juego, amigos o conocidos. Operacionalmente se describe como la respuesta de la participante al registro de nivel de ansiedad del autorregistro de pensamientos (interacción con su contexto), en una escala likert de 3 puntos.
3. Preocupaciones excesivas. Definidas conceptualmente como aquellos pensamientos continuos sobre un peligro futuro que se experimenta como aversivo y relativamente incontrolable. Operacionalmente definido como la respuesta de la participante al registro de nivel de ansiedad del autorregistro de pensamientos (preocupaciones excesivas), en una escala likert de 3 puntos.
4. Pensamientos irracionales. Definidos conceptualmente como cualquier tipo de ideas, emociones o comportamientos que conducen a consecuencias

contraproducentes que interfieren de forma importante en la supervivencia y bienestar de una persona (Ellis, 1980). Operacionalmente se describe como la respuesta de la participante al registro de nivel de ansiedad del autorregistro de pensamientos (interacción con su contexto), en una escala likert de 3 puntos.

Establecimiento de metas conductuales

Se estableció como meta conductual, reducir los niveles de ansiedad en sus tres sistemas de respuesta, ante situaciones estresantes, además de modificar pensamientos erróneos. Tras el análisis de las conductas problemas se acordó: 1) disminuir respuestas de activación fisiológica mediante técnicas de relajación; 2) identificar y combatir pensamientos anticipatorios referentes a situaciones de interacción con su madre y su padre, sustituyéndolos por otros más adaptativos; 3) lograr que la participante valore de forma menos amenazante situaciones que impliquen interacciones con su entorno; 4) disminuir los sesgos atencional e interpretativo mediante autoobservación y modificación de los mismos; 5) eliminar respuestas de evitación (viajar en transporte público); 6) favorecer la exposición gradual a situaciones temidas con niveles de ansiedad adecuados; 7) modificar pensamientos erróneos sobre lo que le pueda suceder a su hija y otras situaciones ansiógenas.

Selección y técnicas de adecuadas

La selección de las técnicas para esta intervención se realizaron en función de la problemática encontrada, que mantiene la conducta de ansiedad, irritabilidad, miedo y preocupaciones excesivas, para ello fue necesario adaptar a sus necesidades el entrenamiento en observación de pensamientos y eliminación de sesgo atencional e interpretativo, así como la modificación de valoraciones de amenaza por interpretaciones de reto o desafío. Se complementó la selección de técnicas con el entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson (tensión-relajación), psicoeducación, exposición, reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, autocontrol y autorregulación de emociones.

Objetivos terapéuticos

Los objetivos terapéuticos se centraron en reducir el elevado nivel de ansiedad, el miedo y las manifestaciones somáticas. El tratamiento consistió en modificar el comportamiento (lo que hace o dice en un determinado suceso) a través del aprendizaje durante las sesiones y generalizarlo a situaciones de su contexto; y lograr con ello la mejoría de los síntomas, para que con su nuevo comportamiento se sintiera mejor. Para alcanzar las metas del tratamiento fue necesario intervenir sobre el aumento de la capacidad del estrés, el control cognitivo, el manejo de la ira, el manejo del resentimiento, el manejo de culpa y la aceptación del trauma.

Selección del tratamiento más adecuado

Partiendo del análisis funcional de las conductas problema, así como los objetivos planteados, se elaboró el programa de tratamiento (ver tabla 1) en el que se hizo énfasis en la reestructuración cognitiva (Dongil-Collado, 2008) sobre anticipaciones ansiosas. Ya que esta situación desencadenaba en ella conductas de irritabilidad y somatización, Se elaboró un plan de intervención a base de técnicas que permitieron dotar a la participante de estrategias para percibir e interpretar adecuadamente las situaciones ansiógenas o estresantes y afrontarlas con mayor seguridad y menor activación fisiológica.

Tabla 1. PLAN DE TRATAMIENTO

Sesión	Actividades
1	Exploración del motivo de consulta. Alianza terapéutica. Control de los niveles de ansiedad a través de la relajación progresiva (respiración profunda).
2	Incrementar motivación, identificar con la participante la utilidad o cambios positivos de hacer el tratamiento. Identificar y tratar de ayudar a resolver posibles obstáculos para realizar la terapia. Control de los niveles de ansiedad a través de la relajación progresiva (relajación-tensión).
3	Entrevista. Exploración de conductas problema. Evaluación pretratamiento. Explicación de la ansiedad. Control de los niveles de ansiedad a través de la relajación progresiva (tensión-distensión). Asignación de tareas para casa.
4	Explicación de las conductas problema a la participante. Psicoeducación. Explicación sobre el curso y manifestación de la ansiedad. Explicación del porqué de los

	<p>pensamientos automáticos. Control de los niveles de ansiedad a través de la relajación progresiva (liberación de tensión). Asignación de tareas para casa.</p>
5	<p>Explicación de las conductas problema. Psicoeducación. Reestructuración cognitiva en relación a sus pensamientos automáticos. Entrenamiento en relajación progresiva (relajación ocular para superar el insomnio). Asignación de tareas para casa.</p>
6	<p>Reestructuración cognitiva de situaciones interpersonales. Exploración de la conducta de miedo a viajar en transporte público. Entrenamiento en relajación progresiva (reconocimiento de la sensación de tensión). Autorregistros. Asignación de tareas para casa.</p>
7	<p>Reestructuración cognitiva. Identificación, modificación y reconsideración de atribuciones cognitivas relacionadas con el trauma. Manejo de culpa, atribuciones de incompetencia. Identificación de pensamientos catastróficos. Entrenamiento en relajación progresiva (autoconocimiento percepción del cuerpo). Autorregistros. Asignación de tareas para casa.</p>
8	<p>Exposición gradual. Confrontar objetos, situaciones, recuerdos, imágenes de temor asociadas al evento traumático. Confrontar estímulos temidos para reducir la ansiedad. Enfrentar y adquirir control sobre los temores y la angustia. Revivir y procesar emocionalmente el trauma. Revivir el trauma en imaginación. Disminuir respuestas de escape y evitación. Entrenamiento en relajación progresiva (autoconocimiento percepción de emociones). Autorregistros. Asignación de tareas.</p>
9	<p>Exposición. Incitar a que la participante describa el evento y disminuya la activación fisiológica y el afecto negativo. Exponer a la participante al evento en un ambiente seguro y ayudarle a tener control sobre el trauma. Promover habituación y reducir ansiedad. Corregir malas interpretaciones del peligro y reducir el miedo. Verbalizar pensamientos acerca del evento traumático. Entrenamiento en relajación progresiva (autoconocimiento percepción del ambiente). Autorregistros. Asignación de tareas para casa.</p>
10	<p>Exposición. Reducir el temor a través del desarrollo de un sentido de dominio, desarrollando asociaciones seguras y disminuyendo la activación fisiológica. Seleccionar situaciones de temor relacionadas con el trauma. Establecer prácticas de exposición. Entrenamiento en relajación progresiva (autoconocimiento percepción del ambiente). Autorregistros. Asignación de tareas para casa.</p>
11	<p>Reestructuración cognitiva. Manejo de culpa. Evaluar sistema de creencias y considerar otras explicaciones alternativas. Entrenamiento en relajación progresiva (autoconocimiento percepción del ambiente). Autorregistros. Asignación de tareas para casa.</p>
12	<p>Reestructuración cognitiva. Manejo del resentimiento. Manejo de la ira en la aflicción. Tolerancia de sentimientos y emociones dolorosas. Identificación y resolución de problemas prácticos. Entrenamiento en relajación progresiva (autoconocimiento). Autorregistros. Asignación de tareas para casa.</p>

13	Reestructuración cognitiva. Manejo de ira. Identificar personas o situaciones que disparan la reacción. Estimar el grado de control que tiene sobre la situación que genera la emoción. Identificar verbalizaciones a través del monitoreo de pensamientos automáticos ante situaciones de ira. Modificar verbalizaciones irracionales. Buscar alternativas para explicar la situación provocadora de ira. Modificar la importancia que le atribuye al hecho. Habilidades para controlar las reacciones de ira. Entrenamiento en relajación progresiva (autoconocimiento). Autorregistros. Asignación de tareas para casa.
14	Autorregulación de emociones. Control de síntomas intrusivos y de reexperimentación. Identificación de reacciones. Controlar la reacción de ira. Entrenamiento en relajación progresiva (autoconocimiento).
15	Autocontrol. Control sobre pensamientos y sentimientos. Incrementar capacidad para explorar el trauma. Entrenamiento en relajación progresiva (autoconocimiento).
16	Aceptación del trauma. Reestablecer el sentido de seguridad, confianza y control. Satisfacción de necesidades hacia el proceso de recuperación y aceptación del trauma. Entrenamiento en relajación progresiva (autoconocimiento).
17	Prevención de recaídas. Identificar factores de riesgo. Evitación excesiva. Estresores psicosociales, privación de sueño. Entrenamiento en relajación progresiva (autoconocimiento).
18	Revisión de logro de objetivos. Repaso de técnicas aprendidas. Evaluación postratamiento.

La intervención se realizó durante 18 sesiones tres veces a la semana a manera de intervención breve y eficaz, con una duración aproximada de 90 minutos cada sesión. La disponibilidad y el interés de la participante por conocer el porqué de toda esta sintomatología en su persona, permitió que se desarrollaran las sesiones sin contratiempo, cuando se le complicaba asistir acomodábamos las sesiones de tal manera que ella no se sintiera invadida. El procedimiento de la intervención que se siguió inicio con la presentación de la propuesta a la participante, una vez que aceptó, se realizó la entrevista inicial en donde se le explico el procedimiento de la intervención, se realizó el establecimiento de la relación terapéutica, y se exploró el motivo de consulta y las expectativas de la participante, se le explico que la información que proporcionara sería utilizada para fines de investigación, se le proporcionó la hoja de consentimiento informado, y se archivó en su historia clínica, misma que se fue desarrollando a través de las sesiones.

Se realizó una primera fase de evaluación (*pretest*) en la que se aplicó la escala de gravedad de síntomas del TEPT, a manera de contar con un punto de referencia inicial sobre los síntomas del TEPT presentes en la participante. Y una segunda aplicación de la escala (*postest*) para evaluar la efectividad del tratamiento. En la tabla 2 se muestra el diseño del tratamiento de acuerdo al proceso continuo de evaluación.

Tabla 2. Diseño del tratamiento

A			B														A
Evaluación pretratamiento			Intervención														Evaluación postratamiento
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
<i>S E S I O N E S</i>																	
Contención emocional	<i>Pretest</i>	Psicoeducación	Autorregistro										Suspensión de autorregistro	<i>Postest</i>			

La terapia cognitivo conductual para el tratamiento del TEPT se diseñó de acuerdo a la demanda de la participante y de acuerdo a las conductas identificadas como problema. El tratamiento consistió en la aplicación de técnicas estratégicamente seleccionadas para disminuir las manifestaciones de ansiedad, dichas técnicas fueron: entrenamiento en relajación progresiva, psicoeducación, exposición en imaginación de los recuerdos del suceso traumático, exposición gradual, (en imaginación), exposición real (en vivo) a situaciones que se evitan, mismas que no pusieran en riesgo su integridad física, reestructuración cognitiva de los pensamientos irracionales que provocaban sentimientos negativos y recuperación del autocontrol y autorregulación emocional. Dichas técnicas fueron aplicándose a lo largo de las sesiones y además se implementó un mecanismo de participación en el que se involucraban tareas para casa y autorregistro de situaciones que dispararan el nivel de ansiedad.

Aplicación del tratamiento

Entrenamiento en relajación progresiva.

Debido a los altos niveles de activación psicofisiológica que la participante presentaba, manifestada con ansiedad y somatizaciones, desde la primera sesión se comienza el entrenamiento en relajación progresiva (Jacobson, 1929) mediante: 1) respiración profunda; 2) relajación-tensión; 3) tensión-distensión, y 4) liberación de tensión. Enfatizándole lo planteado por Jacobson (1929) “*una musculatura relajada*

tiene un efecto calmante sobre la mente". El entrenamiento en relajación se implementó a lo largo de todas las sesiones como una manera de aumentar la percepción de autocontrol, permitir la autorregulación emocional, disminuir los síntomas de activación fisiológica y por ende disminuir la ansiedad relacionada con sus experiencias traumáticas.

Psicoeducación.

Como una forma de incrementar la motivación de la participante para iniciar el tratamiento, a través de la psicoeducación se le explicó en qué consiste la respuesta de ansiedad, así como sus manifestaciones y consecuencias, además se le indicó en que es el TEPT, cuáles son sus efectos, por qué es importante un tratamiento adecuado dirigido a procesar emocionalmente el trauma, todo esto con la finalidad de proporcionar aprendizaje para la solución de sus problemas. Esto permitió establecer la alianza terapéutica, y se explicó el porqué del consentimiento informado. Aunado a esto, dentro de la psicoeducación se le explicó que se confrontarían los miedos que tiende a evitar en su vida cotidiana y que están afectando de manera significativa áreas de su vida que le impiden lograr una salud física y mental adecuada, al darle a conocer esta información a la participante, existía en ella creencia de que recordar y relatar los traumas experimentados durante su desarrollo y en su vida adulta empeoraría su situación ya que el sólo hecho de hablar de ello le provocaba fuertes crisis de llanto e impulsividad. A través de la psicoeducación se le indicó que su participación activa sería muy importante para lograr los objetivos terapéuticos, se le hizo énfasis en la importancia de realizar las tareas que le fueran requeridas (automonitoreo y autorregistros). Como una manera más de motivación, se le reforzó positivamente por los esfuerzos realizados, más que por los logros obtenidos, también se le pidió en algunas sesiones su retroalimentación sobre cómo se sentía durante la sesión y frente a las tareas o ejercicios desarrollados.

Exposición de los sucesos traumáticos.

Como una forma de comenzar a reducir los síntomas que la participante experimentaba en su vida cotidiana y romper la asociación que mantenía entre los recuerdos traumáticos, las emociones asociadas y otros síntomas del TEPT se

implementó la técnica de exposición, a través de la cual se ayudó a la participante a confrontar objetos, situaciones, recuerdos e imágenes temidas. A través de esta técnica se promovió la habituación de situaciones cotidianas, introduciendo información de seguridad al recuerdo traumático. La *exposición en imaginación* tuvo la finalidad de confrontar a la participante con el estímulo temido hasta lograr reducir la ansiedad y al mismo tiempo disminuir las respuestas de escape y evitación hasta ahora mantenidos; además de que ella misma suministrará su propia narrativa del evento traumático en detalle por un periodo de tiempo prolongado (45-60 minutos), y lograr que la ansiedad fuera disminuyendo paulatinamente. A partir del autorregistro de pensamientos, se seleccionaron situaciones de temor experimentadas en su vida cotidiana relacionadas con el trauma, en la tabla 3 se muestran las situaciones seleccionadas para su registro, ordenándolas de acuerdo al nivel de ansiedad percibida, esto permitió establecer prácticas de *exposición en vivo*, en situaciones que no representaran un peligro para su integridad, después del primer registro realizado durante las dos primeras semanas del tratamiento, se procedió a registrar nuevamente durante una semana los niveles de ansiedad percibida sobre estas situaciones estresantes, el objetivo fue el de reducir el temor a través del desarrollo de un sentimiento de dominio por parte de la participante, el desarrollo de asociaciones seguras así como la disminución de la activación fisiológica.

Tabla 3. Jerarquía de situaciones estresantes

Situaciones que disparan ansiedad	Nivel de ansiedad (0-3)
Abordar el transporte público	3
Transitar sola por la calle	3
Asistir a su padre	3
Pensamientos excesivos y catastróficos	3
Problemas de relación con su madre	2
Interacción con sus hermanas	1

Reestructuración cognitiva.

A lo largo del tratamiento se insistió en explicar a través de la psicoeducación la relación entre pensamiento, emoción y conducta, así como la existencia de sesgos cognitivos atencionales e interpretativos que desencadenan reacciones de ansiedad.

Esta técnica se enfocó en la reestructuración de situaciones interpersonales y atribuciones cognitivas relacionadas con el trauma, así como en identificar, analizar, reconsiderar y modificar interpretaciones o pensamientos erróneos que la participante experimenta ante determinada situación, o que tiene sobre otras personas y estimar el grado de control ante el evento traumático. Sobre los pensamientos erróneos se abordó la sobreestimación de probabilidades de que una situación experimentada vuelva a ocurrir y los pensamientos catastróficos relacionados a su hija y a situaciones de su vida diaria. Los errores cognitivos sobre el trauma pueden representarse a través de atribuciones negativas como la culpa, la cual se aborda con la participante en términos de grado de responsabilidad, se deben identificar las ideas que la participante tiene sobre el trauma (creencias de que sabía lo que iba a ocurrir, responsabilidad distorsionada de los hechos o violación de las convicciones morales y/o personales) y se reestructuran de manera realista ante los eventos con los que se enfrenta en su vida cotidiana. De esta manera se evaluó el sistema de creencias y se consideraron otras explicaciones alternativas. En este caso en específico fue necesario el manejo del resentimiento, ya que la percepción que presentaba sobre sus padres le conducían a reacciones emocionales representadas a través de la tristeza, culpa, rabia ansiedad, añoranza, soledad, inseguridad, remordimiento: y reacciones conductuales manifestadas con conductas agresivas, irritabilidad e impulsividad; se abordó la aflicción sobre el resentimiento, consistió en autocuestionarse para qué le sirve el resentimiento, le ayuda este sentimiento a solucionar su problema, cuál es el impacto que este sentimiento tiene sobre su conducta, qué cosas importantes deja de hacer en su vida al estar pendiente de este sentimiento. Otra de las atribuciones negativas que se presentaron fue la ira, esta fue una de las demandas de la participante; a través de la terapia y con el apoyo de los autorregistros la participante identificó personas o situaciones que disparaban la reacción, estimó el grado de control que ejercía sobre esta emoción, además identificó sus verbalizaciones a través del autorregistro de pensamientos, se buscaron alternativas para explicar la situación provocadora de ira.

Recuperación de autocontrol.

Se implementó la técnica de autocontrol como una forma de reducir la irritabilidad que presentaba la participante al interactuar con su madre, sus hermanas y de manera esporádica con su padre, ya que esta interacción constantemente le provoca

ataques de estrés manifestados con ira por cualquier situación. Para ello se diseñó un pequeño manual en el que se detallaba detenidamente los pasos que debía seguir cuando se le presentará una situación estresante en sus relaciones familiares. Se diseñó una propuesta de alternativas para solucionar su pérdida de control que incluía técnicas en respiración profunda, de volumen fijo de la voz, de tiempo fuera, irse, autoverbalizaciones y técnica de pensamientos positivos.

Autorregulación emocional.

La técnica de autorregulación permitió identificar cuál fue el aprendizaje que se logró con la relajación progresiva y al mismo tiempo se prestó para enseñarle a la participante a atender y dirigir su atención al momento actual a través de la asertividad y el diálogo interno, todo esto con la finalidad de que tuviera control sobre sus pensamientos y sentimientos, obtener confianza e incrementar la capacidad para explorar el trauma, reduciendo las respuestas autónomas que había aprendido y aumentar la percepción de control de respuestas fisiológicas.

Aceptación del trauma.

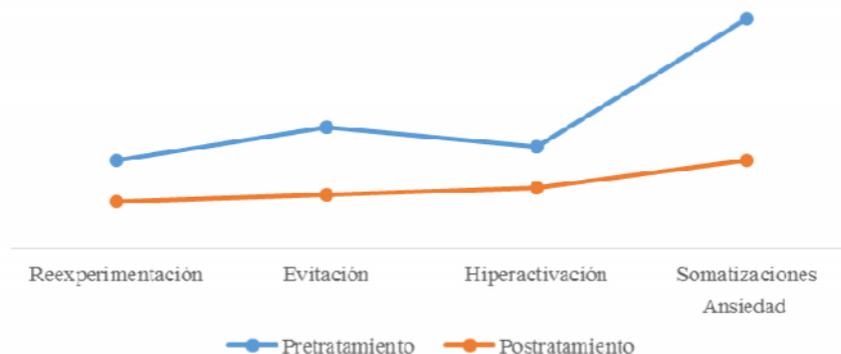
A través de la aceptación se pretendía generar un repertorio extenso y flexible de acciones encaminadas a avanzar hacia metas en direcciones personalmente valiosas para la participante. El aprendizaje de que el malestar/sufrimiento es una condición normal, al iniciar un tratamiento, la finalidad de la aceptación fue romper la rigidez del patrón de evitación destructivo, la excesiva o desadaptativa regulación por procesos verbales que estaban presentes al potenciar sentirse bien al evitar el dolor del trauma aislándose de situaciones y actividades cotidianas visto para ella como algo fundamental para vivir.

RESULTADOS

Atendiendo a la valoración cuantitativa de los cambios obtenidos tras 18 sesiones de tratamiento, se comprobó que después del tratamiento existía un descenso significativo en la activación fisiológica que provocaba somatizaciones en el usuario; los síntomas de reexperimentación, los recuerdos, sueños o flashbacks recurrentes e intrusos que provocaban tanto malestar comenzaron a verse como un producto de la

experiencia, que estaban en el pasado, en su memoria, y ya no era necesario combatirlos o sufrirlos ni aunque provocaran activación, se explicó que tenían un fin protector y poco a poco irían desapareciendo si no se intentaba suprimirlos. Los síntomas de activación, como la hipervigilancia ante estímulos desconocidos, las respuestas exageradas de sobresalto cuando interactuaba con sus hermanas, así como la irritabilidad también fueron reduciéndose, y se logró mantener un control más adecuado sobre su regulación emocional. Es necesario mencionar que con su madre le costó mucho trabajo esta parte, debido a que presentaba un gran resentimiento hacia ella, por hecho de que en la actualidad le recarga la responsabilidad de atender a su padre enfermo, y más aún la madre le hace sentir delante de sus hermanas que está en su casa viviendo y que por ese hecho ella debe obedecer cada petición de la madre. Los síntomas de evitación fueron afrontándose de manera paulatina, se le fue explicando que los síntomas que había desarrollado estaban relacionados con los sucesos que había experimentado y era normal que los tuviera, puesto que su función era protegerla, pero que tendría que irlos modificando a medida que fuese teniendo más capacidad para manejar sus emociones, lo que fue haciendo de manera espontánea, gradual y voluntaria. Los resultados Pretest-Postest del instrumento de evaluación muestran una reducción en la frecuencia de los síntomas: reexperimentación de 13 puntos iniciales a 8, disminuyendo de un 87% inicial a un 53%; evitación de 18 a 8 puntos, de 86% a 44%, activación de 15 a 9 puntos, de 100% a un 60%; y en las manifestaciones somáticas una reducción de 34 a 13 puntos, disminuyendo las manifestaciones de un 87% a un 33% menos, en la figura 2 se muestran los resultados de la intervención, podemos observar en la evaluación postratamiento una tendencia favorable, lo que indica que los objetivos terapéuticos se cumplieron, al disminuir de manera significativa el nivel de ansiedad.

Fig. 2. Evaluación de los síntomas del TEPT



De acuerdo a las técnicas empleadas durante el tratamiento, se pudo observar desde el inicio la motivación de la participante por formar parte de este proyecto y aunque en un inicio fue molesto para ella recordar los acontecimientos experimentados durante su infancia y su posterior desarrollo, resulto asertivo implementar terapia de relajación para disminuir las somatizaciones que la participante presentaba al recordar lo vivido, la relajación progresiva de Jacobson es muy eficaz para este tipo de trastornos, porque permite que la persona logre relajarse y mantener su mente calmada, es importante hacer mención que durante las primeras sesiones el proceso de relajación abarcaba gran parte del tiempo de la sesión, debido los niveles de ansiedad elevados, sin embargo poco a poco y con la asignación de tareas para casa en cuanto a la práctica del entrenamiento en relajación se logró alcanzar una relajación profunda en periodos cada vez más cortos, de 45 minutos iniciales, en las últimas sesiones se logró relajar en tan solo 5 minutos, lo que permitió verificar la eficacia de esta técnica y además identificar que la participante aprendió a relajarse y controlar el exceso de tensión en situaciones introductoras de estrés.

La implementación de la técnica de exposición también resulto favorable, ya que con la aplicación gradual, por medio de la imaginación, se pudo lograr que se expusiera a situaciones que le provocaban intenso miedo e incluso terror, ejemplo de ello, a través de esta técnica, aprendió que los recuerdos que le provocaba el trauma no eran peligrosos, y que recordar el trauma le permite procesar emocionalmente la experiencia. Si bien en un principio se presentaron alteraciones emocionales, expresadas a través del llanto y resentimiento, se le ayudo a través de la relajación a regular esas emociones a través de la respiración. Esto permitió que la participante enfrentará situaciones que le producían estrés, adquirió mayor control sobre temores y angustias. La exposición gradual y en vivo resulto ser una técnica muy activa en la que logró disminuir la activación fisiológica y el efecto negativo que le provocaba, además de lograr la habituación de situaciones que antes le provocaban estrés.

La técnica de reestructuración cognitiva permitió que la participante identificará y cuestionará sus pensamientos erróneos o desadaptativos que experimentaba ante determinadas situaciones, de tal manera que logró sustituirlos por pensamientos más apropiados con lo que consiguió reducir su malestar emocional con la que constantemente vivía. Esta técnica también permitió que la participante valorará la

conducta de miedo por viajar en autobús, con el manejo de la culpa se logró que entendiera que este sentimiento es un factor de mantenimiento de reacciones emocionales, las creencias y las costumbres que fue aprendiendo las percibió como algo tan importante que debía modificar para no sentir responsabilidad por lo ocurrido. En cuanto al resentimiento, se puede decir que se logró disminuir, aunque no en lo deseado, debido a que la interacción con su madre y las constantes insinuaciones de algunas de sus hermanas sobre su situación, contaminan su resolución a este problema, sin embargo la participante logró identificar que su ira se vio disminuida notablemente, ya que modificó en gran parte las verbalizaciones que mantenía con su madre, refirió que ya no se exalta con facilidad ante cualquier situación, tratando de regular sus emociones al poner en práctica las técnicas aprendidas durante el tratamiento. Logro identificar en ella tolerancia de sentimientos y emociones dolorosas.

Una parte importante en este proceso fue el autorregistro de pensamientos, ella misma fue identificando cada uno de los que consideraba no poder modificar, sin embargo con la puesta en práctica de las técnicas logro disminuir de manera paulatina la ansiedad y lograr el control sobre situaciones que antes del tratamiento le eran imposibles de enfrentar, en la tabla 4 se observa la disminución de ansiedad de manera significativa, aunque pareciera que en cuanto a la relación con su madre y sus hermanas no se ve favorecida, se considera un avance importante al lograr controlar emociones que le provocan irritabilidad.

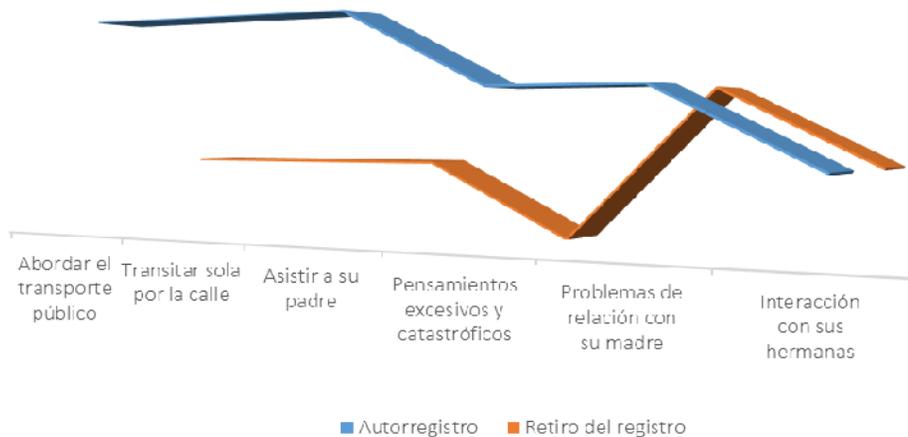
Tabla 4. Situaciones estresantes

Situaciones que disparan ansiedad	Nivel de ansiedad (0-3)	
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
Abordar el transporte público	3	1
Transitar sola por la calle	3	1
Asistir a su padre	3	1
Pensamientos excesivos y catastróficos	2	0
Problemas de relación con su madre	2	2
Interacción con sus hermanas	1	1

De acuerdo a las situaciones seleccionadas, se encontró en la primera semana de registro que prefería evitar situaciones que le provocaban malestar, sin embargo paulatinamente fue consiguiendo enfrentarlas y encontrar alternativas de solución para poner en práctica

lo aprendido durante las sesiones, en relación a las sensaciones que reportó, se encuentran somatizaciones de ansiedad, como sudoración, miedo, alteraciones en sus articulaciones, dolores de cabeza, mismos que fueron disminuyendo conforme transcurría la intervención. En la figura 3 se refleja una disminución del nivel de ansiedad al retirar el registro, con lo que se puede verificar que a través de la intervención se lograron los objetivos terapéuticos, disminuir la ansiedad.

Fig. 3. Autorregistro de situaciones estresantes



CONCLUSIONES

A pesar de tratarse de un caso que había alcanzado una alta gravedad, por la severidad de los acontecimientos experimentados por parte de la participante, y por el pronóstico del tumor, los resultados obtenidos en el tratamiento de este caso han sido satisfactorios para la participante y han permitido alcanzar los objetivos propuestos inicialmente: disminuir las manifestaciones de ansiedad excesiva e irritabilidad. Se pudo contrastar la hipótesis planteada y el logro de las metas conductuales.

1. Se estableció una buena relación terapéutica, lo que permitió que la participante no abandonará el tratamiento.
2. La información proporcionada a través de la psicoeducación sirvió de base para la motivación de la participante a integrarse de manera activa en todo el proceso terapéutico.

3. Se consiguió disminuir la ansiedad e irritabilidad, gracias a la intervención llevada a cabo, basada en el tratamiento cognitivo conductual, en el que se hizo énfasis en la relajación progresiva y la reestructuración cognitiva.
4. La importancia de iniciar con la relajación antes de recibir tratamiento dio como resultado que la participante presentara alivio a su tensión, y al mismo tiempo le permitió identificar que a través de la relajación puede lograr la ausencia de pensamientos estresantes o molestos. Que refuerza lo planteado por Jacobson (1929) *“una musculatura relajada tiene un efecto calmante sobre la mente”*.
5. La exposición gradual a situaciones temidas le permitió disminuir respuestas emocionales condicionadas que la participante consideraba útiles para evitar sufrimiento.
6. El énfasis que se le hizo a la reestructuración cognitiva resulto fundamental para que la participante comprendiera la sintomatología del TEPT, lo que habría favorecido la reducción del sesgo atencional, el sesgo interpretativo, y con ellos los tres tipos de síntomas del TEPT (reexperimentación, evitación e hiperactivación).
7. La recuperación del autocontrol emocional y la autorregulación se vio traducido en una mejora en su bienestar psicológico y su funcionalidad en las tareas cotidianas.
8. El modelo de intervención que hemos descrito ha sido aplicado a lo largo de las sesiones y presumiblemente ha producido los resultados esperados, que no se habían conseguido en una intervención previa.

La violencia en la infancia ya sea física, psicológica o sexual, es un estresor muy potentes, pues supone una amenaza real para la propia vida o integridad física de quien lo ha experimentado, máxime cuando es causado deliberadamente por una figura tan importante, por lo que puede producir un trastorno especialmente grave y duradero, si a esto le añadimos la vulnerabilidad de la persona a sufrir acontecimientos traumáticos es más probable desarrollar el TEPT, que se va extendiendo si no se recibe tratamiento adecuado, la angustia de la participante de sentir pérdida de control en su conducta le llevo a pensar que se *“volvería loca”*. Un evento traumático puede provocar una serie de reacciones emocionales perturbadoras. Dichas reacciones constituyen en realidad la base de los síntomas del TEPT (reexperimentación, activación y evitación) y suponen en muchos casos un conflicto, especialmente si no se tiene información sobre este

fenómeno y no se comprende su finalidad, traduciéndose en pérdida de autorregulación emocional. Por ello, la recuperación de una persona con TEPT exige volver a recuperar el control emocional en sus diversas facetas (Cano-Vindel, 2003).

El número de sesiones es muy superior a los que habitualmente se suelen usar en estudios experimentales, pero la gravedad del caso justifica a nuestro entender dicho número. Hay que destacar el grado de colaboración que mostró en todo momento la participante, así como la excelente relación terapéutica que se estableció desde un principio.

Se pudo contrastar la hipótesis planteada, y el logro de nuestras metas conductuales, al conseguir que la participante afrontara paulatinamente situaciones que evitaba y que le provocaban miedo a reexperimentar y revivir las situaciones traumáticas, como son sufrir un accidente, abordar un transporte colectivo, interactuar con su padre, reducir su irritabilidad hacia sus hermanas y un cambio hacia su madre. El diseñar un programa de intervención cognitivo-conductual breve, y aplicarlo de manera regular permitió modificar conductas que sin darse cuenta había ido adoptando a su vida cotidiana y no le permitían tener una interacción adecuada con sus familiares, lo que le había conducido al aislamiento. La evaluación pretest-postest, da cuenta de la efectividad del tratamiento al reducir los síntomas de ansiedad de manera significativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguado, H., Manrique, E. y Silberman, R. (2004). Evaluación cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático. *Rev. Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, pp. 69-82.
- Alcántara, C. (2010). “*Las Víctimas Invisibles*” *Afectación psicológica en menores expuestos a violencia de género*. Tesis de Doctorado no publicada. Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, España.
- Álvarez, M. (1989). *El estrés: Un enfoque psiconeuroendocrino*. La Habana, Cuba: Científico Técnica.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* (4ª Ed.). Washington, DC: APA.
- Asociación Americana de Psiquiatría, APA (2001). *D.S.M.-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado*. Barcelona: Masson (1ª edición).
- Argueta, J. (2011). *Significado de la experiencia de la violencia intrafamiliar en niños de 4to a 6to de primaria de la Escuela Santa Isabel II, Villa Nueva*. Reporte de investigación no publicado. Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas. Guatemala.
- Astin, C. y Resick, P. (1997). Tratamiento Cognitivo-Conductual del Trastorno de estrés Postraumático. En: V. Caballo (Ed.). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos*. Madrid: Siglo XXI. pp. 171-209.
- Avia, D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza editorial.
- Azcárate, M. (2007). *Trastorno de Estrés Postraumático. Daño cerebral secundario a la violencia. Mobbing, violencia de género, acoso escolar*. España: Díaz de Santos.
- Bados, A y García, E. (2010). *La Técnica de la Reestructuración Cognitiva*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.
- Báguena, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés postraumático. *Psicothema*, 13 (3). Pp. 479-492. Disponible en:

<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=470>

- Barría, G. (2012). Principales factores asociados al estrés laboral de los bibliotecólogos en Chile. *Serie Bibliotecología y Gestión de Información*, 77. Santiago de Chile.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Bezanilla, J. (2009). *La aplicación del método psicodramático a la orientación familiar*. Tesis de Maestría no publicada. Instituto de Enlaces Educativos, A. C. México, D.F.
- Bobes, J., Bousoño, M., Calcedo, A. y González, M. (2003). *Trastorno de Estrés Postraumático*. Barcelona: Ed. Masson.
- Borda, M., Pérez, M. y Blanco, A. (2000). *Manual de Técnicas de Modificación de Conducta en Medicina Comportamental*. Universidad de Sevilla: Manuales Universitarios. Cap. 3, El proceso terapéutico en Modificación de Conducta. pp. 53-62.
- Botero, C. (2005). Efectividad de una intervención cognitiva conductual para el trastorno por estrés postraumático en excombatientes colombianos. *Rev. Univ. Psychol. Bogotá*, 4 (2); pp. 205-219.
- Buela-Casal, G y Sierra, J. (2002). Normas para redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de Salud*, 2 (3). pp. 525-532.
- Cáceres, E. (2011). *Tratamiento Psicológico centrado en el trauma en mujeres víctimas de violencia de pareja*. Tesis de Doctorado no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. España.
- Cano-Vindel, A. (2002). *La naturaleza del estrés*. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. Disponible en:
http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/el_estres.htm
- Carbonell, C. (2002). Trastorno de Estrés Postraumático: Clínica y Psicoterapia. *Rev. Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40 (2); pp. 69-75. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000600006

- Carbonell, C. y Carvajal, C. (2004). El trastorno por estrés postraumático: una consecuencia de los asaltos. *Revista Médica Chile*, 132, pp. 839-844.
- Carvajal, C. (2002). Bases neurobiológicas y farmacoterapia del trastorno por estrés postraumático. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*; 40 (2); pp. 48-68.
- Castro, M. (2011). *Trastorno de estrés postraumático en menores que han sufrido maltrato familiar: Directo y exposición a violencia de género*. Tesis de Doctorado no publicada. Universidad de Murcia, Facultad de Psicología. Murcia, España.
- Castro, A y Carrillo, I. (2007). *Convergencias entre ansiedad y depresión en universitarios*. Reporte de investigación del programa de Psicología de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua, México.
- Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras. Aspectos terapéuticos*. Buenos Aires: Panamericana.
- Cortés, H. y Rivadeneira, Y. (2010). *Taller de psicoterapia Cognitivo-Conductual*. Universidad Nacional de Loja, Área de la Educación, el Arte y la Comunicación, Carrera de Psicorehabilitación y Educación Especial.
- De Rivera, J., Vela, A. y Arana, J. (1980). Manual de Psiquiatría. Estrés, homeostasis y enfermedad. España: Editorial Karpos. pp. 771-782.
- Del Pino, A. (2000). *Tratamientos psicológicos. Una perspectiva conductual*. Tenerife, España: Resma.
- Diaconu, A. (2010). El trastorno de estrés postraumático (TEPT) de origen laboral, estudio de un caso clínico. *Salud laboral*. pp. 14-46.
- Díaz, S., Mendoza, V. y Porras, C. (2011). Una Guía para la Elaboración de Estudios de Caso. *Revista electrónica en América Latina especializada en comunicación*. Disponible en:
http://www.razonypalabra.org.mx/N/N75/varia_75/01_Diaz_V75.pdf

- Dongil, E. (2008). Reestructuración cognitiva: un caso de estrés postraumático. *Ansiedad y estrés*, 14 (2-3). pp. 265-288.
- Dulanto, E. (2004). *La familia. Un espacio de encuentro y crecimiento para todos*. Academia Mexicana de Pediatría, A. C. México: Editores de textos mexicanos.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P., Zubizarreta, I. y Sarasúa, B. (1997). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: Propiedades Psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*. 23, PP-503-526.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Amor, P. J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24(96), pp. 527-555. Disponible en:
http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/9-perfilesdife_tept.pdf
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2001). Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27 (116), pp. 905-929. Disponible en:
<http://www.slideshare.net/elmundodelosasi/estrategias-de-afrontamiento-ante-los-sentimientos-de-culpa-por-e-echebura-paz-de-corrall-y-pedro-j-amor>
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Rev. Psicothema*, 14; pp. 139-146.
- El Sahili, L. (2010). *Psicología para el Docente. Consideraciones sobre los riesgos y desafíos de la práctica magisterial*. México: ENMS. Universidad de Guanajuato.
- Ellis, A. (1980). *Razón y Emoción en Psicoterapia*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Enríquez, H., Maldonado, A. y Berducido, G. (2010). Tratamiento psicológico del abuso sexual asociado a los trastornos funcionales gastrointestinales. En H. Enríquez, R,

- Schneider y J. Rodríguez (Eds.) *Síndrome del Intestino Irritable y otros Trastornos Relacionados. Fundamentos Biopsicosociales*. España: Panamericana. pp. 784-823.
- Fernández-Marcote, R., Henche, A. y González, R. (2011). Trastorno por Estrés Postraumático. En: J. Bobes, M. Casas y M. Gutiérrez (Eds.). *Manual de Trastornos Adictivos*. España: Enfoque Editorial, S. C. pp. 166-174.
- Foguet, Q., Álvarez, M., Costa, R., Coll, M. y Arrufar, F. (2010). Comorbilidad del trastorno por esteres postraumático en pacientes con trastorno mental grave. Implicaciones clínicas. *Elsevier Doyma. Psiquiatría Biológica*, 17 (4). pp. 134-137. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/psiquiatria-biologica-46/articulo/comorbilidad-del-trastorno-por-estres-13189998>
- Gómez, G. (2008). Freud: Enfermedades nerviosas, Angustia y Estrés. *Revista Electrónica del Departamento de Psicoanálisis Universidad de Antioquia* 9. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis/article/viewFile/5330/6595>
- González, I. y Lorenzo, A. (2012). Propuesta Teórica acerca del Estrés Familiar. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, UNAM*. 15, (2). Pp. 416-432.
- González, J. y Pardo, E. (2007, febrero). *El daño psíquico en las víctimas de agresión sexual. Ponencia presentada en el Octavo Congreso Virtual de Psiquiatría*. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/4079>
- Guardia, J., Surkov, S. y Candúz, M. (2011). Bases Neurobiológicas de la adicción. En: J. Bobes, M. Casas y M. Gutiérrez (Eds.). *Manual de Trastornos Adictivos*. España: Enfoque Editorial, S. C. Cap. 2. Pp. 27-36.
- Guillazo, G., Redolar, A., Soriano, C., Torras, M. y Vale, A. (2007). Fundamentos de Neurociencia. *Cap. VI, Sistemas Reguladores y Emocionales. Emociones*. Barcelona: Editorial UOC. pp. 289-334.

- Hernández, N. y Sánchez, J. (2007). *Manual de Psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. México: Libros en Red.
- Herrero, C. y Garrido, E. (2002). Los efectos de la violencia sobre sus víctimas. *Psicothema, 14*, pp. 109-117.
- Kazdin, A. (1983). *Historia de la modificación de conducta*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lega, L. (2008). La Terapia Racional Emotiva: Una Conversación con Albert Ellis. En V. Caballo (Ed.), *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. España: Siglo XXI. Pp. 475-492.
- Macías, H. (2007). *Estudio de los Niveles de Estrés del Contingente Español desplegado en Irak en misión de mantenimiento de Paz*. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad de Granada, Facultad de Psicología. España.
- Mardomingo, M. (2003). *Psiquiatría para padres y educadores. Ciencia y arte. Cap. 5, entorno familiar y Psicopatología: La armonía añorada*. Madrid: Narcea. Pp-155-194.
- Marty, C. y Carvajal, C. (2005). Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez. *Rev Chil Neuro-Psiquiat, 43 (3)*; pp. 180-187. Disponible en:
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=420106&indexSearch=ID>
- Martín, J. y De Paúl, J. (2004). Trastorno de estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Rev. Psicothema, 16*. Pp. 45-49. Disponible en:
<http://www.psicothema.com/pdf/1159.pdf>

- Núñez, A. y Gascón, I. (2012). Control del estrés. En: M. Martín, A. Núñez, C. Ongallo, I. Puchol y G. Sánchez (Eds.). *El libro de las habilidades directivas*. Madrid: Díaz de Santos. Cap. 15. pp. 399-436.
- Medina- Mora, M., Borges, G., Lara, C., Ramos, L., Zambrano, J. y Fleiz, C. (2005). Prevalencia de Sucesos Violentos y de Trastorno por Estrés Postraumático en la Población Mexicana. *Revista Salud Publica de México*, pp. 8-22. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/HomRevRed.jsp?iCveEntRev=106>
- Mesa, P. y Moya, L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: El ciclo de la violencia. *Revista de Neurología*, 58 (2); pp. 489-503. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5208/bf080489.pdf>
- Oblitas, L. (2010). Psicología de la Salud y Calidad de Vida. *Cap. 8, Estrés y Salud*. México: CENGAGE Learning. pp. 213-248.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Orlandini, A. (1999). *El estrés: Qué es y cómo evitarlo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Paula, I. (2007). *¡No puedo más! Intervención Cognitivo-Conductual ante sintomatología depresiva en docentes*. España: Wolters Kluwer. pp. 25-56.
- Palacios, L. y Heinze, G. (2002). Trastorno de Estrés Postraumático: Una revisión del tema (Primera Parte). *Salud Mental*, 25 (3), pp. 19-26.
- Parra, H. (2005). *Relaciones que dan origen a la familia*. Monografía de Grado no publicada. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.
- Patró, R. y Limiñana, R. (2005). Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en los hijos de mujeres maltratadas. *Anales de Psicología*, 21; pp. 11-17. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v21/v21_1/02-21_1.pdf
- Payné, R. (2002). *Técnicas de relajación: Guía práctica*. España: Paidotribo.

- Pérez, I., Fernández, P. y Rodado, S. (2005). Prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático por la Guerra, en Niños de Cundinamarca, Colombia. *Rev. Salud pública*, 7(3); pp. 268-280. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v7n3/v7n3a03.pdf>
- Pérez, E., González, C., Ramos, L. y Jiménez, J. (2007). Trastorno por Estrés Postraumático en pacientes con lesiones no intencionales producidas en accidentes de tránsito. *Salud Mental*, 30(6). Pp. 43-48. Disponible en: <http://www.inprfcd.org.mx/pdf/sm3006/sm300643.pdf>
- Pérez, C., Vicente, B., Zlotnick, C., Kohn, R., Johnson, J., Valdivia, S. y Rioseco, P. (2009). Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés post-traumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud Mental (Mex)*, 32 (2); pp. 145-153. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2990643/pdf/nihms160797.pdf>
- Pieschacón, M. (2006). Estado del arte del Trastorno de Estrés Postraumático. *Suma Psicol.* 13 pp. 67-84. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-43812006000100006
- Portugal, R., Pérez, J. e Iglesias, M. (2003). Efectividad de la terapia cognitivo conductual. *Revista Psicología.com*. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/785/>
- Quiste, P. y López, W. (2010). *El desgaste profesional presente en los maestros de nivel primario del Colegio de Sebastián y la Escuela Anexa Josefina Alonso 2009*. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de ciencias Psicológicas. Guatemala.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Norma.

- Rodríguez, S. (2009). *Variables moderadoras de estrés postraumático en niños*. Tesis de Doctorado no publicada. Universidad Católica Argentina, Facultad de psicología y Educación. Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/variables-moderadoras-estres-postraumatico-ninos.pdf>.
- Rodríguez-Saavedra, R., & Cano-Vindel, A (1995). Relación entre adquisición y patrón de respuestas de ansiedad en la fobia dental. *Ansiedad y Estrés*, 1, pp. 105-111.
- Román, C. y Hernández, Y. (2011). El estrés Académico: Una Revisión Crítica del Concepto desde las Ciencias de la Educación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 14, (2). Pp. 1-14.
- Ruíz, V. (2011). *Taller sobre la prevención de la violencia intrafamiliar*. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Pedagógica Nacional, Unidad Ajusco. México, D. F.
- Santacreu, J. (2011). Protocolo general de intervención clínica en Psicología. *Master de Salud de la UAM*.
- Silva, A. y Aragón, I (2002). El proceso terapéutico: dinámica continúa de evaluación. En: L. Aragón, y A. Silva, A. (Ed.), *Fundamentos teóricos de la Evaluación Psicológica*. México: Pax. pp. 63-126.
- Stora J. (1990). *El Estrés*. Francia: Presses Universitaires de France.
- Tolentino, S. (2009). *Perfil de Estrés Académico en Alumnos de Licenciatura en Psicología, de la Universidad Autónoma de Hidalgo en la Escuela Superior de Actopan*. Tesis de Licenciatura no publicada. Escuela Superior de Actopan, Universidad Autónoma de Hidalgo, Actopan, Hidalgo.
- Valadez, A. (2002). Aplicación de técnicas cognitivo conductuales en un caso de problemas familiares: reestructuración cognitiva, asertividad y manejo de contingencias. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. 5(2).
- Valdivia, M. (2002). Trastorno por estrés postraumático en la niñez. *Rev. Chil. Neuropsiquiatría*, 40(2) pp. 76-85. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=627252&indexSearch=ID

Vargas, J. e Ibáñez, E. (1998). Aplicación de la terapia racional emotiva y del entrenamiento asertivo en un caso de depresión. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala 1*. Disponible en:

<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/22851>

Vázquez, F. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema, 14 (3)*. Pp. 516-522. disponible en:

<http://www.psicothema.com/pdf/759.pdf>

Watzlawick. P. (2002). *Teoría de la comunicación Humana*. España: Heder.

ANEXOS

I

ANEXO 1
Entrevista Inicial

1.- Datos Personales

Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Teléfono: _____
Estado Civil: _____ Lugar de Nacimiento: _____
Lugar y tiempo de Residencia: _____
Ocupación: _____
Diagrama de las personas con las que vive (Familiograma):

2.- Motivo de la Consulta

¿Qué le ha llevado a acudir a la consulta? _____

3.- Información General:

3.1.- Información sobre su salud:

1.- ¿Cuál es su estado de salud actualmente? _____
¿Padece alguna enfermedad física? _____
¿Qué tratamiento sigue? _____
¿Ha sufrido algún tipo de accidente o intervención quirúrgica? _____

2.- ¿Es fumador habitualmente? _____
¿Qué cantidad de cigarrillos consume al día? _____
¿Consume algún tipo de drogas? _____
¿Suele haber situaciones que favorecen tal consumo? _____ ¿Cuáles? _____
¿Por qué? _____

3.- ¿Consume habitualmente bebidas alcohólicas? _____
¿Qué cantidad? _____ Tipo de Bebida: _____
¿Suele beber en alguna situación más frecuentemente que en otras? _____ ¿Por qué? _____

4.- ¿Considera que su dieta alimenticia es equilibrada? _____
¿Cuántas veces al día come y en qué cantidades? _____
Ejemplifique un día cualquiera:

5.- ¿Habitualmente cuántas horas duerme? _____
¿Suele levantarse descansado? _____
En caso negativo ¿Por qué? _____

6.- ¿Tiene relaciones sexuales? _____
En caso afirmativo, ¿está satisfecho con sus relaciones sexuales? _____

8.- ¿Está satisfecha, en general, con su salud física? _____

3.2.- Información sobre relaciones familiares, sociales y afectivas:

1.- ¿Tiene un grupo de amigos estable? _____
¿Cómo son sus relaciones con ellos? _____

2.- ¿Cómo son sus relaciones con sus compañeros de trabajo? _____
 ¿Y con sus superiores? _____

3.- ¿Cómo son sus relaciones con su familia? _____

¿Con quién se lleva mejor? _____

¿Tiene problemas con algún miembro de su familia? _____

4.- En caso de tener pareja estable:

¿Desde cuando conoce a su pareja? _____

¿Cómo la describiría? _____

¿Qué puntos comunes tienen? _____

¿En qué son diferentes? _____

¿Está satisfecho con esa relación y con su pareja? _____

5.- ¿Cómo son las relaciones con la familia de su pareja? _____

6.- En caso de que no tenga pareja estable ¿Por qué? _____

En caso de que haya habido separación o divorcio:

¿Qué sucedió? _____

¿Cuánto tiempo hace de ello? _____

¿Cómo le afectó en su vida? _____

¿Qué cambio produjo? _____

¿En qué medida le afecta actualmente? _____

7.- En caso de tener hijos:

¿Cómo es su relación con ellos? _____

¿Los podría describir? _____

¿Existe algún problema en concreto en relación con ellos? _____

8.- ¿Está satisfecho en general con sus relaciones sociales, familiares y personales?

9.- ¿Existe alguna persona con la que le gusta estar particularmente? ¿Por qué?

3.3.- Información sobre el trabajo actual y el tiempo de ocio

1.- ¿Cuáles son sus ocupaciones actuales? _____

¿Qué horario tiene? _____

2.- ¿Qué es lo que más le gusta de estas ocupaciones y lo que menos? _____

De 0 a 5, ¿cómo las puntuaría respecto a su agrado y respecto a su dominio? _____

¿Qué cambiaría de ellas? _____

3.- En general, ¿está satisfecho con las mismas? _____

4.- ¿Le gustaría trabajar en otra cosa? _____ ¿Cuál? _____
 ¿Por qué no lo hace? _____

5.- ¿Cuáles son sus ambiciones profesionales futuras? _____

 ¿Qué expectativas de conseguirlas tiene? _____

6.- ¿Tiene tiempo de ocio? _____
 En caso negativo ¿Por qué? _____
 En caso positivo ¿Qué tipo de actividades suele realizar en este sentido? _____

 ¿Cuánto tiempo semanal le dedica? _____
 ¿Con quién realiza estas actividades? _____
 ¿Hay algo que le gustaría hacer y no hace? _____
 ¿Por qué? _____

3.4.- Estrategias de Autocontrol

1.- ¿Ha intentado alguna vez utilizar estrategias de autocontrol para resolver situaciones conflictivas?

 En caso afirmativo, ¿Consiguió resolverlas? _____
 En caso negativo, ¿Por qué? _____

2.- ¿Se considera capaz de controlar situaciones problemáticas cotidianas? _____
 ¿Puede poner ejemplos de esas situaciones y cómo suele resolverlas? _____

3.- En general, ¿se considera satisfecho con su capacidad de controlarse a sí mismo? _____

3.5.- Motivación hacia la intervención

1.- ¿Qué espera de esta intervención? _____

2.- ¿Está animada para colaborar activamente en la consecución de esta mejoría? _____

6.- Información sobre posibles recursos terapéuticos

1.- ¿Qué cosas y actividades le gustan mucho? _____
 ¿Las realiza? _____
 En caso afirmativo ¿Con qué frecuencia? _____
 En caso negativo ¿por qué? _____

2.- ¿Cree que hay alguna persona en su entorno que puede colaborar en su vida y atención hacia su persona? _____

ANEXO 2

Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasúa (1997)

Nombre: _____ Edad: _____

Tipo de Evaluación: _____ Fecha Evaluación: _____

SUCESO TRAUMÁTICO (Definir tipo de maltrato a que está o estuvo sometida):

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió el primer incidente (meses/años)?:

¿Desde cuándo experimenta el malestar?:

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

- 0: NADA
- 1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS / POCO
- 2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA / BASTANTE
- 3: 5 O MÁS VECES POR SEMANA / MUCHO

REEXPERIMENTACIÓN

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

PUNTUACIÓN SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN (Rango 0-15)

EVITACIÓN

1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso? _____
2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso? _____
3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso? _____
4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas? _____
5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás? _____
6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)? _____
7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? _____

PUNTUACIÓN SÍNTOMAS DE EVITACIÓN (Rango 0-21)

AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño? _____
2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira? _____
3. ¿Tiene dificultades de concentración? _____
4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso? _____
5. ¿Se sobresalta o alarma más fácilmente desde el suceso? _____

PUNTUACIÓN SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN (Rango 0-15)

MANIFESTACIONES SOMÁTICAS DE ANSIEDAD EN RELACIÓN CON EL SUCESO

1. Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo _____
2. Dolores de cabeza _____
3. Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia) _____
4. Dolor o malestar en el pecho _____
5. Sudoración _____
6. Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo _____
7. Náuseas o malestar estomacal _____
8. Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad _____
9. Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestias) _____
10. Sofocos y escalofríos _____
11. Temblores o estremecimientos _____
12. Miedo a morir _____
13. Miedo a volverse loco o a perder el control _____

PUNTUACIÓN ESPECÍFICA DE LAS MANIFESTACIONES SOMÁTICAS DE LA ANSIEDAD (Rango 0-39)

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TEPT (Rango 0-51)

Trastorno de estrés postraumático

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3 en el de evitación; y de 2 en el de aumento de la activación.

Sí

No

Agudo (1-3 meses)

Crónico (> 3 meses)

Con inicio demorado

GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

	PUNTO DE CORTE	PUNTUACIÓN OBTENIDA
ESCALA GLOBAL (Rango 0-51)	15	
ESCALAS ESPECÍFICAS		
<i>Reexperimentación</i> (Rango 0-15)	5	
<i>Evitación</i> (Rango 0-21)	6	
<i>Aumento de activación</i> (Rango 0-15)	4	

ANEXO 3

Auto- Registro de pensamientos (Relaciones familiares)

Instrucciones: En la tabla que a continuación se presenta le pedimos que la llene día con día (procurando su registro justo después de que ocurra un evento significativo). No olvide ser lo más honesto posible, ya que es parte del trabajo de la terapia.

Día	Situación (Descripción del momento en que ocurre el acontecimiento)	Pensamiento (¿Qué es lo que estoy pensando en ese momento? ¿Qué es lo que se me viene a la cabeza?)	Sensación (¿Qué siento físicamente en el cuerpo? ¿En qué parte?)	Emoción (¿Cómo me siento: Triste, enojada, nerviosa, etc.?)	Comportamiento (¿Qué es lo que hago o dejo de hacer cuando me ocurre esto?)	NIVEL DE ANSIEDAD (0-3)	Alternativa (Creo que si pensara y/o hiciera las cosas de manera distinta, me serviría para estar mejor en esta situación ¿Cuál sería?)
Lunes							
Martes							
Miércoles							
Jueves							
Viernes							
Sábado							
Domingo							

**Auto- Registro de pensamientos
(Interacción con su entorno)**

Instrucciones: En la tabla que a continuación se presenta le pedimos que la llene día con día (procurando su registro justo después de que ocurra un evento significativo). No olvide ser lo más honesto posible, ya que es parte del trabajo de la terapia.

Día	Situación (Descripción del momento en que ocurre el acontecimiento)	Pensamiento (¿Qué es lo que estoy pensando en ese momento? ¿Qué es lo que se me viene a la cabeza?)	Sensación (¿Qué siento físicamente en el cuerpo? ¿En qué parte?)	Emoción (¿Cómo me siento: Triste, enojada, nerviosa, etc.?)	Comportamiento (¿Qué es lo que hago o dejo de hacer cuando me ocurre esto?)	NIVEL DE ANSIEDAD (0-3)	Alternativa (Creo que si pensara y/o hiciera las cosas de manera distinta, me serviría para estar mejor en esta situación ¿Cuál sería?)
Lunes							
Martes							
Miércoles							
Jueves							
Viernes							
Sábado							
Domingo							

Auto- Registro de pensamientos (Preocupaciones excesivas)

Instrucciones: En la tabla que a continuación se presenta le pedimos que la llene día con día (procurando su registro justo después de que ocurra un evento significativo). No olvide ser lo más honesto posible, ya que es parte del trabajo de la terapia.

Día	Situación (Descripción del momento en que ocurre el acontecimiento)	Pensamiento (¿Qué es lo que estoy pensando en ese momento? ¿Qué es lo que se me viene a la cabeza?)	Sensación (¿Qué siento físicamente en el cuerpo? ¿En qué parte?)	Emoción (¿Cómo me siento: Triste, enojada, nerviosa, etc.?)	Comportamiento (¿Qué es lo que hago o dejo de hacer cuando me ocurre esto?)	NIVEL DE ANSIEDAD (0-3)	Alternativa (Creo que si pensara y/o hiciera las cosas de manera distinta, me serviría para estar mejor en esta situación ¿Cuál sería?)
Lunes							
Martes							
Miércoles							
Jueves							
Viernes							
Sábado							
Domingo							