



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**Efecto de la Terapia de Procesamiento
Cognitivo con Entrenamiento en Crecimiento
Postraumático para Pacientes con Trastorno
por Estrés Postraumático**

TESIS PRESENTADA POR
Mario Guzmán Sescosse

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE
Doctor en Psicología

COMITÉ TUTORAL

Ferrán Padrós Blázquez (Director)

Doctor en Psicología del Aprendizaje Humano, opción Psicología de la Salud

Dr. Tonatiuh García Campos

Doctor en Psicología

Francisco Augusto Laca Arocena

Doctor en Psicología

REVISORES

Fabiola González Betanzos

Doctora en Metodología de las Ciencias del Comportamiento

María Elena Rivera Heredia

Doctora en Psicología

MORELIA, MICH.,



AGRADECIMIENTOS

Este estudio se realizó con el financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, que otorgó una beca al que suscribe para cursar el Doctorado Interinstitucional en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, de la Universidad de Colima, de la Universidad de Guanajuato, de la Universidad de Guadalajara y de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Sin este apoyo la realización de la investigación y del doctorado habría sido imposible. Por ello mi agradecimiento me compromete a retribuir a través de la investigación, la docencia y la práctica clínica que conforman mi quehacer profesional.

Mi agradecimiento también se dirige a mi tutor el Dr. Ferrán Padrós que gracias a su dedicación, tenacidad y rigor científico me he visto enriquecido de formas insospechadas. Mis lectores el Dr. Francisco Laca Arocena y el Dr. Tonatiuh García Campos han mostrado interés y apoyo en todo momento, así como una apreciación desde ángulos diversos y enriquecedores.

La Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo junto con la Dra. María Elena Rivera Heredia, la Dra. Ana María Méndez Puga, el Dr. Roberto Oropeza, la Dra. Fabiola González Betanzos y la Mtra. Karla Murillo fueron de inigualable apoyo. Su solidaridad me permitió enriquecer mis conocimientos en el extranjero así como afrontar retos personales que coexistieron en el desarrollo de la investigación. Gracias por mostrarme que la atención institucional también es una atención humana y que no hay mejor Universidad que la Universidad Pública.

De igual forma agradezco el apoyo económico recibido por la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo para poder realizar estudios complementarios en el extranjero. Sin ese apoyo no habría logrado los conocimientos que fueron fundamentales en esta investigación.

Finalmente mi agradecimiento para los participantes de esta investigación. Ustedes fueron el punto de partida y el punto de llegada.

DEDICATORIA

De manera especial para mi esposa Ana Sofía que su paciencia, apoyo y comprensión han sido el motor de este proyecto.

Para mis padres que siempre han creído en mí y que su apoyo y generosidad han sido parte esencial en mis logros.

Para mis hijos que han tenido que vivir las horas de ausencia pero que han sido una motivación inagotable.

Para Ferrán que ha sido más que un tutor.

ÍNDICE

RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
1. INTRODUCCIÓN	
1.1 La violencia en números.....	10
1.2 El estudio de la violencia.....	11
1.3 Tipos de violencia.....	13
2. ANSIEDAD Y ESTRÉS	
2.1 Conceptos básicos.....	15
2.2 Los Trastornos de Ansiedad	27
2.3 Modelo Teórico de la Evaluación Cognitiva del Estrés de Lazarus y Folkman....	30
3. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	
3.1 La historia del TEPT; primeros abordajes teóricos y terapéuticos.....	41
3.2 Eventos traumáticos.....	42
3.3 Descripción de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT).....	44
3.4 Subtipos del TEPT y curso.....	46
3.5 Comorbilidad y síntomas asociados.....	49
3.6 Componentes culturales y de edad en la sintomatología del TEPT.....	50
3.7 Diagnóstico Diferencial.....	51
3.8 Descripción del Trastorno por Estrés Agudo (TEA).....	51
3.9 Transformación Persistente de la Personalidad tras Experiencia Catastrófica (TPPPEC).....	55
3.10 Epidemiología del Trastorno por Estrés Postraumático y del Trastorno por Estrés Agudo.....	56
3.11 Cambios y Novedades en la clasificación del TEPT en el DSM 5.....	57
4. MODELOS EXPLICATIVOS Y EVALUACIÓN DEL TEPT	
4.1 Planteamientos Neurobiológicos del TEPT.....	63
4.2 Hallazgos de Neuroimagen del TEPT.....	65
4.3 Procesos psicológicos implicados en el TEPT.....	66
4.5 Modelo del Condicionamiento.....	69
4.6 Modelos Cognitivo Conductuales del TEPT.....	70

5. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA EL TEPT	
5.1 Introducción: Tratamientos actuales y su eficacia.....	91
5.2 Terapia de Exposición Prolongada (TPE).....	91
5.3 Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC).....	92
5.4 Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma (TCCCT).....	94
5.5 Desensibilización y Reprocesamiento del Movimiento Ocular (DRMO).....	94
5.6 Hallazgos obtenidos en las intervenciones para el TEPT.....	95
5.7 Semejanzas y diferencias en los tratamientos.....	98
5.8 Deficiencias en las Intervenciones.....	99
6. CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO Y BIENESTAR PSICOLÓGICO	
6.1 Definición y características.....	101
6.2 Variables en el Crecimiento Postraumático.....	104
6.3 Efectos del Crecimiento Postraumático.....	106
6.4 Medición del Crecimiento Postraumático.....	107
6.5 Relación entre Crecimiento Postraumático y TEPT.....	107
6.6 Desarrollo Histórico del Bienestar Psicológico.....	109
6.7 Modelo de Bienestar Psicológico de Ryff.....	110
6.8 Medición del Bienestar Psicológico.....	112
7. PLANTEAMIENTO, PREGUNTA, OBJETIVOS E HIPÓTESIS	
7.1 Diseño de la Investigación y Tipo de Estudio.....	114
7.2 Planteamiento del Problema.....	114
7.3 Pregunta de Investigación.....	116
7.4 Objetivo General.....	116
7.5 Objetivos Particulares.....	116
7.6 Variables.....	117
7.7 Hipótesis.....	117
8. MÉTODO	
8.1 Participantes.....	118
8.2 Instrumentos.....	119
8.3 Procedimiento.....	126
8.4 Consideraciones Éticas.....	127

9.1	Introducción.....	129
9.2	Análisis de casos basado en las características clínicas y sociodemográficas de los sujetos participantes en el grupo control pre tratamiento y post tratamiento con la Terapia de Procesamiento Cognitivo.....	131
9.3	Análisis de casos basado en las características clínicas y sociodemográficas de los sujetos participantes en el grupo experimental pre tratamiento y post tratamiento con la Terapia de Procesamiento Cognitivo.....	136
9.4	Valoraciones y respuestas de los sujetos en el grupo experimental que recibieron el entrenamiento en crecimiento postraumático.....	140
9.5	Identificación de la línea base y corroboración de la Terapia de Procesamiento Cognitivo.....	141
9.6	Análisis de las escalas utilizadas, en ambos grupos, en la fase de pre tratamiento del Entrenamiento en Crecimiento Postraumático.....	142
9.7	Análisis de las escalas utilizadas, en ambos grupos, en la fase de post tratamiento del Entrenamiento en Crecimiento Postraumático.....	143
9.8	Análisis de los datos del grupo control obtenidos en el pre tratamiento del Entrenamiento en Crecimiento Postraumático con la prueba estadística de Wilcoxon.....	144
9.9	Análisis de los datos del grupo experimental obtenidos en el pre tratamiento del Entrenamiento en Crecimiento Postraumático con la prueba estadística de Wilcoxon.....	144
9.10	Análisis comparativos de los datos con la variable generada “valores de cambio” (valor del post tratamiento - valor del pre tratamiento) de cada una de las escalas entre el grupo experimental y el grupo control con la prueba estadística de U de Mann Withney.....	145
10.	DISCUSIÓN	
10.1	Discusión.....	147
10.2	Limitaciones y sugerencias.....	150
11.	CONCLUSIÓN.....	153
12.	REFERENCIAS.....	155
13.	ANEXOS	

ANEXO 2: protocolo para instituciones.....	166
ANEXO 3: manual para el paciente de la terapia de procesamiento cognitivo.....	176
ANEXO 4: manual para el terapeuta del entrenamiento en crecimiento postraumático.....	216
ANEXO 5: manual para el paciente del entrenamiento en crecimiento postraumático.....	227

Resumen

El TEPT consiste fundamentalmente en síntomas de re experimentación, de evitación y de actividad (elevado *arousal*) después de experimentar algún acontecimiento traumático. Se estima una elevada prevalencia del trastorno en México. En el presente trabajo se hace una revisión exhaustiva del estado del arte del TEPT. Además se aborda la variable Crecimiento Postraumático (CPT).

El objetivo del presente trabajo era identificar si con un entrenamiento para favorecer el CPT en pacientes con TEPT (ECPT) genera mejoría en pacientes con TEPT. La N fue de 10 de los cuales el 50% fueron mujeres y la media de edad resultó de 37.2 años. Los instrumentos que se aplicaron fueron: Escala de Inadaptación, Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, Escala de Bienestar Psicológico e Inventario de Crecimiento Postraumático. Todos los participantes recibieron la Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT. Se formaron dos grupos aleatoriamente, al grupo experimental se les aplicó el ECPT y el grupo control fue de espera, a ambos se les aplicaron las cuatro escalas. Resultó que el grupo experimental mejoró significativamente ($p= 0.008$) en la variable Bienestar Psicológico y casi resultó significativa ($p= 0.056$) respecto al CPT, donde se observó una tendencia al aumento. Sin embargo, no se observaron diferencias en los síntomas del TEPT ($p=0.841$) ni en los niveles de Inadaptación ($p= 0.421$).

Se concluye que la TPC resultó eficaz en el tratamiento de pacientes mexicanos diagnosticados con TEPT y que el ECPT resultó eficaz en aumentar el bienestar psicológico en los participantes, y podría ser para el CPT. El ECPT podría ser de utilidad como tratamiento coadyuvante para pacientes con TEPT si en futuras investigaciones con muestras mayores evidencia ser eficaz. Asimismo podría aplicarse de forma preventiva en personas después de experimentar un evento traumático.

Palabras clave: Trastorno por Estrés Postraumático, Crecimiento Postraumático, Terapias Cognitivo Conductuales, Terapia de Procesamiento Cognitivo, Entrenamiento

Abstract

PTSD consists fundamentally in symptoms of re-experiencing, avoidance and activity (high arousal) after experiencing a traumatic event. In Mexico is estimated a high prevalence of the disorder. In this paper a comprehensive review of the state of the art of PTSD is made. Besides the Posttraumatic Growth variable (PG) is addressed.

The aim of this study was to identify whether a training to promote PG in patients with PTSD (PGT) generates improvement in patients with PTSD. The total number of participants was 10 of which 50% were women and the mean age was 37.2 years. We applied the following instruments: Scale of Maladjustment, Symptom Severity Scale of PTSD, Psychological Well-Being Scale and Posttraumatic Growth Inventory. All participants received Cognitive Processing Therapy for PTSD. Two random groups were conformed, the experimental group were administered the ECPT and the control group was waiting, for both groups the four scales were applied. It turned out that the experimental group improved significantly ($p = 0.008$) in the Psychological Well-Being variable and almost significant ($p = 0.056$) in PG, where an increasing trend was observed. However, no differences in PTSD symptoms ($p = 0.841$) or Maladjustment levels ($p = 0.421$) were observed.

We conclude that TPC was effective in the treatment of Mexican patients diagnosed with PTSD and the PGT was effective in increasing the Psychological Well-Being participants, and could be for the PG. The PGT might be useful as adjunctive treatment for patients with PTSD if future research with larger samples evidence be effective. It could also be applied preventively in people after experiencing a traumatic event.

Keywords: Posttraumatic Stress Disorder, Posttraumatic Growth, Cognitive Behavioral Therapy, Cognitive Processing Therapy, Posttraumatic Growth Training.

1 INTRODUCCIÓN

1.1 La violencia en números.

La Organización Mundial para la Salud (OMS,2005) define a la violencia como: *El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.* (p.5).

Según cifras de la Campaña Global para la Prevención de la Violencia (CGPPV) (Butchart., Mikton, Kieselbach, 2012), cada año mueren por homicidio en todo el mundo 530,000 personas y de dichos actos el 90% ocurren en países de bajo y mediano ingreso, como lo es México, además, según datos del *Global Study on Homicide* (2011) el 80% de ellos es perpetrado hacia el sexo masculino y una gran mayoría de dichos asesinatos son de jóvenes.

El reciente reporte del Índice Global de la Paz 2012, que busca identificar a las naciones más pacíficas y violentas, sitúa a México como el número 135 de un total de 158 países, lo que nos convierte en una de las naciones menos pacíficas del mundo. Nos encontramos por debajo de países que tradicionalmente se han asociado con la violencia como; Costa de Marfil, Irán, Kenya, Rwanda, El Salvador y muchos otros.

En el territorio nacional la cifra de homicidios en los últimos seis años asciende a 71,000 ejecuciones (Mendoza, 2012). En cuanto a Jalisco se refiere, ocupa el sexto lugar a nivel nacional en número de homicidios con un total de 5,630 personas asesinadas en los años del 2006 al 2011 (Arroyo, 2012). Información recabada del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2011) para el año del 2009 en todo el país señala que hubieron 19,804 homicidios. De ellos 681 ocurrieron en Jalisco y en el mismo periodo se contabilizaron 1,843 muertes de jóvenes, sólo en dicho Estado, en un rango de edad de los 14 a los 29 años, los cuales fueron clasificados

como defunciones accidentales y violentas, sin especificar cuántos de ellos fueron accidentes, homicidios y suicidios.

La Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública 2012 (ENVIPE) señala que el 24.5 % de la población mexicana mayor de 18 años, es decir 18,675,004 fueron víctimas de delito del fuero común como: robo o asalto en la calle o el transporte público 28%, extorsión 19.6 %, Robo total o parcial del vehículo 14 %, fraude 8.6 %, amenazas 7.8%, robo en su casa habitación 7.6%, robo en forma distinta a los anteriores 4.4%, lesiones 4.1 %. Todo esto nos da una media de 1.2 delitos por víctima lo que da un total de 22,389,492 delitos. Estos sin contar delitos como; homicidios, secuestros, narcotráfico, tráfico de indocumentados y demás delitos relacionados al crimen organizado.

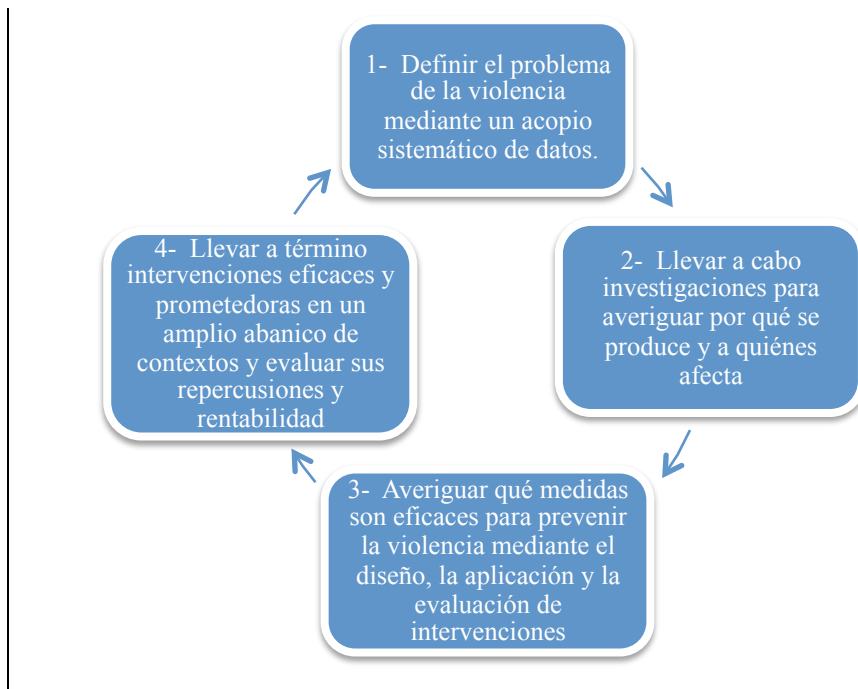
Dichos números están lejos de ser los reales, solo son los llamados oficiales, pues se estima que solo el 12% de los delitos son denunciados lo que arroja una cifra negra del 88% según datos de la Encuesta del Instituto Ciudadano de Estudios sobre la Inseguridad (ICESI) del 2007, otros la sitúan hasta en 91% (ENVIPE, 2012). Además el Índice de Incidencia Delictiva y Violencia CIDAC (Zepeda, 2008) señala que la impunidad en nuestro país es del 98.76%.

Lamentablemente en cuanto al delito del secuestro no se cuenta con información válida que nos permita medir su magnitud en el país (Zepeda, 2008), lo que representa un grave vacío además de que impide estudiar las reacciones postraumáticas en quienes lo experimentan y sus familiares.

1.2 El estudio de la violencia

Actualmente, el enfoque de salud pública propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), establece cuatro pasos para abordar y prevenir la violencia:

Figura 1 El enfoque de salud pública (tomado de: OMS,2005)



Para comprender el paso 1 y 2 propuesto por la OMS se cuenta con lo que se ha llamado marco ecológico de la violencia y que a continuación revisaremos.

“El estudio de la violencia es complejo y envuelve distintas áreas de la naturaleza y comportamiento del ser humano, por ello es importante utilizar un marco conceptual ecológico que permita entender la relación de factores entre lo personal, situacional, socioeconómico, político, psicocultural e histórico, pues ellos son los causantes de la violencia”. (Titft and Markham 1991, p. 132)

El marco ecológico define la violencia interpersonal como el resultado de interacciones entre factores que concurren en cuatro niveles: individual, relacional, comunitario y social (Butchart, Mikton y Kieselbach, 2012):

En el nivel individual, la historia personal y los factores biológicos influyen en la manera en que se comportan los individuos y en las probabilidades que tienen de convertirse en víctimas o perpetradores de actos violentos. Son ejemplos de estos

factores el haber experimentado maltrato en la infancia, abuso de sustancias y otros trastornos mentales.

Las relaciones sociales cercanas, como las mantenidas con la familia, los amigos, la pareja y los compañeros, también pueden influir en el riesgo de convertirse en víctima o perpetrador de actos violentos. Entre estos factores se incluyen la crianza deficiente de los hijos, los problemas conyugales y las amistades violentas.

Los contextos de la comunidad en los que se desarrollan las relaciones sociales, por ejemplo la escuela, el vecindario y el lugar de trabajo, constituyen un entorno favorable o desfavorable a la violencia. En este nivel, los factores de riesgo incluyen la pobreza, la tasa de desempleo y la densidad de población entre otros.

Los factores sociales influyen en el fomento o la inhibición de la violencia, e incluyen algunos factores como los niveles de desigualdad por razones sociales, económicas y de sexo, las redes de seguridad económica insuficientes, la aplicación deficiente de la legislación, y las normas culturales sobre la violencia.

1.3 Tipos de violencia

Johan Galtung sugiere que existen distintos tipos de violencia (Höglund y Oberg 2011.). Por un lado existe la **violencia directa**: acciones directas y deliberadas de una persona o de un grupo de personas, hacia otra persona u otras personas, ejemplos de ello serían la violencia de género, la violencia interpersonal, la violencia entre pandillas, guerras, terrorismo, etc. Del otro lado tenemos una **violencia indirecta**, en donde el uso de la violencia es implícita como lo es en la represión, la ocupación y el colonialismo. En esta violencia los actores dominantes de una sociedad amenazan con la violencia, de manera explícita o implícita a los que buscan quebrantarla. También propone la existencia de una **violencia estructural**, en donde el acto de matar no ocurre por la utilización de armas, sino, por las organizaciones políticas y sociales de una comunidad que impide al individuo o a un grupo de sujetos alcanzar sus

Las personas que experimentan violencia del primer tipo, pueden tener distintas secuelas. Entre las más graves y frecuentemente asociadas a dichas experiencias están el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y el Trastorno por Estrés Agudo (TEA). Así mismo, se han reportado otros fenómenos asociados a experiencias traumáticas como la resiliencia e incluso el crecimiento postraumático que son objeto de estudio.

El objetivo mayor en esta investigación es comprender los mecanismos que operan en un tratamiento de corte cognitivo conductual con entrenamiento en crecimiento postraumático en el TEPT. Esta propuesta terapéutica busca sumar esfuerzos a las ya existentes y lograr alivio a los pacientes con dicho trastorno. La gran mayoría de los tratamientos se han enfocado en la eliminación de los síntomas del trastorno, en esta investigación se busca que además de la eliminación de dichos síntomas también se puede suscitar crecimiento y bienestar psicológico en los pacientes, lo que les puede permitir ver el evento traumático como una fuente de aprendizaje y desarrollo. De ahí que la variable que se agrega sea la del Entrenamiento en Crecimiento Postraumático (CPT) autores como Tedeschi y Calhoun (1995) han señalado que el CPT es una variable observada en algunos sujetos que han cursado por experiencias potencialmente traumáticas.

2. ANSIEDAD Y ESTRÉS

2.1 Conceptos Básicos

Ansiedad: el DSM-IV-TR la define como:

“Anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo”. (APA, 2000, p.780)

Aún no existe consenso en si la ansiedad es desadaptativa y patológica o no. Para Uriarte (1997) *La ansiedad es un mecanismo de adaptación muy útil para prever y solucionar los problemas.* Por lo que se necesita comprender su funcionalidad, su sintomatología y el distinguir entre ansiedad patológica y no patológica.

Otros autores (Lazarus y Averill, 1972) consideran al miedo y la ansiedad como los extremos de un continuo. Es decir, el miedo sería una respuesta contenida y adaptativa ante situaciones de peligro y permitiría al sujeto resolver la situación que vive. En cambio la ansiedad sería el extremo opuesto, en donde la respuesta sería desadaptativa y no permitiría al sujeto resolver las situaciones a las que se enfrenta.

En este trabajo se sigue la acepción de Barlow (2003) que considera la ansiedad como un constructo único que conlleva coherencia cognitiva y afectiva que constituye un sistema defensivo motivacional. De manera nuclear existe la focalización incontrolable de posibles amenazas futuras, peligro u otros retos que pueden generar consecuencias negativas. Este estado se caracteriza por desesperanza y por la inhabilidad percibida ante predecir, controlar u obtener las consecuencias deseadas en ciertas situaciones o contextos.

Las características más comunes abarcan elementos, tanto físicos como cognitivos que se presentan como una respuesta de alarma y que según Bados (2006) incluyen

Tabla 1.Cambios, beneficios y sensaciones de la ansiedad

CAMBIOS EN EL ORGANISMO	BENEFICIOS	SENSACIONES (si la activación es intensa)
Aumento de la presión sanguínea y de la tasa cardíaca	Lleva rápidamente la sangre a los brazos y las piernas, para poner los músculos en tensión	Taquicardia, palpitaciones
Aumento de la frecuencia de la respiración	Aumenta el suministro de oxígeno a los músculos (porque en caso de activarse se va a consumir gran cantidad)	Sensación de ahogo, dolor en el pecho (si el oxígeno no es metabolizado)
Aumento de la tensión muscular	Prepara para la acción (huída o ataque) en las mejores condiciones posibles	Tensión, dolor muscular, temblores, calambres, tensión cervical, mareo, dolor de cabeza
Dilatación de la pupila	Aumenta el campo visual para captar cualquier señal de peligro	Sensibilidad a la luz, puntos luminosos, visión borrosa
Aumento de la sudoración	Refrigera el cuerpo	Sudor, calor, sofocos, escalofríos
Distribución mayor de sangre en los grandes músculos y menos en la piel y dedos	Proporciona más energía a los músculos más fuertes. En caso de herida reduce la pérdida de sangre	Hormigueo, pérdida de sensibilidad y palidez
Redistribución del flujo sanguíneo cerebral; menos sangre al área prefrontal y más a las áreas motoras	Facilita centrarse en la acción (luchar o escapar) más que en el análisis reflexivo, lo cual es útil en casos de peligro	Atención selectiva hacia el peligro, dificultad para pensar con claridad, mareo, sensación de irritabilidad
Lentitud y alteración en	Debido a que hay menos	Sensación de boca seca,

todo el proceso digestivo	cantidad de sangre disponible	molestias estomacales y náuseas
Secreción de glúcidos y lípidos a la sangre	Aporta combustible para tener el máximo de energía	No hay sensaciones perceptibles
Liberación de factores de coagulación en la sangre	En caso de herirse disminuye la hemorragia	No hay sensaciones perceptibles
Liberación de analgésicos naturales	En caso de herirse se siente menor dolor y permite seguir huyendo o atacando	No hay sensaciones perceptibles

Extraído de Bados (2006 pp. 80-82)

La ansiedad puede considerarse como un problema cuando dicha experiencia impide al individuo enfrentar de manera apropiada la situación que la ha activado. Por ello, resulta muy útil distinguir cuándo es normal y adaptativa generando beneficios al sujeto y cuando es patológica impidiendo al sujeto dar respuestas favorables a los acontecimientos (Ellis, 2000; Sandin y Chorot, 2008)

La ansiedad normal se caracteriza por ser un mecanismo o proceso que favorece la emisión de respuestas adaptativas frente amenazas para el individuo. Ante un peligro real y objetivo se considera racional y esperable una reacción que active la respuesta de alarma característica de la ansiedad. Pues incluso, podrá servir para salvaguardar el individuo y evitar un mal mayor o para conseguir una consecuencia deseable o esperable. Ejemplos de situaciones amenazantes son: asaltos, presenciar un asesinato, estar en medio de un conflicto armado, desastres naturales, accidentes automovilísticos, la posible pérdida de la pareja o un ser querido, la noticia de una enfermedad o una próxima cirugía o la pérdida laboral, etc.

La ansiedad patológica, en contraste con la normal, carece de elementos reales o de situaciones en el presente y comúnmente la percepción es ante amenazas y no apremios. Regularmente no está fundamentada en elementos racionales por lo que carece de evidencia sobre el posible peligro para el individuo (Ellis, 2000). También su

lo que genera una disminución en el bienestar psicológico y la calidad de vida cotidiana del individuo. Ejemplos de éste tipo de ansiedad serían: ansiedad ante la situación de hablar en público como se observa en la Fobia Social, a situaciones concretas como a los aviones, a los perros siendo este el caso de la Fobia Específica, a la posibilidad de estar sucio como se presenta en el Trastorno Obsesivo Compulsivo, o a una experiencia constante y generalizada de la ansiedad como es el Trastorno por Ansiedad Generalizada o como en el caso del TEPT en la reexperimentación del suceso traumático o en situaciones que recuerden al mismo.

Por lo tanto, se podría señalar que la diferencia existente entre un tipo y otro de ansiedad se localiza en la dimensionalidad de esta, esto es, en su frecuencia, intensidad e irracionalidad con la que se experimenta.

En la siguiente tabla podremos ver las características que según González (1993), contiene la ansiedad normal Vs. la patológica

Tabla 2 Ansiedad normal Vs. patológica

ANSIEDAD NORMAL	ANSIEDAD PATOLÓGICA
1- Poco intensa y poco persistente.	1- Profunda y recurrente.
2- Impulso positivo/productivo.	2- Interfiere en el rendimiento.
3- Adaptativa.	3- Desadaptativa.
4- Adecuada al estímulo.	4- Inadecuada o desproporcionada al estímulo.
5- No limita las posibilidades y libertades del sujeto.	5- Coarta las posibilidades de pensar y actuar.

González (1993)

Además, la investigación (Sandín y Chorot, 1986; 2008, Ellis, 2000; Greenberg y Padesky, 1998) a través de los años ha permitido comprender que la manifestación de la ansiedad activa la presencia de tres sistemas o se manifiesta a través de ellos:

1. **Subjetivo-Cognitivo:** hace referencia a la forma en que el individuo interpreta

las situaciones, que en gran medida se da por los sesgos perceptivos del sujeto, que le llevan a imaginar potenciales peligros para su integridad. Es lo que pensamos, lo que nos imaginamos o nos decimos a nosotros mismos de una situación dada

2. **Fisiológico-Somático:** corresponde a la activación del sistema nervioso autónomo: sudoración, taquicardia, dilatación pupilar, tensión muscular, aceleración respiratoria
3. **Motor-Conductual:** se conoce también como respuesta de lucha-huida-paralización. Son las acciones encaminadas a enfrentar las situaciones amenazantes o a huir de ellas. Incluye las reacciones observables en un individuo como: expresiones faciales, correr, golpear, gritar, llorar, etc.

Figura 2 Los componentes de la ansiedad



Existen otros elementos relacionados con la ansiedad que suelen ser motivo de confusión pues se prestan a ser utilizados como sinónimos y a verlos como parte del

mismo espectro de la ansiedad, hago referencia a: **angustia, miedo, fobia, preocupación y trauma**. Por tal motivo a continuación se definirán cada uno de ellos y se explicará la relación que sostienen con la ansiedad.

Angustia: Este es uno de los conceptos que con mayor frecuencia se confunde y se utiliza como sinónimo de ansiedad. La razón de esto tiene que ver con un hecho histórico. La palabra ansiedad es la traducción del inglés *anxiety*, que a su vez fue traducida del alemán *angst*. González (1993) nos explica que fue Sigmund Freud quien hizo popular el término en sus obras y que su traductor al inglés decidió utilizar dicha palabra para referirse a lo que Freud buscaba decir en la línea de los filósofos existencialistas: el *angs* como la angustia desprovista de objeto, como un malestar interior, como una preocupación.

Sin embargo, cuando se hizo la traducción al francés y al español de la palabra *angs* se utilizó el concepto de angustia y cuando se tradujo del inglés *anxiety* se utilizó ansiedad, lo que ha dado origen a la confusión que hasta hoy mantienen algunos. Según González (1993), hasta la fecha hay quienes hacen referencia a que la angustia trata los síntomas psicológicos y somáticos y la ansiedad a los síntomas físicos. Es decir, un mismo fenómeno con dos conceptos para explicar sus distintas manifestaciones.

Para efectos prácticos, y siguiendo la traducción del inglés, en esta obra hablaremos de ansiedad haciendo referencia a los tres componentes antes señalados. Cuando usemos el término angustia será como sinónimo de este.

Miedo: González (1993) señala que algunos teóricos del aprendizaje consideran la ansiedad como la respuesta condicionada del sujeto a una experiencia previa de miedo. Es decir, que ante la presencia de un suceso peligroso u amenazante acontecido donde el sujeto experimentó altos niveles de miedo se generó una reacción neurofisiológica, emocional y conductual con sensaciones desagradables que dieron paso a un condicionamiento que se experimenta en forma de ansiedad. Dicha explicación serviría para comprender la activación de la ansiedad en situaciones inesperadas como es el

también se experimenta ante situaciones apremiantes, por lo que no daría explicación a ese tipo de manifestaciones.

Desde la Teoría Cognitiva Conductual (Ellis, 2000., Beck, 2000) lo importante radicaría más que en la distinción de un concepto del otro, en la racionalidad o irracionalidad de la emoción que se experimenta, es decir qué tanto está o no fundamentada en la realidad. Así tanto el miedo como la ansiedad podrían ser irracionales y no cumplir con un fin adaptativo o bien racionales y permitir la adaptación del sujeto.

En esta investigación se considera a ambos conceptos como respuestas programadas en nuestro ADN y que se encuentra en la mayoría de las especies que han desarrollado amígdala. La diferencia se centra en que el miedo está enfocado en el presente, en un acontecimiento que sucede en el mismo momento y que no implica, forzosamente, un proceso cognitivo (Dalglish, 2004). La ansiedad hace referencia a un peligro real o no pero que se ubica en el futuro próximo del individuo por lo que conlleva procesos cognitivos inherentes.

Para comprender la fisiología del miedo es necesario hablar de la amígdala y especialmente del núcleo central de esta, pues es la región de mayor importancia en la respuesta emocional del miedo (Carlson, 2006). En un estudio con roedores Pascoe y Kapp, (1985) observaron que ante un estímulo amenazante se presenta una mayor actividad neural de la región en cuestión así como un incremento proteínico Fos. A través de el daño de la amígdala o de su destrucción se observó que los animales que experimentaban miedo a través del apareamiento de estímulos por condicionamiento clásico ya no presentan dicha emoción, bajó el nivel hormonal asociado con el estrés y existió una mayor proximidad para relacionarse con los humanos. Estos hallazgos son opuesto a los que Davis (1992) encontró al estimular el núcleo central de la amígdala con estimulación eléctrica o con aminoácidos pues el animal demostraba signos característicos del miedo y la agitación. Sin embargo la investigación relacionada con humanos también apunta a la importancia de la amígdala en la experiencia de miedo pero si se atrofia como se hace en los animales, los humanos aún pueden seguir

tienen un papel preponderante en la experiencia de miedo en el ser humano, probablemente se deba a que estas últimas se asocian con los procesos cognitivos que evalúan un evento como peligroso o no.

Fobia: Este concepto hace referencia a un grupo específico de los Trastornos de Ansiedad (TA); La Fobia Específica, La Fobia Social y la Agorafobia. Podríamos decir que el concepto se basa en la experimentación de los síntomas de la ansiedad a sus tres niveles; cognitivo, fisiológico y conductual, pero focalizado a un objeto, situación o personas. Según el DSM-IV-TR la fobia es definida como:

“Miedo persistente e irracional hacia un objeto, situación o actividad específicos (el estímulo fóbico), que da lugar a un deseo incoercible de evitarlo. Esto suele conducir a evitar el estímulo fóbico o a afrontarlo con terror.” (APA, 2000 p. 783)

Por lo que, tomando en cuenta su carácter irracional, podríamos situarla dentro de la ansiedad patológica.

Preocupación: este concepto es complejo y ha generado diversas acepciones a lo largo del tiempo. Como lo señala Prados (2002), hay quienes lo situaron como sinónimo de ansiedad, como el componente cognitivo principal de la misma y quienes lo vieron como un constructo independiente.

Hoy la preocupación es vista como lo hace Borkovec (tomado de Prados, 2002), como un producto cognitivo que tiene por objeto la resolución de problemas:

“Es el intento de solucionar mentalmente un problema o un asunto cuyo resultado es incierto pero contiene la posibilidad de una o más consecuencias negativas” (p. 24)

Trauma: aproximaciones como la del DSM-IV-TR consideran que hay eventos traumáticos y por ello, se podría inferir que si el sujeto los experimenta entonces

habrá trauma. Sin embargo, en el mismo DSM-IV-TR se reconoce implícitamente que no todas las personas que experimentan una experiencia traumática padecen un trastorno. Además, siguiendo la línea de Lazarus y Folkman (1991) que señalan que no existen los estresores universales que generen la respuesta de estrés, sino individuos que reaccionan con estrés a ciertas experiencias, lo mismo podríamos decir de los eventos traumáticos y el trauma. Es decir, no existen eventos traumáticos que generen trauma en los individuos, existen eventos con alta probabilidad de generar trauma, pero la respuesta ante el evento potencialmente traumático dependerá de los procesos cognitivos del sujeto que los experimenta. De tal forma que eventos que no forzosamente son traumáticos para un individuo lo serán para otro y viceversa.

A continuación presento algunas definiciones sobre trauma. En el capítulo 3 se abordará con mayor profundidad el constructo de trauma:

Tabla 3 Definiciones de trauma

Fuentes de referencia	Definición
DSM-IV-TR	Un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física.
Real Academia de la Lengua Española (RAE) 2012	(Del gr. τραῦμα, herida). 1. m. Lesión duradera producida por un agente mecánico, generalmente externo. 2. m. Choque emocional que produce un daño duradero en el inconsciente. 3. m. Emoción o impresión negativa, fuerte y duradera.
American Psychological Association (APA) 2012	Es una respuesta emocional hacia un evento terrible como accidente automovilístico, violación o desastre natural. Inmediatamente después del evento hay confusión y negación. Existen reacciones de largo plazo que incluyen, emociones impredecibles, remembranzas, problemas sociales e incluso síntomas físicos como dolores de cabeza y náuseas. Estas reacciones son normales, pero para algunos es difícil superarlas

Estrés: Según explica Lazarus (2000) Originalmente el término estrés se empezó a utilizar en el siglo XIV para describir experiencias negativas en la vida. En el XVII el Biólogo y Físico R. Hooke se refirió a él en relación al proceso que observaba en los

objetos y aludía a conceptos como presión, fuerza o estrés y distorsión o tensión, con la finalidad de hacer más eficaces los procesos de diseño en los objetos utilizados en la ingeniería. En adelante ingenieros y físicos se referían a carga, estrés y distorsión.

El primero en llevarlo al ámbito de las ciencias de la salud fue el fisiólogo Claude Bernard (Molina, Gutiérrez, Hernández y Contreras, 2008). A finales del siglo XIX hablaba de un mecanismo de autorregulación que poseen los organismos y dicho trabajo dio paso para que Cannon a principios del siglo XX desarrollara el concepto de homeostasis, así como el de lucha o huida, siendo este una respuesta ante el estrés que busca preservar y mantener en equilibrio al organismo. Para Seyle, como lo señala Sandín (2003), el estrés es un conjunto de respuestas fisiológicas, fundamentalmente hormonales; definió su respuesta en términos de activación del eje hipotálamo-hipófiso-córticosuprarrenal, con elevación de la secreción de corticoides (cortisol, etc.), y del eje simpático-médulo-suprarrenal, como reacción a estímulos inespecíficos (estresores). Desde este supuesto parte para desarrollar su famoso Síndrome General de Adaptación que conllevaba tres fases; 1 Alarma, 2 Respuesta y 3 Agotamiento. Sin embargo sería criticado por Mason (1968; Molina, Gutiérrez, Hernández y Contreras, 2008), ya que asegura que el síndrome se hará presente no solo por situaciones de amenazas sino por el desequilibrio homeostático inherente a esta respuesta y a la percepción de amenaza que el sujeto tendrá de la situación.

Molina, Gutiérrez, Hernández y Contreras (2008) entienden el estrés como:

“el término estrés implica una amenaza ante la cual el organismo requiere de ajustes adaptativos que le permitan mantener la homeostasis y asegurar la supervivencia con base en su experiencia, su predisposición biológica y el estado en el que se encuentre el organismo” (p. 354)

Diversos autores (Lazarus y Folkman, 1991, Lazarus, 2000 y Molina, Gutiérrez, Hernández y Contreras, 2008) consideran que el proceso cognitivo es indispensable para la respuesta de estrés psicológico y se basa en las experiencias previas que el

Además, el estrés conlleva dos elementos importantes de identificar (Molina, Gutiérrez, Hernández y Contreras, 2008); eustrés y distrés. Podría decirse que el primero hace referencia al nivel de estrés que permite una respuesta adaptativa y beneficiosa para el individuo que impulsa una respuesta conductual favorable al sujeto. Por el contrario, el distrés representa un estado emocional negativo y conlleva un desajuste en el bienestar subjetivo del individuo generando respuestas conductuales no favorables. Según Gutiérrez (1999) la homeostasis o la recuperación del estado óptimo del organismo, radicaría en la posibilidad de mantener un equilibrio entre el eustrés y el distrés, es decir, que ante situaciones distresantes, el sujeto pueda hacer uso de recursos internos y externos eustresantes que le permitan salir adelante a los acontecimientos. Dichos recursos van desde las técnicas de relajación, el ejercicio, la meditación, el apoyo social y la yoga, hasta los recursos cognitivos con los que cuenta el sujeto para poder interpretar de manera constructiva los sucesos distresantes, algo muy parecido a lo que hoy llamamos resiliencia.

Es importante comprender que las situaciones de distrés o estrés agudas son inevitables para los individuos. En cualquier momento pueden hacerse presentes situaciones que se asocien con experiencias previas y que se evalúen como amenazantes y que den espacio a una respuesta adaptativa para el sujeto, si la respuesta es de un breve periodo de tiempo y ayuda a resolver la situación se considera como una experiencia normal. Sin embargo en ocasiones los acontecimientos pueden ser recurrentes o crónicos y dar paso a una situación de distrés crónico generando distinta sintomatología y propiciando cuadros patológicos.

En Molina, Gutiérrez, Hernández y Contreras (2008) se utiliza la siguiente tabla para distinguir entre la respuesta distresante aguda y el estrés episódico, consideradas ambas como adaptativas, y también se muestra la respuesta distresante crónica; la patológica

Tabla 4. Respuesta de estrés agudo y crónico

Estrés agudo ↓	Estrés episódico ↙ ↓ ↘	Estrés crónico ↓
1. Respuesta simpática 2. Alertamiento 3. Activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal 4. Respuesta cardiovascular 5. Respuesta metabólica 6. Respuesta hormonal 7. Respuesta inmunológica 8. Respuesta de afrontamiento cognitivo-conductual	1. Activación simpática 2. Falta de energía 3. Cambios neurohormonales 4. Agotamiento 5. Irritabilidad 6. Desmoralización	1. Desregulación del del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal 2. Alteraciones inmunológicas 3. Resistencia insulínica 4. Alteraciones cardiovasculares 5. Alteraciones emocionales 6. Depresión 7. Ansiedad 8. Desesperanza
ADAPTACIÓN	→	PATOLOGÍA

Tomado y adaptado de Molina, Gutiérrez, Hernández y Contreras (2008)

Como se puede observar en la tabla anterior, las experiencias de estrés agudo y la forma en cómo el sujeto las procesa generan una respuesta encaminada a la resolución lo que estaría dentro de lo que se denomina eustrés. Sin embargo, mientras mayor sea su presencia mayor será el desgaste para el sujeto y la respuesta caerá más fácilmente en el ámbito de lo patológico, como sucede en el estrés episódico y mayormente en el tipo crónico, lo que se englobaría en el concepto de distrés.

Finalmente, Dalgleish (2004) y Coelho, Maia, y Costa (2010) sugieren que la respuesta al estrés puede estar mediada por elementos biológicos y neurológicos que junto con experiencias tempranas estresantes predisponen al sujeto a una experimentación mayor de distrés en su vida.

2.2 Los Trastornos de Ansiedad

Según el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) (2011) hasta 18% de los estadounidenses, unos 40 millones de personas, padecen de trastornos relacionado con la ansiedad. En México, según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) (Medina-Mora, Borges, Lara, Ramos, y Zambrano, 2005,) afirma que el 28.6 % de la población mexicana presentará algún trastorno mental al menos una vez en su vida, siendo los de ansiedad los más frecuentes con una prevalencia del 14.3 %.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales publicado por la *American Psychiatry Association* DSM-IV-TR (APA, 2000) es, junto con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la OMS (1992), una de las dos herramientas nosológicas más utilizadas para la clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales. El primero de ellos es el que se utiliza con mayor frecuencia en el ámbito de la salud mental en nuestro país, por eso nos basaremos en él para hacer mención de los distintos Trastornos de Ansiedad y daremos su prevalencia, tanto la mencionada en dicho manual como la que ofrece la ENP. Ahí se diferencian 10 subtipos de trastornos de ansiedad y 2 cuadros sintomatológicos; la crisis de angustia y la agorafobia, que pueden estar presentes en algunos de los trastornos, en dichos cuadros no se cuenta con prevalencia porque no son considerados como trastornos mentales por si solos, sino que son entidades que son contempladas para realizar diagnósticos de trastornos mentales reconocidos por el manual, a continuación presento con los criterios que aparecen en el manual:

1- La crisis de angustia (panic attack) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a «volverse loco» o perder el control.

2- La agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de

o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

3- El trastorno de angustia sin agorafobia se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente. **El trastorno de angustia con agorafobia** se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.

4- La agorafobia sin historia de trastorno de angustia se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.

5- La fobia específica se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

6- La fobia social se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

7- El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).

8- El trastorno por estrés postraumático se caracteriza por la re-experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

9- El trastorno por estrés agudo se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.

10- El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.

11- El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.

12- El trastorno de ansiedad inducido por sustancias se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

2.2.1 Epidemiología de los Trastornos de Ansiedad.

En el siguiente cuadro se pueden ver los datos epidemiológicos que ofrecen el DSM-IV-TR y la ENEP. Cabe señalar que en esta última se presenta otra sección llamada “Cualquier Trastorno de Ansiedad” y sitúa una prevalencia del 14% en población mexicana.

Tabla 5. Prevalencia de los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV-TR y la ENEP

TRASTORNO	DSM-IV-TR	ENEP
Trastorno de Angustia sin Agorafobia	1,5%/3,5%	2,1%
Agorafobia sin Trastorno de Angustia	No presenta	2,5%
Fobia Específica	10%/11,3%	7,1%
Fobia Social	3%/13%	4,7%
Trastorno Obsesivo Compulsivo	2,5%	No presenta
Trastorno por Estrés Postraumático	1%/14% y 3%/58%	2,6%
Trastorno por Estrés Agudo	No presenta	No presenta

Trastorno de Ansiedad Generalizada	5%	1,2%
------------------------------------	----	------

Extraído APA (2005) y Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar, S (2003)

2.3 Modelo Teórico de la Evaluación Cognitiva del Estrés de Lazarus y Folkman

Lazarus y Folkman (1991), presentan su modelo teórico sobre el estrés que surge de la coyuntura teórica de dos modelos que no daban respuesta total al fenómeno del estrés. Por un lado las teorías psicológicas dominantes de la primera mitad del siglo XX; el psicoanálisis y el conductismo. En segundo término, la visión que desde Pasteur adoptó la medicina y la biología sobre la enfermedad y sus causas.

En el primer caso, las teorías psicológicas dominantes de esa época, los conductistas, hacían énfasis, en que todo se reducía al Estímulo y la Respuesta (paradigma S-R) por lo que para ellos era coherente pensar en estímulos de carácter universal que provocarían la respuesta de estrés que sin contar en la ecuación a la intervención del individuo se daría una respuesta perturbadora. Es decir el evento era el estrés y la respuesta estresada era la consecuencia natural al mismo. Por su parte los psicoanalistas, hacían mención a las personalidades estresantes que consideraban eran generadas en los primeros años de vida, prácticamente inmodificables por los procesos subyacentes que las sostenían, pero con imposibilidad para ser estudiados desde una perspectiva científica neopositivista. Para ellos el problema no radicaba tanto en el estímulo o en la respuesta, sino en las condiciones intrapsíquicas del sujeto que lo llevaban a experimentar estrés.

En el segundo caso, la medicina y la biología, habían seguido un patrón semejante al de los primeros conductistas. Consideraban que la enfermedad era la respuesta del organismo a un agente patógeno y que por lo tanto, existían agentes universales que producirían en cualquier individuo la enfermedad. Nuevamente no tenían en consideración a los elementos individuales, a la capacidad del organismo de hacerle frente a dichos agentes.

Desde dichas visiones parten Lazarus y Folkman (1991) para criticarlas y proponer su modelo del estrés, en el cual tenían un lugar principal los procesos cognitivos y los estilos de afrontamiento. Para estos autores, los psicoanalistas tenían una visión limitada del fenómeno queriendo reducir todo a los aspectos intrapsíquicos además de ser difícil de poder corroborar o refutar a partir de la experimentación. De igual forma, los conductistas y la medicina eran reduccionistas al no tener en cuenta la interacción del individuo con los eventos o los agentes patógenos.

Dichos autores sostienen que el estrés es resultado de la interacción del individuo con los eventos que experimenta. Así como la enfermedad es resultado no solo del agente patógeno sino de cómo el individuo reacciona a él a través del sistema inmunológico. Habrá quien sea más resistente a una bacteria o virus que como lo será otro individuo. El estado de salud global del sujeto determinará, en gran medida, la respuesta de enfermedad o no ante dichos agentes. Pues bien, lo mismo sucede ante el estrés, efectivamente hay eventos que pueden ser estresantes para cualquiera, pero la forma en cómo interactúa el sujeto con estos determinará en gran medida la respuesta del sujeto. O por otro lado, habrán situaciones que no sean amenazantes para la mayoría y en ciertos sujetos pueden provocar una reacción de estrés y con graves implicaciones para la salud.

Por lo dicho, Lazarus y Folkman (1991) se muestran críticos a una nosología universal de eventos estresantes, a pesar de ello dividen en 3 los posibles eventos o situaciones que en los sujetos intervienen para la respuesta de estrés:

- 1- Cambios Mayores; desastres naturales que afectan a gran parte de una población
- 2- Cambios Mayores Personales; situaciones específicas, naturales o de interrelación, que afectan a un sujeto o a pocos sujetos como; accidentes, enfermedades, asesinatos, etc.
- 3- Ajetreos Diarios; pequeñas cosas que pueden irritar o perturbar en un

Pero dichos autores siguen con la misma incógnita; ¿Por qué la respuesta al estrés varía entre sujetos expuestos a los mismos estímulos? ¿Por qué el ladrido de un perro puede alterar a unos y a otros no? ¿Por qué un Cambio Mayor puede generar una reacción postraumática en unos y a otros no?

La respuesta la hallan en la interacción que hace el individuo con los eventos estresantes. Para ellos hay dos factores fundamentales a tener en cuenta; La Evaluación Cognitiva y el Estilo de Afrontamiento. Ambos conceptos los profundizaremos más adelante.

Según Lazarus y Folkman (1991), teniendo en cuenta las dos variables mencionadas, podríamos comprender el estrés como:

“Una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”
(p. 43)

2.3.1 Evaluación Cognitiva.

Como ya señalamos, los autores consideran que la evaluación cognitiva y el estilo de afrontamiento son fundamentales para comprender la experiencia de estrés en los humanos. Aseguran que la primera es resultado de un sofisticado proceso cognitivo que es consecuencia de la evolución de nuestra especie. Dicho proceso sirve para determinar las cualidades de la situación que tenemos en frente y la respuesta que podemos ejercer ante ella. Sin embargo, señalan que existen diferencias entre individuos y grupos de cómo se lleva este proceso.

Lazarus y Folkman (1991), consideran que la evaluación cognitiva son; *“los procesos de evaluación que median entre el afrontamiento y la reacción del sujeto. Mediante los procesos de evaluación cognitiva el individuo evalúa el significado e importancia de la situación para su bienestar.”* (p. 77)

Dicha relación tiene como objetivo determinar las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el sujeto. Es evaluativo, "*haciendo referencia a las repercusiones y consecuencias que tiene lugar de forma continua durante todo estado de vigilia*". (p.56)

La evaluación cognitiva tiene tres etapas, las dos iniciales no están una por encima de la otra o no se dan de manera escalonada, pero el lenguaje lleva a los autores a hablar de *evaluación primaria* y *evaluación secundaria*. La tercera es la *reevaluación*. Un último concepto que tiene gran relación con la evaluación de la que se habla es la *vulnerabilidad*. A continuación revisaremos cada uno de estos.

Evaluación primaria: parte de la pregunta con respecto al acontecimiento si lo que está sucediendo "*¿me perjudica o me beneficia, ahora o en el futuro y de qué forma?*". Conlleva 3 tipos de evaluaciones; 1- irrelevante 2- benigna positiva y 3- estresante.

La evaluación primaria irrelevante hace referencia a la valoración del sujeto de que lo que sucede en un momento particular no conlleva implicaciones para él, por lo que dicha situación es irrelevante.

La *evaluación benigna positiva* es la valoración de que el acontecimiento aporta beneficios para el sujeto en el sentido de que abonan a su preservación y a su bienestar subjetivo.

La *evaluación estresante* implican 3 áreas; daño/pérdida, amenaza y desafío. La primera hace referencia a experiencia donde el sujeto ha experimentado una situación que le provoca un déficit físico, emocional o de otro tipo. La segunda trata de situaciones que el sujeto anticipa como potencialmente dañinas, normalmente las ubica en el futuro próximo, pero incluso puede estar relacionada a un acontecimiento que ya ha sucedido pero que las consecuencias están por venir y se observan negativas o perjudiciales para él. En cuanto al desafío se refiere una situación que implica confrontación con el individuo pero genera emociones placenteras como impaciencia,

Evaluación secundaria: cuando el sujeto se encuentra en una situación evaluada como amenaza o como desafío buscará identificar con qué recursos cuenta para hacer frente a dicha situación. Es decir, la evaluación secundaria responde a la pregunta; “¿Puede hacerse algo al respecto?”

Dicha evaluación conlleva, siguiendo a Bandura (1977, tomado de Lazarus y Folkman, 1991) dos expectativas; *la de resultados y la de eficacia*. *La expectativa de resultados* implica la valoración del sujeto de que determinada conducta generará los resultados necesarios o no para hacer frente al evento que experimenta. *La expectativa de eficacia*, trata de la convicción que el sujeto tiene de poder generar dichas conductas (y así lograr los resultados).

Esta evaluación secundaria está en la base de los estilos de afrontamiento que los sujetos utilizan y que veremos más adelante.

Es necesario recordar, que evaluación secundaria no hace referencia a antes o después, ni inferior o superior. Tanto la evaluación primaria como la secundaria, son situaciones que suceden de manera espontánea frente a los estresores.

Reevaluación: hace mención al ejercicio cognitivo que realiza el sujeto entre la evaluación primaria y la nueva información que obtiene del ambiente o el entorno o bien de las reacciones que el mismo sujeto ha experimentado por el estresor. Esta reevaluación puede ratificar, aumentar, eliminar o disminuir la tensión que se generó en base a la evaluación primaria.

En realidad no es muy distinta a la evaluación primaria, su distinción radica en que es una forma de reaproximación a la inicial que se tuvo.

Existe lo que los autores han llamado reevaluación defensiva, que en realidad forma parte de las estrategias de afrontamiento. Sin embargo, hace referencia a “los

positiva o bien para afrontar los daños y amenazas del presente mirándolos de una forma menos negativa” (p. 63)

Vulnerabilidad: tiene gran relación con la evaluación cognitiva, pues hace mención a los recursos de afrontamiento con los que el sujeto cree contar, pero ello está determinado por la importancia del evento al que se enfrenta. Es decir, la *vulnerabilidad* implica un proceso cognitivo, en donde el sujeto se percibe en una situación favorable o desfavorable en base a si se considera o no capaz de resolverla.

2.3.2 Factores Individuales que Influyen en la Evaluación Cognitiva

Existen dos elementos fundamentales a tener en cuenta de por qué un sujeto evalúa como irrelevante, benigna-positiva o estresante una situación. El primero es el *compromiso* y el segundo son las *creencias*.

El *compromiso* es entendido por Lazarus y Folkman (1991), como la expresión de aquello que es importante para el individuo y determina sus decisiones. Conlleva elementos afectivos que afectan la forma en cómo se evalúan las situaciones generando una posición de alejamiento o acercamiento a los eventos que representan amenaza, daño o beneficio. Algo importante a señalar es su relación con la *vulnerabilidad*. Mientras mayor sea el *compromiso* del sujeto ante la situación, mayor será la *vulnerabilidad* que experimentará y por lo tanto más probable será la evaluación de amenaza o desafío. Sin embargo en algunos sujetos puede dar pie a generar acciones adaptativas que le aportan esperanza ante la situación, es decir, la vulnerabilidad no se hace presente y el sujeto despliega estrategias que puede utilizar ante el estresor.

En cuanto a las *creencias* se refiere, los autores explican que son “*configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente Que son nociones preexistentes de la realidad y que sirven de lente perceptual o de batería... En la evaluación, las creencias determinan la realidad de <<cómo son las cosas>> en el*

entorno y modelan el entendimiento de su significado” (Wrubel et al. 1981, tomado de Lazarus y Folkman 1991, p. 87).

Además existen dos tipos fundamentales de creencias; las primitivas y las de orden superior. Las primeras hacen referencia a creencias nucleares, fundamentales, no abiertas a la crítica o a la comprobación. Las segundas, son resultado del aprendizaje, de la experiencia y en los primeros años de su formación están abiertas a la crítica y a la comprobación, pero con el tiempo se arraigan en el sistema de creencias del individuo perdiendo esa característica <<racional>> convirtiéndose en creencias primitivas.

En cuanto al contenido de las creencias existen de tipo de *control personal* y del tipo *existencial*. Las de *control personal* se relacionan al grado en que un sujeto considera que puede o no controlar una determinada situación. Si cree que no tiene control o que este es mínimo, tendrá una mayor *vulnerabilidad* comprometiendo el afrontamiento. Las *creencias existenciales* son aquellas que se asocian con un significado, incluso teleológico, y sirven para sostener las esperanzas en momentos críticos.

En muchos sujetos es posible encontrar que experimentan disonancia cognitiva (Festinger, 1962) por los eventos estresantes, lo que los puede llevar a una pérdida de creencias o una modificación de creencias. La disonancia cognitiva, hace referencia a la incompatibilidad de dos sistemas o esquemas de creencias en el individuo. Así por ejemplo, el sujeto podría tener un esquema de justicia “las cosas malas les pasan a los que hacen el mal”, si el sujeto no ha cometido ninguna acción “mala” y se ve envuelto en una desgracia habrá información que confronte el esquema previo “Yo no he hecho nada malo y me pasaron cosas malas” lo cual dará paso a la disonancia, pues dichas cogniciones son incompatibles.

2.3.2 Factores situacionales y evaluación

Así como se señaló los aspectos individuales de la evaluación cognitiva frente a la situación y cómo esta determinará en gran medida la reacción del sujeto, así también es necesario señalar algunos factores de la situación que influyen en la evaluación que el sujeto hará y su respuesta a los eventos.

Los factores más importantes de una situación que influirán en la presencia o no del estrés son según Lazarus y Folkman, (1991):

1. *La novedad del evento*; a pesar de que el sujeto nunca haya estado en una situación semejante, es muy probable que ya tenga algún conocimiento, ya sea por aprendizaje vicario o por información adquirida, sobre el tipo de situaciones que experimenta y sus consecuencias. Si la asociación que hace es de tipo negativo generará un mayor impacto en el sujeto, por el contrario si el sujeto asocia el evento con elementos positivos (como por ejemplo lo contempla como reto), el impacto será menor
2. *La incertidumbre del acontecimiento*; con modelos animales se habla de predictibilidad, pero en ellos no se tiene en cuenta el concepto de probabilidad, por eso en humanos es mejor referirse a *incertidumbre del acontecimiento*. Se refiere a la probabilidad o no de que un evento determinado le suceda al sujeto. Por lo que a mayor incertidumbre mayor será la afectación del sujeto
3. *La inminencia de la situación*; su efecto puede ser ambivalente, “*mientras más inminente es el evento más intensa y urgente es su evaluación*” (p. 138). A su vez es necesario tener en cuenta que si se cuenta con mucho tiempo previo al evento puede generar una mayor sensación de amenaza, pero también puede permitir un mayor afrontamiento cognitivo e identificar estrategias para la resolución

4. *La duración del evento*: se considera que a mayor duración del evento más será el agotamiento del individuo, pero nuevamente, no es así en todos los casos. Puede presentarse el mecanismo de habituación emocional el cual permite al sujeto detener la respuesta de estrés y disminuir el desgaste
5. *Incertidumbre temporal*; hace referencia al desconocimiento de cuándo sucederá el evento amenazante o desafiante. A diferencia de la Incertidumbre del acontecimiento que responde a la pregunta ¿me sucederá? En la Incertidumbre temporal la pregunta sería ¿cuándo me sucederá? Se considera que esta incertidumbre favorece una actividad de afrontamiento evasivo para reducir el estrés y la actividad arousal. En cambio los que tienen certidumbre temporal de cuándo se dará el acontecimiento estresante desarrollan un análisis vigilante del acontecimiento lo que da paso a un aumento del arousal
6. *Ambigüedad*; “cuanto mayor es, más factores personales determinan la importancia de la situación para el individuo” (p.139) la ambigüedad puede aumentar la percepción de amenaza si el sujeto la interpreta negativamente o si tiene una predisposición a ella. En sentido opuesto puede dar paso a una mayor tolerancia si el sujeto le asigna interpretaciones de otro tipo, por ejemplo de esperanza
7. *La cronología de los acontecimiento*; finalmente es importante comprender que los acontecimientos surgen a través del ciclo de vida del individuo (Neugarte, 1968, 1977 y 1979, tomado de Lazarus y Folkman, 1991) y que si los acontecimientos se presentan “fuera de tiempo” en relación a lo que se espera en el ciclo específico que cursa, puede generar mayor percepción de amenaza o de reto. Por ejemplo, los adolescentes que enfrentan un embarazo no deseado y no planeado pueden evaluar dicha situación de manera catastrófica por considerar que no es “lo que toca” en dicha etapa y que será terrible llevarlo a cabo

Tanto las características de los eventos como la evaluación cognitiva deben de ser vistos, según Lazarus y Folkman (1991), desde una perspectiva de la interrelación. Analizar cada una de estas cualidades por separado y tratar de dar una explicación desde dicho análisis sería inadecuado, pues es la suma y la interacción de dichas características lo que generará o no la respuesta de estrés en los individuos.

2.3.3 Procesos de afrontamiento

El concepto de afrontamiento hace referencia a las estrategias empleadas por el sujeto para hacer frente a las situaciones amenazantes o de reto. La definición que proponen Lazarus y Folkman (1991) es:

“Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164)

Para estos autores es necesario observar el afrontamiento no como un rasgo o estilo de personalidad, sino como un proceso cambiante acorde a las situaciones y las evaluaciones cognitivas que hace el sujeto sobre las mismas.

Se distinguen dos tipos de procesos de afrontamiento; El *afrontamiento dirigido al problema* y el *afrontamiento dirigido a la emoción*. El primer proceso hace referencia a las estrategias utilizadas por el individuo para manipular o alterar el problema con el entorno en el que se presenta el malestar. En el segundo proceso implica la regulación de la respuesta emocional que el sujeto tiene ante el evento estresante.

Es necesario comprender que existen sujetos que cuentan con una amplia gama de recursos psicológicos y materiales que favorecerán los procesos de afrontamiento. Según Lazarus y Folkman (1991) dichos recursos son; salud y energía, creencias positivas, técnicas para la resolución de problemas, habilidades sociales, apoyo social y recursos materiales. De igual forma hay quienes no contarán con la misma cantidad de

recursos y limitará el afrontamiento a las situaciones perturbadoras. Para una revisión más detallada consultar a Lazarus y Folkman (1991).

3. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

3.1 La historia del TEPT; primeros abordajes teóricos y terapéuticos

Si bien es hasta 1980, con la aparición del DSM-III, cuando se describe y se conoce como trastorno a las respuestas que los individuos manifestaban después de un evento traumático, es necesario saber que desde finales del siglo XIX se habían empezado los primeros estudios sobre el trauma y sus reacciones.

Según Ellenberger (1970) fueron los primeros psicoanalistas, como Freud, Janet y Adler, quienes empezaron a estudiar el rol que tendría el trauma en los pacientes histéricos, así denominados en aquel entonces. Incluso, para Freud los desórdenes psíquicos tenían su origen en experiencias traumáticas, sobre todo sexuales, ocasionadas en la infancia. Pero desde esas primeras aproximaciones al trauma surgieron diferencias, pues otros psicoanalistas como Jung le restaban importancia en el origen, al menos, de todo malestar psíquico.

Al mismo tiempo, en Estados Unidos en el periodo de la Guerra Civil Americana (1861-1865) en los soldados que luchaban en ella fueron observados síntomas de activación arousal lo que llevó en 1871 a Da Costa a hablar de un síndrome conocido como "soldados con corazón irritado" o el "Síndrome Da Costa" (tomado de; Coelho, Maia y Costa, 2010). Posterior a ello, la experiencia de las dos Guerras Mundiales motivó el estudio del trauma en los soldados que volvían del campo de batalla. Kardiner (tomado de Baguena, 2003) desarrolló una obra titulada *La Neurosis de Guerra Traumática*, donde describía las características, especialmente en la activación física que veía en muchos de los soldados que habían regresado a su país. Desde entonces se le conocería, a las experiencias traumáticas con distintos nombres; astenia neurocirculatoria o *shell shock*, columna de ferrocarril o *railway spine*, neurosis de guerra, síndrome de los campos de concentración y síndrome del trauma por violación (Hamble, 2010).

Trastorno por Estrés Postraumático. En esta primera aproximación se aceptaba, lo que no estuvo exento de polémica, que un suceso externo podía provocar un malestar subjetivo grave. Esta característica iba acompañada de la idea de que los sucesos deberían de «generar síntomas significativos de malestar en la mayor parte de las personas y que se encontrase fuera de la experiencia humana normal» Con el tiempo se incluyó que el estresor debería ser experimentado con «miedo, terror y desamparo intensos» y que incluso el suceso traumático podía ser escuchado o presenciado y no sólo directamente experimentado.

Para la versión IV del DSM (APA,1994) se elimina la exigencia de que el suceso debería de ser un fenómeno anormal en la experiencia humana y se hace énfasis en que más allá de lo normal o anormal de la experiencia, el evento debe de producir reacciones intensas (Baguena, 2003 y Hamble, 2010)

Se ha señalado (AFP, 2013 en prensa) que para la nueva versión del DSM el volumen V el TEPT será removido de los Trastornos de Ansiedad y que se insertará en la sección de trastornos relacionados con el estrés y el trauma. Además habrá que esperar para conocer los cambios que implicará en los criterios diagnósticos.

Para esta investigación y de momento mientras sale al público la nueva versión del manual se utilizarán los criterios de la versión IV-TR (APA, 2000)

3.2 Eventos Traumáticos

Para el DSM-IV-TR (APA, 2000 pp. 434-435) se consideran eventos traumáticos aquellos que *“son estresantes y extremadamente traumáticos, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física”* Sin embargo, se mencionó al inicio de este trabajo que existen otro tipo de eventos que pueden resultar potencialmente traumáticos para los individuos y que dicho manual no tiene en cuenta, Por ello, a continuación se enumeran los que se presentan en el manual y otros que se sugieren en esta

Acontecimientos traumáticos según el DSM-IV-TR:

1. Los combates en el frente de guerra
2. Ataques personales violentos (agresión sexual y física, atracos, robo de propiedades)
3. Ser secuestrado
4. Ser tomado como rehén
5. Torturas
6. Encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración
7. Desastres naturales o provocados por el hombre
8. Accidentes automovilísticos graves
9. Diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales
10. En los niños, entre los acontecimientos traumáticos de carácter sexual pueden incluirse las experiencias sexuales inapropiadas para la edad aun en ausencia de violencia o daño reales
11. La observación de accidentes graves.
12. Muerte no natural de otras personas a causa de la guerra
13. Accidentes
14. Ataques violentos.
15. Desastres.
16. Ser testigo inesperado de muertes, amputaciones o fragmentación de cuerpo.
17. Al saber de actos terroristas, accidentes graves o heridas de envergadura vividos por un familiar o un amigo cercano
18. La constancia de que el propio hijo padece una enfermedad muy grave

Otros eventos potencialmente traumáticos no considerados en el DSM-IV-TR:

1. La constancia de que el cónyuge, los padres o cualquier familiar cercano, y no solo el propio hijo, padezcan de una enfermedad muy grave
2. Robo a la propiedad privada sin violencia física

3. Extorsiones telefónicas o por correo electrónico o físico
4. El llamado “pago de piso” por el crimen organizado; cuotas económicas cobradas por los delincuentes para que los comercios puedan ejercer su actividad
5. Fraudes económicos
6. Rupturas maritales
7. Maltrato físico de los padres a los hijos
8. Conflictos socio políticos como: represiones, derrocamiento de gobiernos, etc.
9. Acoso y maltrato escolar o *Bullying*

3.3 Descripción del Trastorno por Estrés Postraumático

En el DSM-IV-TR (APA, 2000) está clasificado como F43.1 Trastorno por Estrés Postraumático [309.81].

Se especifica que las características diagnósticas esenciales del TEPT son la aparición de síntomas que siguen o se dan como consecuencia de alguno de los eventos traumáticos arriba mencionados y que estos representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física, como puede ser el atestiguar situaciones donde se dan muertes, heridos o existe una amenaza para la vida de otras personas. También se agrega la posibilidad de que el sujeto no experimente dichas situaciones, sino que conozca por una persona allegada acontecimientos que implican violencia o pérdidas o amenazas para la integridad de él u otra persona.

Además es necesario tener en cuenta que las reacciones más comunes incluyen temor, desesperanza y horrores intensos, no siendo así en los niños quienes pueden manifestar conductas desestructuradas o agitación. Típicamente el cuadro sintomático incluye las siguientes características: reexperimentación persistente del acontecimiento traumático a través de; recuerdos recurrentes e intrusos o pesadillas recurrentes en las que el acontecimiento vuelve a suceder.

pensamientos, sentimientos o hablar de lo sucedido. Como parte de las conductas de evitación, se puede dar amnesia total o parcial de un aspecto específico del evento. Los sujetos con TEPT dejan de acudir a lugares o evitan estar con personas que puedan evocar el suceso traumático. Otra característica es el embotamiento o la anestesia emocional que suele manifestarse poco después del evento traumático. Ello se puede acompañar de anhedonia, enajenación y alejamiento de sus seres cercanos y una disminución para experimentar emociones como la ternura, la intimidad y la sexualidad. Otros síntomas persistentes son la activación arousal y de ansiedad como; dificultad para dormir, irritabilidad, falta de concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto e inquietud motora, irritabilidad, ataques de ira y dificultades en la concentración, atención y ejecución de tareas. Otros síntomas menos frecuentes son los estados disociativos que pueden durar desde pocos segundos hasta días, mientras está en dicho estado puede actuar como si estuviera nuevamente en el evento traumático.

Es común que si el individuo es expuesto a estímulos que recuerden o simbolizan el suceso traumático; fechas conmemorativas, estado climático, lugares semejantes al del acontecimiento como elevadores, oficinas, etc. éste experimente un fuerte malestar psicológico e incluso tener respuestas fisiológicas.

Todas estas características no son pasajeras, pues el cuadro se mantiene durante un periodo superior a un mes como mínimo. Como es comprensible, esta situación provoca un malestar significativo para el individuo, deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de su actividad. Por lo que frecuentemente está acompañado de un sentimiento de desesperanza y la idea de un futuro desolador en áreas como trabajo, familia, pareja e incluso de poder seguir con una vida normal.

A continuación presentamos el cuadro de Sosa y Capafóns (2005) de las reacciones postraumáticas más comunes.

Tabla 6. Reacciones postraumáticas más comunes

TIPO DE RESPUESTA	CARACTERÍSTICAS
Emocionales	Shock; incredulidad; terror; ira; rabia; irritabilidad; reproches; sentimientos de culpa; vulnerabilidad y desamparo; aflicción o pesar; anestesia emocional; dificultad para disfrutar de las actividades agradables y para experimentar sentimientos positivos
Cognitivas	Problemas de concentración y memoria; confusión y desorientación; autorreproches; baja autoestima y baja autoeficacia; dificultad para tomar decisiones; pensamientos repetitivos e invasores; preocupación; disociación (por ejemplo, “todo parece como un sueño”, despersonalización, visión en túnel)
Físicas	Fatiga, insomnio; pesadillas, hiperactividad autonómica como hiperventilación, taquicardias, sudoración, etc; dolores de cabeza; pérdida del apetito; respuesta de sobresalto; molestias abdominales; pérdida del deseo sexual; respuesta inmune reducida.
Interpersonales	Alienación; retraimiento social; deterioro laboral y escolar; externalización de la culpa; aumento de conflictos interpersonales; sensación de rechazo y abandono; incapacidad para relaciones íntimas; abuso de sustancias

Extraído de Sosa y Capafóns (2005) con modificaciones propias

3.4 Subtipos del TEPT y curso

Básicamente existen tres formas típicas de aparición del TEPT:

- 1- **Agudo**; cuando la duración de los síntomas es inferior a los 3 meses
- 2- **Crónico**: cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los 3 meses
- 3- **De inicio demorado**: indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses

En cuanto al curso del TEPT es necesario decir que no hay una edad específica de inicio, puede darse en cualquier etapa de la vida, incluyendo la infancia. Es frecuente que los síntomas aparezcan en los primeros 3 meses posteriores al trauma, sin embargo puede darse un lapso temporal de meses, o incluso años, antes de que el cuadro sintomático se ponga de manifiesto.

Es necesario tener en cuenta que mientras los síntomas no excedan las primeras 4 semanas después del acontecimiento el diagnóstico no será de TEPT, sino de Trastorno por Estrés Agudo (TEA) y que si no cubre los criterios diagnósticos para este último entonces se diagnosticará Trastorno Adaptativo (TA).

En cuanto a los síntomas que hemos descrito es importante señalar que pueden variar en tiempo e intensidad dependiendo del sujeto. Incluso señalar que la mitad de los casos suelen recuperarse completamente en los primeros 3 meses; en otras ocasiones todavía pueden persistir algunos síntomas más allá de los 12 meses posteriores al acontecimiento traumático.

El DSM-IV-TR (2000) señala que “La intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático constituyen los factores más importantes que determinan las probabilidades de presentar el trastorno”.

Tabla 7. Criterios para el diagnóstico del TEPT según el DSM-IV-TR

Criterios para el diagnóstico del TEPT Según el DSM-IV-TR.

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):

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

(2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de

(1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma

(2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible

(3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

(4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

(5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

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

(1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

(2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

(3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

(4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

(5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás

(6) restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)

(7) sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

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

(1) dificultades para conciliar o mantener el sueño

(2) irritabilidad o ataques de ira

(3) dificultades para concentrarse

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

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses

APA (2005)

3.5 Comorbilidad y síntomas asociados

Según la ENP (2003) un paciente con TEPT tendrá un ausentismo laboral, en promedio, de 21 días. Por lo que dicho trastorno no afecta sólo al paciente, sino, a toda su estructura social, económica y laboral conllevando otro tipo de dificultades.

Es común que los individuos experimenten sentimientos y pensamientos de culpa por haber sobrevivido al evento, por no haber hecho lo suficiente por evitarlo o ayudar a otros e incluso de culparse de ser “los causantes” (APA, 2000).

Los problemas psicosociales no son infrecuentes, ya que pueden experimentar conflictos de pareja, incluso divorcio, problemas económicos y laborales.

Si el evento traumático fue de tipo interpersonal, es decir ocasionado por otro ser humano contra el sujeto con TEPT, pueden presentarse los siguientes síntomas: labilidad emocional, altos niveles de impulsividad, conductas autodestructivas, síntomas disociativos, malestares físicos, pensamientos de vergüenza e inutilidad, desesperanza, conflicto con las creencias previas, hostilidad, problemas de interacción social, pensamientos recurrentes de peligro y alteración en las características de personalidad.

Con referencia a la comorbilidad con otros trastornos mentales se ha reportado

TEPT también cumplen criterios de trastorno depresivo mayor y hasta un 7.2% de pacientes cumplían con criterios de episodio de manía: Respecto a la relación con otros trastornos de ansiedad, se ha observado que hasta un 33.5% manifestaban ataques de pánico, 4% agorafobia, 19.9% fobia social. En cuanto al abuso de sustancias, el 5.8% de los pacientes tienen abuso de alcohol y un 4.4% de otras drogas.

En cuanto a condiciones físicas crónicas, Sareen, Cox, Stein, Afifi, Fleet, Y Asmundson (2006) encontraron que el 37.1% de los pacientes con TEPT padecen de problemas respiratorios; 19.8% de asma y 17.3% bronquitis crónica, enfisema o obstrucción crónica de pulmones. Además 7.7% de los pacientes son diagnosticados con fibromialgia, artritis 42.6%, dolores de espalda 46%, migrañas 33.8%. Las enfermedades cardiovasculares están presentes en 22.8% de los pacientes con hipertensión y 9% enfermedad del corazón. En relación a problemas neurológicos el 3.3% infarto cerebral y 2.1% epilepsia. Con respecto a las condiciones metabólicas, el 8.1% presenta diabetes y 7.4% alguna condición relacionada a la tiroides. También en problemas gastrointestinales se encontró que 7.2 presentaban problemas intestinales o colitis y úlceras estomacales e intestinales el 15.4%. Finalmente se encontró que el 15% de los pacientes con TEPT cumplían con los criterios de síndrome de fatiga crónica, el 5.5% con cáncer y el 10.9% con múltiples sensibilidades químicas.

3.6 Componentes culturales y de edad en la sintomatología del TEPT

La población migrante de zonas de conflictos armados o de desastres naturales, representan una población de mayor riesgo para desarrollar el TEPT. Además pueden ser menos propensos a hablar de las situaciones que vivieron, lo que puede complicar su evaluación y tratamiento (APA, 2000).

En cuanto a la población infantil se refiere, las pesadillas sobre el evento traumático pueden convertirse en pesadillas de carácter más general como; situaciones de peligro, monstruos, situaciones amenazantes, etc. Es poco frecuente que reexperimenten la sensación de manera evidente, lo común es que el trauma se vea reflejado en sus

en niños la anhedonia y el embotamiento afectivo, lo que implica una cuidadosa observación y evaluación. Además, pueden hablar de que su vida será de corta duración o de desarrollar la idea de pronosticar futuros acontecimientos desagradables. No es poco común la aparición de síntomas físicos como cefaleas y dolor estomacal (APA, 2000).

3.7 Diagnóstico diferencial

Es importante diferenciar el TEPT de los trastornos que a continuación el DSM-IV-TR (APA,2000) presenta junto con su característica diferenciadoras:

1. Trastorno Adaptativo: No requiere de eventos de peligro para la vida o si los síntomas son consecuencia de eventos no traumáticos según el DSM-IV-TR; abandono del cónyuge, pérdida del trabajo, etc.
2. Síntomas y trastornos previos al evento traumático que se pueden agravar en el TEPT
3. Trastorno Psicótico Breve: presencia de alucinaciones e ideas delirantes.
4. Trastorno Depresivo Mayor (TDM): los síntomas depresivos estaban previos al evento traumático
5. Trastorno por Estrés Agudo: su duración y resolución es menor a 4 semanas
6. Trastorno Obsesivo Compulsivo: los pensamientos intrusos no se relacionan, en su contenido, con el evento traumático y son reconocidos como inapropiados
7. Los síntomas de reexperimentación, de evitación y de disociación deben de diferenciarse de trastornos como Esquizofrenia, Trastornos Psicóticos, TDM con síntomas psicóticos, Delirium, Trastornos Relacionados con Sustancias, pues en estos casos los síntomas son resultado de estas patologías no de acontecimientos traumáticos
8. Descartar la simulación como forma de compensación económica

3.8 Descripción del Trastorno por Estrés Agudo (TEA)

donde la diferencia más significativa es el curso entre uno y otro, se presenta a continuación las características más relevantes del TEA de tal forma que sirva para profundizar en su diferenciación.

Según el DSM-IV-TR, los sujetos que han experimentado alguno de los eventos traumáticos arriba mencionados pueden experimentar durante el mes siguiente a ellos síntomas de ansiedad, disociativos y de otro tipo. Entre los síntomas disociativos que puede experimentar se encuentran; sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de la realidad que le rodea; desrealización, despersonalización y amnesia disociativa.

Además, una vez que el evento ha pasado, el sujeto lo reexperimenta recurrentemente a través de imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback, sensación de estar reviviendo el suceso o aparición de malestar al exponerse a estímulos que recuerdan el trauma y evita los estímulos que asocia con el evento traumático o que pueden evocar recuerdos del mismo.

Es común observar que dichos sujetos presenten mayores niveles de ansiedad y aumento de la activación arousal como; dificultad para dormir, irritabilidad, falta de concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto e inquietud motora. Todo esto provoca un malestar significativo en el sujeto y le impide llevar a cabo sus actividades diarias e indispensables.

Una característica diagnóstica del TEA es que su aparición es durante o inmediatamente después del evento traumático y su duración debe de ser mayor a dos días y menor a cuatro semanas posteriores al evento que ocasionó el trauma.

Además de lo dicho, estos sujetos experimentan una disminución en la reactividad emocional y anhedonia. También muestran pensamientos y sentimientos de culpa por lo acontecido, por haber salido ellos ilesos y los otros no, o por creer que no hicieron lo suficiente para evitar el evento o para ayudar a otros que se vieran involucrados en el

problemas de concentración y atención e incluso amnesia disociativa.

En el DSM-IV-TR (APA,2000) se dice que las personas que experimentan TEA, pueden tener mayor probabilidad de experimentar desesperación y desesperanza tanto como para diagnosticarse un Trastorno Depresivo Mayor, sin embargo, si dichos síntomas no estaban previos al evento traumático, este deberá de verse como el diagnóstico secundario. También pueden experimentar otros problemas de salud por la negligencia que muestran en su autocuidado. Así mismo son sujetos con mayor riesgo de desarrollar un TEPT y manifestar conductas impulsivas que le pongan en riesgo. Si existe la presencia de síntomas psicóticos, entonces el diagnóstico tendrá que modificarse por Trastorno Psicótico Breve.

Existen elementos culturales a tener en cuenta cuando un sujeto presenta TEA. Distintas culturas pueden interpretar y darle una intensidad distinta a las pérdidas humanas lo que influye en la respuesta individual. Además existen variantes culturales de adaptación y afrontamiento a estos sucesos que pueden facilitar o complicar el bienestar del individuo.

Como lo señalamos con anterioridad ni el DSM-IV-TR ni la ENP arrojan datos sobre la prevalencia de este trastorno. Ello puede deberse a su corta duración, pues si los síntomas persisten por más de cuatro semanas se considerará TEPT. Otra razón puede ser que muchos sujetos deciden no acudir a una atención profesional.

A pesar de que existe evidencia (Nemeroff, Ch. Et. Al, 2006, Molina, Gutiérrez, Hernández y Contreras, 2008, Coelho, Maia, y Costa. 2010) de que aspectos como el apoyo social, los antecedentes familiares, experiencias estresantes en la infancia, experiencias traumáticas previas, rasgos de personalidad, trastornos mentales previos e incluso de que algunas bases neurológicas pueden potenciar la manifestación del TEA, también puede ser presentado por sujetos que no cuenten con ninguna de esas características, ello debido a la intensidad del evento traumático.

Tabla 8. Criterios para el diagnóstico del TEA según el DSM-IV-TR

Criterios para el diagnóstico de F43.0 Trastorno por estrés agudo [308.3] Según el DSM-IV-TR

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido

(1) y (2):

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

(2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos

B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

(1) sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional

(2) reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)

(3) desrealización

(4) despersonalización

(5) amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)

C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).

E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej.,

trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los Ejes I o II.

Extraído de APA (2005)

3.9 Transformación Persistente de la Personalidad tras Experiencia Catastrófica (TPPEC)

Existe un padecimiento que no es tomado en cuenta en el DSM-IV-TR, pero si en el CIE-10, llamado Transformación Persistente de la Personalidad tras Experiencia Catastrófica (TPPEC). Este trastorno responde, como lo dice su nombre, a un cambio notorio en las características de personalidad de un sujeto que a experimentado una situación estresante y catastrófica.

Se considera que la situación estresante es de una magnitud extrema de tal forma que con independencia de la vulnerabilidad del sujeto este experimentará un efecto profundo en su personalidad. El CIE-10 propone como ejemplos los siguientes: experiencias en campos de concentración, torturas, desastres y exposición prolongada a situaciones amenazantes para la vida (por ejemplo, secuestro, cautiverio prolongado con la posibilidad inminente de ser asesinado). Es común que los sujetos con TPPEC hayan cubierto previamente los criterios diagnósticos del TEPT pero por la cronicidad se generan cambios permanentes en la personalidad. Sin embargo hay algunos sujetos que no experimentaron TEPT pero si desarrollan TPPEC. Se considera que los sujetos que experimentan otro tipo de amenazas a la vida, pero de duración breve como accidentes automovilísticos, y que desarrollan cambios permanentes en su personalidad no deben de ser diagnosticados con TPPEC, pues en esos casos se habla de una vulnerabilidad psicológica previa al evento.

Entre los criterios diagnósticos del TPPEC se incluyen la persistencia, la rigidez y la desadaptación de los rasgos de personalidad que han sido cambiados. Además generan deterioro a nivel laboral, social y de relaciones personales en quien lo padece, por lo que se sugiere que un tercero confirme dicho deterioro. Para el CIE-10 Es necesario identificar rasgos que previamente estaban ausentes como:

1. Actitud permanente de desconfianza u hostilidad hacia el mundo
2. Aislamiento social
3. Sentimientos de vacío o desesperanza
4. Sentimiento permanente de "estar al límite", como si se estuviera constantemente amenazado
5. Vivencia de extrañeza de sí mismo

Dichos criterios deben de tener una cronicidad mayor de 2 años y no ser atribuidos a otro trastorno de personalidad u otro trastorno que no sea el TEPT.

3.10 Epidemiología del TEPT, del TEA y del TPPPEC

Distintos autores (Medina-Mora, Borges, Lara, Ramos y Zambrano, 2005, Quijada, 2006 y Hamble, 2010) han presentado algunos datos epidemiológicos, que se incluyen en las siguientes tablas. Es necesario señalar que se cuentan con pocos datos, para el TEA. Incluso el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) no proporciona una cifra sobre su prevalencia, cosa contraria al TEPT con el que se cuenta con varias referencias que corroboran su prevalencia.

Epidemiología del TEPT:

Tabla 9 Prevalencia Internacional y de México del TEPT

Mundial	USA	México	Veteranos de Guerra
8%	7.8%	2.6%	39%

Fuentes: APA, (2000) Medina-Mora, Borges, Lara, Ramos y Zambrano,(2005), Quijada (2006) y Hamble, (2010)

Epidemiología del TEA:

Tabla 10 Prevalencia Internacional y de México del TEA

Mundial	USA	México	Veteranos de Guerra
3%	No se encontró	No se encontró	10 – 18%

Fuentes: APA, (2000) Medina-Mora, Borges, Lara, Ramos y Zambrano (2005), Quijada (2006) y Hamble, (2010)

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENP) (Medina-Mora, Borges, Lara, Ramos y Zambrano. 2005) señala que la prevalencia del TEPT en México no es tan alta como la de otros trastornos, o la reportada en otros países. Por otro lado, no ofrecen datos para el TEA, por lo que es de suponer que pueda existir un Infra-diagnóstico de los dos trastornos, especialmente por el recrudecimiento que ha tomado la violencia en nuestro país en los últimos seis años como resultado de la llamada “guerra contra el narco” emprendida en el sexenio del presidente Felipe Calderón (Zepeda, 2008), y los bajos niveles de denuncia que son tan sólo del 12 % de los delitos, por lo que muchas de las personas que son víctimas de la violencia social no denuncian y no reciben atención psicológica apropiada favoreciendo así el que no se cuente con una prevalencia objetiva. Mc Pherson (2006) señala que la prevalencia a exposiciones traumáticas es del 77% y que el 50% de los sujetos experimentan múltiples traumas, además sitúa la prevalencia de TEPT como mayor en nuestro país que en Estados Unidos, siendo para el primero 13% y para el segundo 7%.

Tabla 11 Prevalencia del TEPT en USA y México

USA	México
7%	13%

Fuente: Mc Pherson (2006)

Con lo dicho es claro que la investigación y generación de propuestas terapéuticas eficaces para este padecimiento cuenta con alta relevancia social y que urge a los profesionales de la salud mental a profundizar en ellos para contar cada día con mejores opciones para los pacientes.

3. 11 Cambios y Novedades en la clasificación del TEPT en el DSM 5

El DSM 5 (APA, 2013) presenta cambios significativos en la forma de diagnosticar y clasificar el TEPT. Primeramente, el trastorno fue sacado del grupo de los trastornos de ansiedad y se construyó una nueva clasificación de Trastornos Relacionados con Trauma y Estrés donde ahora se encuentra. Además los síntomas pasaron de

síntomas de evitación y síntomas de la actividad arousal, para contar ahora con 4 grupos; síntomas de reexperimentación, síntomas de evitación, síntomas de alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo y síntomas de la actividad arousal.

También se hicieron cambios en el criterio A, donde se solicita la explicación de si el evento traumático fue experimentado directamente, si fue presenciado o si tuvo conocimiento de la ocurrencia del suceso. Se ha eliminado el criterio A2 que se encontraba en el DSM-IV y que hacía referencia a las reacciones subjetivas de temor, desesperanza u horror intenso.

Otros cambios tienen que ver con la edad de los pacientes. EL DSM 5 muestra criterios diagnósticos específicos para adolescentes y niños mayores de 6 años. Incluso se ha generado una clasificación de criterios diagnósticos independiente para niños menores de 6 años.

Los cambios más significativos son los de tipo cognitivo, donde se reconoce el papel que tienen las creencias negativas y exageradas sobre uno mismo, los demás y el mundo en el mantenimiento del trastorno, así como las distorsiones cognitivas sobre las causas y las consecuencias que provocan la culpa en el paciente. Además el cambio en las reacciones subjetivas resulta sensible a la realidad de algunos sujetos donde pudo no darse una reacción emocional intensa en el momento del evento traumático.

A continuación exponemos los criterios diagnósticos del TEPT en el DSM 5.

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s)
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o

amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental

4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil)

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s)

Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s)

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s)

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s)

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s)
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s)

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas)
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”)
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza)
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos)

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos

2. Comportamiento imprudente o autodestructivo

3. Hipervigilancia

4. Respuesta de sobresalto exagerada

5. Problemas de concentración

6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto)

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio)

2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado)

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

4 MODELOS EXPLICATIVOS Y EVALUACIÓN DEL TEPT

4.1 Planteamientos Neurobiológicos del TEPT

Existe evidencia que sostiene la existencia de bases neurobiológicas del TEPT (McPherson, 2006. Coelho y Costa, 2010) Se considera que cuando el organismo está bajo amenaza, una respuesta cerebral se activa para protegerse dando pie al mecanismo conocido como lucha, huida o paralización. Sin embargo, en algunos sujetos se da una desregulación de esos mecanismos neurobiológicos dando paso a los elementos que conforman la fisiopatología del TEPT, generando cambios en el volumen del cerebro, la arquitectura neuronal y la respuesta hormonal (McPherson, 2006)

Los sistemas neurobiológicos que se ven implicados son (Coelho y Costa . 2010):

1. Sistema Nervioso Simpático (SNS); se presenta un descontrol en la liberación de los neurotransmisores adrenalina y noradrenalina ante los estímulos asociados con el evento traumático. Esta hiperreacción es provocada por el elevado número de catecolaminas que presentan los sujetos con TEPT que a su vez presentan una disminución del número de receptores adrenérgicos presinápticos α -2 (α -2)
2. Activación del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal. Esta activación busca compensar las reacciones del SNS a través de la liberación de la corticotropina por el hipotálamo, lo que estimula la hipófisis y a su vez libera la horma de crecimiento ACTH, que a su vez estimula las glándulas suprarrenales y se produce la liberación del cortisol buscando terminar con las reacciones provocadas por el SNS. Sin embargo, es necesario señalar que los pacientes con TEPT responden al estrés de forma distinta a las personas sin dicho trastorno. Los primeros manifiestan una hipersecreción de corticotropina, acompañada por una disminución de los niveles de cortisol. Dicha disminución del cortisol podría explicar porque no se genera la compensación señaladas con el SNS

3. El Sistema de opiáceos. Este sistema ha sido relacionado con las conductas de evitación y las respuestas arousal. Cuando un individuo es expuesto a un evento traumático se genera una liberación de opiáceos de tipo endógeno que sirven como analgésicos para mitigar el dolor. (Bremner & Charney, 1994. Tomado de Coelho y Costa . 2010)
4. El sistema gabaérgico. Se compone del neurotransmisor GABA y de su receptor benzodiazepínico. Afecta a hipotálamo, amígdala, tálamo e hipocampo, todos relacionados con la respuesta al estrés. Se ha sugerido que hay una disminución en dichos receptores afectando especialmente a áreas prefrontales que como sabemos regula tanto los procesos cognitivos, como los conductuales, de ahí que fácilmente se relacione a los síntomas del TEPT
5. El sistema glutamáérgico. Tres receptores de este sistema se activan y se relacionan con el TEPT; el receptor NMDA y el receptor AMPA, se considera que estos receptores están relacionados con la percepción y codificación de los recuerdos relacionados al evento traumático, dando pie a las memorias traumáticas antes señaladas y los distintos síntomas disociativos
6. El sistema serotoninérgico. Su importancia radica a nivel del sistema noradrenérgico y de los síntomas arousal que están estrechamente relacionados a los síntomas del TEPT. La disminución de la serotonina se ha relacionado con hipersensibilidad, hiperrirritabilidad y agresividad, todas posibles respuestas en el trastorno mencionado
7. El sistema dopaminérgico. “Dentro de este sistema, al nivel del sistema nervioso central, existen tres grandes proyecciones: la proyección nigroestriada, mesolímbica y mesocortical (Carlson, 2002, citado en Coelho y Costa, 2010). Estas proyecciones, especialmente la nigroestriada, generan un aumento de dopamina a nivel de lóbulo prefrontal, lo que podría explicar el bajo autocontrol de estos pacientes. Se ha observado en pacientes con TEPT un aumento de los niveles de dopamina en comparación con los sujetos del grupo control (Bremner & Charney, 1994; Charney, Deutch, Krystral, Southwick, & Davis, 1993, citado en Coelho y Costa, 2010)

Es importante distinguir las respuestas normales y adaptativas del miedo cuando se está ante la presencia real de una amenaza para la integridad y lo que sucede en sujetos con TEPT donde vemos los hallazgos de las anomalías arriba mencionadas.

4.2 Hallazgos de neuroimagen del TEPT

Las tecnologías de neuroimagen a nivel de funciones y de estructuras cerebrales como la Resonancia Nuclear Magnética (RNM), así como la Técnica de Emisión de Fotones (SPECT) y la Tomografía por Emisión de Positrones (PET) han permitido realizar hallazgos en pacientes con TEPT los cuales fundamentalmente, se relacionan con la reducción del volumen del hipocampo, una mayor actividad de la amígdala y una menor actividad del área de Broca (Carvajal, 2013) y que las áreas que se alteran con mayor frecuencia en pacientes postraumatizados (Coelho y Costa, 2010) son los lóbulos parietales, amígdala, hipocampo, el cuerpo calloso, el giro cingulado y la corteza prefrontal.

En un estudio con veteranos de Vietnam Bremner et al (1995, citado en Carvajal, 2013) encontraron una reducción del volumen del hipocampo derecho del 8% en el grupo con TEPT varios años después del hecho traumático. Carvajal, (2013) señala que hay una reducción del volumen del hipocampo de entre un 3% y un 30% siendo probable que esta reducción se asocie con la severidad del acontecimiento traumático y con la intensidad de los fenómenos disociativos. Sin embargo, en otros estudios no se han encontrado los mismos hallazgos por lo que se piensa que la reducción del hipocampo podría explicarse mejor como un factor de riesgo más que como una consecuencia postraumática.

Otros estudios como el de Rauch et al (1996, citado en Carvajal, 2013) donde se utilizó la exposición con la finalidad de provocar los síntomas se observó una mayor actividad en estructuras del hemisferio derecho como lo es la amígdala, cíngulo anterior, ínsula, lóbulo temporal anterior, cortezas visual y orbital posterior todas ellas relacionadas con el estado de alerta o de lucha y huida. También observaron una reducción en

A pesar de estos hallazgos, es importante señalar, como lo hace (Carvajal, 2013) que han usado muestras pequeña por lo que aún no se pueden generalizar dichos hallazgos.

Si tenemos en cuenta este modelo junto con el modelo cognitivo conductual, podremos tener una apreciación mayor de la etiología del trastorno y por lo tanto diseñar estrategias terapéuticas más efectivas.

4.3 Procesos psicológicos implicados en el TEPT

Diversos factores han sido propuestos y estudiados en el desarrollo y mantenimiento del TEPT. Entre ellos cabe señalar la memoria; la atención; la disociación; las reacciones cognitivas y afectivas; las creencias, las estrategias de afrontamiento cognitivo y finalmente el efecto del apoyo social en el desarrollo del TEPT (Brewin y Holmes, 2003).

Distintos autores (Mechanic, Resick, & Griffin, 1998, Schwarz, Kowalski, & McNally, 1993; Southwick, Morgan, Nicolaou, & Charney, 1997, Foa, Molnar, & Cashman, 1995; Harvey & Bryant, 1999a,b, tomados de Brewin y Holmes, 2003) han señalado que los recuerdos traumáticos en sujetos con TEPT aumentan con el tiempo, que su contenido puede cambiar y que tiende a ser más desorganizado así como a contener “lagunas” o carencias sobre el suceso traumático.

Siguiendo en el campo de la memoria, los flashbacks han sido objeto de estudio y se distinguen de las memorias en el sentido de su dominancia sensorial, pues las imágenes son vívidas y pueden incluir sonidos y otras experiencias sensoriales. Además no son producto de un esfuerzo por parte del sujeto, estas aparecen de manera inesperada a través de algún <<gatillo>> o evento precipitante en el ambiente y hasta el 43% de los pacientes (Brewin y Holmes, 2003) reporta que los flashbacks son la forma de pensamientos intrusivos más frecuentes.

Las investigaciones que se han realizado con respecto a la atención y los supuestos déficits que los sujetos experimentan en el momento del trauma arroja información (Vasterling et al., 2002). Por lo que parece una mejor opción centrarse en las experiencias de la vida diaria que el sujeto tiene postraumáticamente en torno a la vigilancia y el ambiente, donde suelen percibir señales de amenaza y es ahí donde pareciera que los déficits se hacen presentes (Brewin y Holmes, 2003).

En cuanto a los síntomas disociativos, se han relacionado con la gravedad del trauma pues mientras mayor sea la gravedad percibida por el sujeto, con mayor frecuencia se observarán. Algunos autores (Holman & Silver, 1998; Morris, Kaysen, & Resick, 2000; Reynolds & Brewin, 1999, tomado de Brewin y Holmes, 2003) han sugerido que existe una relación entre dichos síntomas y la respuesta de “freezing” o congelamiento que da paso a la inmovilidad en lugar de la de lucha o huida. Si este tipo de experiencias se presentan durante el evento traumático se considerarán como disociaciones peritraumáticas y sirven como predictor del TEPT, si son posteriores al evento traumático no parece existir una asociación consistente con el desarrollo del TEPT (Brewin y Holmes, 2003).

Las reacciones afectivas y cognitivas son parte esencial del diagnóstico del TEPT en el DSM-IV-TR (APA, 2000) sin embargo se limitan a señalar emociones del tipo; miedo u horror intenso en el momento del trauma. Estas emociones sirven para predecir el desarrollo del TEPT pues hasta un 89% de los sujetos que lo presentan habrán experimentado esas emociones. Sin embargo, existe evidencia (Grey, Holmes, & Brewin, 2001; Holmes, Grey, & Young, 2003, tomado de Brewin y Holmes, 2003) de que pacientes que contaban con criterios para ser diagnosticados con TEPT y que vuelven a experimentar una situación traumática experimentan emociones distintas, del tipo; enojo y vergüenza más que de miedo u horror.

En estudios longitudinales (Ehlers et al., 1998, tomado de Brewin y Holmes, 2003), se ha observado que pacientes que experimentan enojo hacia otros como consecuencia del suceso traumático, tendrán una recuperación más lenta en cuanto a los síntomas

experimentan vergüenza. Además existe evidencia (Brewin y Holmes, 2003) de que las personas que vivieron trauma en etapas tempranas de la vida tendrán mayor dificultad para recuperarse de traumas que se experimenten en la vida adulta.

La relación existente entre creencias y el desarrollo de TEPT ha sido estudiada por distintos autores (Dunmore, Clark, & Ehlers, 1999; Foa, Ehlers, Clark, Tolin, & Orsillo, 1999). Se observa una mayor frecuencia de creencias negativas en los pacientes con TEPT entorno a la triada cognitiva depresiva (uno mismo, el futuro y el mundo) descrita por Beck (2000). Las creencias negativas que están dirigidas a uno mismo se caracterizan por un contenido pesimista y de incapacidad para alcanzar los objetivos trazados en la vida. Las relacionadas al futuro se centran en la desesperanza y la idea de que las cosas no podrán estar mejor. Con respecto a las creencias que tienen que ver con el mundo, suelen ser de contenido dicotómico negativo sin poder apreciar los aspectos positivo viendo al mundo como un lugar terrible para vivir. La aparición de estas creencias pueden ser en el momento del evento o después de este. Si se presentan en el momento del evento traumático se comprenden como peri-traumáticas y están asociadas a los síntomas de reexperimentación (Brewin y Holmes, 2003).

Las estrategias de afrontamiento pueden ser conductuales y cognitivas ante el estrés (Lazarus y Folkman, 1991). A nivel cognitivo, en pacientes con TEPT, es frecuente observar estrategias de evitación, rumiación y de pensamientos encaminados a buscar seguridad, autores como Brewin y Holmes (2002) aseguran

que mientras más utiliza el sujeto dichas estrategia, más se fortalecen los pensamientos invasores, lo que se asocia con una recuperación más lenta del TEPT.

Finalmente, se ha señalado el impacto que tiene el apoyo social en los pacientes con TEPT (Nemeroff, Ch. Et. Al, 2006), sin embargo su estudio ha sido, en la mayor de las veces, sobre el impacto positivo que tiene el contar con tal apoyo, por lo que se ve como un factor de protección. Diversos estudios se han centrado en el efecto de las respuestas sociales negativas hacia las víctimas (Ullman & Filipas, 2001; Zoellner, Foa,

press. ;Tarrier, Sommerfield, & Pilgrim, 1999, tomados de Brewin y Holmes, 2003) y encontraron que es un elemento de riesgo y de peor pronóstico en la recuperación del TEPT.

La respuesta y la calidad del apoyo social, los antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de personalidad y los trastornos mentales preexistentes e incluso las bases neurobiológicas (Nemeroff, Ch. Et. Al, 2006, Molina, Gutiérrez, Hernández y Contreras, 2008, Coelho, Maia, y Costa. 2010) pueden influir en la aparición y el curso del TEPT. Sin embargo no son condiciones necesarias para su manifestación pues pueden presentarlo sujetos sin ningún factor predisponente, en especial si el acontecimiento es extremadamente traumático.

4.4 Modelo del Condicionamiento

Este modelo se basa en las teorías del aprendizaje y en el condicionamiento clásico y operante. Desde esta visión, la reacción postraumática se ve como resultado de la vivencia del terror y ansiedad extremas en el momento del evento traumático, por lo que siguiendo el condicionamiento clásico se genera una respuesta condicionada como consecuencia de los niveles de activación y malestar experimentados en dicha situación (Pieschacon, 2006). El desarrollo y mantenimiento de los síntomas se explican desde el condicionamiento operante, es decir, el sujeto aprende conductas de evitación que le sirven para, momentáneamente, no experimentar los niveles de estrés y ansiedad asociados al evento. La gran cantidad de estímulos que generan miedo y evitación son entendidos desde la generalización de estímulos y del condicionamiento de orden superior.

Para Mowrer (1960, tomado de Sosa y Capafóns, 2005) el TEPT se explica a través de la respuesta de miedo que tuvo el sujeto frente al evento, generándose trauma, a través de la asociación de estímulos mediante un condicionamiento clásico, y se mantiene por condicionamiento operante a través de las conductas de evitación. Es decir, al aparear un estímulo incondicionado (de tipo aversivo) con un estímulo neutro que será

negativamente a través de las conductas de evitación previniendo la exposición al estímulo condicionado asociado a la experiencia traumática lo que impide un nuevo reaprendizaje.

De igual forma se explicaría el mantenimiento de los síntomas de reexperimentación y evitación. Es decir el primer grupo de síntomas se activan ante la presencia de estímulos condicionados asociados al evento traumático y los síntomas de evitación, los del segundo grupo, se activan para disminuir la ansiedad generada por los primeros dándose así un condicionamiento operante que impide al sujeto una asociación distinta (Sosa y Capafóns, 2005). Mientras la evitación continúe la reexperimentación se mantendrá.

A manera de ejemplo veamos el caso de la señora Y. Ella se encuentra un día paseando por la calle (Estímulo Neutro) cuando de pronto se acerca un sujeto con una pistola y la despoja, violentamente, de sus pertenencias (Estímulo Incondicionado o Aversivo) generando en ella una respuesta de extremo terror y miedo dando paso a la asociación de pasear en la calle y terror (Estímulo Condicionado). Pasados unos días la señora Y experimenta los síntomas de reexperimentación típicos del TEPT (pesadillas, pensamientos intrusivos, etc) y para disminuir su ansiedad desarrolla conductas de evitación (dejar de salir a la calle, disminuir su vida social, dejar de ver televisión, etc.) estas conductas aliviarán momentáneamente la ansiedad, pero reforzarán negativamente los síntomas asociados al TEPT generándose así el condicionamiento operante en ella e impidiendo la resolución del TEPT por no contar con exposiciones con respuestas incompatibles al estímulo condicionado.

4.5 Modelos Cognitivo Conductuales del TEPT

El objetivo de ésta sección es describir y analizar los modelos explicativos ofrecidos desde la perspectiva cognitivo conductual más reconocidos. Nótese que los modelos resultan de invaluable ayuda para la comprensión del desarrollo y mantenimiento del TEPT, así como para el diseño de tratamientos que puedan ser efectivos.

Modelo del procesamiento emocional de Foa

Este modelo tiene sus raíces en el trabajo pionero de Lang (1977) quien buscaba dar una explicación a los mecanismos que operan en la reducción del miedo a través de la terapia conductual. Para ello, hizo referencia a la presencia de lo que denominó *estructuras del miedo*, las cuales modulan el procesamiento de la información referida a la percepción e interpretación de estímulos como peligrosos y derivadas de la asociación con experiencias previas para ofrecer respuestas congruentes con el estado del miedo ante los mismos.

Lang (1977) señaló que en cada una de las experiencias de miedo, se pueden realizar nuevas asociaciones susceptibles de activarse frente a situaciones futuras (ante estímulos evocadores). Desencadenando por ejemplo, conductas de evitación ante la percepción de señales que son percibidas como peligro. Dando lugar en algunos sujetos lo que puede denominarse “efecto gatillo”, el cual consiste que ante un estímulo (condicionado) se experimenta una respuesta de alarma y se emite una respuesta motora de huida, evitación o paralización de forma automática sin ser procesada conscientemente. También pueden explicar fenómenos como los observados en casos como la exposición con prevención de respuesta, en los cuales según el modelo, el sujeto generaría nuevas asociaciones en las estructuras del miedo y ello explicaría las modificaciones en las respuestas observadas.

Basados en las *estructuras del miedo*, Foa y Kozaks (1985; 1986) buscaron dar una explicación al desarrollo, mantenimiento y el tratamiento de los trastornos de ansiedad, distinguiendo entre miedo “normal” o adaptativo y patológico. El *miedo normal o adaptativo* es concebido como aquel en el cual el sujeto desarrolla asociaciones que posteriormente se activan ante circunstancias que suponen un peligro objetivo y da lugar a respuestas que aumentan la probabilidad de supervivencia del individuo. El concepto de *miedo patológico o desadaptativo* alude aquellos casos en el que se realizan asociaciones que posteriormente inciden en la emisión de respuestas que no son adaptativas. Por ejemplo cuando se activa la

peligro objetivo o se experimenta una intensidad de respuesta de alarma desproporcionada al potencial daño que puede recibirse (Foa, Huppert y Cahill, 2006).

Según el modelo del procesamiento emocional (Foa, Huppert y Cahill, 2006), el mantenimiento de la estructura patológica del miedo es resultado de dos fenómenos; el primero es la *Evitación conductual y cognitiva* que la persona hace ante los estímulos (pueden ser estímulos percibidos, imágenes o pensamientos autogenerados) asociados a peligro (no real o desproporcionado), en el cual la persona experimenta miedo y realiza un comportamiento de evitación. El segundo fenómeno, se refiere a *sesgos* que la persona presenta en los procesos cognitivos de codificación, interpretación y recuperación derivados de la propia estructura del miedo. Debido a los efectos de ambos fenómenos, el sujeto se ve impedido de disponer de nueva información inconsistente con la ofrecida desde la estructura de miedo. Ello explicaría por qué no se observa recuperación y la alteración tiende a ser crónica en pacientes con trastornos de ansiedad. Según Foa, Huppert y Cahill (2006) sólo la información inconsistente con las asociaciones que mantienen la estructura del miedo podrá llevar a una recuperación del sujeto. En el caso específico del TEPT, dichas asociaciones se establecen entre los recuerdos del trauma y la creencia de que se está expuesto de forma constante a la posibilidad de un grave peligro y de que uno no es competente para hacerle frente.

El concepto fundamental para este modelo es el que Foa y Kozak (1985 y 1986) llamaron *procesamiento emocional*, el cual se centra en el supuesto de una red de asociaciones en la memoria a largo plazo que incorpora información sobre estímulos presentes durante el evento traumático, junto información interoceptiva referida a la reacción fisiológica, conductual y cognitiva derivada del mismo, y finalmente, las relaciones entre los distintos componentes. Dicha red de asociaciones en la memoria es susceptible de ser modificada. Según el modelo, la presencia de una red de asociaciones anómalas explicaría la aparición y mantenimiento del trastorno, y la generación de nuevas asociaciones no patológicas explicaría la recuperación. La activación de la estructura de la memoria del miedo patológica o de la adaptativa

Según el modelo para que se realice una modificación (recuperación) se requiere; 1- la activación de la estructura de la memoria del miedo y 2- la incorporación de información novedosa e incompatible con el contenido de la estructura de la memoria del miedo (Foa y Kozak 1986). Para que se lleve a cabo la primera condición, es necesario que el sujeto se enfrente a situaciones o estímulos asociados con peligro y que provoquen la respuesta del miedo. En cuanto a la segunda condicionante, es necesario que el sujeto pueda procesar nueva información incompatible con la anterior y que sea incorporada generando una nueva asociación. Pero la modificación no se consolidará, si el individuo evade la situación temida o si la situación evocada se vuelve a presentar como un gran peligro para el sujeto, en ese caso se daría una confirmación de la estructura del miedo e incluso la reforzaría (Foa, Huppert y Cahill, 2006).

En el caso de sujetos con TEPT se observa según el modelo un *fallo en el procesamiento del acontecimiento traumático* que hace imposible la recuperación y que refuerza la estructura de miedo. Además Foa, Huppert y Cahill (2006) señalan que el nivel de *compromiso emocional*, que se refiere al elevado nivel de activación del miedo experimentado por el sujeto durante el evento, es señalado como factor clave para su recuperación. Aquellos sujetos que experimentaron un intenso miedo (alto compromiso emocional) durante el acontecimiento y en las primeras semanas posteriores al evento traumático tendrán mayor probabilidad de hacer un procesamiento emocional adecuado. En cambio aquellos que presentan estrategias de evasión e incluso de disociación durante el evento (bajo nivel de compromiso emocional) y los días posteriores a este, tendrán mayor dificultad para su recuperación. Un retraso en la experiencia emocional al evento traumático es concebido también como un bajo nivel de *compromiso emocional*, y por ello también interferirá en la recuperación natural del sujeto y en el *procesamiento emocional* del evento.

Otro factor fundamental para comprender el desarrollo y mantenimiento del TEPT son las *cogniciones relacionadas con el trauma* como por ejemplo; “el mundo es un lugar totalmente peligroso” o “yo soy siempre incompetente”. Éstas representan la base

activen con gran facilidad pensamientos negativos frente a estímulos asociados con la experiencia traumática (Foa, Huppert y Cahill, 2006).

Finalmente, otro elemento esencial que está presente en los sujetos con TEPT es un *desorganizado nivel de narrativa* acerca del trauma. Foa, Huppert y Cahill, (2006) explican que un elevado compromiso emocional se asocia a una adecuada organización en la narrativa del trauma. De modo que será necesaria una elevada activación emocional para favorecer un adecuado procesamiento para modificar de forma saludable la estructura del miedo. Ello también explica que aquellos que pueden expresar repetidamente sus emociones y pensamientos asociados al trauma con sus seres cercanos, tienen menor probabilidad de desarrollar un TEPT. En sentido opuesto, aquellos que no tienen la oportunidad de expresar sus cogniciones y emociones sobre lo acontecido o que deciden evadirlo, no desarrollan una narrativa estructurada sobre lo acontecido y estarán en riesgo de desarrollar un malestar crónico. Ello justifica el uso de técnicas como el *Debriefing* utilizadas en circunstancias como desastres y catástrofes.

Teoría de la representación dual de Brewin, Daglesh y Josephs

El modelo propuesto por Brewin, Daglesh y Josephs (1996) considera que es limitado pensar en una sola representación o estructura del miedo como el modelo propuesto por Foa, Huppert y Cahill, (2006). El presente modelo se sitúa en la línea de propuestas en las que se propone la existencia de distintos patrones de codificación, almacenamiento y recuperación de la información de un suceso (Broadbent, Fitzgerald y Broadbent, 1986; Tulving y Schacter, 1990), así como los estudios de tipo neuroanatómico donde se propone diferentes vías por las que la información proveniente de eventos con gran carga emocional son almacenadas en la memoria, en ocasiones con implicación de estructuras corticales y en otras solo con la participación de estructuras subcorticales (LeDoux, 1992). Brewin, Daglesh y Josephs (1996) postulan que frente a un evento potencialmente traumático se generan dos tipos de representaciones.

El primer tipo es la representación o *conocimiento accesible verbalmente* y el segundo la representación o *conocimiento accesible de forma situacional*. El primero alude a un proceso cognitivo y consciente, que tiene que ver con los recuerdos autobiográficos del acontecimiento traumático, contiene información sensorial de las circunstancias en las que se experimentó el evento, así como de las reacciones emocionales y psicológicas experimentadas y finalmente, relativas a la valoración y al significado otorgado al evento. Sin embargo, debe destacarse que frecuentemente se observan fenómenos aparentemente paradójicos, como el hecho de recordar con gran detalle aspectos irrelevantes y omitir aspectos fundamentales del evento. Ello podría explicarse por correlatos observados en situaciones de investigación donde niveles muy elevados de ansiedad se asocian con un aumento considerable de la atención selectiva, y al mismo tiempo con una reducción de la capacidad de memoria de trabajo (Eysenck y Keane, 1990).

El segundo tipo o representación es el *conocimiento accesible situacional* hace referencia a un proceso de carácter inconsciente y que contiene información sensorial, fisiológica y motora, teniendo elementos fundamentalmente emocionales. No pueden ser evocados a través de un esfuerzo intencionado de la memoria, sino que se recuperan (y pueden hacerse consciente) a través de métodos que supongan una exposición al recuerdo, siempre y cuando genere repuestas intensas de miedo como las experimentadas en la situación traumática, lo cual permite detectar las asociaciones que el sujeto realizó entre estímulos en el ambiente (o de la situación) y la experiencia traumática, a ello se le llaman *memoria accesible situacional*. De tal forma que al percibir consciente o inconscientemente alguno de ellos, el paciente ofrece una respuesta condicionada.

Según el modelo, la persona también puede ser consciente de dichas representaciones a través de los síntomas internos como elevados niveles de *arousal*, detección de impulsos motores, o mediante la presencia de imágenes intrusivas, e incluso estados disociativos.

Debe comentarse que la experiencia traumática aguda desencadena una gran

neuronal que implica estructuras anatómicas fundamentales para el procesamiento consciente (Jacobs y Nadel, 1985). Los autores proponen que estas representaciones se forman a través de códigos analógicos y posibilitan la recreación de la experiencia original. Los códigos a los que aluden forman parte de la representación total del trauma y contiene A) información referida a la asociación de estímulos de forma automática con el trauma B) información significativa por el valor adaptativo, derivada de un aprendizaje previo, obtenida mediante una evaluación no consciente de mecanismos concernientes al logro de metas universales como por ejemplo el apego a los cuidadores o la regulación del status jerárquico social C) información sobre el estado de consciencia de la persona como por ejemplo el nivel de disociación durante la situación traumática.

A continuación se muestra un esquema realizado por Brewin, Daglesh y Josephs (1996) de cómo operan ambas representaciones en el sujeto.

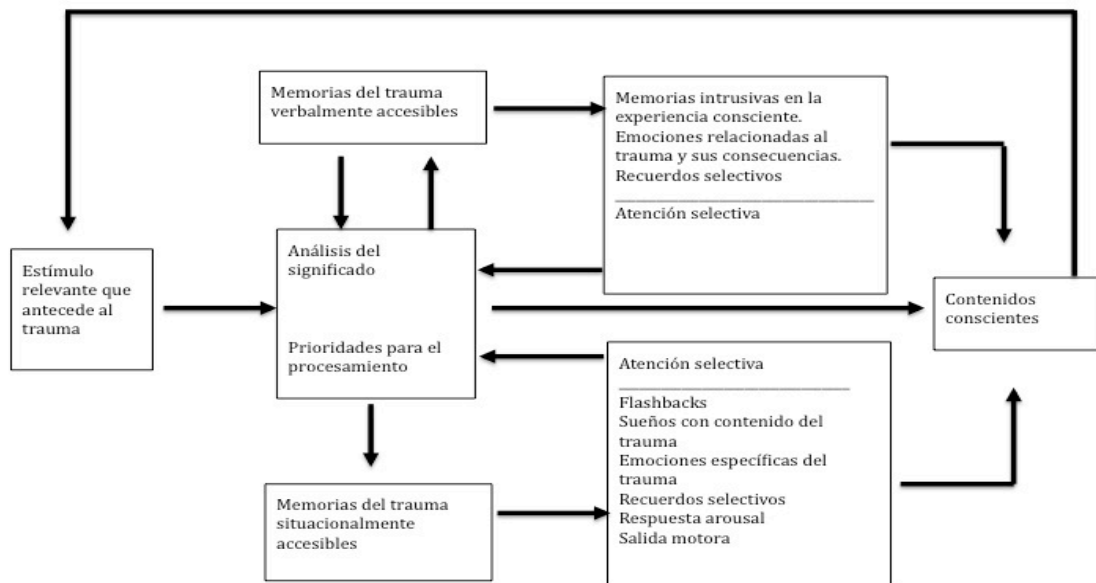


Figura 1. Procesamiento cognitivo del estímulo relevante previo al trauma.
(Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996)

Siguiendo la propuesta de Herman (1992) y Terr (1991), Brewin, Daglesh y Josephs, (1996) distinguen dos tipos de traumas: el tipo 1 cuando existe un único episodio estresante y el tipo 2 cuando hay más de un episodio estresante o cuando el mismo

episodio se experimenta de forma reiterada. Señalan la elevada posibilidad que en este último el sujeto experimente síntomas disociativos, lo cual puede generar impedimentos en la recuperación y expresión de la memoria verbal, inhibiendo el *procesamiento emocional* necesario para la resolución del trauma.

Para este modelo el *procesamiento emocional* es un proceso natural que sirve en el proceso de recuperación de un sujeto que ha pasado por una experiencia traumática. Además el procesamiento emocional hace referencia al proceso consciente de forma amplia, donde las representaciones de eventos del pasado y futuros, así como la consciencia de las reacciones corporales se hacen presentes y son manipulados repetidamente a través de la memoria de trabajo. Los resultados pueden o no ser satisfactorios. Los autores señalan 2 elementos fundamentales en dicho procesamiento emocional: uno envuelve la activación de *memoria situacional accesible* que tiene como función ayudar al reajuste cognitivo suplantando los detalles físicos y sensoriales del evento a través de los flashbacks. El segundo elemento es el intento consciente de acomodar la información conflictiva del trauma buscando sentido o significado haciendo juicios de causa y culpa, la finalidad de este procedimiento es reducir el afecto negativo restaurando el sentido de seguridad y control a la vez que hacer apropiados juicios sobre sí mismo y el mundo. Este proceso tiene la desventaja de crear pistas internas que activan espontáneamente la *memoria situacional accesible* a nivel de la consciencia.

El *procesamiento emocional* implica la activación de reacciones emocionales condicionadas en el momento del trauma como el miedo y el enojo. Normalmente estas son las primeras en experimentarse dentro del procesamiento y son desarrolladas a través de la *memoria situacional accesible*. Conforme pasa el tiempo pueden experimentarse otras emociones como la culpa y el remordimiento como resultado de atribuirse responsabilidad por el evento traumático. A este tipo de emociones Brewin, Daglesh y Josephs (1996) les llaman “secundarias”, Resick, Monson y Chard (2008) les llamarán “manufacturadas”.

Los objetivos finales del procesamiento emocional son; el primero es que el sujeto pueda reducir las emociones “secundarias” y los efectos que tienen, a través de integrar la información del trauma con las creencias previas que él tenía y así poder hacer adecuación de creencias con expectativas más realistas sobre la seguridad, los objetivos en la vida, y sobre la responsabilidad que uno se adjudica respecto al trauma. Al hacer esto habrá una reducción en la emociones negativas y en los síntomas del TEPT. El segundo objetivo es que a través de este *procesamiento emocional* se genere una reestructuración cognitiva consciente apareando nuevas representaciones de acción efectiva a las representaciones de peligro originales hechas por el sujeto sobre el trauma (Brewin, Daglesh y Josephs, 1996).

Según el modelo existen tres posibles culminaciones del *procesamiento emocional* (Brewin, Daglesh y Josephs, 1996):

1- *terminación/integración*; el cual es el resultado ideal donde las memorias del trauma han sido adecuadamente procesadas y son integradas al repertorio de memorias del sujeto y a su sentido de sí mismo en el mundo, lo que reduce el afecto negativo incrementando el sentido de control y resolviendo las discrepancias entre las creencias y objetivos previos al trauma. Para que esto suceda la persona debe haber experimentado una frecuente repetición de la experiencia traumática a través de la memoria, aceptando la realidad y sus consecuencias en un estado emocional que no lo sobrepase.

2- *Procesamiento emocional crónico*; existen agravantes como consecuencias, duración o severidad del trauma que pueden impedir la conciliación de la discrepancia entre las creencias a priori y el trauma, provocando que las memorias no puedan ser integradas, y la persona no logre desarrollar un sentido de seguridad y confianza en el futuro. Como consecuencia de ello, la persona puede verse crónicamente afectada por las memorias intrusivas y las consecuencias del trauma, desarrollando los síntomas del TEPT de manera crónica junto con la comorbilidad asociada.

3- *Inhibición prematura del procesamiento*; usualmente se da como resultado de las estrategias de evitación ante lo displacentero que supone la exposición a la información que permite el *conocimiento accesible de forma situacional* y el *conocimiento accesible verbalmente*. Las estrategias de evitación cognitiva y conductual impiden el procesamiento emocional, a través de ello se consigue que la activación emocional y las memorias intrusivas se detengan, sin embargo el *conocimiento accesible situacional* seguirá haciéndose presente bajo algunas circunstancias los sesgos atencionales seguirán presentes, además puede darse un apareamiento trauma-estímulo por lo que es probable que se presenten evitaciones fóbicas a las situaciones relacionadas con el trauma y finalmente manifestaciones somáticas frecuentes. Por lo que a pesar de aparentar recuperación, en realidad las memorias no procesadas se reactivarán de forma inesperada e indeseada en cualquier momento de la vida.

Teoría Cognitiva de Ehlers y Clark's

Este modelo centra su interés en 1) *Las evaluaciones que el sujeto hace sobre el evento traumático y sus consecuencias.* 2) *La forma en que se almacena en la memoria.* 3) *La Relación entre la memoria del trauma y la evaluación del trauma.* 4) *La relación entre los procesos cognitivos y las conductas maladaptativas.* 5) *El procesamiento cognitivo durante el trauma* y 6) *Las características del trauma, las experiencias y creencias previas al trauma y el estado actual del sujeto.*

Dichos procesos, según el modelo, son las vías por las cuales un individuo desarrolla el trastorno de estrés postraumático y se mantiene a lo largo del tiempo.

1- Diferencias individuales en la evaluación del trauma y sus consecuencias

Los autores señalan dos tipos de evaluación 1) se refiere a la **evaluación propia del evento traumático**. En la cual puede observarse en algunos casos una *sobregeneralización del evento*, lo que conllevará a percibir las situaciones cotidianas más peligrosas de lo que en realidad son y/o a percibir una probabilidad

traumáticas. El otro tipo de evaluación se refiere a 2) la **evaluación sobre las secuelas o consecuencias de la experiencia traumática**, que alude a la *forma en que uno se sintió y/o comportó durante el evento traumático*, algunos sujetos con TEPT concluyen de la forma en cómo se comportaron durante el evento que son responsables e incluso culpables de lo ocurrido.

En cuanto a la evaluación de las consecuencias, los sujetos suelen hacerlas en tres rubros; **evaluación sobre los síntomas iniciales del TEPT**, los sujetos con TEPT, suelen ver las reacciones fisiológicas y/o emocionales consecuentes del evento como una señal de un cambio profundo y permanente en su forma de ser y actuar, (y no como parte del proceso natural de recuperación) lo que produce un ánimo negativo y favorece el uso de estrategias de afrontamiento negativas que llevarán al surgimiento y mantenimiento del TEPT. La segunda es la **evaluación sobre las reacciones que los demás tienen sobre el evento traumático**, si los familiares y amigos adoptan estrategias de evitación respecto a hablar sobre el evento (por ejemplo; con la finalidad de no estresar al paciente), éste puede interpretarlo como un desinterés de su parte o que lo culpan o responsabilizan de lo sucedido. Estas interpretaciones tienen como consecuencia que el sujeto pierde la oportunidad de sentir alivio y tener las apreciaciones de los demás que le ayuden a modular sus creencias distorsionadas sobre el evento. Finalmente, está la evaluación de **las consecuencias que el trauma tiene en áreas como las físicas, financieras o profesionales**. Los sujetos con TEPT suelen interpretar que el evento tendrá consecuencias devastadoras en dichas áreas y además cree que éstas se darán de forma permanente e incluso que serán peores en el futuro.

Ehlers y Clarck (2000) siguiendo a Beck (1976), sugieren que las evaluaciones del evento serán las que determinen el tipo de respuesta emocional del sujeto. Las evaluaciones de *peligro percibido* provocarán miedo, las evaluaciones de que *otros no siguen las reglas y de injusticia* provocará ira, las evaluaciones sobre la *supuesta responsabilidad* de la víctima sobre el evento traumático desencadenarán culpa, las evaluaciones sobre haber *transgredido los estándares internos* generarán vergüenza y

modelo, la razón por la cual los pacientes con TEPT presentan distintos tipos de emociones negativas es porque generan distintas evaluaciones en distintos momentos.

2- Diferencias individuales en la naturaleza de la memoria traumática y el vínculo con otras memorias autobiográficas

Los pacientes con TEPT suelen tener dificultades con dos aspectos específicos de la memoria. Uno de ellos es la **incapacidad para evocar un recuerdo total** de lo acontecido en el evento traumático, por lo que suelen ser memorias fragmentadas, desorganizadas y con dificultades en la configuración temporal de lo sucedido. El otro es la **aparición involuntaria de recuerdos** que incluyen reexperimentación de aspectos del evento en una manera muy vivida y que suelen ser fruto de los denominados “gatillos” es decir, estímulos que desencadenan la respuesta involuntaria de recuerdos.

Esta aparente discrepancia entre los recuerdos voluntarios y las activaciones o “gatillos” de la memoria que fácilmente aparecen, la explica Ehlers y Clarck (2000) a través de; *a) la naturaleza de la reexperimentación, b) la pobre elaboración e incorporación a la memoria base autobiográfica, c) fuerte asociación E-E y E-R y d) un fuerte primado o priming perceptual.*

a) Naturaleza de la reexperimentación

Sus características son; a- La reexperimentación consiste en impresiones sensoriales, primordialmente visuales, más que en pensamientos. b- Las impresiones sensoriales son experimentadas como si estuvieran pasando en el presente y no como memorias del pasado. c- Las emociones y las impresiones sensoriales son reexperimentadas incluso con información contradictoria o sabiendo que no son reales en el presente. d- La reexperimentación puede ser fisiológica con sensaciones y emociones asociadas al evento traumático pero sin fundamento aparente. Como suele suceder en las mujeres que fueron violadas y reexperimentan las sensaciones físicas ante un hombre con alguna semejanza con el perpetrador. e- La reexperimentación puede ser activada a través de “pistas” asociadas al evento traumático incluso sin una clara relación semántica.

b) Pobre elaboración e incorporación a la memoria base autobiográfica

El modelo toma en consideración las dos rutas de recuperación de la memoria autobiográfica propuestas por Brewin et al., (1996, citado en Ehlers y Clarck, 2000). La primera, considerada de orden superior debido a que la conexión se fundamenta en significaciones, y se caracteriza porque la recuperación es intencional. En la segunda sin embargo, la recuperación se establece mediante la activación directa por un estímulo que evoca un evento.

La información sobre los eventos vividos por una persona habitualmente se incorpora en la memoria autobiográfica y se organiza por periodos de tiempo y por temas mediante la primera ruta, no activándose habitualmente la segunda ruta (Conway y Pleydell-Pearce 1997, citado en Ehlers y Clarck, 2000). Dicha información adquirida conscientemente, comprende información específica sobre el evento y también información general sobre el periodo de tiempo y lugar donde sucedió, así como información abstracta sobre la significación del evento. El modelo propone que en los pacientes con TEPT la memoria autobiográfica es pobremente elaborada, y la información es integrada de forma inadecuada en el contexto, en el tiempo, lugar y la memoria sobre eventos previos y subsecuentes que forman parte de otros recuerdos autobiográficos. Ello explica la dificultad que manifiestan los pacientes para la evocación intencional del evento (se establece una débil ruta semántica y pobremente contextualizada que dificulta la recuperación), lo cual incluye la dificultad de poder retener pensamientos (información semántica) como “el evento ya sucedió, y yo no morí”). Por ello, el modelo explica también la facilidad con que se puede activar a través de claves estímulares (por la segunda ruta).

c) Asociación E-E y E-R

El aprendizaje E-E (condicionamiento clásico o pavloviano) y E-R (condicionamiento skineriano u operante) que se realiza sin intencionalidad, tiene como consecuencia que el organismo se anticipe, incluso sin ser conscientes de ello, acerca de lo que sucederá. Según Ehlers y Clarck, (2000) en el caso de los pacientes con TEPT, este aprendizaje se da a través de una asociación entre diversos estímulos que pudieron

este. Posteriormente, esos estímulos (condicionados) tienen la capacidad de evocar la respuesta alarma como la experimentada durante el trauma en el sujeto haciendo difícil identificar cuál fue el origen o la causa que provocó dicha reacción. Ello puede llevar al paciente a reforzar el estado de vigilancia constante y a dificultar un nuevo aprendizaje que le permita ver que se encuentra en una situación segura.

d) Primado o priming perceptual

Ehlers y Clarck (2000) proponen que los pacientes con TEPT desarrollan lo que se conoce como primado o *priming* perceptual, es una memoria implícita que se asoció con el evento traumático y que se activa incluso con un umbral perceptivo muy bajo, donde no requiere presentarse el estímulo completo sino sólo una parte de él para activar la sensación de peligro. Como esta peculiar forma de memoria está conectada con otras formas de memoria, es posible que sensaciones físicas similares a las del evento traumático funcionen como “gatillos” y desencadenen los síntomas de reexperimentación, incluso cuando el paciente está consciente de que la situación en la que se encuentra es totalmente diferente a la del trauma.

3-Relación entre la memoria del trauma y la evaluación del trauma

Ehlers y Clarck (2000) afirman que existe una relación bidireccional entre la memoria del trauma y la evaluación del trauma y sus consecuencias. Lo cual alude a que cuando los sujetos reexperimentan (es decir recuerdan) el evento traumático lo hacen mediante los elementos extraídos a través de la evaluación (parcial) que realizaron y de la recuperación selectiva de la información, la cual es consistente con dicha evaluación. Dicha recuperación selectiva de la información sobre el evento traumático hace que el sujeto no tenga una impresión total de lo acontecido. Ello lo lleva a percibir sólo aquello que corrobore las creencias que mantiene y no tenga otra información con la que confrontar la evaluación realizada en primera instancia.

4- Relación entre los procesos cognitivos y las conductas maladaptativas

Ehlers y Clarck (2000) consideran que las evaluaciones se asocian con las estrategias cognitivas que desarrollan los sujetos y éstas llevan a realizar conductas

“recordar o pensar el trauma” como por ejemplo que ello traería consecuencias como; “volverse loco”, “perder el control”, “daños a la salud”, etc. Favorecen la realización de estrategias disfuncionales como; “tratar de no pensar en el trauma”, “distracer la mente”, “tomar alcohol o drogas”, etc.

Merecen especial atención las creencias y estrategias disfuncionales asociadas como; “si no controlo mis emociones me dañaré o dañaré a alguien”. Éstas se asocian con: la evitación de todo aquello que pueda generar una emoción positiva o negativa, conllevando embotamiento emocional.

Las creencias del tipo; “Si no encuentro cómo pude haber prevenido el trauma, me veré condenado a repetirlo de nuevo”. Se asocia con estrategias disfuncionales como; rumiación.

Cuando se mantienen creencias como; “acudir al sitio del evento o vestir la misma ropa del día del evento desembocará en otro trauma o en mayores complicaciones”, el sujeto usará como estrategia la evitación del lugar y de la ropa.

Sobre la creencia de “es conveniente tomar precauciones extras o de lo contrario seré atacado”, el sujeto puede armarse, vigilar a gente “potencialmente peligrosa”, asegurarse de estar cerca de la salida en lugares públicos, etc.

Como puede inferirse varias de las estrategias realizadas impiden que el sujeto confronte el trauma y pueda tener una nueva revaloración del mismo y por lo tanto una mejoría sintomática.

5- Procesamiento cognitivo durante el trauma

Otro aspecto que este modelo resalta es el procesamiento cognitivo en el momento del trauma. Ehlers y Clarck (2000) aseguran que si el sujeto presenta pensamientos de derrota mental (del tipo; “no tengo ningún control”, “estoy desamparado”, o “he perdido mi dignidad”) durante el evento traumático desarrollará creencias o

evaluaciones negativas sobre sí mismo, la permanencia constante del TEPT e incapacidad para enfrentarlo.

Las personas que pasan por una experiencia traumática que se vieron abrumados por las impresiones sensoriales y la confusión, aquellos que no pudieron mantener un pensamiento claro y analizar lo que sucedía, tendrán una carencia autorreferencial durante el trauma y es probable que desarrollen una forma crónica de TEPT y una influencia afectación en la memoria del evento. Esto se explica porque dicho procesamiento impide el almacenamiento en la memoria de una forma organizada y localizada en el contexto del evento. Este procesamiento cognitivo es menos conceptual y más centrado en los elementos sensoriales del trauma, lo cual contribuye a explicar el por qué de las reexperimentaciones sensoriales.

6- Características del trauma, experiencias y creencias previas y estado actual

Finalmente, este modelo tiene en cuenta el tipo de trauma, las creencias y experiencias previas al evento traumático, los cuales son contemplados por el modelo como factores que influyen tanto en la evaluación como el recuerdo de este. En cuanto a las características del trauma, hay dos elementos a tener en cuenta: la duración y la predicción del evento. Mientras mayor sea la duración y menor sea la posibilidad de predicción, mayor será el efecto traumático, pues dificultará un procesamiento saludable. Sobre las experiencias previas al trauma, Ehlers y Clark (2000) señalan que aquellos que sufrieron eventos traumáticos en la infancia pueden tener mayores dificultades para procesar el último evento traumático. De igual forma las creencias previas al evento como; “nadie puede dañarme” “yo no experimentaré situaciones peligrosas” etc. pueden provocar una gran confusión y dificultad para procesar y comprender el evento. También en aquellos que contaban con creencias a priori negativas sobre sí mismos, pueden concebir el evento traumático como una confirmación o reafirmación de las mismas. Como por ejemplo; creencias previas relacionadas con sentimiento de culpa, pueden hacer ver el evento como una especie de castigo.

Teoría Cognitiva Social de Resick

Este modelo señala que la gran mayoría de los sujetos que pasan por trauma tendrán una recuperación natural de las reacciones psicológicas y somáticas después del evento potencialmente traumático los cuales son vistos como reacciones normales. Sin embargo algunos sujetos no logran esa recuperación natural por lo cual se sugiere ver al TEPT como una falla en el proceso de recuperación dónde ciertos elementos la obstaculizan.

Este modelo se centra en el contenido de los pensamientos asociados con el evento traumático, subrayando el efecto que las creencias distorsionadas tienen a nivel emocional y conductual en los pacientes con TEPT. Resick, Monson y Chard (2008) consideran que el modelo del procesamiento emocional y de la información se enfoca predominantemente en el esquema del miedo y deja a un lado otras redes cognitivas asociadas al horror, la tristeza, la ira, la culpa o la humillación. Dichas redes, y no sólo la del miedo, se hacen presentes en varios pacientes con TEPT.

Las respuestas de alarma y comportamiento de lucha-huida-paralización que el sujeto muestra durante el acontecimiento con alta probabilidad de trauma se asocian a claves del ambiente (imágenes, sonidos, olores e incluso la hora del acontecimiento) que estuvieron durante el evento y que antes no tenían ningún significado particular. Pasado el evento traumático estas claves podrán activar la respuesta de alarma y comportamiento de lucha-huida-paralización lo que explicaría la presencia de síntomas de reexperimentación. El sujeto entonces buscará evitar las claves de cuyas asociación con el evento es consciente para no experimentar el malestar, lo cual impide un nuevo aprendizaje acerca de que el peligro ya no está presente, lo cual mantendrá un estado de activación en la persona que incidirá en posteriores evaluaciones de situaciones cotidianas como potencialmente peligrosas. Esto conllevará a falsas alarmas y a una pérdida en la confianza del juicio del propio sujeto.

Este modelo considera que existen dos tipos de emociones en los pacientes con TEPT:

de los pensamientos derivados del acontecimiento traumático como interpretación de una situación real de peligro, abuso o pérdida. 2- emociones secundarias o “manufacturadas”; como por ejemplo la vergüenza y la culpa, que son contempladas como resultado de pensamientos distorsionados que el sujeto hace sobre el evento traumático.

Además, este modelo señala que todas las personas cuentan con esquemas previos que se ven confrontados por el evento potencialmente traumático. Especialmente presta atención a *la creencia del mundo justo* la cual consiste en asumir que “las cosas buenas les pasan a las personas buenas y las cosas malas a las personas malas”. Este tipo de creencia suele estar arraigada en muchos de los sujetos con TEPT por lo que el evento con alta probabilidad de trauma la confronta. Esto lleva al sujeto a realizar una o más de las siguientes opciones: 1- **Asimilación**; que incide en la interpretación de la información entrante con el objetivo de hacerla compatible con el esquema previo. P ej. “Esta experiencia negativa es un castigo por las cosas que he hecho”. 2- **Acomodación**; es el proceso cognitivo por el cual el sujeto cambia sus creencias previas con el objetivo de adaptarlas a la información nueva que el evento proporcionó, p. Ej. “La vida no es tan segura como yo pensaba, pero tampoco es totalmente insegura”. Se considera que aquellos que pasan por dicho proceso no desarrollarán TEPT. De modo que la acomodación es un objetivo primordial a conseguir en el proceso terapéutico propuesto por Resick, Monson y Chard (2008) 3- **Sobre-acomodación**; hace referencia a la tendencia de una generalización extrema de las creencias de uno mismo, los demás y el mundo con la intención de obtener una sensación de control. P. Ej. “No puedo confiar en nadie, lo que me sucedió es evidencia de que todos buscan dañarme”. Esto es más probable cuando el paciente tenía creencias previas al acontecimiento de inseguridad y desconfianza a los demás.

Este modelo considera a la evitación como un factor principal de mantenimiento del TEPT, pues los pensamientos y las conductas encaminadas a no reexperimentar el suceso traumático y los estímulos asociados a éste interfieren con el procesamiento emocional y la reestructuración cognitiva. Los sujetos suelen creer que si piensan,

reacciones emocionales o que volverán a sufrir como lo hicieron en la experiencia traumática. Sin embargo si el sujeto enfrenta dichos procesos y permite la expresión afectiva, se generará un cambio en los elementos afectivos almacenados en la memoria del trauma y en las creencias que se tienen.

A diferencia del modelo de Foa, Huppert y Cahill, (2006), donde se promueve que el paciente hable (se exponga) sobre lo acontecido para generar una habituación y así disminuir el malestar del sujeto, Resick, Monson y Chard (2008) consideran que la técnica es útil porque permite no sólo la habituación sino el cambio cognitivo. Según el modelo la expresión afectiva permite al sujeto modificar los afectos y sobre todo las creencias distorsionadas y almacenadas en la memoria a través de mecanismos como asimilación o sobre-acomodación, por creencias que se sostienen en la acomodación que darán lugar a un cambio afectivo deseable. Consideran que las emociones primarias o naturales, se desvanecerán y dejarán de permanecer de forma anómala en la memoria una vez que hayan sido procesadas a través de la acomodación. La técnica de reproducir de forma hablada los recuerdos sobre el evento, permitirá trabajar con las emociones manufacturadas y las creencias asociadas a ellas.

Según el modelo es frecuente que en los pacientes con TEPT los esquemas de confianza, seguridad, control, estima e intimidad se ven afectados por la experiencia traumática generando **Puntos de Estancamiento** los cuales son creencias que interfieren en el proceso de recuperación. Pueden ser automáticas y normalmente se relacionan con culpa, vergüenza o alguna otra emoción intensa y “manufacturada”. Por lo que el modelo predice que al modificar las emociones “manufacturadas” y las creencias asociadas a ellas, se generará un cambio positivo en los esquemas conllevando a una mejoría de los síntomas del TEPT.

4.6 Evaluación: condiciones para la evaluación, instrumentos y entrevistas

EL TEPT es complejo e incluye síntomas psicológicos, fisiológicos y sociales, por lo que cada paciente presentará distinta intensidad en dichas áreas. Una mayor e

individualizada contextualización sobre cómo se presenta el trastorno en el paciente permitirá una adecuada comprensión del mismo, Mc Pherson (2006).

Por ello se recomienda que la evaluación inicie a través de una entrevista clínica focalizada en el trauma que conlleve los siguientes objetivos; conocer el rango del trauma en el curso de la vida del paciente, pues el evento traumático que activa el TEPT puede ser solo una experiencia más de una lista mayor de eventos traumáticos. Mc Pherson (2006) señala que las preguntas habrán de hacerse en orden cronológico con énfasis en las fortalezas y debilidades del paciente, para realizar la evaluación de la actividad global, en cada momento y el funcionamiento que presentaba. También sugiere utilizar la *check list* del DSM-IV como instrumento de ayuda para completar la entrevista.

También existen varias entrevistas estructuradas con el fin de facilitar el diagnóstico, según Pieschacón (2006) las siguientes son las más comúnmente utilizadas, las citas fueron tomadas de dicho autor; Entrevista Clínica Estructurada para el DSM IV de Pitzer, Williams, Gibbons y First, (1994), Programa de Entrevista de Desórdenes de Ansiedad para el DSM-IV de Di Naro et al (1994), Entrevista PTSD de Watson et al (1991), Escala Clínica Administrada para PTDS del Centro Nacional para el TEPT en Boston, Entrevista Estructurada para PTSD de Davidson, Smith y Kudler (1989), Entrevista de Escala de Síntomas de PTSD de Foa, Riggs, Dancu y Rothbaum (1993),

Otros instrumentos que se pueden utilizar son *PTSD-Symptom Scale-Self-Report* (Flack et al., 2002, tomado de Mc Pherson, 2006), la Escala de Estrés Postraumático (PDS) de Foa (1995), Inventario de cogniciones postraumáticas (Foa et al. 1999b). la Lista de Chequeo PTSD del Centro Nacional para el TEPT de Boston y el Inventario Penn para Etsrés Postraumático de Hammerberg (1992) (los dos últimos citados en: Pieschacón, 2006). Cuestionario de Eventos Traumáticos modificado a partir del *Traumatic Events Questionnaire* (TEQ) (Vrana y Lauterbach, 1994, citado en Bados, Greco, y Toribio. 2012). Escala TEPT de Purdue-Revisada (Purdue PTSD Scale-Revised, PPTSD-R; Lauterbach y Vrana, 1996^a, citado en Bados, Greco, y Toribio. 2012).

En castellano se encuentran los siguientes instrumentos; Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997). Escala de inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández–Montalvo, 2000) utilizada para medir el grado de afectación del trastorno en la vida cotidiana del sujeto.

Las entrevistas y los instrumentos sirven al clínico para identificar los objetivos que se tendrán en la terapia, así como los síntomas a trabajar con el cliente, lo que permite una práctica clínica más objetiva y con menor sesgo por parte del especialista. Al evaluar a un paciente con TEPT se necesita tener en cuenta los trastornos y síntomas concomitantes de los que previamente hablamos y los mismos tendrán que ser incluidos en el plan de tratamiento que se lleve con el paciente. Por eso es la insistencia de la evaluación individual, pues habrán pacientes que tengan otras situaciones o conflictos que interfieren con la evolución de su TEPT y que si no se toman en cuenta, pueden poner en riesgo la efectividad del tratamiento (Cáceres, 2011).

5 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA EL TEPT

5.1 Introducción: Tratamientos actuales y su eficacia

Existen diversos tratamientos que han mostrado evidencia sobre su eficacia en el tratamiento del TEPT; La Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma (TCCCT), La Terapia de Exposición Prolongada (TEP), la Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC) y la Desensibilización y Reprocesamiento del Movimiento Ocular (DRMO). En este trabajo se describen las características de cada uno de los tratamientos así como de los resultados obtenidos en diversas investigaciones. Se comentan algunas deficiencias y finalmente se incluyen propuestas de investigación futura.

5.2 Terapia de Exposición Prolongada (TEP)

La TEP ha sido desarrollada por Foa et. al (2005) como un tratamiento basado en la exposición imaginada y en vivo de los estímulos asociados con el evento traumático. Está basada en la teoría del aprendizaje donde se considera que el sujeto realizó asociaciones con diversos estímulos que fueron apareados al evento traumático, lo que generará que en el futuro reexperimente el evento traumático al encontrar <<gatillos>> en el ambiente que eliciten la memoria traumática. Posteriormente, el sujeto buscará evitar dichas asociaciones para impedir la aparición de la ansiedad o en su defecto para disminuirla cuando se presente, dicha evitación será reforzada a través de un mecanismo de condicionamiento operante y de ese modo se mantendrá el trastorno.

La TEP tiene como objetivo que el paciente pueda tener un nuevo aprendizaje de la situación experimentada a través de la exposición al evento traumático en una condición controlada y sin los niveles de ansiedad originalmente experimentados, lo que da paso a una nueva asociación. Es un tratamiento protocolar específico para el TEPT y conlleva 4 áreas a trabajar con el paciente (Monson, S.f., Foa et. al, 2005):

mantenimiento de la sintomatología del TEPT, así como los efectos terapéuticos de la exposición y la necesidad de llevarla a cabo para lograr la recuperación del trastorno

2. Técnicas del control de la ansiedad basadas en la respiración
3. La exposición en vivo representa un aspecto medular de esta terapia. Se realiza una jerarquización de personas, situaciones y lugares donde el sujeto experimenta ansiedad (sin que exista un peligro real, pero que estos fueron asociados al evento traumático). Posteriormente, se acuerda el afrontamiento o la aproximación gradual a ellos hasta que la ansiedad disminuya, de tal forma que se genere un recondicionamiento y no evoquen más la ansiedad en el sujeto
4. La exposición prolongada hace referencia al ejercicio de exposición de manera mental al trauma a través de la repetición del evento en exposición imaginada. El objetivo es que el sujeto reexperimente mentalmente el evento traumático, de la forma más vívida posible, identificando todos sus componentes como los sonidos, los aromas, las personas presentes, etc. y exponiéndose a ellos hasta que la ansiedad disminuya. Permitiendo así un nuevo aprendizaje que impida la reaparición de los síntomas en el futuro al pensar en ellos. Comúnmente se hace una sesión de imaginación en el consultorio con el terapeuta donde se profundiza en lo que hemos señalado y ésta se graba para que el paciente la use como tarea cada día entre una sesión y otra

El objetivo mayor de esta terapia es que los pacientes tengan una visión más racional de las situaciones temidas y evitadas que le permitan seguir con su vida diaria sin experimentar los elevados niveles de ansiedad y controlando los aspectos de la memoria traumática entendiendo que eso no forma parte del momento presente.

5.3 Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC)

La Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC) fue desarrollada por Resick & Schnicke

socrático y el *writtens accounts* (WA), como técnica de exposición, que consiste en escribir los recuerdos del evento traumático, leérselos al terapeuta y el procesamiento emocional asociado a los recuerdos (Resick et. al, 2008) todo esto con la intención de comparar estos componentes frente a la terapia de exposición prolongada.

Esta terapia puede ser utilizada tanto en formato individual como en formato grupal y al igual que la TEP, la TPC cuenta con cuatro fases en el proceso de aplicación (Resick et. al, 2008 y Monson, S.f.):

1. Psicoeducación sobre el TEPT desde una perspectiva Cognitivo Conductual, es decir, haciendo énfasis en la relación entre las cognición incluyendo las creencias y la percepción que se tiene sobre el evento traumático y los síntomas del trastorno
2. El procesamiento del trauma puede ser hecho con ejercicios de escritura acerca de lo ocurrido o con narración frente al terapeuta, después de ello se lleva a cabo el diálogo Socrático sobre lo sucedido en el evento traumático y el sentido que el paciente le ha otorgado. La finalidad es que se genere una nueva interpretación que aporte mayor esperanza y que sea más saludable para el paciente
3. Detención del pensamiento; se le enseña al paciente cómo puede detener y modificar sus pensamientos y las interpretaciones que hace sobre lo sucedido. Lo cual permite al paciente que adopte una actitud más proactiva sobre su bienestar, convirtiéndose en su propio terapeuta
4. Restructuración Cognitiva; se busca que el paciente pueda hacer uso de las herramientas cognitivas para modificar no solo las interpretaciones sobre el evento traumático, sino también sobre los eventos del aquí y ahora y cómo las interpretaciones que les asigna influyen en la experiencia traumática. El objetivo mayor es modificar el esquema cognitivo activado por el evento en el paciente

5.4 Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma (TCCCT)

Originalmente la TCCCT fue diseñada para atender a la población infantil y adolescente con TEPT (Cohen, J., Deblinger, E. y Mannarion, A., 2006). Propuestas como la de Labrador, Fernández y Rincon (2009) y Cáceres-Ortiz, Labrador-Encinas, Ardila-Mantila, y Parada-Ortiz (2011). tienen como objetivo a la población adulta con dicho trastorno. El tratamiento es aplicado en un número de tan solo 8 sesiones de 60 minutos cada una y con una frecuencia semanal.

Esta intervención se basa en la exposición imaginada al evento traumático y en exposición en vivo a situaciones evitadas. Además se trabaja con psicoeducación de la violencia y los síntomas del paciente. En técnicas de relajación basadas en la respiración. Identificación y modificación de creencias irracionales a través del A-B-C de Ellis y aumento de las actividades placenteras.

5.5 Desensibilización y Reprocesamiento del Movimiento Ocular (DRMO)

Shapiro (1989) y Coetzee y Regel, (2005) señalan que el procedimiento de este tratamiento se basa en la evaluación inicial que se hace al paciente. En ese momento el terapeuta busca, entre la narración del evento traumático, una cognición positiva; declaración positiva auto referente, auto validante que refleje autoestima y auto confianza, que promueve cambio y puede ser generalizable a otras situaciones, ej; “puedo cuidarme” o “soy una persona valiosa” y que se asocie con seguridad y calma. Dicha cognición será utilizada en los momentos en que la memoria traumática y las creencias asociadas a esta se disparen.

En las sesiones se realizan ejercicios de atención dual repetitivos de 30 segundos con las memorias traumáticas prestando atención a las cogniciones negativas, y las sensaciones corporales que se asocian a estas. Durante el proceso se lleva a cabo una tarea motora, preferentemente el DRMO que consiste en movimientos oculares de lado a lado siguiendo el dedo del terapeuta, también se pueden utilizar tonos sonoros

Dicho ejercicio será repetido hasta que se consiga un nivel de habituación tal, que el sujeto no reporte malestar emocional ante las memorias traumáticas. Posterior a ello, se le solicitará al sujeto que utilice las cogniciones positivas que se vieron en la evaluación, mientras se continúa con los ejercicios. Estos mismos culminan cuando el paciente reporta emociones positivas y un sentido del yo fortalecido ante las memorias traumáticas.

Pasado esto, se analizan situaciones desencadenadoras de memorias traumáticas y se explica al paciente la importancia de replicar el uso de memorias y cogniciones positivas en dicho momento. Además se le solicita que utilice un diario donde registre los momentos y situaciones que desencadenaron la memoria traumática y cómo reaccionó ante ello, recordando que es justo ahí donde debe de hacer uso de las cogniciones positivas.

El supuesto teórico subyacente de por qué es efectiva esta técnica, radica en el procesamiento adaptativo de la información. Es decir, a través de los ejercicios de atención dual se genera un efecto de habituación ante las memorias traumáticas hasta tal punto que no provocan más las reacciones de malestar asociadas a ellas y se remplazan por las memorias y las cogniciones positivas antes comentadas promoviendo un cambio positivo en las creencias del individuo que conllevan procesos cognitivos, emocionales y de respuestas somáticas más adaptativos.

La duración de las sesiones es de entre 60 y 90 minutos y pueden variar en el número de aplicación que van desde 1 sola sesión hasta 12 o más dependiendo de la gravedad del trauma y la reacción del paciente. La frecuencia de aplicación va de una a dos semanales.

5.6 Hallazgos obtenidos en las intervenciones para el TEPT

Resultados de la TEP

frente a la TEP con Restructuración Cognitiva TEPRC y la lista de espera. Se encontró que ambas intervenciones generaban mayores resultados que la lista de espera, que la TEPRC no era mejor que la TEP y que la eficacia de esta última perduraba después de un año en el 80% de los pacientes, en el 12% habían incluso mejorías después de ese tiempo y el 8% mostraba recaída en los síntomas del TEPT.

En otro estudio Foa et. Al (1999) en donde compararon el efecto de la TEP N = 25, frente a la Lista de Espera (LE) N= 15, Entrenamiento en Inoculación al Estrés (EIS) N = 26 y una combinación de PE+EIS N = 30, encontraron que las tres intervenciones eran superiores a la lista de espera. Sin embargo se observó que el tamaño del efecto en la disminución de los síntomas del TEPT era mayor con el uso de la TEP sólo que en combinación con EIS o frente a esta última sin TEP.

Marks et. Al (1998) compararon el efecto de la TEP N = 23 frente a la Restructuración Cognitiva (RC) N=19, la RC+TEP N = 24 y el Entrenamiento en Relajación (ER) N = 21, encontró que la RC y la TEP eran efectivas pero que el nivel de funcionamiento final era mejor en aquellos que habían recibido la TEP

Resultados de la TPC

En un estudio (Resick, 2002) con una N de 171 mujeres víctimas de violación se probó la efectividad de la TPC frente a la TEP y la atención mínima (AM). Las mediciones se realizaron pre y post, así como tres y nueve meses posteriores al tratamiento. Al finalizar el tratamiento sólo el 19% de los pacientes cumplían los criterios diagnósticos para el TEPT. Se observó que ambos tratamientos fueron igual de efectivos y superiores que la AM. Sin embargo la TPC mostró mejores resultados en 2 de 4 subescalas relacionadas con la culpa y mostrando un mejor estado de funcionamiento en el post tratamiento, a los tres meses, pero no a los nueve meses donde el estado de funcionamiento fue igual para ambos grupos.

Otro estudio Resick et. al (2008) buscó dismantlar los componentes terapéuticos de

(RE) y protocolo completo (TPC). Contó con una N = 150 mujeres con historia de asalto físico y sexual que cumplían los criterios para el TEPT. Los mejores resultados fueron para la TC y la TPC reduciendo los síntomas de 30 puntos a 13 puntos en el seguimiento del post tratamiento. En el caso de RE la disminución fue de 30 a 20

Resultados de la TCCCT

Labrador, Fernández y Rincón (2009) utilizando un diseño cuasi experimental con una N = 20 de dos grupos independientes (grupo control y grupo de tratamiento) con medidas repetidas en el pre tratamiento, post tratamiento y seguimiento a los seis meses encontraron que el 80% de los sujetos no cumplía los criterios diagnósticos para el TEPT en la evaluación de post tratamiento. Además en las variables concomitantes como depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas. En cambio el grupo control no mostró mejoría ni en los síntomas del TEPT ni en las variables concomitantes.

Dichas mejorías fueron evaluadas a los seis meses encontrando que las mejorías se sostuvieron manteniéndose entre un 80% y 90% de mejoría.

Los resultados obtenidos son similares a los encontrados en la intervención en modo grupal con mujeres víctimas de violencia de pareja, Alonso y Labrador (2010), donde se elaboró un diseño cuasi experimental con una N = 23 de dos grupos independientes (grupo control y grupo de tratamiento) con medidas repetidas en el pre tratamiento, post tratamiento y seguimiento al mes, tres, seis y doce meses. Tanto en el post tratamiento como en las evaluaciones posteriores hubo una superación del TEPT en el 70% de los sujetos.

Resultados de la DRMO

En un ensayo clínico aleatorizado de Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund, y Muraoka (1998) con veteranos de guerra (N = 35) donde se comparó la DRMO, frente a la

Los veteranos en tratamiento con DRMO (N = 10) obtuvieron menos severidad de los síntomas del TEPT frente al grupo control (N = 12) y frente al grupo de relajación con biofeedback (n = 13), de igual forma se obtuvieron mejores beneficios en el post tratamiento y en el seguimiento. Estas diferencias entre grupos se asociaron a grandes tamaños del efecto a través (d de Cohen = 1.01, 1.07, y 1.01 respectivamente)

De igual forma Wilson, Becker, & Tinker (1995) llevaron a cabo otro ensayo clínico aleatorizado (N = 80), donde reclutaron adultos que experimentaran memorias traumáticas y les asignaron aleatoriamente una de dos condiciones: tres sesiones de 90 minutos de DRMO o un retraso de 6 semanas en el tratamiento como control (seguido de DRMO). Los resultados encontrados fueron los siguientes: los participantes con DRMO tuvieron mayores reducciones de pensamientos intrusivos, síntomas de evitación, y síntomas somáticos en relación con los participantes del grupo control. Estas diferencias entre los grupos se asocian a tamaños medios y grandes en el efecto.

5.7 Semejanzas y diferencias en los tratamientos

Existen un elemento en común en las cuatro propuesta revisadas; la exposición al evento traumático. Dicha exposición se hace imaginada al evento traumático y en vivo en situaciones temidas asociadas al evento traumático (Foa, 2005), en Relatos escritos (Resick & Schnicke, 1992), en exposición imaginada (al evento traumático) y en vivo (a situaciones temidas) (Labrador, 2008) y a través de apareamiento de una memoria positiva con la memoria traumática (Shapiro, 1989).

Foa (2006) explica que la exposición es necesaria para modificar las cogniciones disfuncionales subyacentes que sostienen el TEPT. Para Resick et. al (2002, 2008a, 2008b) la exposición tiene la finalidad de generar el procesamiento cognitivo interrumpido en el evento traumático. Además la exposición facilita la habituación en un contexto de seguridad donde el sujeto puede reexperimentar sin que exista una

Otras semejanzas se encuentran en las estrategias de tipo cognitivo conductual. La TEP, la TPC y la TCCCT trabajan en la identificación y modificación de las creencias sobre uno mismo, los demás y el mundo elicítadas por la experiencia traumática. También la TEP y la TCCCT trabajan con técnicas de relajación basadas en la respiración diafragmática.

En cuanto a los esquemas cognitivos subyacentes la TEP y la TPC trabajan con el esquema de vulnerabilidad o indefensión resultado de la experiencia traumática. Sin embargo la TPC trabaja además los esquemas de seguridad, control y poder, confianza, estima e intimidad.

La DRMO basa su intervención en la teoría de la información dual para sostener que la exposición a la memoria traumática junto con la memoria positiva generará habituación y una disminución de la respuesta traumática. Por lo tanto esta intervención no trabaja de manera directa la reestructuración cognitiva en la modificación de los esquemas subyacentes.

5.8 Deficiencias en las intervenciones

Si bien las cuatro intervenciones han mostrado tener efectividad, existen algunas deficiencias necesarias de señalar. En el caso de la TCCCT de Labrador, Fernández y Rincon (2009) no se encontró estudios efectuados por investigadores independientes que hayan realizado investigaciones donde se contrasten los hallazgos. Además, en los artículos revisados no se encontró el procedimiento de las sesiones, sesión por sesión que permita conocer, comprender y replicar la intervención.

La TPC cuenta con distintos recursos de entrenamiento y consulta para profesionales, para pacientes y familiares de pacientes. Resulta muy fácil encontrar sus manuales gratuitos tanto en inglés como en español. Existen investigaciones realizadas por distintos investigadores que muestran la eficacia encontrada por Resick. Sin embargo,

intervención encontró que el protocolo completo y la pura terapia cognitiva tenían los mismos efectos en cuanto a la disminución de síntomas del TEPT, por lo que sería conveniente analizar la conveniencia o no de aplicar el protocolo completo.

La TEP ha sido analizada por diversos investigadores independientes y ha mostrado la misma eficacia. Resulta deseable contar con un estudio como el realizado por Resick (2008) a la TPC pero enfocado a la TEP para conocer la efectividad de los componentes terapéuticos y determinar si es necesario o no la aplicación del protocolo completo.

En cuanto a la DRMO existen inquietudes que han sido resaltadas por Perkins & Rouanzoin (2002); la eficacia reportada ha sido de parte del grupo de Shapiro; se ha considerado que las investigaciones han carecido de rigor estadístico por lo que no pueden ser concluyentes; investigadores independientes se ven impedidos en realizar sus propios estudios por ser una terapia que cuenta con derechos de autor. Finalmente, no queda claro el mecanismo terapéutico que opera en la intervención.

6 CRECIMIENTO POSTRUMÁTICO Y BIENESTAR PSICOLÓGICO

6.1 Definición y Características

Mc Pherson (2006) ha señalado que la prevalencia en exposición a eventos traumáticos en México es del 77%. Sin embargo, la gran mayoría de las personas al pasar un mes de la exposición traumática o crítica experimentan una recuperación significativa y otro grupo de personas incluso reportan mejorías en diversas áreas de su vida después de dichos acontecimientos. A dicha mejoría se le ha denominado Crecimiento Postraumático (CPT) (Tedeschi y Calhoun, 1995)

Se ha definido el CPT como: “la experiencia de cambios psicológicos positivos que se dan como resultado de la lucha con crisis de la vida que tienen elevados desafíos” (Tedeschi y Calhoun, 2004 pp. 1)

Según Tadeschi y Calhoun (1995, 1998 y 2004) estos cambios positivos se observan en 5 áreas; 1- incremento en la apreciación de la vida en general 2- mayor significado en las relaciones interpersonales 3- un aumento en el sentido de la fortaleza personal 4- cambio de prioridades u objetivos en la vida 5- enriquecimiento en la vida espiritual y existencial.

Las ciencias de la salud mental mayormente han enfocado sus esfuerzos en comprender los resultados negativos que la crisis o el evento traumático tiene en las persona (Pryzgoda, 2004). Sin embargo, sólo una minoría de personas desarrolla un trastorno después de experimentar dichas situaciones e incluso hay quienes experimentan CPT.

Tadeschi y Calhoun (1995, 1998 y 2004) han investigado dicha experiencia de mejoría y consideran que el CPT surge después de que la persona experimenta elevados niveles de ansiedad derivadas del evento traumático que ha vivido. La idea del CPT no es en realidad novedosa. En la literatura universal y en los textos sagrados encontramos

expuesto a la pérdida de su familia entera, de sus trabajadores, animales y propiedades. Después de un terrible periodo de enfermedades y angustia termina teniendo una experiencia de crecimiento que le permite salir fortalecido de ello.

La idea misma del cristianismo se sostiene en el proceso de fortalecimiento y crecimiento que el propio Jesús vive después de pasar por el trauma. También encontramos referencia a estas ideas en las bienaventuranzas donde se describe que aquellos que sufren serán “recompensados”.

Además de los textos sagrados, existe literatura universal que habla de ello. Autores como Dostoyevski (2013) en Crimen y Castigo y Tolstoi (S. f.) en la Muerte de Ivan Illich se han ocupado del tema haciéndonos ver que el crecimiento posterior a periodos altamente desafiantes es posible para los seres humanos.

Lo novedoso del CPT radica en un planteamiento teórico que busca evidencia empírica para poder determinar cuáles son los procesos que facilitan o entorpecen dicho proceso (Tadeschi y Calhoun, 2004).

Además del CPT, han sido desarrollados otros conceptos de los cuales es necesario diferenciarlos, pues pueden compartir elementos en común pero referirse a experiencias diferentes.

La **resiliencia** es concebida como la habilidad para continuar a pesar de la adversidad y las complicaciones, logrando mantener una vida con propósito después de experimentar la adversidad (Tadeschi y Calhoun, 2004). Es decir, se diferencia del CPT en que las personas después de experimentar un periodo adverso vuelven a la línea base previa al evento, pero no mejoran ni experimentan un crecimiento.

Robustez o Hardiness (Kobasa, 1979), hace referencia a la tendencia de compromiso, control y de reto ante los eventos de la vida. La creencia de poder influir ante los eventos que se experimentan. Este concepto es similar al de resiliencia.

Optimismo (Seligman,1991), hace referencia a las expectativas de resultados positivo en el porvenir.

Sentido de coherencia (Antonovsky, 1979 y 1985): Una orientación o disposición personal que permite valorar las situaciones o experiencias vitales como comprensibles, manejables y portadoras de significado.

Para Tadeschi y Calhoun (2004) la diferencia entre CPT y estos conceptos radica en que el primero no alude a una habilidad de resistencia, sino un proceso que supone un cambio profundo en sentido positivo (por ello el término crecimiento) derivado del evento traumático. De modo que el elemento distintivo es la cualidad transformativa que implica el CPT en comparación a los otros conceptos.

Resiliencia, robustez, optimismo y sentido de coherencia permiten resistir los embates de la vida, algunos son habilidades de afrontamiento otros rasgos de personalidad que permiten proteger al sujeto y no verse derrotado por las situaciones. Dichas características no permiten CPT por tener al sujeto en un estado elevado previo a la experiencia con alta probabilidad de trauma. Incluso impiden el desarrollo de trauma. En contraste, el CPT es resultado de un proceso de afrontamiento algo peculiar ante los eventos traumáticos que afectan al sujeto. En donde el individuo previo al evento puntuaba bajo en las variables del CPT y que posteriormente se ven elevadas.

Los sujetos que experimentan CPT pasan, como resultado de exponerse a un evento con alta probabilidad de trauma, por una respuesta traumática donde existe una tensión entre los esquemas previos al evento traumático y la confrontación con los eventos que el sujeto ha tenido. Por lo que el crecimiento postraumático implica una modificación de esquemas que permiten una concepción distinta de sí mismo, los demás y el mundo (Tedeschi y Calhoun, 2004).

La idea de una transformación de los esquemas cognitivos en personas que han pasado por una experiencia traumática no es nueva. Las teorías del procesamiento

proceso para poder superar la experiencia traumática. Reisick (2008) considera que existen tres posibles respuestas a nivel de esquemas que el sujeto traumatizado puede desarrollar; 1 asimilación 2 acomodación y 3 sobreacomodación. Es la acomodación de esquemas a través del procesamiento cognitivo, es decir la modificación de éste, el que permite superar la experiencia traumática. Para Tedeschi y Calhoun (2004) es ese procesamiento cognitivo lo que en algunos sujetos le permite experimentar el CPT.

6.2 Variables en el Crecimiento Postraumático

Se han sugerido diferentes variables que se relacionan con la probabilidad de que una persona desarrolle el crecimiento postraumático (Tedeschi y Calhoun, 2004).

La variable relacionada con las modalidades o tipos de eventos traumáticos; **trauma y los niveles de CPT** no hace referencia al trauma como el origen o la causa del CPT, pues no es la variante o gravedad de la experiencia; robo, secuestro, accidente, etc lo que propicia el CPT, sino a que el evento sea experimentado como lo suficientemente desafiante como para darse el cambio en los esquemas previos a través del procesamiento cognitivo. Los autores comparan a dichos eventos con un sismo capaz de debilitar las estructuras, por lo que el sujeto está forzado a reconstruirlas. Un sismo puede ser de alta o baja intensidad, pero independientemente de ella las estructuras de los edificios se pueden ver debilitadas o incluso destruidas y es ahí cuando necesitan ser reconstruidas. Lo mismo pasa en los sujetos, lo importante no es la intensidad del evento, sino que la consecuencia del mismo haya debilitado o no los esquemas previos. De ello dependerá si es necesario o no reconstruir a través del procesamiento cognitivo los esquemas.

En cuanto a los **rasgos de personalidad** Tedeschi y Calhoun (2004) afirman, desde el modelo de personalidad de los 5 grandes (McCrae y Costa, 1987), que la extraversión y la apertura a las experiencias son características que se relacionan moderadamente con el proceso del CPT. Especialmente se encontró que la extraversión se relaciona con las áreas de crecimiento de relación con los otros y fortaleza personal. La apertura a

También encontraron que las áreas específicas de emociones positivas y la apertura a las emociones se relaciona de manera más fuerte con CPT. En cambio no han encontrado correlación entre neuroticismo y CPT. Otro elemento que han encontrado en correlación con CPT es el optimismo, probablemente por la tendencia de enfocarse en las cosas importantes y desatender las incontrollables.

El **manejo de emociones estresantes** que surgen después del evento traumático se ha relacionado en el CPT en la medida en que el sujeto es capaz de identificar la necesidad de un cambio en sus objetivos y asunciones pues las previas ya no son capaces de dar respuesta a las circunstancias cambiantes provocadas por la crisis. Es decir, las personas que son capaces de hacer un procesamiento cognitivo reconstruyendo sus esquemas y logrando identificar que la experiencia traumática ocurrió en un momento específico y que no tiene por qué cambiar negativamente su vida de forma permanente, podrán enfrentar mejor el estrés y más fácilmente experimentarán CPT.

El **soporte social y el poder expresarse** es otra variable relacionada al CPT, pues permite que el sujeto desarrolle una narrativa del suceso y los cambios ocurridos a la vez que permite construir nuevas perspectivas que se integran en el cambio cognitivo. Para las personas que cuentan con soporte social será más fácil poder expresar el trauma y a su vez integrar nueva información que permita reconocer los aspectos “positivos” que surgen como consecuencia de la experiencia traumática. De tal forma que se favorece la reconstrucción de esquemas.

El **procesamiento cognitivo** es otra variable en el proceso de CPT. Se entiende como una persistencia en desengancharse o ceder ante ciertos objetivos, metas y asunciones o creencias básicas que se tenían antes del trauma y al mismo tiempo una persistencia por construir nuevos esquemas, significados y objetivos. El procesamiento cognitivo es lo que permite la disminución de trauma y da paso a la apreciación del crecimiento.

La **rumiación como procesamiento cognitivo**. Se refiere a una forma persistente de

de que esta última no lleva a la resolución. La rumiación observada en el CPT tiene una característica prospectiva, enfocada a encontrar significado al evento y a una posible elaboración del mismo. Pareciera ser una estrategia de afrontamiento enfocada al futuro y a la resolución de problemas.

Martin y Fesser (1996) hablan de una variedad de pensamientos recurrentes como la construcción de sentido, la resolución de problemas, la reminiscencia y la anticipación como las formas de rumiación observadas en personas con CPT. Además consideran que es un proceso consciente, gira alrededor de un tema instrumental y sucede sin una señal o activador específico en el ambiente y está conectado con importantes metas a alcanzar. Preguntas recurrentes posteriores al evento traumático como; ¿Quién soy después de lo que me sucedió? ¿Cómo será mi vida en adelante? ¿Qué propósito podrá tener en mí? , son ejemplo del tipo de rumiación al que se refiere.

6.3 Efectos del Crecimiento Postraumático

Los sujetos que presentan CPT lo hacen en las áreas que a continuación se exponen. Sin embargo es necesario aclarar que por dicho crecimiento no forzosamente dejan de experimentar el sufrimiento que es consecuencia de la experiencia que han tenido, ni que perciban la experiencia como deseable. Sino que a pesar del sufrimiento y lo indeseable de la situación pueden encontrar crecimiento (Tedeschi y Calhun, 2004)

Las áreas donde los sujetos reportan crecimiento postraumático son:

Apreciación por la vida; es un cambio en el sentido de lo que es importante en la vida, un cambio radical en las prioridades. Algunos sujetos comentan prestarle mayor atención e importancia a situaciones y experiencias que anteriormente consideraban “pequeñas cosas” como convivir con los hijos, disfrutar de la sonrisa de un niño, convivir con la naturaleza, ver un atardecer, etc. **Relacionarse con los otros;** sujetos que experimentan CPT reportan tener relaciones más cercanas, calidad y significativas con las demás personas, incluso cuando se han distanciado de algunas personas como

reportan ser más intensas en aquellas personas que pasan por CPT. **Fortaleza personal;** está es otra área donde comúnmente se reporta incremento. Los sujetos afirman sentirse más fuertes para enfrentar la adversidad incluso cuando son más conscientes de su vulnerabilidad. La creencia detrás de este incremento es que si han sido capaces de salir del trauma podrán enfrentar cualquier otro problema. **Nuevas posibilidades;** refiere a la percepción de cambios y nuevos caminos que el sujeto puede tomar después del trauma. **Cambios espirituales;** habla de un compromiso con las cuestiones existenciales fundamentales que a su vez generan sensación de crecimiento. No es exclusivo de las personas religiosas, pues personas no practicantes y ateos también experimentan cambios en sus planteamientos existenciales.

Finalmente se ha dicho que existe un **desarrollo de la narrativa y sabiduría**. Algunas personas que enfrentan situaciones traumáticas o desafiantes pueden desarrollar la habilidad de encontrar un balance entre el pensar y el actuar, ponderar lo que se conoce y no de la vida, mayor capacidad para aceptar las paradojas de la vida y tener una mayor apertura y aceptación a las preguntas fundamentales de la existencia humana (Tedeschi y Calhoun, 2004).

6.4 Medición del Crecimiento Postraumático

El Inventario de Crecimiento Postraumático de Tedeschi y Calhoun (1996) está diseñado en base a una escala tipo Likert de 6 puntos y 21 ítems los cuales son mencionados como resultado de la crisis que se vivió. Es un autorreporte que mide 5 áreas de crecimiento después de un evento altamente estresante: Nuevas posibilidades ($\alpha = 0.84$) Cambios espirituales ($\alpha = .85$) Apreciación por la vida ($\alpha = .67$) Relacionarse con los otros ($\alpha = .85$) Fortaleza personal ($\alpha = .72$) La confiabilidad de la escala total es de $\alpha = .90$

6.5 Relación Entre Crecimiento Postraumático Y TEPT

Levine, Laufer, Hamama-Raz, Stein y Solomon (2008), han señalado la existencia de al

del TEPT perturban la calidad de vida y el funcionamiento humano, con llevando una relación negativa con el crecimiento. b) Para experimentar CPT es sólo posible si se ha tenido TEPT, lo que daría una relación positiva. c) CPT y TEPT son reacciones separadas que coexisten independientemente. d) la relación entre TEPT y CPT sigue una U invertida.

También hipotetizaron un mayor CPT en aquellos que han experimentado un TEPT moderado a diferencia de aquellos que han tenido un bajo o alto TEPT (Solomon y Dekel, 2007. Tomado de Levin et al, 2008).

Levin et al, (2008) encontraron en una muestra de adolescentes politraumatizados que la correlación entre TEPT y CPT es curvilínea. Que no hay soporte para las hipótesis de que el TEPT tiene una relación negativa con CPT y de que CPT y TEPT son dos entidades independientes que coexisten. Y que aquellos que experimentan más CPT son los que presentaron un TEPT moderado y no leve o alto.

Salsman, Segerstrom, Brechting, Carlosn y Adrykowski (2009) encontraron con pacientes sobrevivientes al cáncer colorrectal que el TEPT era asociado positivamente con depresión, y ansiedad y a su vez asociado negativamente con afecto positivo. En contraste el CPT no se asociaba con síntomas de TEPT, depresión y ansiedad. Además encontraron que el CPT no se asociaba con deseabilidad social.

Hagenaars y Minnen (2010) encontraron, en una muestra de pacientes con distintos tipos de trauma, que CPT estaba asociado negativamente con los síntomas del TEPT, especialmente con el embotamiento emocional. También encontraron que aquellos pacientes que eran intervenidos con la Terapia de Exposición Prolongada tenían un aumento en CPT y que dicho aumento era asociado a una disminución en TEPT. A su vez, encontraron que CPT se relacionaba con mayores beneficios terapéuticos.

6.6 Desarrollo Histórico del Bienestar Psicológico

El concepto de Bienestar Psicológico (BP) fue utilizado por Ryff (1989) con la finalidad de contrastarlo con el concepto de Bienestar Subjetivo. El BP hace referencia a aspectos positivos en el funcionamiento humano cómo; el compromiso propositivo con la vida, la realización de los talentos y capacidades personales y el autoconocimiento (Ryff, 2014).

Ryff (2014) señala que con el tiempo y como resultado de más de 300 investigaciones realizadas por diversos autores sobre el BP, se ha estudiado la relación con áreas como; desarrollo y senectud, personalidad y BP, el vínculo entre BP y las experiencias familiares, la relación entre BP y trabajo y actividades comunitarias, la relación con la salud física y mental y cómo el BP puede ser promovido en el ámbito clínico y psicoterapéutico.

Ryff (2014) revisó las investigaciones realizadas sobre la relación del BP y la salud, y señala que puede concluirse que puede fungir como factor protector de enfermedad y que promueve el alargamiento de la vida. Reduce el riesgo de Alzheimer, infartos cerebrales y al miocardio. Ryffn (2014) también asegura que; *múltiples estudios han relacionado indicadores fenomenológicos de bienestar a una menor activación de la amígdala en respuesta a estímulos negativos, una actividad sostenida en el estriado ventral y la corteza prefrontal dorsolateral al ver estímulos positivos, y el aumento de volumen de la corteza insular*”.

Cuando el BP es promovido en el ámbito clínico mejora la recuperación en pacientes con trastornos afectivos, TEPT, ansiedad generalizada y esquizofrenia (Ryff, 2014).

Si bien el concepto de BP es relativamente novedoso, unos 25 años, su origen no lo es. Sus raíces se encuentran en más de 2000 años atrás en la filosofía de Aristóteles, especialmente en la Ética a Nicómaco. Para Aristóteles el bien humano mayor es la eudaimonia, es decir el desarrollo de los atributos del alma. La felicidad, la satisfacción

virtud logrando lo mejor que hay en nosotros. Por lo tanto eudaimonia concentra dos máximas de la civilización griega, representadas en el oráculo de Delfos; concómete a ti mismo y conviértete en lo que eres. De manera opuesta al bienestar aristotélico encontramos la postura de Epicuro (Medina, 2012) quien para él el valor máximo radicaba en encontrar la felicidad a través de la satisfacción de los apetitos y del incremento de emociones positivas. A dicha escuela se le conoce como hedonismo. La psicología contemporánea ha seguido ambas tradiciones emergiendo dos conceptos distintos, el bienestar psicológico (BP) y el bienestar subjetivo (BS). El constructo de BP está ligado a la eudamonia aristotélica, también conocido como bienestar eudaimónico y su objeto de estudio es el potencial humano. El constructo de Bienestar Subjetivo proviene de la corriente hedonista y Epicúreo, también conocido como bienestar hedónico.

Los adscritos al BS estudian la relación de los afectos positivos y negativos, así como los aspectos cognitivos relacionados con la satisfacción de la vida. En cambio quienes trabajan con el BP buscan el funcionamiento óptimo o positivo. Ambas escuelas buscan el bienestar pero lo conceptualizan y operacionalizan de manera diferente.

6.7 Modelo de Bienestar Psicológico de Ryff

Ryff (1989) propone un modelo multidimensional del BP el cual originalmente estaba dividido en 6 componentes; Autonomía, Aceptación, Propósito en la Vida, Relaciones positivas con otros, Dominio del entorno, Crecimiento personal. Posteriormente asignó dos niveles (alto y bajo) para cada componente, lo que permite medir las fortalezas y debilidades individuales en cada sujeto. Ryff (2014) lo expone de la siguiente forma:

Autonomía

Nivel Alto: Es autodeterminado e independiente; capaz de resistir la presión social de pensar y actuar de cierta manera; regula su conducta desde dentro de sí; se evalúa por

Nivel Bajo: Está preocupado por las evaluaciones y expectativas de los otros; toma decisiones importantes en base a los juicios de los demás; se ajusta a la presión social sobre cómo debe de pensar y actuar.

Dominio del entorno

Nivel Alto: Tiene un sentido de dominio y competencia manejando el ambiente; controla una gama de actividades externas complejas; hace uso efectivo de las oportunidades que le rodean; capaz de escoger o crear contextos que se ajustan a sus necesidades y valores personales.

Nivel Bajo: Tiene problemas manejando las situaciones diarias; se siente incapaz de cambiar o mejorar el contexto que le rodea; no es consciente de las oportunidades que le rodean; carece del sentido de control sobre mundo externo.

Crecimiento Personal

Nivel Alto: Tiene un sentimiento de constante desarrollo; Se ve a sí mismo creciendo y expandiéndose; está abierto a nuevas experiencias; siente que está realizando su potencial; observa mejoría en sí mismo y en su conducta a través del tiempo; y se percibe cambiando en maneras que reflejan más eficacia y autoconocimiento.

Nivel Bajo: Tiene un sentimiento de estancamiento personal; una carencia en el sentido de mejoría y expansión a través del tiempo; se siente aburrido y sin interés por la vida; se siente incapaz de desarrollar nuevas actitudes y conductas.

Relaciones Positivas con los Demás

Nivel Alto: Tiene cálidas, satisfactorias y confiables relaciones con los demás; se preocupa por el bienestar de los demás; capaz de una fuerte empatía; afecto e

Nivel Bajo: Tiene pocas relaciones calidad, satisfactorias y confiables con los demás; encuentra difícil de ser cálido, abierto y preocupado por los demás; está aislado y frustrado en las relaciones interpersonales; no desea hacer compromisos que sostengan importantes lazos con los demás.

Propósito en la Vida

Nivel Alto: Tiene metas en la vida y un sentido de dirección; siente que hay significado en el pasado y en el presente de su vida; sostiene la creencia de que la vida tiene un propósito; tiene objetivos por vivir.

Nivel Bajo: Carencia en el significado de la vida; tiene pocos objetivos o metas; una carencia en el sentido de dirección; no ve propósito en el pasado de su vida; no tiene creencias que le den sentido a la vida.

Autoaceptación

Nivel Alto: Posee una actitud positiva hacia sí mismo; conoce y acepta múltiples aspectos de sí mismo, incluyendo cualidades buenas y malas; se siente positivo acerca del pasado.

Nivel Bajo: Se siente insatisfecho consigo mismo; se siente decepcionado con lo que ha sucedido en su pasado; se encuentra turbado por ciertas cualidades que posee; desearía a ser diferente de cómo es.

6.8 Medición del Bienestar Psicológico

En cuanto a la medición se refiere, Ryff (1989) desarrolló la Escala de Bienestar Psicológico (SPWB, siglas de Scale of Psychological Well-being). Es un cuestionario autoaplicable que originalmente constaba de 120 ítems, por lo que Van Dierendonck

instrumento cuenta con un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo); posee seis factores que son: autoaceptación (1), relaciones positivas con otras personas (2), autonomía (3), dominio del entorno (4), propósito en la vida (5) y crecimiento personal (6). Muestran una consistencia interna aceptable con valores comprendidos entre 0,78 y 0,81.

Existe una versión en castellano de la SPWB La Escala de Bienestar Psicológico (EBP), adaptada por Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo, Valle y Van Dierendonck (2006) y a su vez adaptada a la población mexicana por Medina-Calvillo, Gutiérrez-Hernández y Padrós-Blázquez (2013). Cuenta con 39 ítems.

7 PLANTEAMIENTO, PREGUNTA, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

7.1 Diseño de la Investigación y Tipo de Estudio

Se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado con grupo control y grupo experimental. El estudio constó de dos fases donde en la primera se aplicó la Terapia de Procesamiento Cognitivo de Reissick, Monson y Chard (2008) a ambos grupos para aliviar los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático y se hicieron mediciones antes y después de la intervención. En la segunda fase del estudio se aplicó el Entrenamiento en Crecimiento Postraumático sólo al grupo experimental y al control se dejó en tiempo de espera. Se hicieron evaluaciones antes y después de la intervención.

Esquema del diseño de la investigación:

1er etapa

R O X O

R O X O

2da etapa

R O X O

R O O

7.2 Planteamiento del Problema

Actualmente se cuenta con distintos tratamientos para el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), con un 80% de mejoría en el primer año. A pesar de ello el 8% de los pacientes experimentan recaídas (Foa, et al., 2005). Por otro lado, se ha descrito (Tedeschi y Calhoun, 1996) que algunas personas después de pasar por una experiencia potencialmente traumática experimentan lo que se conoce como crecimiento postraumático (CPT). Consideramos que un tratamiento que incorpore técnicas con la intención de favorecer el CPT puede mejorar los efectos de los tratamientos convencionales.

Además es necesario señalar que existe un 20 % de pacientes que no se ven beneficiados por dichos tratamientos y que como ha sido señalado por Sareen, Cox, Stein, Afifi, Fleet, Y Asmundson (2006) un número significativo de pacientes con TEPT experimentan comorbilidad con otros trastornos mentales; 37.2% de pacientes con TEPT también cumplen criterios de trastorno depresivo mayor y hasta un 7.2% de pacientes cumplían con criterios de episodio de manía: Respecto a la relación con otros trastornos de ansiedad, se ha observado que hasta un 33.5% manifestaban ataques de pánico, 4% agorafobia, 19.9% fobia social. En cuanto al abuso de sustancias, el 5.8% de los pacientes tienen abuso de alcohol y un 4.4% de otras drogas.

En cuanto a condiciones físicas crónicas, Sareen, Cox, Stein, Afifi, Fleet, Y Asmundson (2006) encontraron que el 37.1% de los pacientes con TEPT padecen de problemas respiratorios; 19.8% de asma y 17.3% bronquitis crónica, enfisema u obstrucción crónica de pulmones. Además un 7.7% de los pacientes son diagnosticados con fibromialgia, artritis 42.6%, dolores de espalda 46% y migrañas 33.8%. Las enfermedades cardiovasculares están presentes en un 22.8% de los pacientes con hipertensión y un 9% enfermedad del corazón. En relación a problemas neurológicos, el 3.3% infarto cerebral y el 2.1% epilepsia. Con respecto a las condiciones metabólicas, el 8.1% presenta diabetes y el 7.4% alguna condición relacionada a la tiroides. También en problemas gastrointestinales se encontró que un 7.2% presentaban problemas intestinales o colitis y úlceras estomacales e intestinales el 15.4%. Finalmente se encontró que el 15% de los pacientes con TEPT cumplían con los criterios de síndrome de fatiga crónica, el 5.5% con cáncer y el 10.9% con múltiples sensibilidades químicas.

El CPT se ha visto como un proceso que incide en la presencia del TEPT y que funciona como factor de protección ante recaídas (Salsman, Segerstrom, Brechting, Carlson y Andrykowski, 2009. Levine, Laufer, Hamama-Raz, Stein y Solomon, 2008. Hagennars y Minnen, 2010. Nishi, Matsuoka y Kim, 2010). Por ello resulta apropiado pensar en diseñar y evaluar el efecto de técnicas con la finalidad de favorecer el desarrollo de CPT para atender dicha población. A su vez, es importante señalar que no es suficiente que los pacientes no cumplan criterios del TEPT sino que sería conveniente identificar

estrategias de CPT pueden potenciarlo o incrementarlo. Se considera que el bienestar psicológico funcionaría como protección ante recaídas y en un efecto antagónico con los trastornos concomitantes

7.3 Pregunta de investigación

¿La Terapia de Procesamiento Cognitivo con Entrenamiento en Crecimiento Postraumático cuenta con mayor efectividad en la disminución de los síntomas del TEPT que la misma terapia sin el entrenamiento mencionado?

7.4 Objetivo General

Comparar la efectividad de la Terapia de Procesamiento Cognitivo con Entrenamiento en Crecimiento Postraumático (TPCECP) para pacientes con TEPT frente al tratamiento convencional que no cuenta con dicho entrenamiento.

7.5 Objetivos Particulares

1. Realizar análisis de casos basado en las características clínicas, sociodemográficas y variaciones en las puntuaciones de los instrumentos mostradas por los participantes del grupo control
2. Realizar análisis de casos basado en las características clínicas, sociodemográficas y variaciones en las puntuaciones de los instrumentos mostradas por los participantes del grupo experimental
3. Describir las valoraciones y las respuestas de los sujetos del grupo experimental sobre el entrenamiento en crecimiento postraumático
4. Comparar los niveles de sintomatología del TEPT y de inadaptación entre grupos pre y post tratamiento de la TPC para corroborar la eficacia de la terapia de Procesamiento Cognitivo de Resick y posteriormente evaluar el nivel de sintomatología del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), Inadaptación a la vida (IE), Crecimiento postraumático (CPT) y Bienestar Psicológico (BP) para

5. Comparar los niveles de sintomatología del TEPT entre grupos pre y post tratamiento del ECPT
6. Comparar los niveles de inadaptación a la vida cotidiana entre grupos pre y post tratamiento del ECPT
7. Comparar los niveles de crecimiento postraumático entre grupos pre y post tratamiento del ECPT
8. Comparar los niveles de bienestar psicológico entre grupos pre y post tratamiento del ECPT
9. Comparar los niveles de cambio (post tratamiento – pre tratamiento) de las cuatro variables entre el grupo que recibió el ECPT y el grupo control

7.6 Variables

Variables Dependientes

1. V. D. 1: Sintomatología del TEPT
2. V. D. 2: Adaptación a la vida cotidiana
3. V. D. 3: Bienestar Psicológico
4. V. D. 4: Crecimiento Postraumático

Variables Independientes

1. V. I.: Terapia de Procesamiento Cognitivo con Entrenamiento en Crecimiento Postraumático.

7.7 Hipótesis

Hipótesis: Existirá mejoría estadística y clínicamente significativa de la sintomatología del TEPT, de la adaptación a la vida cotidiana, del bienestar psicológico y del crecimiento postraumático observada en el grupo experimental (a los que se les aplica el TPCECP) respecto al grupo control.

8 MÉTODO

8.1 Participantes

Número de participantes y conformación de grupos:

El total de participantes en el estudio fue = 10 y se dividieron equitativamente 5 sujetos en cada grupo. Como se puede ver en la tabla 1. no existieron diferencias significativas en las variables sociodemográficas; género, edad y escolaridad cuando fueron estudiadas a través de la prueba T y la Chi cuadrada. Además se muestran las medias, desviación estándar y mínimos y máximos.

Criterios de Inclusión:

- Participantes mayores de 18 años dx. con TEPT, según criterios DSM IV-TR.
- Obtener una puntuación igual o superior a 15 de TEPT por la escala de Echeburúa.
- Que el participante firme el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Personas que no sepan leer y escribir.
- Personas con trastornos concomitantes como Trastornos Psicóticos, Dependencia de Sustancias que impidan la continuidad del tratamiento, retraso Mental, Trastorno Generalizado del Desarrollo y Demencias.

Criterios de Eliminación:

- Aquellos que abandonen el tratamiento por más de dos sesiones.
- Aquellos que incumplan, consecutivamente, con dos tareas asignadas entre sesiones.

Tabla 11. Datos sociodemográficos del grupo experimental, control y total de la muestra. Con T de Student y χ^2

		Grupo Experimental	Grupo Control	T de Student (p)	χ^2 (p)	Total de muestra
N		5	5			10
Género	Mujer	2 (40%)	3 (60%)		.000	5 (50%)
	hombre	3 (60%)	2 (40%)		(1.000)	5(50%)
Edad	Media	36	37.2	.193		36.6
	D.E.	8.54	10.94	.743		9.27
	Min-Máx	(21-41)	(20-50)			(20-50)
Años de Escolaridad	Media	16	16	.000	1.000	16
	D.E.	1.41	1.41			1.41
	Min-Máx	(14-18)	(14-18)			(14-18)

Nota: Los grados de libertad de la t de Student resultaron de 8.

8.2 Instrumentos

Se utilizaron las siguientes escalas:

8.2.1 Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997). Para hacer el diagnóstico tipo DSM-IV-TR

Es una escala heteroaplicada que consta de 17 ítems basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV, su función es la de evaluar los síntomas y la intensidad del TEPT. Su utilización es a modo de una entrevista estructurada.

El formato es de tipo likert de 0 a 3 para medir la intensidad y frecuencia de los síntomas. De los 17 ítems que contiene, 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. El rango es de 0 a 51 en la escala global, de 0 a 15 en la subescala de reexperimentación, de 0 a 21 en la de evitación y de 0 a 15 en la de hiperactivación.

Además tiene la peculiaridad de contar con una subescala de ansiedad y sus manifestaciones somáticas con la intención de guiar al clínico en la selección de estrategias terapéuticas. Su rango es de 0-39.

La prueba muestra un coeficiente de fiabilidad test retest (4 semanas, utilizando muestra normativa y clínica) de 0,89. La consistencia interna medida con el Alfa de Cronbach es de 0,92. Su validez de contenido es totalmente satisfactoria de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV. Se observa un nivel adecuado de validez convergente.

Respecto a la validez discriminante, se observó que aplicando un punto de corte de 15 da una sensibilidad del 100% y una especificidad de 93.7% entre sujetos normativos y aquellos aquejados con TEPT. De modo que su eficacia diagnóstica es de 95,45%.

8.2.2 Escala de inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández–Montalvo, 2000) utilizada para medir el grado de afectación del trastorno en la vida cotidiana del sujeto

Esta escala consta de 6 ítems tipo likert que oscilan de 0 a 5 con un rango total de 0 a 30. Es sensible al cambio terapéutico lo que permite identificar la adaptación o no del paciente en la vida cotidiana para distintos trastornos en áreas como; trabajo o estudio, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. Cuanto más alta es la puntuación que obtiene el sujeto, mayor es su inadaptación.

Respecto a la consistencia interna se ha obtenido un coeficiente alfa de Cronbach de 0,94.

La validez discriminante tanto en conjunto como en cada uno de sus ítems permite diferenciar entre sujetos sanos y aquellos afectados por trastornos mentales. La eficacia diagnóstica de la prueba es de un 90% cuando se hace un punto de corte global de 12 lo que da una sensibilidad del 86% y una especificidad del 100%.

Con lo dicho se concluye que es una prueba sencilla, breve y con propiedades psicométricas adecuadas, además de que resulta sensible al cambio terapéutico.

8.2.3 El Inventario de Crecimiento Postraumático de Tedeschi y Calhoun (1996) está diseñado en base a una escala tipo Likert de 6 puntos y 21 ítems los cuales son mencionados como resultado de la crisis que se vivió. Es un auto-reporte que mide 5 áreas de crecimiento después de un evento altamente estresante: Nuevas posibilidades ($\alpha = 0.84$) Cambios espirituales ($\alpha = .85$) Apreciación por la vida ($\alpha = .67$) Relacionarse con los otros ($\alpha = .85$) Fortaleza personal ($\alpha = .72$) La confiabilidad del inventario total es de $\alpha = .90$.

8.2.4 La Escala de Bienestar Psicológico (EBP) (Scale of Psychological Well-Being, SPWB), adaptada por Van Dierendonck, (2005) y adaptada a la población mexicana por Medina-Calvillo, Gutiérrez-Hernández y Padrós-Blázquez (2013). Cuenta con 39 ítems. La media de la escala total fue de 184 (DE = 22.65) y 185 (DE = 23), mientras que para las subescalas se encontraron valores promedio entre 27 (DE = 4.46) en la subescala de Dominio del entorno y de 35 (DE = 5.93) en las subescalas de Crecimiento personal y Autonomía. La escala mostró una buena consistencia interna con valores α de Cronbach comprendidos entre $\alpha = 0.908$ y $\alpha = 0.918$ en la escala total, los valores en las subescalas oscilaron entre $\alpha = 0.61$ (Dominio del entorno) y $\alpha = 0.84$ (Crecimiento personal). Se obtuvieron valores de confiabilidad test-retest de $r = 0.796$ correspondiente a la escala total y valores en las subescalas entre $r = 0.584$ (Crecimiento personal) y $r = 0.731$ (Autonomía). También se realizaron correlaciones de Pearson de la escala de bienestar psicológico con otras variables, obteniendo correlaciones positivas con la Satisfacción con la vida ($r = 0.796$), la Gaudibilidad ($r = 0.649$), con el Afecto Positivo ($r = 0.584$) y con la Evaluación afectivo cognitiva de la vida ($r = 0.491$), y correlaciones negativas con la Depresión ($r = -0.463$) y el Afecto Negativo ($r = -0.401$).

8.2.5 Tratamientos de intervención para el grupo control y experimental

Se desarrolló un manual para pacientes (ver anexo 1) con el contenido y las actividades de la Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC) de Reisick, Monson y Chard (2008). Dicho Manual se entregó a todos los pacientes tanto del grupo control como del grupo experimental. El número de sesiones es de 12, una cada semana con una duración de una hora. El manual para terapeutas en versión castellana se encuentra en línea y se incluye en los anexos de la presente.

En una segunda fase se desarrolló un manual para pacientes y otro para terapeutas que contiene el Entrenamiento en Crecimiento Postraumático (ECP) desarrolladas según las variables que intervienen en dicho proceso. Tal manual sólo se otorgó al grupo experimental y cuenta con 4 sesiones semanales de una hora cada una.

8.2.5 (a) La intervención de la Terapia de Procesamiento Cognitivo fue la siguiente:

Sesión 1: Psicoeducación del TEPT y de la TPC. Se hace una descripción del tratamiento; se explica qué es el TEPT y cómo se mantiene; los síntomas más importantes; se enseña la teoría del procesamiento de la información; breve descripción del evento; explicación y objetivos del tratamiento; se asigna la tarea: Qué es la Declaración de Impacto del evento e identificar los Puntos de Estancamiento

Sesión 2: El significado del acontecimiento. Leer la Declaración de Impacto; Identificar Puntos de Estancamiento; enseñar la conexión entre pensamientos y sentimientos; introducir el sistema A-B-C; asignar como tarea una hoja de registro A-B-C al día y al menos una del evento traumático.

Sesión 3: Identificación de emociones y pensamientos. Repasar y clarificar la tarea que se dejó para la casa: Hojas de registro A-B-C; Discutir sobre las hojas de A-B-C relacionadas con el trauma; Asignar tarea para la casa: Descripción por escrito del suceso traumático y hojas A-B-C.

Sesión 4: Recuerdo del acontecimiento traumático. Leer el relato del trauma que se dejó de tarea; Identificar los Puntos de Estancamiento; Debatir los Puntos de Estancamiento; Asignar la tarea: Volver a escribir el suceso traumático con detalles en sensaciones, pensamientos y emociones y continuar con las hojas A-B-C cada día.

Sesión 5: Identificación de los puntos de estancamiento. Leer el segundo relato del trauma en voz alta; Revisar hojas A-B-C; Desafío de supuestos y conclusiones; Registro de cuestiones de desafío; Asignar la tarea: cada día trabajar con un punto de estancamiento y hacer un registro de preguntas de desafío.

Sesión 6: Preguntas de desafío. Revisar los Registros de Preguntas de Desafío; Identificar y trabajar con las que se tuvo dificultades; Trabajar con los Puntos de Estancamiento que se tratan de desafiar; Registro de Patrones de Pensamientos Problemáticos; Asignación de Tarea: Hacer un Registro de Patrones de Pensamientos Problemáticos cada día.

Sesión 7: Patrones de pensamiento problemático. Revisar el Registro de Patrones Problemáticos; Registro de Discusión de Creencias; Cuestiones de Seguridad con uno mismo y los otros; Asignación de Tarea: Hacer un Registro de Discusión de Creencias (RDC) cada día en base a los puntos de estancamiento. También leer el módulo de seguridad y ver cómo las creencias previas se vieron afectadas por el suceso.

Sesión 8: Cuestiones sobre la seguridad. Revisar el Registro de Desafío de Creencias (RDC) y afrontamiento de puntos de estancamiento de seguridad; Confrontar cogniciones problemáticas y desarrollar alternativas utilizando el RDC; Problemas de confianza relacionados a sí mismo y los demás; Asignación de tarea: Leer el Módulo de Confianza y pensar sobre las creencias de confianza antes del evento y en cómo el acontecimiento cambió o reforzó esas creencias. Utiliza el Registro de Desafío de Creencias para continuar analizando los puntos de estancamiento.

Sesión 9: Cuestiones sobre la confianza. Revisar el Registro de Desafío de Creencias y afrontamiento de puntos de estancamiento de confianza. Confrontar cogniciones

a la confianza y los puntos de estancamiento; Módulo Poder/Control; Asignación de tarea: Leer el módulo de Poder/Control y hacer un RDC sobre ello cada día.

Sesión 10: Cuestiones sobre el poder/control. Revisar el Registro de Desafío de Creencias y afrontamiento de puntos de estancamiento de control/poder. Confrontar cogniciones problemáticas y desarrollar alternativas utilizando el RDC; Analizar juicios relacionados al poder/control, los puntos de estancamiento y el manejo de la ira; Dar y recibir poder; Introducir el Módulo de Estima para la discusión de problemas de estima consigo mismo y los otros; Asignación de tarea: Leer el módulo de Estima y hacer un RDC sobre ello cada día. Además dar y recibir un cumplido cada día, así como realizar una actividad placentera cada día.

Sesión 11: Cuestiones sobre la estima. Revisar los cumplidos y actividades agradables que el paciente haya realizado; Revisar el Registro de Desafío de Creencias y afrontamiento de puntos de estancamiento de estima. Confrontar cogniciones problemáticas y desarrollar alternativas utilizando el RDC; Introducir el Módulo de Intimidad para la discusión de problemas de intimidad consigo mismo y los otros; Asignación de tarea: Volver a escribir la Declaración de Impacto señalando lo que significa para el paciente en este momento y cómo están sus creencias sobre él, los otros y el mundo en cuanto seguridad, confianza, poder/control, estima e intimidad. Además leer el módulo de Intimidad y hacer un RDC sobre ello cada día.

Sesión 12: Cuestiones sobre la intimidad y el significado del acontecimiento. Revisar el Registro de Desafío de Creencias y afrontamiento de puntos de estancamiento de intimidad y autointimidad. Confrontar cogniciones problemáticas y desarrollar alternativas utilizando el RDC; Leer el nuevo Declaración de Impacto del trauma; Revisar el curso del tratamiento y del progreso del paciente; Identificar metas futuras; Motivar a seguir aplicando las habilidades aprendidas.

La efectividad de la TPC ha sido reportada en diversos estudios. Resick, Nishith, Weaver, Astin y Feauer (2002) compararon CPT, PE y lista de espera con una N = 171.

espera. En otro estudio aleatorio con una N= 60, Monson, Schnurr, Resick, Friedman, Young-Xu y Stevens (2006) también encontraron una mejoría significativa frente al grupo control (de lista de espera). De igual forma, Resick, Galovski, Uhlmansiek, Scher, clum y Young-Xu (2008) en un estudio aleatorizado con una N = 150 probaron los resultados de la Terapia Cognitiva (TC), Escribir el Evento (EE) y la TPC encontrando que la eficacia de la CPT resultó mayor que la observada en pacientes que recibieron TC y EE

8.2.5 (b) La intervención del Entrenamiento en Crecimiento Postraumático es el siguiente:

Sesión 1: Psicoeducación del Crecimiento Postraumático y Apreciación por la

Vida; Se explica qué es el Crecimiento Postraumático y los hallazgos que se han obtenido. Psicoeducación sobre la apreciación por la vida, se entrega un módulo de lectura y se asigna una actividad para potencializarla

Sesión 2: Relacionarse con los otros y Fortaleza Personal; Revisión de tarea, Psicoeducación sobre la relación con los otros y la fortaleza personal, se entregan dos módulos de lectura y se asignan actividades para potencializarlas

Sesión 3: Nuevas Posibilidades y Cambios Espirituales; Revisión de tarea, Psicoeducación sobre Nuevas Posibilidades y Cambios Espirituales, se entregan dos módulos de lectura y se asignan actividades para potencializarlas, además se asigna Escribir el Significado Vital Postraumático (SVP) desde la Apreciación por la Vida, las Relaciones con los otros, la Fortaleza Personal, Nuevas Posibilidades y Cambios Espirituales.

Sesión 4: Significado Vital Postraumático y Crecimiento; Revisión de tarea, lectura del SVP y análisis del Crecimiento.

8.3 Procedimiento

A través de la colaboración del DIF Guadalajara y sus Centros de Desarrollo Comunitario y las Unidades de Atención en Violencia Intrafamiliar, así como el apoyo de la Agencia de Atención a Víctimas de la Violencia, y también mediante la prensa local, se ofertó la participación en la investigación. A las instituciones se les entregó un protocolo para instituciones (ver anexo 2) dónde se explicaba las características de la investigación, así como los criterios de inclusión y exclusión, de tal forma que los especialistas de ellas canalizaron a los pacientes con TEPT.

En la prensa se lanzó un artículo sobre el TEPT que incluía el siguiente anuncio para personas que hubieran pasado por un evento traumático: “Si usted ha pasado por algún evento traumático; secuestro, asaltos, violencia social o intrafamiliar, accidentes graves o enfermedades letales, y considera que eso le afectó de manera importante puede recibir un tratamiento, sin costo y de alta efectividad, a través de la investigación que actualmente se realiza en el Doctorado Interinstitucional en Psicología”.

Tanto las personas canalizadas por los centros, como los que respondieron a la invitación hecha en prensa fueron entrevistados para corroborar que cumplieran con los criterios de inclusión. Los sujetos fueron asignados de forma aleatoria a uno de los dos grupos; (control y experimental) y firmaron la hoja de consentimiento informado (ver anexo3). Además fueron evaluados con los siguientes instrumentos en el siguiente orden; 1- Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997). Para hacer el diagnóstico tipo DSM-IV-TR. 2- Escala de inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández–Montalvo, 2000) utilizada para medir el grado de afectación del trastorno en la vida cotidiana del sujeto. Para ambos grupos se hizo la evaluación pre, durante y post tratamiento en la primer fase. El tiempo aproximado de duración de las evaluaciones fue de 30 minutos cada una.

En la segunda fase a ambos grupos se les aplicó los siguientes instrumentos en el siguiente orden; 1- El Inventario de Crecimiento Postraumático de Tedeschi y Calhoun (1996) Adaptado y validado a población mexicana por Pintor (2013) y 2- La Escala de Bienestar Psicológico (EBP) (Scale of Psychological Well-Being, SPWB), adaptada por D. van Dierendonck, (2005) y adaptada a la población mexicana por Medina-Calvillo, Gutiérrez-Hernández y Padrós-Blázquez (2012).

A ambos grupos se les aplicó la TPC de Resick de 12 sesiones, tal como se señala en el apartado 9.2.5 (a) En la segunda fase, ambos grupos fueron evaluados y sólo al experimental se le aplicó la TCPT de 4 sesiones, tal como se explica en el apartado 9.2.5 (b)

8.4 Consideraciones éticas

La presente investigación fue sometida a evaluación de su pertinencia en aspectos de investigación y éticos por un grupo de expertos en salud mental provenientes de 3 universidades distintas. Dichos expertos evaluaron que se cubrieran todas las consideraciones éticas que se exigen tanto en los organismos internacionales como en los nacionales.

Los participantes de la investigación no estuvieron sometidos a ningún tipo de riesgo físico o psicológico y fueron informados en todo momento de la naturaleza de la investigación. Se les facilitó un consentimiento informado donde se les explicó que eran asignados de manera aleatoria al grupo control o al grupo experimental y que ambos grupos recibirían un tratamiento probado para aliviar los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático. Además se informó a los participantes del grupo experimental que recibirían una terapia que se encontraba en fase de estudio para el Crecimiento Postraumático. Se les explicó que la intervención sería conducida por un especialista en ambas terapias y que podían pedir explicaciones en el momento que ellos lo requirieran, que tenían derecho a abandonar la intervención si así lo deseaban en el momento que quisieran. De igual forma se les aclaró que los datos obtenidos

en revistas científicas pero que en todo momento, se preservaría el anonimato de todos los participantes.

9 RESULTADOS

9.1 Introducción

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos de la aplicación del Entrenamiento en Crecimiento Postraumático (ECPT) a pacientes previamente diagnosticados con Trastorno por Estrés Postraumático y tratados con la Terapia de Procesamiento Cognitivo. Los hallazgos serán presentados en nueve apartados siguiendo el orden establecido en los objetivos de esta investigación.

En el primer apartado se presenta un análisis de casos basados en las características clínicas y sociodemográficas de cada uno de los sujetos del grupo control. Se explican las variaciones en las puntuaciones obtenidas por los distintos instrumentos, así como la significancia clínica lograda en cada sujeto.

El segundo apartado corresponde al análisis de casos basados en las características clínicas y sociodemográficas de cada uno de los sujetos del grupo experimental. Se explican las variaciones en las puntuaciones obtenidas por los distintos instrumentos, así como la significancia clínica lograda en cada sujeto.

El tercer apartado corresponde a la valoración del ECPT y la ejecución de la tarea por parte de los sujetos del grupo experimental.

Con motivo de mantener la confidencialidad, en el apartado uno, dos y tres, se asignó las siglas GC seguidas de un número del 1 al 5 para identificar a los sujetos del grupo control, de igual manera se hizo con los sujetos del grupo experimental con las siglas GE y la asignación de un número del 1 al 5. Es importante recordar que el estudio constó de dos etapas, por lo que en la primer etapa ambos grupos recibieron la misma intervención; La Terapia de Procesamiento Cognitivo de Resick. En la segunda etapa sólo el grupo experimental recibió la intervención; El Entrenamiento en Crecimiento Postraumático y el grupo control estuvo en tiempo de espera. Dichas etapas son

El cuarto apartado muestran los resultados obtenidos en las variables sintomatología del TEPT e inadaptación a la vida cotidiana por el total de la muestra $N = 10$. Estos resultados corresponden a la fase pre tratamiento y post tratamiento de la Terapia de Procesamiento Cognitivo. Los objetivos son corroborar la eficacia de la terapia de Procesamiento Cognitivo de Resick.

En el quinto apartado se presentan las puntuaciones obtenidas, por el grupo experimental y control, en las mediciones tomadas en la fase del pre tratamiento del Entrenamiento en Crecimiento Postraumático en las variables de sintomatología del TEPT, de Inadaptación, Bienestar Psicológico y Crecimiento Postraumático. Los objetivos son corroborar que no existen diferencias significativas entre ambos grupos (a través de la prueba de U de Mann Withney) y tomar las puntuaciones como línea base del tratamiento.

En el sexto apartado se muestran los hallazgos obtenidos, en la fase de post tratamiento del Entrenamiento en Crecimiento Postraumático. Se analizará si existen diferencias en las puntuaciones de sintomatología del TEPT, de Inadaptación, Bienestar Psicológico y Crecimiento Postraumático entre el grupo experimental y el grupo control.

En el séptimo apartado se presentan los resultados obtenidos por parte del grupo control en la fase de pre y post tratamiento del Entrenamiento en Crecimiento Postraumático en las variables controladas. El objetivo es estudiar si existen cambios en las puntuaciones de sintomatología del TEPT, de Inadaptación, Bienestar Psicológico y Crecimiento Postraumático

Dentro del octavo apartado se muestran los resultados obtenidos por parte del grupo experimental en las fase de pre y post tratamiento del Entrenamiento en Crecimiento Postraumático en las variables controladas. El objetivo es estudiar si existen cambios en las puntuaciones de las variables controladas.

Finalmente, en el noveno apartado se presentan los resultados obtenidos en el post tratamiento del Entrenamiento en Crecimiento Postraumático en cada una de las 4 escalas (TEPT, E.I., B.P y CPT) con el valor diferencia entre el post y el pre tratamiento de cada participante. Con el objetivo de conocer si existían diferencias entre las variables (valor de cambio) entre el grupo experimental y el grupo control, se aplicó el análisis estadístico con la prueba U de Mann Withney

9.2 Análisis de casos basado en las características clínicas y sociodemográficas de los sujetos participantes en el grupo control pre tratamiento y post tratamiento con la Terapia de Procesamiento Cognitivo

GC 1: Paciente femenino de 39 años de edad, casada con 2 hijos. Cuenta con estudios universitarios de licenciatura y se dedica al cuidado del hogar. Cuatro meses atrás su marido fue secuestrado y estuvo en cautiverio por 3 días y tuvo que llevar las negociaciones con los secuestradores. La paciente reporta que desde el día de la liberación de su marido los síntomas postraumáticos se hicieron presentes.

Los síntomas más significativos son los de re experimentación y activación (elevado arousal), además están presentes los de evitación con alta intensidad. Las puntuaciones obtenidas en la primer etapa de la investigación en el pre tratamiento fueron; para el TEPT 33 puntos y para la EI 31 puntos. En el post tratamiento las puntuaciones fueron; para el TEPT 2 puntos y para la EI 8 puntos. La reducción de las puntuaciones reflejan la significancia clínica lograda con la intervención de la TPC. De modo que puede considerarse a la paciente en remisión total. En la segunda etapa la paciente obtuvo las siguientes puntuaciones en la fase de pre tratamiento; TEPT 2, EI 8, CPT 62, BP 151. Al final de la segunda etapa y después del tiempo de espera las puntuaciones fueron las siguientes; TEPT 4, EI 18, CPT 63, BP 157. Como se puede inferir de las puntuaciones, no hubieron diferencias clínicas significativas en las variables de TEPT, CPT y BP. Sin embargo hubo un ligero aumento en la inadaptación con una diferencia de 10 puntos que puede sugerir cierto riesgo de padecimientos futuros incluso de recaída.

GC 2: Paciente masculino de 47 años de edad, casado con dos hijos y estudios universitarios de licenciatura y de oficio comerciante. Dos meses atrás fue secuestrado y mantenido en cautiverio por 3 días. Fue golpeado y abusado psicológicamente por sus captores. El paciente reporta que desde el primer día de su libertad ha intentado “dejar el suceso atrás” y volver a “mi vida habitual” “desde el primer día me levanté, bañé y me fui a trabajar”. Sin embargo expresa que conforme han pasado los días se siente más y más afectado por la situación. Dicha conducta es parte de los síntomas de evitación que son comunes al TEPT.

Los síntomas predominantes del paciente son de activación (elevado arousal) y de evitación, los síntomas de re experimentación están presentes pero en menor intensidad que los anteriores. Las puntuaciones obtenidas en el pre tratamiento fueron; para el TEPT 31 puntos y para la EI 30 puntos. En el post tratamiento las puntuaciones fueron; para el TEPT 7 puntos y para la EI 8 puntos. La reducción de las puntuaciones reflejan la significancia clínica lograda con la intervención de la TPC. Lo cual es indicativo de que el paciente está en remisión parcial pero sin contar con síntomas suficientes para el diagnóstico del TEPT. En la segunda etapa el paciente obtuvo las siguientes puntuaciones en la fase de pre tratamiento; TEPT 7, EI 8, CPT 54, BP 193. Al final de la segunda etapa y después del tiempo de espera las puntuaciones fueron las siguientes; TEPT 3, EI 10, CPT 53, BP 194. Como se puede inferir de las puntuaciones, no hubieron diferencias clínicas significativas en ninguna de las variables.

GC 3: Paciente femenino de 36 años, casada y con dos hijos. Cuenta con estudios universitarios y se desempeña en su profesión. La paciente expresa haber vivido, en repetidas ocasiones, violencia intrafamiliar por parte de su padre. Recuerda que su padre era violento especialmente con la madre y en varias ocasiones con ella. Además reporta haber sido víctima de un asalto en la calle y de robo en su casa.

Refiere que desde lo sucedido en su infancia ha tenido síntomas de activación y de re experimentación, pero que desde el último robo sus síntomas han empeorado y ahora también experimenta síntomas de evitación. Las puntuaciones obtenidas en la primer

El 12 puntos. En el post tratamiento las puntuaciones fueron; para el TEPT 11 puntos y para la EI 9 puntos. La reducción de las puntuaciones reflejan la significancia clínica lograda con la intervención de la TPC. Se considera que el paciente está en remisión parcial pero sin contar con síntomas suficientes para el diagnóstico del TEPT. En la segunda etapa la paciente obtuvo las siguientes puntuaciones en la fase de pre tratamiento; TEPT 11, EI 9, CPT 55, BP 185. Al final de la segunda etapa y después del tiempo de espera las puntuaciones fueron las siguientes; TEPT 6, EI 9, CPT 54, BP 168. Como se puede inferir de las puntuaciones, hay una disminución en los síntomas del TEPT pero no se observan cambios en las demás variables a excepción de una ligera disminución de los niveles de BP.

GC 4: Paciente femenino de 20 años de edad, soltera y sin hijos, cursando estudios de nivel licenciatura. La paciente refiere haber sido víctima de un *narcobloqueo* y una balacera donde su automóvil fue utilizado como resguardo de los atacantes y para bloquear el camino. Ella y dos de sus familiares quedaron atrapados en medio de la refriega. Además explica que en su familia ha habido violencia intrafamiliar y abuso psicológico desde la infancia.

Las puntuaciones obtenidas en la primer etapa de la investigación en el pre tratamiento fueron; para el TEPT 17 puntos y para la EI 28 puntos. En el post tratamiento las puntuaciones fueron; para el TEPT 21 puntos y para la EI 25 puntos. El aumento de las puntuaciones reflejan que no se logró significancia clínica con la intervención de la TPC. Es importante señalar que durante la semana del post tratamiento y una semana previa la paciente experimentó varios sucesos potencialmente traumáticos que le provocaron alta intensidad emocional y por ello manifestó un elevado nivel en la respuesta de estrés. Es posible que dichos acontecimientos contribuyeran en que se mantuviera los síntomas del TEPT y de Inadaptación. En la segunda etapa la paciente obtuvo las siguientes puntuaciones en la fase de pre tratamiento; TEPT 21, EI 25, CPT 46, BP 137. Al final de la segunda etapa y después del tiempo de espera las puntuaciones fueron las siguientes; TEPT 14, EI 25, CPT 44, BP 125. Como se puede inferir de las puntuaciones, hay una disminución en los

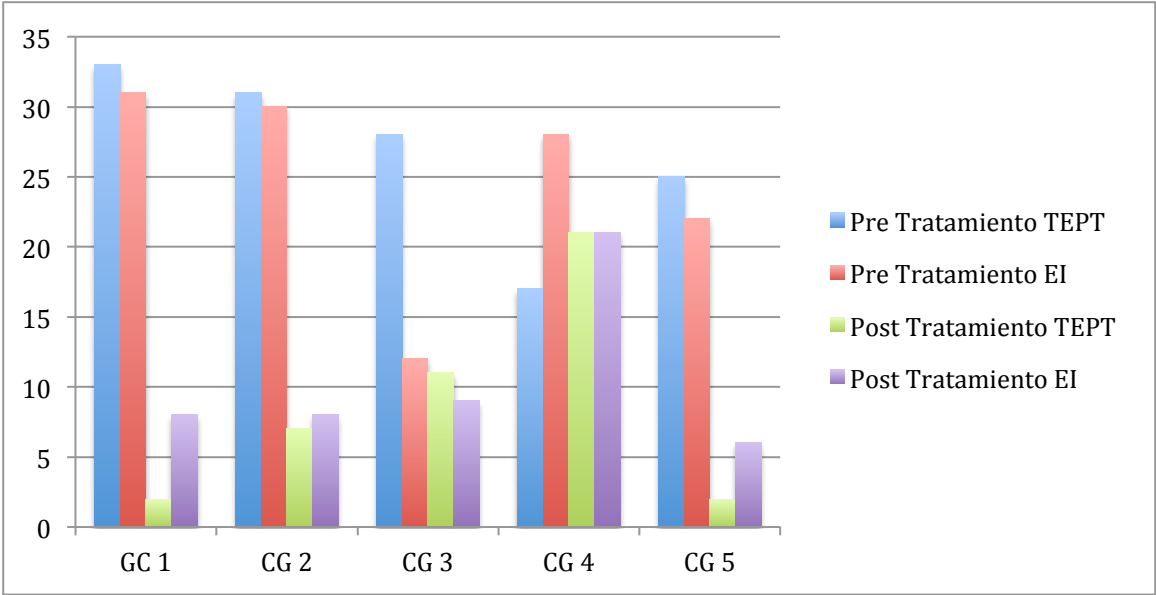
síntomas del TEPT pero no se observan cambios en las demás variables incluso manifestó una ligera disminución de los niveles de BP.

GC 5: Paciente masculino de 50 años de edad, casado con dos hijos. Cuenta con estudios universitarios de posgrado a nivel maestría y labora en el ámbito académico universitario. El paciente refiere haber llevado una vida sin sucesos traumáticos importantes hasta hace 4 años donde una serie de sucesos se presentaron al mismo tiempo originando los síntomas del TEPT. Relata que primero sufrió un importante accidente automovilístico, posteriormente fue víctima de extorsión y finalmente fue diagnosticado y tratado de manera inapropiada por una aparente enfermedad que ponía en riesgo su vida. Desde entonces tiene síntomas primordialmente elevado nivel de arousal, de re experimentación y algunos síntomas de evitación.

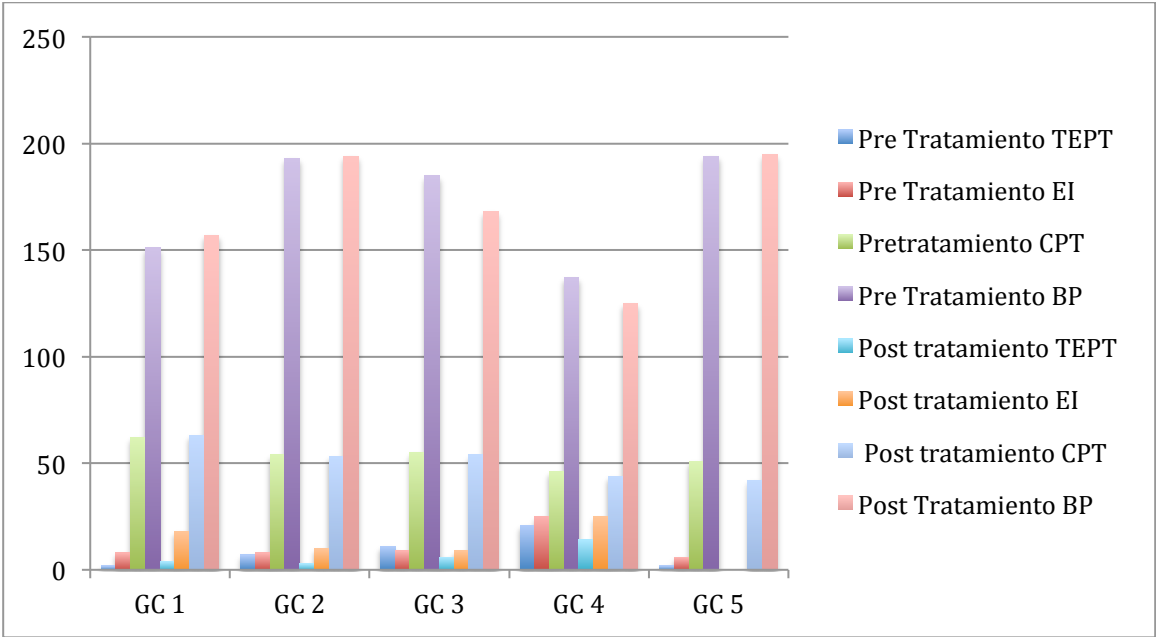
Las puntuaciones obtenidas en la primer etapa de la investigación en el pre tratamiento fueron; para el TEPT 25 puntos y para la EI 22 puntos. En el post tratamiento las puntuaciones fueron; para el TEPT 2 puntos y para la EI 6 puntos. La reducción de las puntuaciones reflejan la significancia clínica lograda con la intervención de la TPC. Considerando al paciente en remisión total. En la segunda etapa la paciente obtuvo las siguientes puntuaciones en la fase de pre tratamiento; TEPT 2, EI 6, CPT 51, BP 194. Al final de la segunda etapa y después del tiempo de espera las puntuaciones fueron las siguientes; TEPT 0, EI 0, CPT 42, BP 195. Como se puede observar los síntomas del TEPT y de la Inadaptación continuaron con la tendencia a la baja, llegando hasta la ausencia total de síntomas de TEPT. Sin embargo hubo una ligera disminución en las puntuaciones referentes al CPT.

En la gráfica 1 y 2 se puede ver resumida las puntuaciones de cada uno de los participantes del grupo control poniendo de manifiesto el cambio en la primera y segunda fase.

Gráfica 1: Cambios en las puntuaciones del TEPT y de EI por sujeto del grupo control con la terapia de procesamiento cognitivo



Gráfica 2: Cambios en las puntuaciones del TEPT, de EI, de CPT y de BP por sujeto del grupo control en el tiempo de espera pre y post tratamiento del entrenamiento en crecimiento postraumático



9.3 Análisis de casos basado en las características clínicas y sociodemográficas de los sujetos participantes en el grupo experimental pre tratamiento y post tratamiento con la Terapia de Procesamiento Cognitivo

GE 1: Paciente Masculino de 40 años de edad, casado con dos hijos y estudios universitarios y laboralmente activo. Refiere haber experimentado ansiedad y alteraciones en el estado de ánimo desde su infancia. Comenta haber sido víctima de abuso sexual, abuso físico y abuso psicológico por miembros de su familia de origen. Sus síntomas son predominantes en los tres grupos de síntomas; re experimentación, evitación y activación (elevado arousal) y comenta que de unos meses a la fecha su intensidad ha ido *in crescendo*.

Las puntuaciones obtenidas en la primer etapa de la investigación en el pre tratamiento fueron; para el TEPT 41 puntos y para la EI 33 puntos. En el post tratamiento las puntuaciones fueron; para el TEPT 8 puntos y para la EI 12 puntos. La reducción de las puntuaciones reflejan la significancia clínica lograda con la intervención de la TPC. Se deduce que el paciente está en remisión parcial pero sin contar con síntomas suficientes para el diagnóstico del TEPT. En la segunda etapa el paciente obtuvo las siguientes puntuaciones en la fase de pre tratamiento; TEPT 8, EI 12, CPT 54, BP 165. Al final de la segunda etapa las puntuaciones fueron las siguientes; TEPT 6, EI 12, CPT 63, BP 200. Como se puede observar los síntomas del TEPT y de la Inadaptación se mantuvieron prácticamente sin cambios. Sin embargo en las variables de CPT y BP podemos ver un notable aumento en las puntuaciones, lo que nos permite inferir una significancia clínica debido a la implementación del Entrenamiento en Crecimiento Postraumático.

GE 2 Paciente femenino de 37 años de edad, casada con estudios universitarios de licenciatura y laboralmente activa. En su infancia sufrió abuso sexual y abuso psicológico. Comenta que desde entonces ha experimentado altos niveles de ansiedad y que recientemente han vuelto los síntomas de re experimentación y evitación.

Las puntuaciones obtenidas en la primer etapa de la investigación en el pre tratamiento fueron; para el TEPT 31 puntos y para la EI 15 puntos. En el post tratamiento las puntuaciones fueron; para el TEPT 8 puntos y para la EI 12 puntos. La reducción de las puntuaciones reflejan la significancia clínica lograda con la intervención de la TPC. Lo cual es indicativo de que el paciente está en remisión parcial pero sin contar con síntomas suficientes para el diagnóstico del TEPT. En la segunda etapa la paciente obtuvo las siguientes puntuaciones en la fase de pre tratamiento; TEPT 8, EI 12, CPT 63, BP 196. Al final de la segunda etapa y después de la intervención en Entrenamiento en Crecimiento Postraumático las puntuaciones resultaron las siguientes; TEPT 13, EI 7, CPT 61, BP 217. Como se puede observar los síntomas del TEPT y de CPT tuvieron un ligero retroceso, pero no así lo de Inadaptación y BP que se mostraron mejoría. Se puede inferir que la intervención tuvo en efecto clínico significativo en el BP de la paciente.

GE 3 Paciente masculino de 41 años de edad, casado con estudios universitarios de posgrado a nivel de maestría y laboralmente activo. Fue secuestrado y torturado psicológicamente. Desde entonces ha tenido los síntomas del TEPT con predominancia en los tres grupos de síntomas; elevado arousal, re experimentación y evitación.

Las puntuaciones obtenidas en la primer etapa de la investigación en el pre tratamiento fueron; para el TEPT 22 puntos y para la EI 20 puntos. En el post tratamiento las puntuaciones fueron; para el TEPT 9 puntos y para la EI 14 puntos. La reducción de las puntuaciones reflejan la significancia clínica lograda con la intervención de la TPC. Considerando al paciente en remisión parcial pero sin síntomas suficientes para el diagnóstico del TEPT. En la segunda etapa el paciente obtuvo las siguientes puntuaciones en la fase de pre tratamiento; TEPT 9, EI 14, CPT 47, BP 186. Al final de la segunda etapa y aplicado el Entrenamiento en Crecimiento Postraumático las puntuaciones fueron las siguientes; TEPT 6, EI 10, CPT 57, BP 197. Como se puede observar existe una mejoría sustancial en todas las mediciones lo que nos permite inferir una significancia clínica debido a la implementación del Entrenamiento en Crecimiento Postraumático.

GE 4 Paciente femenino de 21 años, estudiante de licenciatura, soltera y sin hijos. La paciente sufrió de privación de su libertad y abuso sexual mientras caminaba en la vía pública. Desde el eventos su síntomas son predominantes en re experimentación y activación (elevado arousal), pero además los síntomas de evitación son graves.

Las puntuaciones obtenidas en la primer etapa de la investigación en el pre tratamiento fueron; para el TEPT 36 puntos y para la EI 19 puntos. En el post tratamiento las puntuaciones resultaron; para el TEPT 17 puntos y para la EI 15 puntos. La reducción de las puntuaciones reflejan la significancia clínica lograda con la intervención de la TPC. Considerando a la paciente en remisión parcial y aún con síntomas suficientes para el diagnóstico del TEPT. En la segunda etapa la paciente obtuvo las siguientes puntuaciones en la fase de pre tratamiento; TEPT 17, EI 15, CPT 51, BP 189. Al final de la segunda etapa y después de la intervención en Entrenamiento en Crecimiento Postraumático las puntuaciones fueron las siguientes; TEPT 7, EI 7, CPT 63, BP 212. Como se puede observar hubo una mejoría sustancial en todas las variables. La caída de la puntuación en TEPT y en EI permiten considerar a la paciente en remisión parcial y sin síntomas para el diagnóstico del TEPT. El aumento en los puntajes de CPT y BP fue clínicamente significativo por lo que se puede inferir que la intervención tuvo en efecto positivo en la paciente.

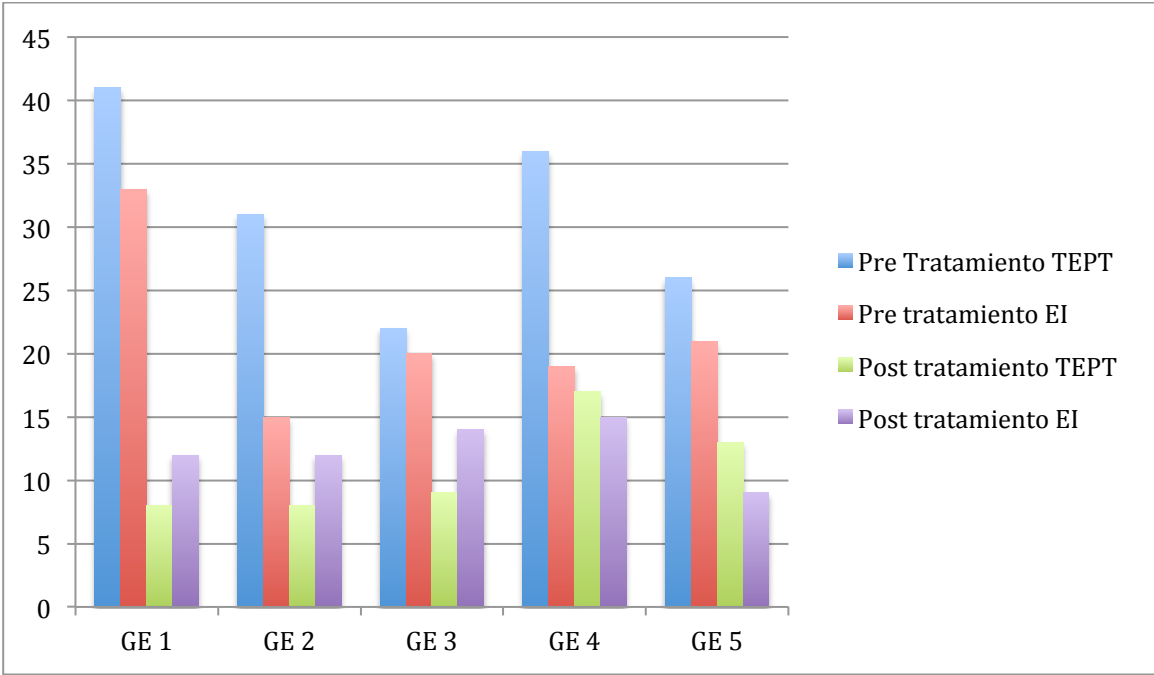
GE 5 Paciente masculino de 41 años de edad, soltero, sin hijos y con estudios universitarios y laboralmente activo. El paciente refiere haber presenciado varios movimientos sísmicos de alta actividad, así como ser parte de un accidente automovilístico de alto impacto. Explica que sus síntomas de activación (elevado arousal) y de re experimentación han estado presentes desde muchos años atrás pero que recientemente los de evitación se han hecho presentes por lo que tuvo que abandonar su vivienda (vivía en un séptimo piso) y le resulta imposible visitar a sus clientes, familiares o amigos si viven en edificios altos.

Las puntuaciones obtenidas en la primer etapa de la investigación en el pre tratamiento fueron; para el TEPT 26 puntos y para la EI 21 puntos. En el post

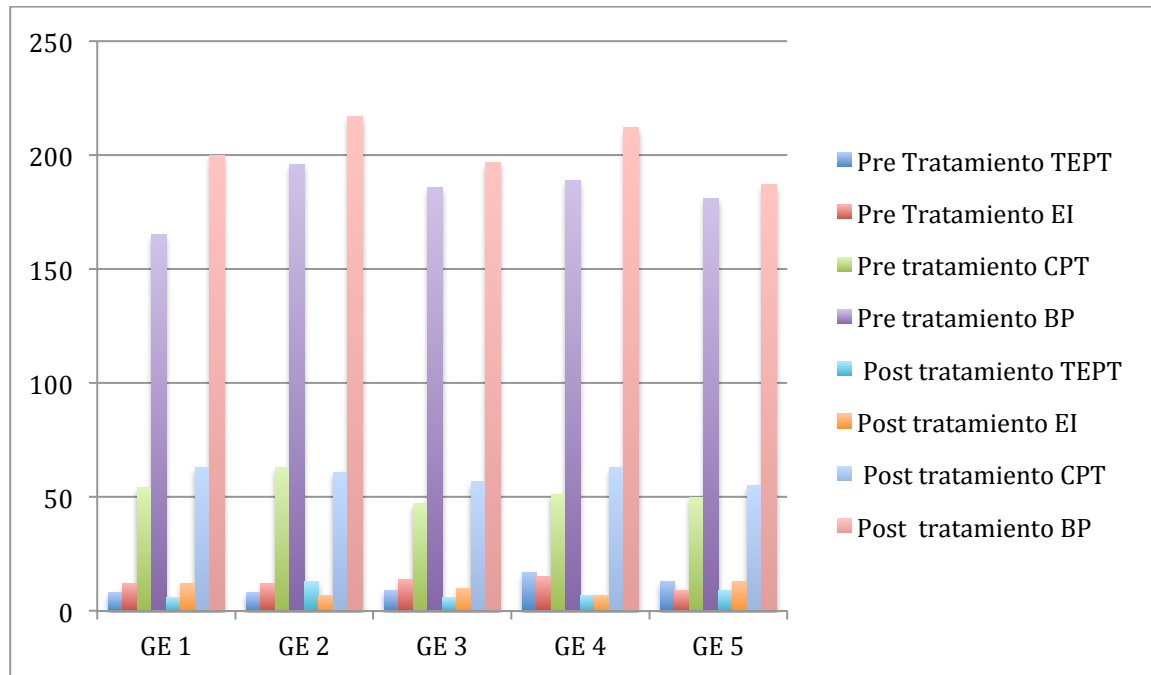
reducción de las puntuaciones reflejan la significancia clínica lograda con la intervención de la TPC. Se considera que el paciente está en remisión parcial pero sin contar con síntomas suficientes para el diagnóstico del TEPT. En la segunda etapa el paciente obtuvo las siguientes puntuaciones en la fase de pre tratamiento; TEPT 9, EI 13, CPT 50, BP 181. Al final de la segunda etapa y aplicado el Entrenamiento en Crecimiento Postraumático las puntuaciones fueron las siguientes; TEPT 9, EI 13, CPT 55, BP 187. Como se puede observar no existieron cambios en las dos primeras variables, en cuanto al CPT y BP los cambios fueron mínimos por lo que no permite inferir una significancia clínica debido a la implementación del Entrenamiento en Crecimiento Postraumático.

En la gráfica 3 y 4 se puede ver resumida las puntuaciones de cada uno de los participantes del grupo experimental poniendo de manifiesto el cambio en la primera y segunda fase.

Gráfica 3: Cambios en las puntuaciones del TEPT y de EI por sujeto del grupo experimental con la terapia de procesamiento cognitivo



Gráfica 4: Cambios en las puntuaciones del TEPT, de EI, de CPT y de BP por sujeto del grupo experimental en el pre y post tratamiento del entrenamiento en crecimiento postraumático



9.4 Valoraciones y respuestas de los sujetos en el grupo experimental que recibieron el entrenamiento en crecimiento postraumático

La implementación del ECPT constó de 4 sesiones de 1 hora cada una. En cada sesión se asignaron tareas para el hogar de las cuales debe comentarse que los 5 participantes tuvieron dificultades para realizar la tarea llamada “Álbum Vitae” de la sesión número 2. Consideraron que la tarea fue difícil de llevar a cabo, incluso el paciente GE 1 no la entregó y los demás sujetos expresaron la dificultad que representó su realización. De las demás tareas hubo un 100% de cumplimiento.

En cuanto a la valoración de la intervención, los 5 sujetos expresaron su agrado y satisfacción con las sesiones. Los 5 sujetos coincidieron en considerar que la primer sesión, en general, y la actividad “enfrentando la muerte” junto a la “tarea del epitafio”, en particular, tuvieron un gran impacto positivo en la forma como perciben su vida y el evento traumático. Expresiones literales de los sujetos fueron; GE 1 *“la primera sesión representa un antes y un después en mi vida, muchas gracias por ello”* GE 4 *“no sé cómo explicarlo pero la sesión anterior tuvo un efecto muy fuerte en mí”*

me siento más tranquila desde entonces. No sabía cómo me sentiría al hacer mi epitafio pero en realidad fue muy útil”. GE 3 “extrañamente hablar y trabajar sobre la muerte me ha hecho valorar más mi vida y querer disfrutar más las cosas que hago”.

Es deseable hacer modificaciones al protocolo, específicamente en la tarea “Álbum Vitae”. Un diseño más sencillo podría permitir el objetivo buscado. En palabras del paciente GE 5 *“Mario me permito decirte que toda la intervención me gustó mucho, pero fue difícil hacer la tarea Álbum Vitae, tal vez una actividad tipo biografía escrita podría cumplir el mismo objetivo”.*

Análisis Estadísticos

9.5 Identificación de la línea base y corroboración de la Terapia de Procesamiento Cognitivo

Como se puede observar en la tabla 12, los datos muestran mejoría en la sintomatología del TEPT ($p = .007$) y en los niveles de Inadaptación ($p = .005$).

Tabla 12: Media, Desviación Estándar, mediana y Nivel de Significancia en el total de la muestra con la Terapia de Procesamiento Cognitivo con pre y post tratamiento aplicando la prueba de Wilcoxon

	Pre-T Media (D.E.) Mediana	Post-T Media (D.E.) Mediana	Z	P
TEPT	29.0 (6.96) 29.500	9.8 (6.01) 8.5	-2.705	.007
E.I.	23.10 (7.09) 21.5	11.8 (5.45) 10.5	-2.810	.005

Nota: Las siglas TEPT son para la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático. Las siglas E. I. hacen referencia a la Escala de Inadaptación

9.6 Análisis de las escalas utilizadas, en ambos grupos, en la fase de pre tratamiento del Entrenamiento en Crecimiento Postraumático

Se pudo comprobar que no existía diferencia significativa en las puntuaciones de sintomatología del TEPT, de Inadaptación, Bienestar Psicológico y Crecimiento Postraumático entre el grupo control y el experimental en la fase del pre tratamiento del Entrenamiento en Crecimiento Postraumático y se obtuvo la línea base que sería utilizada para comparar las puntuaciones en el post tratamiento (ver tabla 13).

Por lo tanto, se puede concluir que existió equivalencia entre el grupo control y experimental previo al tratamiento de Entrenamiento de Crecimiento postraumático.

Tabla 13: Media, Desviación Estándar, mediana y nivel de Significancia con la prueba de U de Mann Withney en las diferentes pruebas psicológicas en el pre tratamiento del Entrenamiento en Crecimiento Postraumático

	TEPT Media (D.E.) Mediana	E. I. Media (D.E.) Mediana	B. P. Media (D.E.) Mediana	CPT Media (D.E.) Mediana
Gpo. Experimental	11.00	12.40	183.40	53.00
	(3.94)	(2.30)	(11.63)	(6.12)
	9.00	12.00	186.00	51.00
Gpo. Control	8.60	11.20	172.00	53.60
	(7.89)	(7.79)	(26.27)	(5.86)
	7.00	8.00	185.00	54.00
U de Mann Withney P	8.00 0.421	5.50 0.151	10.00 0.690	11.00 0.841

Nota: Las siglas TEPT son para la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático. Las siglas E. I. hacen referencia a la Escala de Inadaptación. Las siglas B.P. son para la Escala de Bienestar Psicológico. Las siglas CPT. hacen referencia al Inventario de Crecimiento Postraumático.

9.7 Análisis de las escalas utilizadas, en ambos grupos, en la fase de post tratamiento del Entrenamiento en Crecimiento Postraumático

En la comparación entre ambos grupos después de la intervención de Crecimiento Postraumático, se observó que el grupo experimental obtuvo un cambio en el bienestar psicológico significativamente ($p = .032$) superior a la observada en el grupo control. Respecto a la inadaptación las diferencias halladas no fueron significativas ($p = .690$) tampoco se observaron diferencias significativas en la sintomatología del TEPT ($p = 0.222$). En la variable CPT las diferencias se encuentran cercanas a la significación ($p = 0.095$), donde el grupo experimental tiende a obtener valores superiores en el CPT. Ver tabla 14.

Tabla 14: Media, Desviación Estándar, mediana y niveles de Significancia con la prueba de U de Mann Withney en las diferentes pruebas psicológicas en el post tratamiento del Entrenamiento en Crecimiento Postraumático

	TEPT Media (D.E.) Mediana	E. I. Media (D.E.) Mediana	B. P. Media (D.E.) Mediana	CPT Media (D.E.) Mediana
Gpo. Experimental	8.20	9.80	202.60	59.80
	(2.95)	(2.77)	(12.01)	(3.63)
	7.00	10.00	200.00	61.00
Gpo. Control	5.40	12.40	167.80	51.20
	(5.27)	(9.50)	(29.05)	(8.47)
	4.000	10.00	168.00	53.00
U de Mann				
Withney	6.00	10.50	2.00	4.00
P	0.222	0.690	0.032	0.095

Nota: Las siglas TEPT son para la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático. Las siglas E. I. hacen referencia a la Escala de Inadaptación. Las siglas B.P. son para la Escala de Bienestar Psicológico. Las siglas CPT. hacen referencia al Inventario de Crecimiento Postraumático.

9.8 Análisis de los datos del grupo control obtenidos en el pre tratamiento del Entrenamiento en Crecimiento Postraumático con la prueba estadística de Wilcoxon

Con el objetivo de conocer si existían cambios en las medias de las variables controladas en el grupo control después de la aplicación de la intervención de Entrenamiento en Crecimiento Postraumático se aplicó el análisis estadístico con la prueba de Wilcoxon.

Las medias de todas las variables no resultaron significativas, ver tabla 15.

Tabla 15: Media, Desviación Estándar, mediana y niveles de Significancia en el Grupo Control con la prueba estadística de Wilcoxon en pre y post tratamiento

	Pre-T Media (D.E.)	Mediana	Post-T	Mediana	Z	P
TEPT	8.60 (7.89)	7.00	5.40 (5.27)	4.00	-1.625	0.104
E. I.	11.20 (7.79)	8.00	12.40 (9.50)	10.00	-0.535	0.593
B. P.	172.00 (26.26)	185.00	167.80 (29.04)	168.00	-0.406	0.684
CPT	53.60 (5.85)	54.00	51.20 (8.46)	53.00	-1.511	0.131

Nota: Las siglas TEPT son para la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático. Las siglas E. I. hacen referencia a la Escala de Inadaptación. Las siglas B.P. son para la Escala de Bienestar Psicológico. Las siglas CPT. hacen referencia al Inventario de Crecimiento Postraumático.

9.9 Análisis de los datos del grupo experimental obtenidos en el pre tratamiento del Entrenamiento en Crecimiento Postraumático con la prueba estadística de Wilcoxon

Con el objetivo de conocer si existían cambios en las medias de las variables controladas en el grupo experimental después de la aplicación de la intervención de Entrenamiento en Crecimiento Postraumático, se aplicó el análisis estadístico con la prueba de Wilcoxon.

En cuanto al impacto del tratamiento en Crecimiento Postraumático en el grupo experimental se observó mejoría en la variable Bienestar Psicológico ($p= 0.043$) respecto al Crecimiento Postraumático las diferencias halladas están cercanas a la significación ($p= 0.080$) donde se observó una tendencia al aumento en el crecimiento postraumático. Sin embargo no se observaron diferencias en los síntomas del TEPT ($p=0.345$) ni en los niveles de Inadaptación ($p= 0.279$). Ver tabla 16.

Tabla 16: Media, Desviación Estándar, mediana y niveles de Significancia en el Grupo Experimental con la prueba estadística de Wilcoxon en pre y post tratamiento

	Pre-T Media (D.E.)	Mediana	Post-T	Mediana	Z	P
TEPT	11.00 (3.93)	9.00	8.20 (2.94)	7.00	-0.944	0.345
E. I.	12.40 (2.30)	12.00	9.80 (2.77)	10.00	-1.289	0.197
B. P.	183.40 (11.63)	186.00	202.60 (12.01)	200.00	-2.023	0.043
CPT	53.00 (6.12)	51.00	59.80 (3.63)	61.00	-1.753	0.080

Nota: Las siglas TEPT son para la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático. Las siglas E. I. hacen referencia a la Escala de Inadaptación. Las siglas B.P. son para la Escala de Bienestar Psicológico. Las siglas CPT. hacen referencia al Inventario de Crecimiento Postraumático.

9.10 Análisis comparativos de los datos con la variable generada “valores de cambio” (valor del post tratamiento - valor del pre tratamiento) de cada una de las escalas entre el grupo experimental y el grupo control con la prueba estadística de U de Mann Withney

Se generó una nueva variable (valor de cambio) que resultó de restar el valor obtenido en el post tratamiento del Entrenamiento en Crecimiento Postraumático (o después de transcurrir aproximadamente un periodo de 4 semanas en el grupo control) en cada una de las 4 escalas (TEPT, E.I., B.P y CPT) con el valor manifestado en el pre tratamiento de cada participante. Con el objetivo de conocer si existían diferencias

entre las variables (valor de cambio) entre el grupo experimental y el grupo control, se aplicó el análisis estadístico con la prueba U de Mann Withney.

Se observó que el grupo al que se le aplicó el tratamiento en Crecimiento Postraumático mejoró significativamente ($p= 0.008$) en la variable Bienestar Psicológico y casi resultó significativa ($p= 0.056$) respecto al Crecimiento Postraumático, donde se observó una tendencia al aumento en el grupo experimental. Sin embargo no se observaron diferencias en los síntomas del TEPT ($p=0.841$) ni en los niveles de Inadaptación ($p= 0.421$). Ver tabla 17.

Tabla 17: Media, Desviación Estándar, mediana de los valores de cambio (post y pre-tratamiento) y niveles de Significancia con la prueba de U de Mann Withney en las diferentes pruebas psicológicas en el post tratamiento del Entrenamiento en Crecimiento Postraumático

	TEPT Media (D.E.) Mediana	E. I. Media (D.E.) Mediana	B. P. Media (D.E.) Mediana	CPT Media (D.E.) Mediana
Gpo. Experimental	2.80	2.60	19.20	6.80
	(5.36)	(4.67)	(11.28)	(5.54)
Gpo. Control	3.00	4.00	21.00	9.00
	3.20	-1.200	-4.20	-2.40
	(3.42)	(5.76)	(9.78)	(3.84)
	4.00	0.00	1.00	-1.00
U de Mann Withney P	11.00 0.841	8.00 0.421	0.50 0.008	3.50 0.056

Nota: Las siglas TEPT son para la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático. Las siglas E. I. hacen referencia a la Escala de Inadaptación. Las siglas B.P. son para la Escala de Bienestar Psicológico. Las siglas CPT. hacen referencia al Inventario de Crecimiento Postraumático.

10 DISCUSIÓN

10.1 Discusión

Estudios previos (Resick, 2002; Foa et. al, 2005) con sujetos que padecen de TEPT han mostrado que es posible incidir de forma efectiva en la recuperación de dicho padecimiento. Dichos estudios habían centrado su atención en la eliminación de los síntomas y la mejoría de la vida cotidiana. Sin embargo hasta ahora no se contaba con ningún estudio encaminado a incidir en la variable crecimiento postraumático y bienestar psicológico en pacientes que habían pasado por TEPT.

Tadeschi y Calhun (2004) definen al crecimiento postraumático como; “la experiencia de cambios psicológicos positivos que se dan como resultado de la lucha con crisis de la vida que tienen elevados desafíos”. Estos cambios positivos se observan en 5 áreas Tadeschi y Calhoun (1995, 1998 y 2004); 1- incremento en la apreciación de la vida en general 2- mayor significado en las relaciones interpersonales 3- un aumento en el sentido de la fortaleza personal 4- cambio de prioridades u objetivos en la vida 5- enriquecimiento en la vida espiritual y existencial.

Tadeschi y Calhun (2004) hacían mención de lo conveniente que sería contar con una terapia de corte cognitivo conductual que buscara incidir en dichas variables.

El objetivo principal de la presente tesis fue comparar la efectividad de la Terapia de Procesamiento Cognitivo con Entrenamiento en Crecimiento Postraumático (TPCECP) para pacientes con TEPT frente al tratamiento convencional que no cuenta con dicho entrenamiento. De tal forma que se centra en incidir en la promoción de fenómenos positivos con la finalidad de que aceleren el proceso de recuperación, de modo que reduzcan la sintomatología del TEPT, y aumenten los niveles de bienestar psicológico y crecimiento postraumático en sujetos que cumplieron los criterios diagnósticos para el TEPT.

Los resultados obtenidos en la primer etapa de este estudio correspondientes a los objetivos específicos de comparar los niveles de sintomatología del TEPT y de adaptación a la vida cotidiana de todos los participantes entre el pre y el post tratamiento nos permiten corroborar la efectividad de la Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC) en la reducción de síntomas del TEPT y en los niveles de Inadaptación. Ambos grupos fueron tratados con dicha terapia y evaluados pre y post obteniendo resultados que muestran significación en los síntomas del TEPT y significación en los niveles de Inadaptación. La mayoría de los participantes atendidos al finalizar la primer etapa de intervención no contó con síntomas suficientes para seguir sosteniendo el diagnóstico de TEPT. Sólo dos pacientes presentaron síntomas suficientes para el diagnóstico del TEPT. Hasta la elaboración de este estudio no se contaba con datos de eficacia en población mexicana intervenida con la TPC, de tal forma que se considera que estos resultados contribuyen a la identificación de intervenciones basadas en la evidencia que son deseables para su aplicación por parte de los profesionista de la salud mental.

Los resultados hallados son semejantes a los encontrados por Resick (2002) donde el 19% de los casos mantuvieron los síntomas del TEPT después de la intervención. Sin embargo debe señalarse que el tamaño de la muestra del presente estudio es muy reducido comparado con el de Resick que contó con 171 participantes.

Con respecto a la incidencia en las variables de crecimiento postraumático y bienestar psicológico entre grupos pre y post tratamiento la intervención diseñada para la segunda fase de este estudio mostró ser estadísticamente significativa para los cambios mostrados en la variable bienestar psicológico. Además se pueden observar cambios muy cercanos a la significación en la variable de crecimiento postraumático.

Este hallazgo es relevante debido a que el bienestar psicológico ha mostrado ser un factor de prevención de recaídas y de mejoría en la recuperación en distintos trastornos incluyendo el TEPT (Ryff, 2014). Por lo que resulta deseable que en la atención a personas que han pasado por síntomas relacionados con experiencias

traumáticas puedan incluir la intervención que en este estudio se ha diseñado y estudiado y así promover los cambios positivos relacionados al bienestar psicológico.

Hagenaars y Minnen (2010) encontraron que los individuos que mostraban puntuaciones elevadas de CPT posterior a ser intervenidos para el TEPT con la terapia de exposición prolongada, mostraban mejor recuperación y mayor beneficio terapéutico. De tal forma que a pesar de que en el presente estudio se estuvo muy cerca de lograr la significación en dicha variable, y se observó un cambio favorable en las medias de las variables estudiadas, no puede afirmarse que el tratamiento en entrenamiento en crecimiento postraumático mejora el CPT. Quizás si se aumenta la muestra se puedan observar diferencias significativas. De modo que si en futuras investigaciones se manifiesta la eficacia del tratamiento o modificaciones del mismo, para aumentar el CPT, podemos inferir que los sujetos podrán verse igualmente beneficiados.

Cabe señalar que la promoción del CPT no ha sido corroborada en otros estudios. Si bien se ha podido observar la presencia de dicha variable después de intervenir a personas con TEPT (Hagenaars y Minnen, 2010) también es cierto que no se ha logrado identificar si es un sesgo positivo por la disminución de los síntomas asociados al TEPT o un crecimiento verdadero (Zoellner, Rabe, Karl y Maercker, 2010).

Los resultados obtenidos en la presente investigación sugieren que puede ser conveniente incluir el entrenamiento en crecimiento postraumático como coadyuvante o reforzador en los tratamientos efectivos para el TEPT como lo son la Terapia de Exposición Prolongada (Foa et. al, 2005) y la Terapia de Procesamiento Cognitivo de Resick (2002). Con ello no sólo se atendería solo a la disminución de síntomas de dicho trastorno sino que además se incrementaría el bienestar psicológico que suele fungir como factor de protección y de recuperación en pacientes con TEPT y otros trastornos mentales (Ryff, 2014).

En la misma línea que investigadores como Tadeschi y Calhun (1995, 1998 y 2004)

altamente estresantes o potencialmente traumáticos. Pero también que se puede favorecer su desarrollo con tratamientos ex profeso como el desarrollado en esta investigación. Se infiere que la aplicación de esta intervención podrá potencializar los efectos del tratamiento convencional del TEPT y del crecimiento postraumático con los pacientes a mediano y largo plazo.

10.2 Limitaciones y Sugerencias

Entre las limitaciones del estudio se encuentra el tamaño de la muestra $n=10$. A pesar del reducido número se observan resultados significativos en la escala de Bienestar Psicológico y tendencia a la significación en Crecimiento Postraumático, sería conveniente en futuros estudios aumentar el número de participantes.

Otra limitación es que a 3 casos se les dio la intervención presencial y a 7 participantes se les dio la intervención vía online por no radicar en la ciudad del investigador principal (y terapeuta). Aunque en ambos grupos se balanceó. Debe señalarse que respecto a la intervención online se observaron ventajas; como que se pudo atender a personas de distintas localidades, y se pudo entregar los manuales digitalizado. Las actividades escritas realizadas en las sesiones se hacían de manera digital y permitían ser compartidas, modificadas y enriquecidas entre el terapeuta y el paciente. La ventaja de trabajar con los individuos de manera presencial fue el poder establecer con mayor facilidad un adecuado *rapport* lo cual puede favorecer la adherencia. Aunque no se detectaron diferencias, valorado de forma subjetiva y cualitativa, entre los pacientes que recibieron la terapia online y la presencial.

Se sugiere hacer futuros estudios que permitan diferenciar la modalidad presencial frente a la online. Otros estudios de intervenciones con base en Internet han mostrado ser eficaces para intervenciones en duelo patológico (Wagner, Knaevelsrud, & Maercker, 2007). Con el aumento en las tecnologías de la comunicación y su proliferación es deseable identificar si la eficacia de los tratamientos presenciales o a distancia difieren o no. Además hacer un análisis de la viabilidad, costos, seguimientos

y recaídas resulta de importancia para poder ofrecer a los usuarios alternativas que se adapten a sus circunstancias.

En cuanto a la fiabilidad de la aplicación del tratamiento debe destacarse que se desarrollaron manuales que permitieron favorecer que todos los pacientes recibieran la misma atención protocolizada. Sin embargo, solo fue un terapeuta el que aplicó todas las intervenciones para ambos grupos. El factor aprendizaje del terapeuta pudo influir en la calidad de las intervenciones que los primeros sujetos del estudio recibieron en comparación a los últimos, pues las habilidades terapéuticas se incrementan después de ser practicadas en varias ocasiones. Sin embargo sirve señalar que dicha limitación aplica para ambos grupos, pues los sujetos del GC y el GE fueron atendidos al mismo tiempo. Es posible que un sesgo inconsciente por parte del terapeuta pudiera incidir en atender de manera más efectiva al grupo experimental para incidir en resultados favorables a la intervención puesta a prueba y a la corroboración de la hipótesis. Sería conveniente en futuras corroboraciones hacer uso de diferentes terapeutas para impedir el sesgo mencionado. No se realizaron evaluaciones heteroaplicadas ni de tipo cualitativo, lo cual hubiera servido para evitar dicho sesgo, sin embargo sería interesante contar con dicha información, por ello en futuras investigaciones sería deseable contar con evaluaciones clínicas realizadas por profesionales ciegos al tratamiento que cada paciente recibió.

Por otro lado, respecto al Entrenamiento en Crecimiento Postraumático de todas las actividades realizadas debe comentarse que se tuvo cierta dificultad la actividad llamada Álbum Vitae. Hubo ciertas dificultades en la comprensión por parte de los pacientes, y se observó en varias ocasiones que no se cumplían con las tareas para casa, y debían realizarse durante la terapia.

Otra limitación consiste en que las pruebas autoaplicadas de escala de gravedad de síntomas, el Inventario de Crecimiento Postraumático y la escala de inadaptación no cuentan con adaptación ni con publicación en población mexicana. En estudios posteriores sería deseable contar con instrumentos previamente adaptados a dicha

Finalmente sería deseable contar con un seguimiento para poder estudiar el mantenimiento de las mejoras obtenidas y analizar si el Entrenamiento en Crecimiento Postraumático reduce el riesgo de recaídas.

En este estudio el grupo que recibió TPC y ECP mostró una mayor eficacia como mínimo en el bienestar psicológico, en comparación con el grupo que sólo recibió TPC. Es posible que otros trastornos caracterizados por experiencias de pérdida como el duelo patológico, los trastornos adaptativos, y el trastorno psicótico breve puedan beneficiarse del ECP. Modificaciones de protocolo o la generación de nuevos protocolos deben llevarse a cabo en función del tipo de trastorno o situación a tratar. Finalmente, también podría aplicarse el ECP en personas después de vivir una experiencia potencialmente traumática (como un accidente de tráfico, secuestro, robo con arma, violación, etc.) sin cumplir con criterios de ningún trastorno pero con gran riesgo, con finalidad preventiva.

11 CONCLUSIONES

Revisados los resultados obtenidos y la discusión de este estudio empírico se señalan las siguientes conclusiones principales:

1. La TPC resultó eficaz en el tratamiento de pacientes mexicanos diagnosticados con TEPT. Esta eficacia se observó en significación tanto en la escala de síntomas del TEPT como en la escala de Inadaptación a la vida cotidiana.
2. Según los resultados obtenidos el ECPT resulta eficaz en aumentar el bienestar psicológico en sujetos que previamente contaban con criterios diagnósticos del TEPT. Ello indica que es posible generar cambios positivos en el funcionamiento humano cómo; el compromiso propositivo con la vida, la realización de los talentos y capacidades personales y el autoconocimiento (Ryff, 2014) en este tipo de pacientes.
3. El ECPT generó cambios muy cercanos a la significación en la variable de crecimiento postraumático. Es probable que con una N mayor se pueda observar significación. Sin embargo como han señalado Zoellner, Rabe, Karl y Maercker (2010) aún existe discusión sobre si es o no posible incidir en esta variable, pues los resultados de diversos estudios son contradictorios.
4. El ECPT se puede incluir como coadyuvante de los tratamientos para el TEPT pues funge como factor de protección y de recuperación por incidir con significación en la variable de bienestar psicológico.

Entre las aportaciones de esta investigación también se encuentra el desarrollo de 3 manuales que buscan ser una aportación para los tratamientos basados en la evidencia. Dichos manuales son; 1- Manual Para el Paciente de la Terapia de Procesamiento Cognitivo, 2- Manual Para el Terapeuta del Entrenamiento en Crecimiento Postraumático y 3- Manual Para el Paciente del Entrenamiento en Crecimiento

replicabilidad de las intervenciones y que las diferencias en su aplicación se redujeran entre uno y otro.

Estas conclusiones deben de ser analizadas en el contexto de las limitaciones de la presente investigación. Un incremento de la muestra, la utilización de varios terapeutas y de evaluadores doble ciego permitirían constatar de manera más sólida las diferencias encontradas, así como confirmar, en su caso, las tendencias observadas.

Para concluir, estos resultados apuntan hacia la necesidad de incluir tratamientos que incluyan variables positivas como crecimiento postraumático y bienestar psicológico en los tratamientos convencionales para la atención de sujetos con TEPT. Se infiere que dicha inclusión también sería favorable para todo el espectro de trastornos mentales y diversos padecimientos físicos. Contar con tratamientos positivos, estructurados y protocolizados pueden permitir al clínico especializado asegurar mejores y mayores resultados a los usuarios.

12 REFERENCIAS

- AFP (2013) *Un nuevo manual de enfermedades redefine al autismo y la adicción al juego*. Recuperado el 20 de Mayo 2013 de: <http://mexico.cnn.com/salud/2013/05/19/un-nuevo-manual-redefine-al-autismo-la-adiccion-al-juego-y-la-acumulacion>
- Alonso, E. y Labrador, F. (2010) *Eficacia de un Programa de Intervención para el Trastorno de Estrés Postraumático en Mujeres Inmigrantes Víctimas de Violencia de Pareja: Un Estudio Piloto*. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology, Vol. 44, Num. 3, pp. 547-559
- American Psychiatric Association (1980): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)* (3a. ed.). Washington D.C.
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)* (4a. ed.) Washington D.C.
- American Psychiatric Association (2005) *Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*
- American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM 5)* (5a. Ed) Washington D.C.
- American Psychological Association (2012) *Trauma*. Recuperado el 30 de Abril del 2013 de <http://www.apa.org/topics/trauma/>
- Arroyo, E (2012) Jalisco es el sexto lugar en homicidios del país. Recuperado el 29 de Abril del 2013 de <http://jalisco.milenio.com/cdb/doc/noticias2011/c0239f2e49c89f05b5f7ed557dc78f5d>
- Antonovsky, A. (1979). Health, stress and coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being. San Francisco : Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1985). The life cycle, mental health and the sense of coherence. The Israel Journal of psychiatry and related sciences, 22, 4, 273-80.
- Asociación EMDR España (2013). www.emdr-es.org recuperado el día 5 de mayo del 2013.
- Bados, A. (2006). Tratando... pánico y agorafobia. Madrid: Pirámide

- postraumático en universitarios españoles. *Anales de Psicología*, vol. 28, núm. 2, pp. 387-396
- Báguena, M. (2001) *Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático*. *Psicothema* Vol. 13, nº 3, pp. 479-492
- Barlow (2003) *The Nature and Development of Anxiety and its Disorders: Triple Vulnerability Theory*. *Eye on Psi Chi* (Vol. 7, No. 2, pp. 14-20) Recuperado el 14 de mayo del 2013: http://www.psichi.org/pubs/articles/article_340.aspx
- Beck, J. (2000) *Terapia Cognitiva*. Barcelona, Cat: Gedisa
- Bremner JD, Randall P, Scott TM, Bronen RA, Seibyl JP, Southwick SM et al. (1995) MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*;152:973-81
- Bisson J, Andrew M. (2008) *Tratamiento psicológico del trastorno por estrés postraumático (EPT)* (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., Joseph, S. (1996) A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological review* Vol. 103, No. 4 670-686
- Brewin, C. R. y Holmes, E (2003) *Psychological theories of posttraumatic stress disorder* *Clinical Psychology Review* 23 339–376
- Butchard, A. y Mikton, C., (2012). *Global Campaign For Violence Prevention: Plan of Action For 2012-2020*. Recuperado el 24 de abril del 2012, de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/
- Byrne, S y Senehi, J. (2012) *Violence: Analysis, Intervention, and Prevention*. Ohio: Ohio University Press.
- Cáceres, E. (2011). *Tratamiento psicológico centrado en el trauma en mujeres víctimas de violencia de pareja*. (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid). In prensa.
- Carlson, N.R.(2006). *Fisiología de la conducta*, 8a Ed. Madrid. Pearson educación, S.A
- Carlson, J. G., Chemtob, C. M., Rusnak, K., Hedlund, N. L., & Muraoka, M. Y. (1998). *Eye*

- related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 3-24.
- Coelho, L. y Costa, J. (2010) *Bases neurobiológicas del estrés post-traumático*. *Anales de Psicología*, vol. 26, núm. 1, pp. 1-10.
- Cohen, H. (2006). Psychotherapy Treatment for PTSD. *Psych Central*. Retrieved on May 4, 2013, from <http://psychcentral.com/lib/2006/treatment-of-ptsd/> National Health Service UK (NHS) (2012) *Post-traumatic stress disorder*. Recuperado el 5 de mayo del 2013 de: <http://www.nhs.uk/Conditions/Post-traumatic-stress-disorder/Pages/Introduction.aspx>
- Davis M. The role of the amygdala in fear and anxiety. *Annu Rev Neurosci*. 1992;15:353–375
- Dalgleish, T. (2004) *The emotional brain*. *Nature reviews, neuroscience*, Vol. 5 pp 582-589
- Díaz, D., Rodríguez, C. R., Blanco, A., Moreno, J. B., Gallardo, I., Valle, C. & van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*. Vol. 18, Núm. 3.
- Dostoyevski, F. (2013) *Crimen y Castigo*. Ed Anagrama. Madrid.
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 809–829.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y modificación de conducta*, 23, 503-523.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y modificación de conducta*, 26, 325-340.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Ellis, A. (2000) *Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. Ed. Paidós.
- Ellenberger, H.F. (1970): *El descubrimiento del inconsciente. Historia y evolución de la psiquiatría dinámica*. Madrid. Gredos
- Festinger, L. (1962) *Cognitive Dissonance*. *Scientific American* Vol. 207 No. 4 pp 93-102

- psychopathology*. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 421–452). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20–35.
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A. y Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, (2) 194–200.
- Foa, E. B., Hembree, E., Cahill, S., Rauch, S., Riggs, D., Feeny, N. y Yadin, E. (2005) Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (5), 953–964.
- Foa, E. B. (2006) Psychosocial therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychiatry*, 67 (2), 40-45.
- Foa, E. B., Huppert, J. D. y Cahill, S. P. (2006) *Emotional processing theory. pathological anxiety: emotional processing in etiology and treatment*, Olasov, B (Ed) Guilford, NY.
- Foa, E. B., Hembree, E. A. & Rothambu, B. O. (2007) *Prolongued exposure therapy for PTSD: emotional processing of traumatic experiences*. Oxford University Press.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (2009). *Effective treatments for PTSD. (2th Ed). Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York, NY, US: The Guilford press.
- González, Ma. T (1993) *Aproximación Al Concepto De Ansiedad En Psicología: Su Carácter Complejo Y Multidimensional*. Aula: Revista de Pedagogía de la Universidad de Salamanca, ISSN 0214-3402, págs. 9-22
- Greenberg, D. y Padesky, C. (1998) *El control de tu estado de ánimo*. Ed. Paidós.
- Gutiérrez, J. (1999) *Estrés: un modelo de superación del estrés*. Recuperado el día 30 de Abril del 2013 de <http://psicopediahoy.com/eustres/>
- Global peace index* (2012). Washington, DC: Institute for economics and peace. Recuperado el día 11 de junio del 2012, de <http://www.visionofhumanity.org/wp-content/uploads/2012/06/2012-Global->

- Hagennars, M. A. y Minnen, van A. (2010) posttraumatic growth in exposure therapy for PTSD *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 23, No. 4, pp. 504–508
- Hamble, J. 2010 *What is PTSD*. Recuperado el día 29 de Abril del 2013 de <http://www.ptsd.va.gov/professional/ptsd101/course-modules/what-is-ptsd.asp>
- Höguland, K. y Öberg, M. (2011) *Understanding Peace Research: Methods And Challenges*. London And New York: Routledge
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2011)*Encuesta Nacional de Víctimización y Percepción sobre Seguridad Pública 2011*. Recuperado el 11 de Diciembre del 2012 de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/comunicados/envi-pe.asp>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2011). *Anuario de estadísticas por entidad federativa 2011*. Recuperado el 10 de diciembre del 2012, de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/aepef/2011/Aepef2011.pdf
- INEGI (2012)*Encuesta Nacional de Víctimización y Percepción sobre Seguridad Pública 2012*. Recuperado el 11 de Diciembre del 2012 de <http://www.inegi.org.mx/sistemas/microdatos2/encuestas.aspx?c=31913&s=est>
- Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), 2011: *Trastornos de Ansiedad*. Recuperado el 30 de Abril del 2013 de <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-ansiedad/sp-anxiety-disorders.pdf>
- Kobasa, S. C. (1979). "Stressful life events, personality, and health – Inquiry into hardiness". *Journal of Personality and Social Psychology* 37 (1): 1–11.
- Larsen, D., Attkinson, C., Hargreaves, W., & Nguyen, T. (1979). Assessment of client patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Lazarus, R.S. y Averill, J. R. (1972), *Emotion and cognition with especial reference to anxiety*, (en Spielberger Ch., "Anxiety: Current trends int theory and research"

- Lazarus, R. Y Folkman, S. (1991) *Estrés y procesos cognitivos*. México, D.F. Ediciones Roca.
- Lazarus, R (2000) *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao, España. Edit. Desclée
- Levine, S. Z., Laufer, A., Hamama-Raz, Y., Stein, E. y Solomon, Z. (2008) Posttraumatic growth in adolescence: examining its components and relationship with PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 21, No. 5, pp. 492–496
- Martin, L. L., & Tesser. A. (1996). Clarifying our thoughts. In R. S. Wyer (Ed.). *Ruminative Thought: Advances in social cognition* (Vol. 9, pp. 189-209). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- McCrae, R. Y Costa, P. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology* 52 (1): 81–90
- McPherson, S. (2006) *A Comprehensive View of Post-Traumatic Stress Disorder: Populations, Etiology, Treatments, and More*. *Journal of Police Crisis Negotiations*, Vol. 6(1)
- Me, A.; Bisogno, E. y Malby, S. (2011) *The 2011 Global Study on Homicide*. Recuperado el 10 de diciembre del 2012 de http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/Homicide/Globa_study_on_homicide_2011_web.pdf
- Medina-Calvillo, M (2012) Adaptación y estudio psicométrico de la escala de bienestar psicológico de Carol Ryff de 39 ítems en población mexicana. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo; tesis de grado.
- Medina-Calvillo, M., Gutiérrez-Hernández, C. y Padrós-Blázquez. F. (2013) Propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico de Ryff en población mexicana. *Revista de Educación y Desarrollo*, 27. Octubre-diciembre de 2013.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar, S (2003) *Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México*. *Salud Mental*, Vol. 26, No. 4.
- Medina-Mora, Ma.E., Borges, G., Lara, C., Ramos, L. y Zambrano, J. (2005) *Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población*

- Mendoza, E., (2012, 06 de junio) El sexenio de las 71mil ejecuciones. Reporte Indigo pp.12, 15
- Miracco, M., Vetere, G., Zarankin, A., Vallejos, M y Rodríguez, R. (2008) *Tratamientos Psicoterapéuticos Eficaces Para Mujeres Golpeadas Con Trastorno Por Estrés Postraumático*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XVII, núm. 1, pp. 57-64.
- Molina, T., Gutiérrez, A., Hernández, L. y Contreras, C (2008) Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. Anales de Psicología, vol. 24, núm. 2, diciembre, pp. 353-360.
- Monson, C. M., Schnurr, P. P., Resick, P. A., Friedman, M. J., Young-Xu, Y., & Stevens, S. P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (5), 898-907
- Monson, C. (S.f) Cognitive Behavioral Therapies for PTSD. Recuperado el día 16 de Mayo del 2013 de: http://www.ptsd.va.gov/professional/ptsd101/flash-files/Psychotherapies/startCourse_PTSD101-06_1480.html
- Nemeroff, C., Bremner, J., Foa, E., Mayberg, H., North, C. y Stein, M. (2006) *Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-science review*. Journal of Psychiatric Research 40, 1–21
- Nishi, D., Matsuoka, Y. y Kim, Y (2010) Posttraumatic growth, posttraumatic stress disorder and resilience of motor vehicle accident survivors BioPsychoSocial Medicine 2010, 4:7
- Organización Mundial para la Salud (2005). *Alianza para la Prevención de la Violencia: Promoción de un compromiso mundial en pro de la prevención de la violencia*. Ginebra, Suiza. Recuperado el 27 de abril del 2012, de http://www.who.int/violenceprevention/publications/vpabroch_es.pdf
- Pascoe JP, Kapp BS (1985) Electrophysiological characteristics of amygdaloid central nucleus neurons in the awake rabbit. Brain Res Bull 14:331–338
- Prados, JM. (2002) *la preocupación: teoría e intervención*. Tesis de doctorado. ISBN: 84-669-2383-7
- Pieschacon, M. (2006) *El estado de arte del trastorno de estrés postraumático*. Suma

- Quijada, M. (2010) *Trastornos por Estrés Agudo y Trastorno por Estrés Postraumático*. Recuperado el 29 de Abril del 2013 de http://www.schilesaludmental.cl/2006_antofagasta/Antofagasta06_Trastorno%20por%20estr%E9s%20agudo.pdf
- Resick PA, & Schnicke MK. (1992) Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* ;60:748–756. [PubMed: 1401390]
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 867-879.
- Resick, P. A. , Uhlmansieck, M., Clum, G., Galovski, T., Scher y Ch., Young-Xu, Y. (2008) A Randomized Clinical Trial to Dismantle Components of Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Female Victims of Interpersonal Violence. *J Cons Clin Psychol*. April ; 76(2): 243–258
- Resick, P. A., Monson, C. M. & Chard K. M. (2008) Cognitive processing therapy veteran/military version: Therapist manual. Washington, DC: Department of Veterans' Affairs
- Ryff, C. D. (1989): Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*; 57: 1069–1081.
- Ryff, C. D. (2014) Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia *Psychotherapy and Psychosomatic*; 83:10–28
- Pryzgoda, J (2004) Positive growth following a traumatic life event: An análisis of cognitive responses, coping and social support. University of Montana.
- Sareen, J., Cox, B., Stein, M., Afifi, O., Fleet, C. y Asmundson, G. (2007) Physical and Mental Comorbidity, Disability, and Suicidal Behavior Associated With Posttraumatic Stress Disorder in a Large Community Sample. *Psychosomatic Medicine* 69:242–248
- Salsman, J. M., Segerstrom, S. C., Brechting, E. H., Carlson, C. R. y Andrykowski, M. A. (2009) Posttraumatic Growth and PTSD Symptomatology among Colorectal Cancer Survivors: A Three-Month Longitudinal Examination of Cognitive

- Sandín, B (2003) *El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales*. International Journal of Clinical and Health Psychology. Vol. 3, Nº 1, pp. 141-157
- Sanz, J., & Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9(1), 59-84.
- Seligman, M. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.) *Handbook of Positive Psychology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M. E. P. (1991). *Learned optimism*. New York: Knopf.
- Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of Suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (3), 455-471.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1998). Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of suffering. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 1-18.
- Tifft, Larry, and Lyn Markham. (1991). Battering Women and Battering Central Americans: A Peacemaking Synthesis In *Criminology as Peacemaking*, edited by Harold E. Pepinsky and Richard Quinney, 114-53. Bloomington: Indiana University Press.
- Tolstoi, L., N. (s.f.) *La muerte de Ivan Illich*. México D.F. Ed. Colofon
- Uriarte, V (1997) *Psicofarmacología*. México D.F. Ed. Trillas.

VA/DoD (2010) *Clinical Practice Guideline for Management of Post-Traumatic Stress*.

Recuperado el día 29 de Abril del 2013 de
http://www.healthquality.va.gov/ptsd/cpg_PTSD-FULL-201011612.pdf

Van Dierendonck, D. (2005). The construct validity of Ryff's scales of psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and individual Differences*. 36: 629-643.

Vasterling, J. J., Duke, L. M., Brailey, K., Constans, J. I., Allain, A. N., & Sutker, P. B. (2002). Attention, learning and memory performances and intellectual resources in Vietnam veterans: PTSD and no disorder comparisons. *Neuropsychology*, 16, 5–14.

Vázquez, C., & Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8(3), 403-422.

Wilson, S. A., Becker, L. A., & Tinker, R. H. (1995). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 928-937.

Zepeda, G. (2008) *Índice de Incidencia Delictiva y Violencia CIDAC*. Recuperado el 11 de Diciembre del 2012 de
http://www.cidac.org/esp/cont/reportes/indice_de_incidencia_delictiva_y_violencia_2008.php

Zoellner, T., Rabe, S., Karl, A. y Maercker, A. (2011) Post-traumatic growth as outcome of a cognitive-behavioural therapy trial for motor vehicle accident survivors with PTSD. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 201–213

13 ANEXOS

Anexo 1:

HOJA DE CONSENTIMIENTO PARA EL ESTUDIO:

El estudio se titula **“Evaluación de un Tratamiento Cognitivo Conductual con Entrenamiento en Crecimiento Postraumático para el Trastorno por Estrés Postraumático”**. Será realizado en diferentes centros de atención de salud mental. El investigador principal es el Mto Mario Guzmán Sescosse y el co-investigador el Dr Ferran Padrós Blázquez.

Por favor lea la siguiente información:

La presente investigación pretende estudiar el efecto de un tratamiento cognitivo conductual con entrenamiento en crecimiento postraumático para aliviar sus síntomas asociados con el trastorno por estrés postraumático.

Procedimiento: Para la realización del estudio será necesario aplicarle cuestionarios antes, durante y después del tratamiento que recibirá. Los resultados que se obtengan serán sometidos a diferentes análisis estadísticos.

Usted está siendo invitado a participar en un tratamiento psicológico para aliviar sus síntomas asociados con el trastorno por estrés postraumático (TEPT). Es posible que usted sea asignado aleatoriamente a uno de dos tratamientos que se aplicarán. Ambos tratamientos son seguros, éticos y han mostrado eficacia en estudios previos para aliviar sus síntomas, por lo que usted no estará expuesto a ningún riesgo. Por el contrario, usted será atendido bajo uno de los mejores tratamientos que existen para el TEPT.

Confidencialidad: En todo momento se guardará el anonimato de los datos obtenidos de sus cuestionarios, por lo que se respeta la total confidencialidad de los participantes. Los resultados que se obtengan podrán ser consultados por los investigadores del estudio, también podrán ser publicados en revistas científicas pero en ningún momento serán publicados los datos personales de quienes participen en el estudio. El anonimato y la confidencialidad serán totales en todo momento.

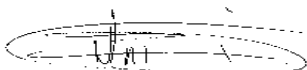
Le informamos que para cualquier duda o aclaración puede ponerse en contacto con el profesional de salud que le está atendiendo y que le está proporcionado este consentimiento

Consentimiento: Después de haber leído y comprendido el objetivo del estudio, doy mi conformidad para participar en él.

Lugar y fecha:..... de de 20.....

Firma y nombre del paciente:

Firma y nombre del investigador responsable:



Anexo 2:

ESTUDIO DEL EFECTO DE LA TERAPIA DE PROCESAMIENTO
COGNITIVO CON ENTRENAMIENTO EN CRECIMIENTO
POSTRAUMÁTICO PARA PACIENTES CON TRASTORNO POR
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.
(PROTOCOLÓ PARA INSTITUCIONES)

POR: MTRO. MARIO GUZMÁN SESCOSE

TUTOR: DR. FERRAN PADRÓZ BLÁZQUEZ

DOCTORADO INTERINSTITUCIONAL EN PSICOLOGÍA



2013.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Estudio sobre el efecto de la Terapia de Procesamiento Cognitivo con Entrenamiento en Crecimiento Postraumático (TPCECPT) para pacientes con Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)

DATOS DEL INVESTIGADOR DEL PROYECTO:

Mario Guzmán Sescosse, doctorante del Doctorado Interinstitucional en Psicología. UdG, UMSNH, UdGto., UdC y UAA.

Tutor:

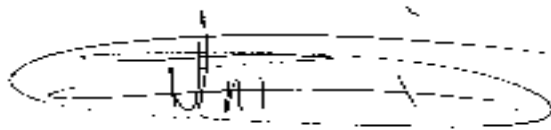
Dr. Ferran Padrós Blázquez UMSNH

Lectores:

Dr. Tonatiuh García Campos. UdGto

Dr. Francisco Laca. UdC y Universidad del País Vasco.

FIRMA:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mario Guzmán Sescosse', enclosed within a dashed oval border.

Mtro. Mario Guzmán Sescosse

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Definición y planteamiento del problema

El objetivo de esta investigación es comparar la efectividad de la Terapia de Procesamiento Cognitivo con Entrenamiento en Crecimiento Postraumático (TPCECPT) para pacientes con trastorno por estrés postraumático (TEPT) frente al tratamiento convencional que no cuenta con dicho entrenamiento.

2.1.2. Antecedentes y justificación

Actualmente se cuenta con distintos tratamientos para el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), con un 80% de mejoría en el primer año. A pesar de ello el 8% de los pacientes experimentan recaídas (Foa, et al., 2005). Por otro lado, se ha descrito (Tedeschi y Calhoun, 1996) que algunas personas después de pasar por una experiencia potencialmente traumática experimentan lo que se conoce como crecimiento postraumático (CPT). Consideramos que un tratamiento que incorpore técnicas con la intención de favorecer el CPT puede mejorar los efectos de los tratamientos convencionales.

Además es necesario señalar que existe un 20 % de pacientes que no se ven beneficiados por dichos tratamientos y que un número significativo de pacientes con TEPT experimentan comorbilidad con otros trastornos mentales, (Sareen, Cox, Stein, Afifi, Fleet, Y Asmundson, 2006) hasta un 37.2% de pacientes con TEPT también cumplen criterios de trastorno depresivo mayor y un 7.2% de pacientes cumplen con criterios de episodio de manía. Respecto a la relación con otros trastornos de ansiedad, se ha observado que hasta un 33.5% manifiestan ataques de pánico, 4% agorafobia, 19.9% fobia social. En cuanto al abuso de sustancias, el 5.8% de los pacientes cumple con criterios de abuso de alcohol y un 4.4% de otras drogas.

En cuanto a condiciones físicas crónicas, Sareen, Cox, Stein, Afifi, Fleet, Y Asmundson

respiratorios; 19.8% de asma y 17.3% bronquitis crónica, enfisema u obstrucción crónica de pulmones. Además 7.7% de los pacientes son diagnosticados con fibromialgia, artritis 42.6%, dolores de espalda 46%, migrañas 33.8%. Las enfermedades cardiovasculares están presentes en 22.8% de los pacientes con hipertensión y 9% enfermedad del corazón. En relación a problemas neurológicos el 3.3% infarto cerebral y 2.1% epilepsia. Con respecto a las condiciones metabólicas, el 8.1% presenta diabetes y 7.4% alguna condición relacionada a la tiroides. También en problemas gastrointestinales se encontró que 7.2 presentaban problemas intestinales o colitis y úlceras estomacales e intestinales el 15.4%. Finalmente se encontró que el 15% de los pacientes con TEPT cumplían con los criterios de síndrome de fatiga crónica, el 5.5% con cáncer y el 10.9% con múltiples sensibilidades químicas.

El CPT se ha visto como un proceso que incide en la presencia del TEPT y que funciona como factor de protección ante recaídas (Tedeschi y Calhun, 1996). Por ello resulta apropiado pensar en estrategias de fomentación del CPT para atender dicha población. A su vez, es importante señalar que no es suficiente que los pacientes experimenten una reducción clínica y estadísticamente significativa del TEPT sino que se considera conveniente evaluar qué niveles de bienestar psicológico y qué nivel de CPT después del tratamiento. Ya que tanto el crecimiento postraumático como el bienestar psicológico pueden funcionar como protección ante recaídas y de trastornos concomitantes

2.1.3 Objetivo general

Comparar la efectividad de la Terapia de Procesamiento Cognitivo con Entrenamiento en Crecimiento Postraumático (TPCECP) para pacientes con TEPT frente al tratamiento convencional que no cuenta con dicho entrenamiento.

2.1.4 Objetivos específicos

- 1- Comparar los niveles de sintomatología del TEPT entre grupos pre, durante y

2- Comparar los niveles de adaptación a la vida cotidiana entre grupos pre, durante y post tratamiento

3- Comparar los niveles de crecimiento postraumático entre grupos pre y post tratamiento

4-Comparar los niveles de bienestar psicológico entre grupos pre y post tratamiento

2.1.5 Hipótesis

Se observará una mejoría estadísticamente significativa de la sintomatología del TEPT, de la adaptación a la vida cotidiana, del bienestar psicológico y del crecimiento postraumático en el grupo experimental respecto al grupo control, cuando es inducido a la TPCECP.

2.2 Material y métodos

2.2.1 Definición del universo de estudio

- Los resultados obtenidos serán válidos para población pacientes con trastorno por estrés postraumático.

2.2.2 Tamaño de la muestra

- El tamaño de cada muestra (grupo experimental y grupo control) será de 10 aproximadamente

2.2.3 Definición de las unidades de observación

- El elemento del que se extraerán los datos serán de la población de pacientes diagnosticados con trastorno por estrés postraumático.

2.2.4 Criterios de inclusión

- Participantes mayores de 18 años dx. con TEPT, según criterios DSM IV-TR.
- Obtener una puntuación indicativa de TEPT por la escala de Echeburúa
- Que el participante firme el consentimiento informado
- Contar con acceso a internet para recibir la intervención vía vídeo conferencia

2.2.5 Criterios de exclusión:

- Personas que no sepan leer y escribir
- Personas con trastornos concomitantes como Trastornos Psicóticos, Dependencia de Sustancias que impidan la continuidad del tratamiento, Retraso Mental, Trastorno Generalizado del Desarrollo y Demencias

2.2.6 Criterios de Eliminación

- Aquellos que abandonen el tratamiento por más de dos sesiones

2.3 INSTRUMENTOS

Se utilizarán las siguientes escalas :

1- Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (EGTEPT) (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997). Para hacer el diagnóstico tipo DSM-IV-TR.

Es una escala heteroaplicada que consta de 17 ítems basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV, su función es la de evaluar los síntomas y la intensidad del TEPT. Su utilización es a modo de una entrevista estructurada.

El formato es de tipo likert de 0 a 3 para medir la intensidad y frecuencia de los síntomas. De los 17 ítems que contiene, 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. El rango es de 0 a

51 en la escala global, de 0 a 15 en la subescala de reexperimentación, de 0 a 21 en la de evitación y de 0 a 15 en la de hiperactivación.

Además tiene la peculiaridad de contar con una subescala de ansiedad y sus manifestaciones somáticas con la intención de guiar al clínico en la selección de estrategias terapéuticas. Su rango es de 0-39.

La prueba muestra un coeficiente de fiabilidad test retest (4 semanas, utilizando muestra normativa y clínica) de 0,89. La consistencia interna medida con el Alfa de Cronbach es de 0,92. Su validez de contenido es totalmente satisfactoria de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV. Se observa un nivel adecuado de validez convergente.

Respecto a la validez discriminante, se observó que aplicando un punto de corte de 15 da una sensibilidad del 100% y una especificidad de 93.7% entre sujetos normativos y aquellos aquejados con TEPT. De modo que su eficacia diagnóstica es de 95, 45%.

2- Escala de inadaptación (EI) (Echeburúa, Corral y Fernández–Montalvo, 2000) utilizada para medir el grado de afectación del trastorno en la vida cotidiana del sujeto.

Esta escala consta de 6 ítems tipo likert que oscilan de 0 a 5 con un rango total de 0 a 30. Es sensible al cambio terapéutico lo que permite identificar la adaptación o no del paciente en la vida cotidiana para distintos trastornos en áreas como; trabajo o estudio, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. Cuanto más alta es la puntuación que obtiene el sujeto, mayor es su inadaptación.

Respecto a la consistencia interna se ha obtenido un coeficiente alfa de Cronbach de de 0, 94.

La validez discriminante tanto en conjunto como en cada uno de sus ítems permite diferenciar entre sujetos normales y aquellos afectados por trastornos mentales. La eficacia diagnóstica de la prueba es de un 90% cuando se hace un punto de corte

Con lo dicho se concluye que es una prueba sencilla, breve y con propiedades psicométricas adecuadas, además de que resulta sensible al cambio terapéutico

3- El Inventario de Crecimiento Postraumático (ICPT) de Tedeschi y Calhoun (1996) Adaptado y validado a población mexicana por Pintor (2013) Está diseñado en base a una escala tipo Likert de 6 puntos y 21 ítems los cuales son mencionados como resultado de la crisis que se vivió. Es un auto-reporte que mide 5 áreas de crecimiento después de un evento altamente estresante.: Nuevas posibilidades ($\alpha = 0.84$) Cambios espirituales ($\alpha = .85$) Apreciación por la vida ($\alpha = .67$) Relacionarse con los otros ($\alpha = .85$) Fortaleza personal ($\alpha = .72$) La confiabilidad del instrumento es de $\alpha = .90$

4- La Escala de Bienestar Psicológico (EBP) (Scale of Psychological Well-Being, SPWB), adaptada por D. van Dierendonck, (2005) y adaptada a la población mexicana por Medina-Calvillo, Gutiérrez-Hernández y Padrós-Blázquez (2012). Cuenta con 39 ítems. La media de la escala total fue de 184 (DE = 22.65) y 185 (DE = 23), mientras que para las subescalas se encontraron valores entre 27 (DE = 4.46) en la subescala de Dominio del entorno y de 35 (DE = 5.93) en las subescalas de Crecimiento personal y Autonomía. La escala mostró una buena consistencia interna con valores α de Cronbach comprendidos entre $\alpha = 0.908$ y $\alpha = 0.918$ en la escala total, los valores en las subescalas oscilaron entre $\alpha = 0.61$ (Dominio del entorno) y $\alpha = 0.84$ (Crecimiento personal). Se obtuvieron valores de confiabilidad test-retest de $r = 0.796$ correspondiente a la escala total y valores entre $r = 0.584$ (Crecimiento personal) y $r = 0.731$ (Autonomía). También se realizaron correlaciones de Pearson de la escala de bienestar psicológico con otras variables, obteniendo correlaciones positivas con la Satisfacción con la vida ($r = 0.796$), la Gaudibilidad ($r = 0.649$), con el Afecto Positivo ($r = 0.584$) y con la Evaluación afectivo cognitiva de la vida ($r = 0.491$), y correlaciones negativas con la Depresión ($r = -0.463$) y el Afecto Negativo ($r = -0.401$)

5- Para el grupo control se aplicará la Terapia de procesamiento Cognitivo de Reisick et. al (2008) en formato individual y en línea. La TPC cuenta con cuatro fases en el

1. Psicoeducación del TEPT y de la TCC
2. Procesamiento del trauma
3. Detención y modificación de pensamientos
4. Reestructuración cognitiva

6- Para el grupo experimental el tratamiento total será de 16 sesiones, una por semana, en formato individual y en línea con una duración de 50 minutos cada una.

Secuencia del tratamiento:

1. Psicoeducación del TEPT y de la TCC
2. Procesamiento del trauma
3. Detención y modificación de pensamientos
4. Reestructuración cognitiva
5. Entrenamiento en crecimiento postraumático

4. Definición del plan de procesamiento y presentación de la información:

Se aplicarán las escalas (EGTEPT, EI, ICPT y EBP) a los dos grupos de voluntarios antes y después del tratamiento, para el grupo control se aplicará el ICPT después de haber transcurrido el mismo tiempo que la duración de la aplicación del protocolo de intervención.

Se creará una matriz de datos con todas las variables obtenidas y de todos los sujetos evaluados. Se eliminarán aquellos que no hayan contestado en su totalidad las escalas.

Luego se realizará el análisis estadístico. Se pretende que las muestras sean lo suficientemente representativas y que cumplan con la ley normal como para poder realizar contrastes de tipo paramétrico (t de Student-Fisher). En caso de no cumplir con la normalidad se aplicarán pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney).

1. Recursos humanos

El Psicólogo (terapeuta) Mario Guzmán Sescosse aplicará las pruebas y la terapia en línea a ambos grupos.

5. Referencias

- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y modificación de conducta*, 23, 503-523.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y modificación de conducta*, 26, 325-340.
- Foa, E. B., Hembree, E., Cahill, S., Rauch, S., Riggs, D., feeny, N. y Yadin, E. (2005) Randomized Trial of Prolonged Exposure for Posttraumatic Stress Disorder With and Without Cognitive Restructuring: Outcome at Academic and Community Clinics *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Vol. 73, No. 5, 953–964
- Medina-Calvillo, M., Gutiérrez-Hernández, C. y Padrós-Blázquez. F. (2013) Propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico de Ryff en población mexicana. *Revista de Educación y Desarrollo*, 27. Octubre-diciembre de 2013.
- Sareen, J., Cox, B., Stein, M., Afifi, O., Fleet, C. y Asmundson, G. (2007) Physical and Mental Comorbidity, Disability, and Suicidal Behavior Associated With Posttraumatic Stress Disorder in a Large Community Sample. *Psychosomatic Medicine* 69:242–248
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal o f Traumatic Stress*, 9 (3), 455-471.

Anexo 3:

Terapia de Procesamiento Cognitivo

De P. Reisick y C. Monson.

Manual del Paciente

Por. Mtro Mario Guzmán Sescosse

Psicólogo Clínico

Introducción:

Muchas personas desarrollan un Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) después de que han vivido un acontecimiento en donde su vida, su integridad o la de otros estuvo en peligro. Para poder aliviar el malestar que las personas experimentan por dicho trastorno se ha desarrollado la Terapia de Procesamiento Cognitivo por los doctores Resick y Monson. La cual ha manifestado ser eficaz en varios pacientes que pueden vivir y disfrutar de la vida sin el TEPT.

En este manual encontrarás la elaboración paso por paso de cada sesión, así como hojas de trabajo y folletos donde te explico en qué consiste la terapia, el TEPT y también otras cuestiones que hacen que mantengas los síntomas.

Es muy importante que puedas ver que mientras más te apegues al manual y a las sesiones, así como a las actividades que te asignaré sesión por sesión, mejor y más rápido sentirás alivio en los síntomas que has estado teniendo. Por eso te invito a que veas este manual y a tu terapia como un recurso indispensable para tu alivio y que te sientas con toda la confianza de hablar conmigo o de preguntarme cualquier duda que tengas sobre ellos.

Para mí es un gusto poder trabajar contigo y apoyarte en tu recuperación del TEPT.

Sesión 1

Objetivos:

1. Descripción del tratamiento
2. ¿Qué es el TEPT y por qué se mantienen sus síntomas?
3. ¿Cuáles son tus síntomas más importantes?
4. ¿Qué es la teoría del procesamiento de la información?
5. ¿Cuál fue tu evento traumático?
6. Explicación y objetivos del tratamiento
7. Tareas para la casa

1- Descripción del Tratamiento

- Terapia de Procesamiento Cognitivo de Resick y Monson
- Está dentro del Modelo Cognitivo Conductual = Pensamientos = emociones y conductas
- Tendremos 12 sesiones con actividades programadas en c/u y debemos de respetar al máximo su orden
- Tendremos sesiones de 1 hr c/u y en cada sesión habrán tareas para el hogar

2- ¿Qué es el TEPT y por qué se mantienen sus síntomas?

- EL TEPT es el Trastorno por Estrés Postraumático
- Es resultado de un evento traumático que puso en riesgo la vida o la integridad tuya o de alguna otra persona. Lo pudiste presenciar, escuchar o ser tú la víctima
- Tu reacción emocional ante el evento fue de temor, desesperanza u horror intenso
- Existen 3 grupos de síntomas: **1- Reexperimentación 2- Evitación y Embotamiento 3- Activación Arousal.**

- **Síntomas de reexperimentación:** 1- imágenes, pensamientos y percepciones que recuerdan el acontecimiento traumático. 2- sueños sobre el evento traumático. 3- la sensación de que el acontecimiento traumático está pasando, puede ser en forma de ilusiones, alucinaciones o de flashbacks incluso al despertar o al estar intoxicado. 4- malestar intenso al exponerse a estímulos mentales o físicos asociados al evento traumático. 5- Tener respuestas fisiológicas ante dichos estímulos.
- **Síntomas de Evitación y Embotamiento:** 1- evitación de pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el evento traumático. 2- evitación de lugares, personas o situaciones que recuerden el evento traumático. 3- incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma. 4- pérdida del interés en actividades significativas. 5- Sensación de desapego o enajenación de los demás. 6- incapacidad para sentir amor u otras emociones positivas. 7- sensación de un futuro desolador
- **Síntomas de la Activación Arousal:** 1- problemas de sueño. 2- irritabilidad o ataques de ira. 3- dificultades para concentrarse. 4- hipervigilancia
- Básicamente existen tres formas típicas de aparición del TEPT:
 - Agudo;** cuando la duración de los síntomas es inferior a los 3 meses.
 - Crónico:** cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los 3 meses
 - De inicio demorado:** indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses

3- Recuperación y mantenimiento del TEPT y respuestas de lucha, huida y paralización

- Muchas personas experimentan situaciones traumáticas. La mayoría van a experimentar los síntomas del TEPT, pero con el tiempo se recuperarán por lo que no se les diagnosticará. Pero algunas personas no se recuperan y por eso se les diagnostica el TEPT. Es apropiado pensar en el TEPT como un problema en el proceso de recuperación, como algo que mantienen los síntomas iniciales.
- ¿Por qué se mantiene el TEPT? Por dos razones: 1- no ha habido un

sucedío genera conflicto con lo que pensabas de ti mismo, de los demás y del mundo. 2- Por la **evitación**; como aún esa información no ha sido correctamente procesada evitas los pensamientos, los lugares y situaciones que asocias al evento traumático por la fuerte respuesta emocional que tienes, pero eso impide que tengas un nuevo procesamiento sobre lo que te sucedío y por lo tanto impide la mejoría.

- También es importante hablar del mecanismo de lucha-huida-paralización. Te lo voy a explicar para que puedas comprender la relación con tus síntomas y con cómo es posible que al estar bajo dicho mecanismo tú hayas asociado ciertas claves o situaciones en el ambiente (aromas, sonidos, automóviles, personas, lugares, etc.) que disparan o provocan reacciones semejantes en tu vida diaria, incluso en ausencia de peligros. Normalmente tú evitas esas situaciones con lo que impides que haya un nuevo aprendizaje y tu cerebro no puede habituarse a ellas, es decir, darse cuenta de que no hay ningún problema al exponerte con ellas.

4- ¿Cuáles son tus síntomas más importantes? ¡Hagamos una lista de ellos!

4- ¿Qué es la teoría del procesamiento de la información?

Es una teoría que ayuda a comprender cómo funciona nuestra mente y cómo se ve afectada por el evento traumático. Esta teoría es muy importante porque te ayudará a

Los puntos más relevantes de esta teoría son: 1- Las emociones surgen del trauma pero también de las interpretaciones y la importancia que tú le das al evento traumático. 2- La mente funciona por cómo se organiza, se almacena y se recupera la información en la memoria. 3- Esa información se interpreta por esquemas cognitivos los cuales son formas preconcebidas de pensar sobre sí mismo, los demás y el mundo, si la información es acorde al esquema se asimila fácilmente. 4- Si sucede algo que discrepa con el esquema las personas tienden a modificar la información sobre las creencias de uno mismo, los demás y el mundo y así poder adaptarse a las situaciones. 5- las personas con TEPT no hacen esto por lo difícil que es afectivamente hablando y porque cambiar sus creencias les hace sentir vulnerables. Las personas con TEPT se ven, especialmente, confrontadas con la creencia del “mundo justo”. Tal vez te educaron sobre la idea de que “si actúas bien te irá bien y si actúas mal te irá mal”. Sin embargo, “las cosas malas no sólo le suceden a los malos, también a los buenos”, lo que genera ansiedad de que en el futuro algo malo pueda volver a suceder. 6- Si las personas no cambian sus creencias se busca **asimilar** el trauma a como se pensaba antes de él. Como resultado puedes culparte por lo sucedido, tener problemas para aceptar que el hecho sucedió, olvidar el suceso o partes del mismo, etc. 7- Como no se ha procesado, categorizado y adaptado la información sobre el evento traumático éste se hace presente por los síntomas de re experimentación y con ello surgen las respuestas emocionales y arousalales lo que redundará en más evitación. 8- Por eso es necesario la expresión afectiva del evento traumático para que se pueda procesar totalmente y cambiar los esquemas cognitivos previos al trauma por esquemas más objetivos, a eso lo llamamos **acomodación** y será uno de nuestros objetivos con la terapia. Sin embargo, hay personas que lo llevan a un nivel exagerado y desarrollan cambios en sus esquemas que no son proporcionados y sucede la **sobre acomodación**. Donde piensan, después de experimentar la experiencia traumática, que no pueden confiar en los demás o que el mundo es un lugar completamente peligroso. 9- Es importante que comprendas que hay dos tipos de emociones después de un evento con alta probabilidad de trauma: 1- las naturales como enojo, miedo, tristeza, etc. normalmente estas emociones se presentan como una reacción normal y solas

sólo resultado del evento sino de las interpretaciones que das al evento. Si te culpas o te avergüenzas por lo que sucedió estarás provocando emociones que no tienen que ver con el hecho, sino con tus interpretaciones. De modo que si aprendes a cambiar tus interpretaciones, también podrás modificar tus emociones.

5- ¿Cuál fue tu evento traumático? Háblame brevemente de lo que te sucedió

6- Explicación y objetivos del tratamiento

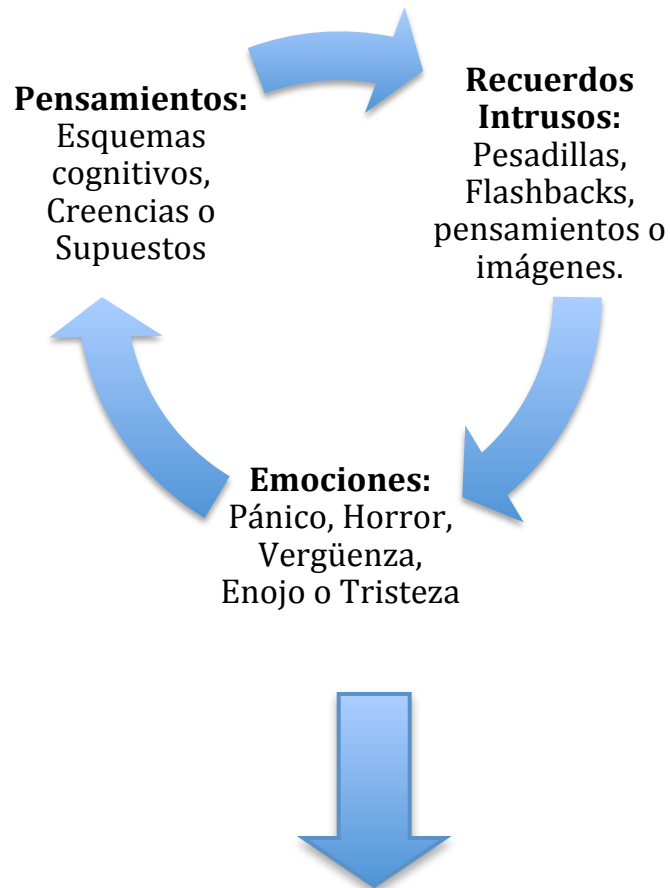
A lo largo de las sesiones nos centraremos en el evento traumático que viviste y qué significa eso para ti y tu visión del mundo. Veremos cómo estas procesando esa información y analizaremos algunas opciones distintas de cómo puedes entender lo que te sucedió y cómo puedes enfrentarlo. Recuerda que tus interpretaciones, tus pensamientos y lo que te dices a ti mismo sobre lo que sucedió es lo que influye, en gran medida, en las emociones que sientes. Por ello si los modificamos también cambiaremos la forma en cómo los experimentas. Algo que es muy importante es lo que llamamos **puntos de estancamiento**, estas son las creencias que interfieren en tu proceso de recuperación o que te mantienen estancado. Pueden ser automáticas y normalmente se relacionan con culpa, vergüenza o alguna otra emoción intensa y manufacturada. Yo te daré unas hojas en donde tú podrás identificar tus puntos de

traumático, encontrar nuevas formas de interpretarlo y disminuir los síntomas que tienes de los 3 grupos que hablamos.

7- Tarea para casa

Tu tarea será escribir una Declaración de Impacto a mano en una hoja. Es decir lo que significa el trauma para ti y cómo te impactó con especial referencia a tus creencias sobre ti mismo, sobre los demás y el mundo. Para ello tendrás que contestarte 2 preguntas: 1- ¿por qué este suceso te aconteció a ti?, no te detengas en los detalles de lo que pasó, sino en qué te dices a ti mismo de por qué viviste esa experiencia y 2- ¿cómo ha cambiado la visión sobre ti mismo, los demás y el mundo en tus creencias con respecto a: seguridad, confianza, poder/control, estima e intimidad? Puedes ayudarte con la hoja de puntos de estancamiento que te voy a proporcionar y te pido que hagas una lista de cuáles son tus puntos de estancamiento.

Explicación Gráfica del mantenimiento del TEPT



ESCAPE Y EVITACIÓN:

- Evitar Pensamientos
- Evitar Recuerdos
- Suprimir emociones
- Agresividad
- Conductas autolesivas
- Abuso de sustancias
- Aislamiento social
- Disociaciones
- Atracones
- Reducción de actividades
- Síntomas de salud y físicos

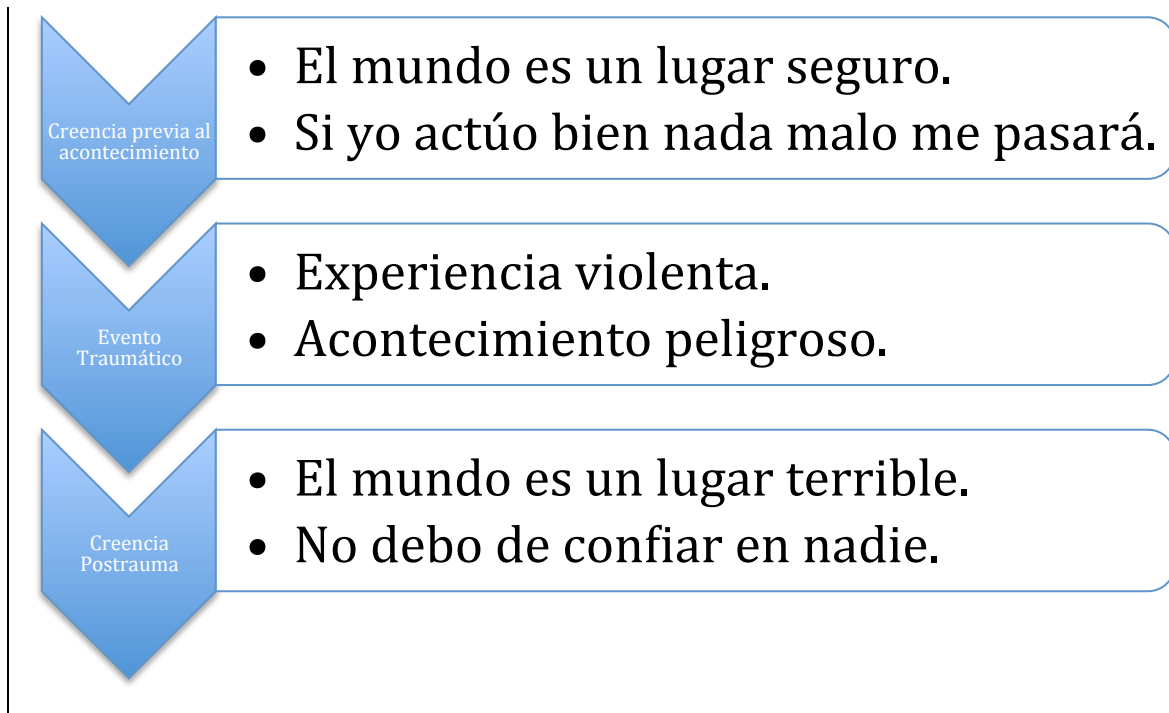
¿Qué son los puntos de estancamiento?

Son creencias conflictivas o negativas que te provocan emociones y conductas problemáticas, desagradables o insanas. Ellos son los que impiden tu recuperación y te tienen “estancado”.

1- ¿Cómo se forman los puntos de estancamiento?

Como un conflicto entre las creencias que tenías antes del acontecimiento traumático y las que se desarrollan después de este.

Por ejemplo:

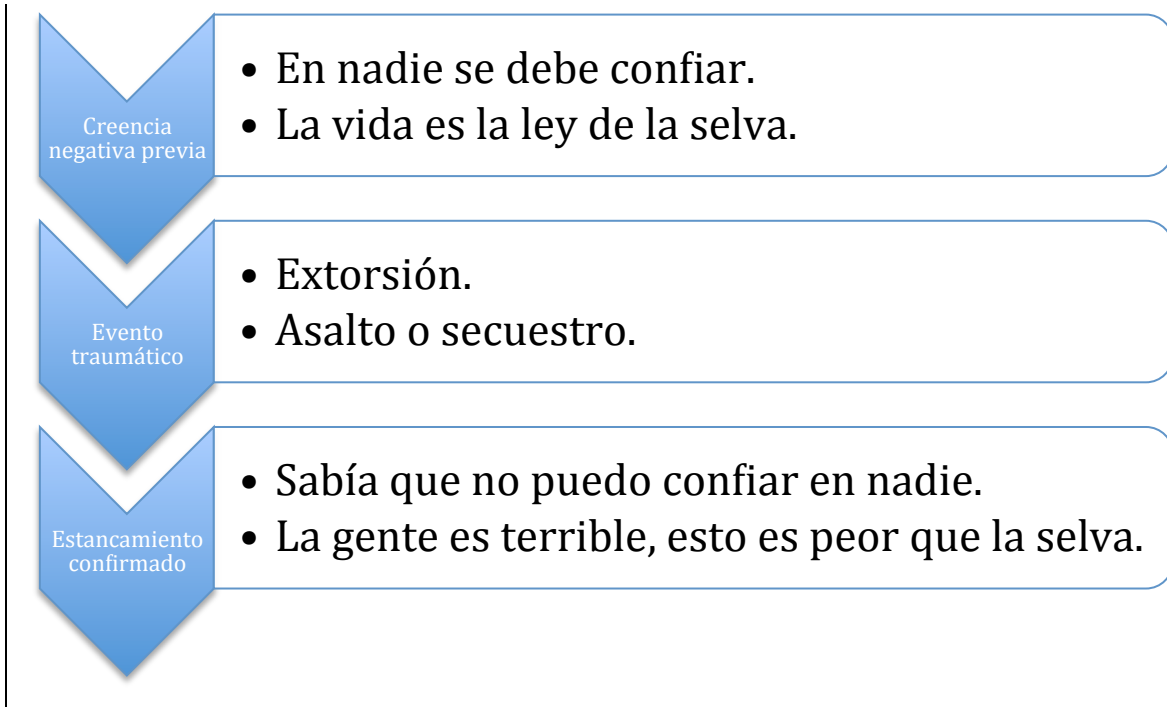


Un objetivo que tendremos en la terapia es que tú puedas cambiar las creencias previas y las postrauma por creencias más objetivas, por ejemplo: “A pesar de que yo actúe bien pueden sucederme cosas lamentables” o “El mundo es tanto seguro como inseguro pues en general así es la vida”. Si tú logras hacer eso podrás aceptar lo que has vivido y desde ahí seguir adelante en tu recuperación.

2- Creencias negativas previas al evento que se refuerzan o confirman.

Algunas personas pueden tener creencias negativas que se formaron en una etapa muy anterior al evento relacionado con el trauma por lo que una vez que experimentan el acontecimiento dichas creencias se refuerzan y el estancamiento se hace presente.

Por ejemplo:



Las personas que experimentan este tipo de estancamiento lo hacen porque confirman sus creencias negativas previas. Esto les afectará y probablemente tendrán reacciones emocionales muy fuertes. Tu confirmación de creencias te llevará a sentirte “seguro” en un primer momento, por lo que piensas pero a continuación te llevará a experimentar mucha ansiedad, problemas con los demás y a sentir insatisfacción.

Por ello, un objetivo será que veas que tus creencias, por muy arraigadas que sean, son extremas y que es apropiado flexibilizarlas, por ejemplo: “Si hay personas en las que puedo confiar” “No todos buscan sus intereses por encima de los demás” “No todos son terribles, algunos son buenos”

Cuando puedas cambiar tus creencias empezarás a experimentar un gran alivio.

Sesión 2

Objetivos

1. Revisión de la tarea para casa: el paciente lee el reporte de impacto del suceso traumático
2. Identificar los puntos de estancamiento
3. Conexión entre pensamientos y sentimientos
4. Hojas con el A-B-C
5. Asignar tarea para casa: hojas A-B-C

1- Revisión de la tarea

En este momento nos vamos a enfocar en la tarea que te asigné la sesión anterior.

¿Cómo te fue haciendo tu reporte y qué aprendiste de él?

Por favor lee en voz alta tu reporte.

2- Identificar los puntos de estancamiento

Mientras tú leías yo estaba identificando algunos de tus puntos de estancamiento y posibles pensamientos problemáticos. Los que identifiqué son:

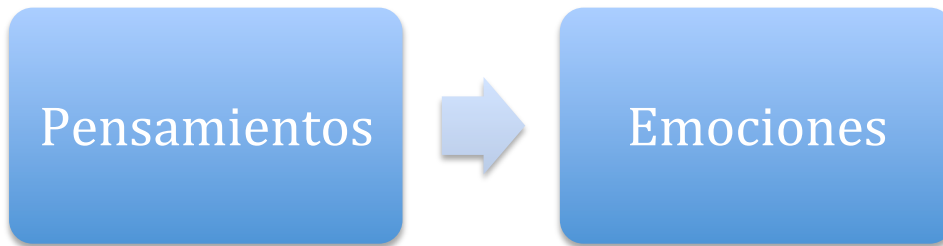
¿Qué piensas de tus pensamientos y puntos de estancamiento?

Vamos a dialogar un poco sobre lo que escribiste.

3- Conexión entre pensamientos y sentimientos

La experiencia que tú viviste fue un proceso difícil para ti. Pero me gustaría que trates de identificar de qué manera tus pensamientos sobre eso o incluso sobre cualquier situación afecta la forma en que tú sientes.

Nuestros sentimientos o emociones están anteceditos por nuestros pensamientos.



Por ejemplo, supongamos que una persona comete un error y ante ello se dice a sí mismo, es decir piensa, "soy un imbécil, siempre me equivoco". Es muy probable que esa persona experimente tristeza y al mismo tiempo ira contra sí mismo. Pero qué pasaría si esa persona se dijera "si, fue mi error pero, todos nos equivocamos, la próxima vez pondré más atención" pensar de esa manera lo llevará a sentir menor molestia e incluso a tener mejores resultados en una próxima situación semejante.

Es muy importante que aprendas que los pensamientos objetivos, racionales y correctos te llevarán a sentimientos mesurados y menos desagradables.

4- Hojas con el A-B-C

El psicólogo Albert Ellis desarrolló un método que me gustaría enseñarte para que identifiques, con mayor facilidad, la relación entre tus emociones y pensamientos. Lo

que tienes de dichos acontecimientos y el C= a las consecuencias emocionales y conductuales que tienes.



Siguiendo el ejemplo que vimos el **A** sería: su jefe de trabajo le señala una equivocación el **B** sería: “soy un imbécil, siempre me equivoco” y el **C** sería: tristeza y enojo

¿Cuál es la diferencia entre el pensamiento y el sentimiento?

El primero es lo que nos decimos “Soy un imbécil” el segundo es la emoción que eso provoca. Hay 4 emociones básicas: ira, tristeza, alegría y temor, si se mezclan pueden haber más. Cuando la gente dice “me siento como un imbécil” está cometiendo un error pues eso no es un sentimiento es un pensamiento. Recuerda que también hablamos de las emociones manufacturadas; culpa y vergüenza u otras que no tienen relación con el evento sino con tus interpretaciones.

¿Podrías decirme y anotar algunos ejemplos de las emociones que acabamos de ver?

Qué opinas respecto a que identifiquemos en tu reporte de impacto cuáles son acontecimientos, pensamientos y emociones.

A continuación te mostraré una hoja de registro del A-B-C.

Y después llenaremos una tú y yo.

Paciente:	Fecha:	
A “Qué sucedió”	B “Qué pasó por mi mente”	C “Qué sentí e hice”
1- Me robaron y golpearon en la calle.	Esto es terrible, jamás estaré seguro. Mi familia y yo estamos en grave peligro.	Miedo, Enojo y Tristeza. Me paralicé y comencé a llorar.
2- En la calle vi a un hombre con una capucha.	Es igual al hombre que me asaltó. Jamás estaré seguro. No puedo confiar en nadie.	Miedo y Enojo. Me regresé corriendo.
¿Te parece razonable que te dijeras “B” en el “A” anterior?	¿Qué más podrías decirte en el futuro ante una situación así?	
Tal vez estoy generalizando y estoy centrándome sólo en los peligros.	Que si hay personas en las que puedo confiar. Que si hay lugares donde puedo estar seguro.	

5- Tarea con las hojas A-B-C

Tu tarea de esta sesión será hacer al menos una hoja A-B-C por día. Al menos una debe ser del acontecimiento traumático que tú viviste o de una parte del acontecimiento y las otras pueden ser de un suceso positivo o negativo que te suceda cada día.

Muchas personas encuentran más sencillo empezar a llenar las hojas por el A o por el C y al último el B. Tú puedes escoger cómo iniciar.

REGISTRO DE HOJA A-B-C

Paciente:	Fecha:	
A “Qué sucedió”	B “Qué pasó por mi mente”	C “Qué sentí e hice”
¿Te parece razonable que te dijeras “B” en el “A” anterior?	¿Qué más podrías decirte en el futuro ante una situación así?	

Sesión 3

Objetivos:

1. Repasar y clarificar la tarea que se dejó para la casa: Hojas A-B-C
2. Discutir sobre las hojas de A-B-C relacionadas al trauma
3. Asignar tarea para la casa: Descripción por escrito del suceso traumático y hojas A-B-C

1- Repasar y clarificar la tarea con el A-B-C

Es común que algunas personas confundan sus pensamientos con sus sentimientos “me siento como tonto” “me siento incapaz” por lo que hoy buscaremos que tengas claro la diferencia entre pensamiento y sentimiento y que los pongas correctamente en tus hojas A-B-C y que estén adecuadamente asociados entre ellos.

Además buscaremos cuáles son los pensamientos subyacentes en tus pensamientos más problemáticos o en los que generan muchas emociones.

2- Discusión sobre los A-B-C del trauma

Me gustaría pedirte que tengamos un diálogo o pequeño debate sobre algunas de las ideas que he escuchado en tus hojas A-B-C.

A esto lo llamamos diálogo Socrático.

3- Descripción del suceso traumático y hojas A-B-C

Tu tarea será, escribir (a mano) el evento traumático que tuviste con el mayor detalle posible. Incluye lo que viste, sentiste, escuchaste, oliste, gustaste, etc. y lo que pensabas y sentías en ese momento. Puede ser que escribir tu evento traumático sea una experiencia emocional para ti, de ser así permítete sentir e identificar tus emociones, es normal e importante que suceda para tu procesamiento emocional. Si necesitas detenerte, identifica o traza donde te detuviste para que me lo hagas saber

la próxima sesión. Si experimentas alguna sensación física no te alarmes, pues es normal que al recordar algo traumático nuestro cuerpo genere esas sensaciones.

Una vez que lo hayas terminado será necesario que lo leas cada día antes de tu próxima cita.

También necesitas continuar haciendo tus hojas A-B-C como las has venido haciendo.

Sesión 4

Objetivos:

1. Leer el relato del trauma que se dejó de tarea
2. Identificar los Puntos de Estancamiento
3. Debatir los Puntos de Estancamiento
4. Asignar la tarea

1- Leer el relato del trauma que se dejó de tarea

Te pido que a continuación leas en voz alta, y permitiéndote sentir tus emociones, el relato del evento traumático que tuviste. Trata de expresar las emociones que te produce el recordar cada una de las situaciones que recuerdas de tu evento traumático.

Al finalizar tu relato me gustaría hacerte algunas preguntas para comprender mejor lo que sucedió y cómo te hace sentir.

2- Identificar tus Puntos de Estancamiento

¿Recuerdas que hablamos sobre los Puntos de Estancamiento? Son ideas fijas sobre el evento, sobre ti y sobre los demás y que normalmente se asocian con emociones intensas. Te voy a ayudar a que los identifiquemos. Si gustas puedes anotarlos en los siguientes renglones.

3- Debate sobre tus puntos de estancamiento

Quiero pedirte que hablemos más a fondo sobre los puntos de estancamiento que identificamos y que veamos si encontramos alguna alternativa a ellos.

Acuérdate que algunas personas hacen asimilación y se ve en sus pensamientos de autculpa. Otros hacen sobre acomodación, donde generalizan a todas las situaciones. Lo que buscamos es la acomodación.

4- Asignación de tarea

Tu tarea de esta semana consiste en 2 partes: 1- Necesitas volver a escribir, lo antes posible, el suceso traumático que viviste. En esta ocasión trata de centrarte más en los detalles sensoriales, pensamientos y emociones. También escribe los sentimientos y pensamientos que experimentas mientras escribes, estos escríbelos entre paréntesis (p ej. Me siento muy enojado). Recuerda que tienes que leerla todos los días antes de nuestra próxima sesión. 2- No dejes de hacer tus hojas A-B- C cada día.

Sesión 5

Objetivos:

1. Leer el segundo relato del trauma en voz alta. Revisar hojas A-B-C
2. Desafío de supuestos y conclusiones
3. Registro de cuestiones de desafío
4. Asignar la tarea

1 Leer el segundo relato del trauma en voz alta

En esta lectura te ayudaré a identificar las emociones que sentiste cuando viviste tu experiencia traumática y las emociones que ahora sientes sobre ello. También vamos a explorar cómo te sentiste haciendo este segundo relato y leyéndolo en comparación al primer relato.

Una vez concluido esto revisaremos tus hojas A-B-C de esta semana.

2 Desafío de supuestos y conclusiones

Ahora vamos a hablar nuevamente sobre algunos de los puntos de estancamiento que aún se hacen presentes en este relato. También vamos a trabajar con palabras y conceptos que dijiste y que hacen referencia a la “culpa” y el “fallo”.

3 Registro de preguntas de desafío

En este momento quiero hablarte de una técnica que llamamos Diálogo Socrático. Como su nombre lo dice, esta técnica fue desarrollada por el famoso filósofo Griego Sócrates. Consiste en que a través de preguntas puedas poner en duda tus creencias o tus puntos de estancamiento y cuestionar si son racionales o irracionales. A continuación encontrarás una guía para que puedas realizar tu diálogo socrático.

PREGUNTAS DE DESAFÍO

A continuación encontrarás una serie de preguntas que te ayudarán a desafiar tus creencias problemáticas o tus puntos de estancamiento. No todas aplicarán a la creencia que hayas elegido. Aún así, trata de contestar las más que puedas.

Creencia _____ o _____ Punto _____ de
estancamiento: _____

1- ¿Cuál es la evidencia a favor y en contra de esta creencia?

A favor

En contra

2- ¿Tu creencia es un hábito o está basada en hechos?

3- ¿Tus interpretaciones están alejadas de la realidad como para ser verdaderas?

4- ¿Tu pensamiento está expresado en términos de todo o nada?

5- ¿Estás utilizando palabras de forma exagerada como: nunca, siempre, jamás, necesito, debo, cada vez, no puedo, etc.?

6- ¿Estás sacando la situación fuera de contexto y centrándote sólo en un aspecto?

7- ¿Es fiable la fuente de información?

8- ¿Estás confundiendo la baja probabilidad con la alta probabilidad?

9- ¿Tus juicios y creencias se basan más en emociones que en hechos?

10- ¿Te estás centrando en aspectos irrelevantes?

4 Asignación de tarea

Cada día tendrás que elegir un punto de estancamiento y hacer un registro de preguntas de desafío. Además te pido que antes de tu próxima cita leas todos, junto con tus registros del evento traumático y que los traigas.

Sesión 6

Objetivos:

1. Revisar los Registros de Preguntas de Desafío
2. Identificar y trabajar con las que se tuvo dificultades
3. Trabajar con los Puntos de Estancamiento que se tratan de desafiar
4. Registro de Patrones de Pensamientos Problemáticos
5. Asignación de Tarea

1 Revisar los Registros de Preguntas de Desafío

Vamos a ver cómo te fue haciendo tus registros. ¿Cómo te sentiste haciéndolos? ¿Tuviste algún inconveniente? Por favor léelos para que yo los pueda conocer.

Tenemos que cerciorarnos que al contestar hayas usado evidencia y no otros pensamientos como supuesta evidencia. Por evidencia me refiero a hechos concretos, observables, acciones que serían aceptadas como evidencia en un juicio.

2 Preguntas con las que se tuvo dificultades.

Vamos seleccionando los registros con los que tuviste problemas, para identificar dónde estuvo la causa.

3 Puntos de Estancamiento

Ahora busquemos algunas alternativas a esos puntos de estancamiento. Discutámoslos un poco.

4 Patrones de Pensamientos Problemáticos.

Estos patrones son pensamientos automáticos que vienen a tu mente y que se relacionan con la autoderrota. Son diferentes a los Puntos de Estancamiento en cuanto a que estos se refieren a pensamientos o creencias concretas por ejemplo “nunca podré cambiar”. En cambio los Pensamientos Problemáticos hacen referencia a pensamientos automáticos que surgen de situaciones específicas pero que son resultado de tus puntos de estancamiento.

Veamos un ejemplo de un Registro de Patrones de Pensamientos Problemáticos, seguro que será de ayuda.

5 Asignación de tarea

Tu tarea esta semana será hacer un registro diario de Patrones de Pensamiento Problemáticos. Necesitas hacerla en base a los Puntos de Estancamiento que ya has identificado. Puedes escoger un Punto de Estancamiento para cada uno de los Patrones de Pensamiento Problemáticos. Trata de identificar cómo la reacción a tu evento traumático pudo haberse visto afectada por los Patrones de Pensamiento. Y por favor léelos cada día.

Sesión 7

Objetivos:

1. Revisar el registro de patrones problemáticos
2. Registro de discusión de creencias
3. Cuestiones de seguridad con uno mismo y los otros
4. Asignación de tarea

1- Revisar el Registro de Patrones Problemáticos.

Vamos a revisar tu tarea. ¿Pudiste observar cuáles son tus patrones más frecuentes? ¿Qué tan adaptativos consideras esos pensamientos o patrones? ¿Crees que ellos han influido en tus reacciones ante tus eventos traumáticos? ¿Puedes observar alguna tendencia en ellos?

2- Registro de Discusión de Creencias.

Ahora vamos a conocer este Registro. Su finalidad es que en un solo registro puedas integrar todo lo que has aprendido hasta aquí y así puedas trabajar en ello de una manera más práctica. En adelante será el registro que utilizarás para todas las sesiones. Veamos un ejemplo.

3- Cuestiones de Seguridad con uno mismo y los otros.

Ahora me gustaría hablarte de los 5 factores con los que trabajaremos en las siguientes sesiones. Hoy empezaremos con el de seguridad.

- 1- Seguridad
- 2- Confianza
- 3- Control y Poder
- 4- Estima

Estos 5 factores se pueden analizar en primera y tercera persona. Es decir, qué piensas de ti mismo y de los otros con respecto a cada uno de los factores.

En cada sesión analizaremos qué pensabas sobre eso antes de tu evento traumático y cómo lo haces después del evento traumático.

Empecemos con la seguridad ¿qué pensabas sobre eso antes de tu evento? ¿El evento alteró o reforzó tu creencia? ¿Tienes creencias negativas en torno a la seguridad? ¿Cómo te afectan esas creencias a ti? ¿Qué emociones y conductas tienes como resultado de esas creencias?

Vamos a hablar sobre prácticas de seguridad de prudencia Vs. las de evitación. (el miedo generalizado no previene situaciones traumáticas, pero si la recuperación). Para ello me gustaría darte este Módulo de Seguridad. Lo puedes leer en voz alta por favor.

Bien hablemos de tus autoafirmaciones sobre este tema y busquemos alternativas.

Por favor escribe tus autoafirmaciones o puntos de estancamiento sobre la inseguridad.

Ahora busquemos algunas autoafirmaciones o ideas alternativas, más adaptativas.

4- Asignación de Tarea.

Tu tarea será hacer un Registro de Discusión de creencias cada día. Para ello utiliza alguno de tus puntos de estancamiento. También tendrás que leer el módulo de seguridad y ver cómo tus creencias previas se vieron afectadas por el suceso. Utiliza tus propias cuestiones de seguridad para hacer un Registro de Discusión. También puedes utilizar otros puntos de estancamiento o situaciones estresantes recientes.

Sesión 8

Objetivos:

1. Revisar el Registro de Desafío de Creencias y afrontamiento de puntos de estancamiento de seguridad. Confrontar cogniciones problemáticas y desarrollar alternativas utilizando el RDC
2. Problemas de confianza relacionados con uno mismo y los demás
3. Asignar las tareas

1-Revisar el Registro de Desafío de Creencias y afrontamiento de puntos de estancamiento de seguridad

Vamos a revisar cómo te fue con la tarea y si tuviste alguna dificultad con ella. ¿Cómo te fue cambiando tus pensamientos y tus emociones? ¿Pudiste?

Cuáles son tus pensamientos problemáticos y vamos viendo si podemos desarrollar una alternativa.

2- Problemas de confianza relacionados con uno mismo y los demás

Ahora hablemos sobre la confianza tanto respecto a ti mismo como a los demás.

¿Qué entiendes por autoconfianza? Por favor escríbelo:

¿Qué entiendes por la confianza en los demás?

¿Cómo recuerdas que era tu confianza en los demás antes del suceso que tuviste?
¿Confiabas en alguien? ¿De qué forma lo hacías? ¿Cómo afectó el suceso en tu confianza a ti mismo?

Bien, ahora quiero mostrarte el Modulo de Confianza, pues trabajarás con él en tu casa.

3- Asignación de tarea

En esta semana tu tarea será leer el Módulo de Confianza y pensar sobre tus creencias de confianza antes del evento y en cómo el acontecimiento cambió o reforzó esas creencias. Utiliza el Registro de Desafío de Creencias para continuar analizando tus puntos de estancamiento. Presta atención sobre las cuestiones de confianza en los otros y autoconfianza, así como a la seguridad si sigue siendo un punto de estancamiento importante para ti.

Sesión 9

Objetivos:

1. Revisar el Registro de Desafío de Creencias y afrontamiento de puntos de estancamiento de confianza. Confrontar cogniciones problemáticas y desarrollar alternativas utilizando el RDC
2. Analizar juicios relacionados a la confianza y los puntos de estancamiento
3. Módulo Poder/Control
4. Asignar las tareas

1-Revisar el Registro de Desafío de Creencias y afrontamiento de puntos de estancamiento de seguridad

Vamos a revisar cómo te fue con la tarea y si tuviste alguna dificultad con ella. ¿Cómo te fue cambiando tus pensamientos y tus emociones? ¿Pudiste?

Cuáles son tus pensamientos problemáticos y vamos viendo si podemos desarrollar una alternativa.

2- Analizar juicios relacionados a la confianza y los puntos de estancamiento

Me gustaría que hablemos sobre la confianza. Cómo piensas que es la confianza. Es algo que se tiene o no se tiene ¿todo o nada?

¿Piensas que la confianza podría ser un continuo? Por ejemplo, que confíes en alguien para darle dinero, pero no para contarle un secreto o viceversa.

Me gustaría explicarte esto con el diagrama de la estrella

Finalmente me gustaría que hablemos de cómo te sientes con tus sistemas de apoyo, en especial con tu familia y tus amigos. ¿Puedes experimentar algún grado de confianza en ellos?

3- Ahora hablemos del nuevo módulo Poder/Control

Vamos revisándolo juntos y platiquemos de él.

4- Asignación de tarea

Utiliza el Registro de Desafío de Creencias para continuar analizando tus puntos de estancamiento. Presta atención sobre las cuestiones de poder y control después de haber leído el modulo. Después rellena los registros sobre ese tema.

Sesión 10

Objetivos

1. Revisar el Registro de Desafío de Creencias y afrontamiento de puntos de estancamiento de control/poder. Confrontar cogniciones problemáticas y desarrollar alternativas utilizando el RDC
2. Analizar juicios relacionados al poder/control, los puntos de estancamiento y el manejo de la ira
3. Dar y recibir poder
4. Introducir el Módulo de Estima para la discusión de problemas de estima consigo mismo y los otros
5. Asignación de tareas

1-Revisar el Registro de Desafío de Creencias y afrontamiento de puntos de estancamiento de poder/control

Vamos a revisar cómo te fue con la tarea y si tuviste alguna dificultad con ella. ¿Cómo te fue cambiando tus pensamientos y tus emociones? ¿Pudiste?

Cuáles son tus pensamientos problemáticos y vamos viendo si podemos desarrollar una alternativa.

2- Analizar juicios relacionados al poder/control, los puntos de estancamiento y el manejo de la ira

Vamos hablando sobre los que es el poder y el control. ¿Qué entiendes por ello?

El poder/control es la creencia o expectativa de que uno puede resolver problemas y afrontar desafíos. Pero también es la creencia de que uno puede controlar los resultados futuros en las relaciones interpersonales o que tiene algo de poder en la

Por lo tanto podríamos pensar en un continuo entre la indefensión total y el control total.

Ahora me gustaría preguntarte si ¿has estado experimentando ira y a qué crees que se deba? ¿Alguna vez te has sentido bloqueado por tanta ira?

Hablemos de la diferencia entre la ira y la agresión ¿cuál crees que es esa diferencia?

3- Dar y recibir poder

Me gustaría pedirte que echemos una mirada al folleto que tengo para ti sobre este tema. ¿Con cuál te identificas? ¿Alguno de ellos está asociado a un punto de estancamiento?

4-Introducir el Módulo de Estima para la discusión de problemas de estima consigo mismo y los otros

Ahora hablemos de nuestro siguiente Modulo el de la Estima. ¿Qué entiendes por autoestima y estima? ¿Cómo piensas que tu evento traumático influyó en ellas? Veamos el modulo por un momento.

5- Asignación de tarea

Utiliza el Registro de Desafío de Creencias para continuar analizando tus puntos de estancamiento. Para ello bázate en el modulo de estima. Después rellena los registros sobre ese tema.

Otra tarea es que cada día tendrás que dar y recibir algún cumplido, además de buscar una actividad agradable para ti. Esta actividad agradable no debe de estar condicionada a nada. Te pido que escribas qué dijiste, qué te dijeron y qué actividad agradable hiciste cada día. :)

Sesión 11

Objetivos:

1. Revisar los cumplidos y actividades agradables que el paciente haya realizado
2. Revisar el Registro de Desafío de Creencias y afrontamiento de puntos de estancamiento de estima. Confrontar cogniciones problemáticas y desarrollar alternativas utilizando el RDC
3. Introducir el Módulo de Intimidad para la discusión de problemas de intimidad consigo mismo y los otros
4. Asignación de tareas

1- Cumplidos y actividades agradables

¿Cómo te fue dando y recibiendo cumplidos? ¿Pudiste aceptarlos? ¿Cómo reaccionaron los demás a tus cumplidos? ¿Hiciste alguna actividad placentera para ti?

¿Qué opinas de mantener esta actividad indefinidamente?

2- Revisar el Registro de Desafío de Creencias y afrontamiento de puntos de estancamiento de estima

Vamos a revisar cómo te fue con la tarea y si tuviste alguna dificultad con ella.

¿Cómo te fue cambiando tus pensamientos y tus emociones? ¿Pudiste?

Cuáles son tus pensamientos problemáticos y vamos viendo si podemos desarrollar una alternativa.

3- Módulo de Intimidad

¿Cómo piensas que es tu intimidad con los demás, tanto la sexual como la no sexual?

¿Cómo es la intimidad contigo mismo? Por autointimidad entendemos la capacidad de relajarnos, calmarnos y estar solos sin sentir vacío. Es más que la autoestima, es un sentido de autoeficacia y confort con uno mismo.

¿Piensas que la intimidad con otros y/o la autointimidad se vio afectada por tus sucesos?

4- Asignación de tareas

Tus tareas de esta sesión son; volver a reporte de impacto (como el de la primer sesión) pero señalando lo que significa para ti en este momento y cómo están tus creencias sobre ti, los otros y el mundo en cuanto a seguridad, confianza, poder/control, estima e intimidad. Recuerda, ahora tendrás que decir cómo piensas ahora, sobre lo que te sucedió y no cómo lo pensabas en el pasado. Puede ser en una sola hoja.

Utiliza el Registro de Desafío de Creencias para continuar analizando tus puntos de estancamiento. Para ello bázate en el módulo de intimidad. Después rellena los registros sobre ese tema.

Sesión 12

Objetivos:

1. Revisar el Registro de Desafío de Creencias y afrontamiento de puntos de estancamiento de intimidad y autointimidad. Confrontar cogniciones problemáticas y desarrollar alternativas utilizando el RDC.
2. Leer el nuevo Relato de Impacto del trauma.
3. Revisar el curso del tratamiento y del progreso del paciente.
4. Identificar metas futuras
5. Motivar a seguir aplicando las habilidades aprendidas.

1- Revisar el Registro de Desafío de Creencias y afrontamiento de puntos de estancamiento de intimidad y autointimidad

Vamos a revisar cómo te fue con la tarea y si tuviste alguna dificultad con ella. ¿Cómo te fue cambiando tus pensamientos y tus emociones? ¿Pudiste?

Cuáles son tus pensamientos problemáticos y vamos viendo si podemos desarrollar una alternativa.

2- Leer el nuevo Relato de Impacto del trauma

Como parte de tu tarea en la sesión pasada te pedí que hicieras un nuevo relato sobre tu suceso traumático. ¿Podrías leerlo en voz alta para que yo pueda escucharlo?

Ahora yo te voy a leer el primer relato que tú hiciste y dime si encuentras diferencias entre uno y otro.

3- Revisar el curso del tratamiento

Me gustaría pedirte que hagamos una lista de todos los conceptos y habilidades que aprendiste a lo largo de esta terapia, puedes escribirlas:

Para que puedas mantener los logros que hasta hoy has tenido necesitas practicar estas habilidades por ti mismo. ¿Piensas que aún tienes algún Punto de Estancamiento? ¿Puedes manejarlo por ti mismo?

¿Cuáles son los progresos y cambios que has logrado a través de la terapia? ¿Podrías escribirlos?

4- Identificar metas futuras

Es muy importante que sepas que es posible que en algún momento vuelva algún pensamiento intrusivo o alguna pesadilla de lo que te sucedió. Eso no significa que retrocedas en tu avance o que tengas una recaída. Puedes verlo como una oportunidad para aplicar las habilidades que aprendiste, por ejemplo, podrías hacer un registro sobre ello o un nuevo relato del acontecimiento traumático.

¿Podríamos hablar sobre qué te gustaría hacer ahora que has concluido el tratamiento para el TEPT? ¿Hacemos una lista?

Por último, quiero agradecerte la confianza que depositaste en mí para que lleváramos este tratamiento. Ha sido todo un honor acompañarte y ver los logros que has conseguido.

Quiero pedirte que nos veamos dentro de 1 mes para ver cómo has estado, cómo ha estado tu evolución. Además te dejo un juego que contiene Lista de Cuestiones de Desafío, de Patrones de Pensamientos Problemáticos y Desafío de Creencias. Puedes

sacarles copias para que las utilices en los Puntos de Estancamiento que identifiques o en situaciones nuevas que se te presenten.

¡Hasta Siempre y felicidades por tu esfuerzo!

Mtro. Mario Guzmán Sescosse.

www.marioguzman.com.mx

Anexo 4:

Entrenamiento en Crecimiento Postraumático.

Manual para el Terapeuta

Por Mario Guzmán y Ferran Padrós.

Introducción:

El siguiente Manual ha sido diseñado para tener una guía paso por paso para el Entrenamiento en Crecimiento Postraumático (CPT) para personas que han pasado por situaciones desafiantes o potencialmente traumáticas.

El entrenamiento consta de cuatro sesiones que buscan incidir en los efectos que se observan en las personas con CPT; 1- Apreciación por la Vida 2- Relacionarse con los Otros 3- Cambios Espirituales 4- Nuevas Posibilidades 5- Fortaleza personal. Cada una de las sesiones está explicada con sus objetivos y procedimientos para ser aplicada por el clínico, así como el tiempo dedicado para cada actividad. Sugerimos apegarse lo más posible a la sucesión que aquí proponemos.

Consideramos que esta es una herramienta que puede proporcionar un apoyo en las personas que han tenido que pasar por experiencias que han afectado la forma en cómo perciben la vida. Y deseamos poder contribuir con una transformación positiva de aquello que ha sido doloroso para ellos.

Sesión 1: Psicoeducación de la Satisfacción y Exposición a la muerte (Cambios Espirituales)

En esta sesión se trabajará con la variable Cambios Espirituales la cual habla de un compromiso con las cuestiones existenciales fundamentales que a su vez generan sensación de crecimiento. No es exclusivo de las personas religiosas, pues personas no practicantes y ateos también experimentan cambios en sus planteamientos existenciales.

Objetivos de la Sesión:

1. Aplicar el Inventario de Crecimiento Postraumático (10 minutos)
2. Aprendiendo de la Satisfacción y de la Crisis (20 minutos)
3. Enfrentando a la Muerte (20 minutos)
4. Asignación de Tarea (5 minutos)

1- Inventario de Crecimiento Postraumático

Se le pide al paciente que antes de iniciar la sesión contesté el inventario para poder tomar la línea base.

2- Aprendiendo de la satisfacción y de la crisis

Esta actividad se inicia con una breve explicación sobre la satisfacción y su set point. Se explica el fenómeno de la “rueda de molino hedónica” (que consiste en que las personas tienden a restablecer el nivel de satisfacción basal) a través de dos ejemplos; el primero sobre los ganadores de la lotería donde alcanzan su nivel máximo de satisfacción en el momento de ganar el premio, pero con el tiempo vuelven a su línea base de satisfacción. El segundo sobre los pacientes tetraplégicos que después del accidente que provocó la discapacidad experimentan una fuerte disminución del nivel de satisfacción con la vida, pero al cabo de un tiempo la persona recupera el nivel de

satisfacción (e incluso lo incrementan respecto al nivel basal) a pesar de su grave circunstancia.

A continuación se explica el significado de la crisis desde su perspectiva etimológica; *krynos*. Se ve que la crisis es una oportunidad de cambio y crecimiento. En este momento se le pide que exprese sus creencias sobre la muerte y sus creencias sobre qué hay después de la muerte y si esto le aporta sentido.

3- Enfrentándote ante la muerte

Primeramente se hace alusión, de forma general, a la vida y la muerte. Se explica el ciclo de la vida y la relación entre las creencias que tenemos sobre este y lo que experimentamos ante la muerte.

Después se le invita a identificar sus creencias sobre la vida y la muerte y en base a eso hacer un diálogo socrático.

Hacer explícito la conveniencia de aceptar la intrascendencia de la propia vida, si es religioso puede pensar en la otra vida como trascendente, y si no lo es, se le invita a reflexionar y aceptar que es un espécimen de una especie más de la tierra que solo es un planeta de un sistema solar más y que es conveniente restarle gravedad a la pérdida de la propia vida. El cual es un fenómeno natural ya que estamos diseñados para morir y formamos parte de todo un planeta y este es una pequeña parte del universo.

Se conducirá un ejercicio de imaginación activa sobre su propia muerte. Para ello se le explica que la exposición a la muerte es importante para disminuir la ansiedad que esta genera. Se le pregunta cuáles son sus creencias y preocupaciones que tiene ligadas a su propia muerte y que generan ansiedad y se le explica los procesos de evitación ligados a ello. Se utiliza el ejemplo de las películas de terror en donde los directores de cine utilizan la no presentación del personaje terrorífico como elemento para aumentar el miedo del espectador. En cambio si dicho personaje fuera

experiencia de la muerte, mientras más evitamos pensar en ella más miedo (ansiedad) genera. De modo que la exposición prolongada a pensar sobre la muerte sin evitación disminuirá el efecto terrorífico. Para la exposición se le pide que empiece a narrar (que cierre los ojos opcionalmente) qué sucede después de su propia muerte e imagine por ejemplo qué pasa con sus seres queridos (hacen el duelo, lo recuerdan y hacen una vida normal, adaptándose a la pérdida y recuperando de nuevo los niveles de satisfacción con la vida que tenían antes de su fallecimiento), también puede imaginar que el ámbito laboral donde estaba ubicado sigue igual, el mundo sigue girando... etc. Es momento para detectar qué es importante hacer antes de que suceda, por ejemplo comunicar información relevante a los seres querido (sobre el afecto que les tiene, o aspectos más prácticos como la herencia, etc.)

4- Tarea para el hogar; Epitafio

Se le pide al paciente que escriba lo que le gustaría comunicar a sus familiares y amigos acerca de su propia vida/muerte. A forma de testamento se le pide que explique qué espera darles en los ámbitos espirituales, materiales y económicos. Y se le pide que escriba cómo quieren que sus seres queridos enfrenten su muerte y cómo espera ser recordado.

Sesión 2: Prioridades y valores a la vida (Apreciación por la Vida)

En esta sesión se trabajará con la variable *Apreciación por la Vida* la cual habla de un cambio en el sentido de lo que es importante en la vida, un cambio radical en las prioridades.

Objetivos de la sesión:

1. Revisar la Tarea (10 minutos)
2. La Vida que he Vivido (15 minutos)
3. Los Círculos de las Prioridades (15 minutos)
4. Asignación de Tarea (10 minutos)

1- Revisión de la tarea

Se le pide al paciente que lea su Epitafio, se analizan las creencias que puedan generar conflicto o ser poco racionales y se hace un diálogo socrático con ellas. Se le pide hacer una conclusión sobre el tema de su muerte

2- La vida que he vivido

En esta sección se revisará cuáles han sido las experiencias significativas y placenteras que el paciente ha tenido en su vida. Se puede hacer a manera de listado. El objetivo de esta actividad es trabajar con los sesgos de visión de túnel y de abstracción selectiva que llevan al paciente a ver más las experiencias agresivas y no las agradables y neutras. Además esta lista servirá de base para la tarea que se dejará en el apartado número 4 de esta sesión.

3- El círculo de las prioridades

Las personas que reportan CPT con frecuencia señalan que sus prioridades han cambiado y que ahora aprecian la vida de una forma distinta. De tal forma que en este

evento con alta probabilidad de trauma y qué porcentaje de su tiempo dedicaba a ellas. Hecho eso, se le pide que evalúe si esas prioridades seguirán siendo las mismas o si buscará otras prioridades y cuál será el tiempo que les dedicará en su vida.

4- Tarea; Álbum vitae

Esta actividad se inicia explicando su propósito; Los sesgos relacionados a eventos positivos son frecuentes en las personas que han pasado por experiencias con alta probabilidad de trauma, por eso se le pide al paciente que trate de identificar las experiencias positivas antes, durante y después de la experiencia traumática. Para ello se le pide hacer un álbum digital o físico que incluya fotografías, vídeos, objetos, dibujos o cualquier cosa que refleje dichas experiencias positivas antes, durante y después de la experiencia desafiante, también se deben de incluir personas significativas en su vida. Se puede apoyar en el ejercicio número 2 de esta sesión y se le pide que traiga el álbum para la siguiente sesión, aunque no es necesario que lo termine todo en una semana. Puede trabajar en él y concluirlo en la sesión número 4.

Sesión 3: Redefinición de metas en la vida (Nuevas Posibilidades y Relacionarse con los Otros)

En esta sesión se trabajará con las variables Nuevas Posibilidades; que refiere a la percepción de cambios y nuevos caminos que el sujeto puede tomar después del trauma, y Relaciones con los Otros; las personas que experimentan CPT reportan tener relaciones más cercanas, calidad y significativas con las demás personas, incluso cuando se han distanciado de algunas personas como consecuencia de la experiencia traumática.

Objetivos de la sesión:

1. Revisar la Tarea. (10 minutos)
2. Deseando mi Vida. (10 minutos)
3. Construyendo mi Nueva Vida. (10 minutos)
4. ¿Qué hago con mis emociones? (10 minutos)
5. Asignación de Tarea. (10 minutos)

1- Revisión de la tarea

Se le pide al paciente que muestre su álbum vitae o los adelantos que tiene en él. Además se le invita a que hable de sus pensamientos y emociones asociadas a ellos en el momento de la realización de la tarea y si encuentra alguna diferencia en cómo percibía estos eventos antes de iniciar la terapia, al momento de hacerlos y al hablarlos con el terapeuta.

Se trabaja con él la imposibilidad de controlar al 100% la ocurrencia de sucesos potencialmente traumáticos o indeseables en la vida, y que es esperable que ocurran en cierta frecuencia. Pero se señala también la frecuencia en que nos exponemos a experiencias positivas. Se le explica cómo nuestros pensamientos en ocasiones tienden a focalizarse más ante lo adverso que en lo positivo pero que ello, no es evidencia de que en nuestra vida hayan más desgracias que fortunas, y sobre todo se trata de

tener presente que en su vida ha habido y habrán experiencias positivas y significativas más allá de las no deseables.

2- Deseando mi vida

Algunas personas reportan que después de pasar por momentos desafiantes se dan cuenta de que no han hecho lo que realmente les da sentido y satisfacción a sus vidas. Por ello algunos realizan cambios en sus actividades y sus objetivos en la vida. En esta actividad se le pide al paciente que identifique ¿Qué le gustaría hacer con su vida? ¿Qué metas u objetivos ha postergado y deseado realizar? Se identifican sus pensamientos respecto a esto y se ve si hay explicaciones racionales o no sobre por qué no las ha atendido. Además se trabaja sobre por qué es importante para él estas metas y cómo le haría sentir alcanzarlas.

3- Construyendo mi nueva vida

Una vez identificadas las metas y objetivos a alcanzar y la importancia que estas tienen para el paciente se le invita a trabajar en estrategias para lograrlas. Se hace una lista del 1 al 10 donde el 1 es el más importante para el paciente y el 10 el de menor importancia. A su vez se divide entre corto plazo, mediano plazo y largo plazo. De tal forma que se empiezan con las metas de corto plazo incluso cuando estas no sean las más importantes para el paciente. De esta forma se genera un sentido de logro y satisfacción. Se alienta al paciente a que vea que no hay logro sin esfuerzo y que el cambiar su vida y lograr las metas que él busca le llevarán un esfuerzo y una congruencia entre lo que quiere y el tiempo que le dedica.

4- ¿Qué hago con mis emociones?

Un aspecto común del crecimiento postraumático es que las personas reportan tener relaciones más satisfactorias con los demás. Esto es, en parte, porque se expresa el afecto de una forma más directa y clara. Pasadas las experiencias desafiantes algunos

forma que en este ejercicio se busca que el paciente pueda expresar el afecto a los seres queridos y que le han apoyado en su vida o durante la experiencia desafiante. Se hace una lista de los sujetos, las emociones y pensamientos positivos relacionados a ellos y se planean a través de ensayos cognitivos la forma en cómo se hará. Una vez hecho se deja como tarea a realizar en la semana.

5- Tarea; Ejercicio “Salieri”

Se le pide al paciente que como tarea haga el ejercicio que hemos llamado Ejercicio “Salieri” (en referencia a la película Amadeus). Es un ejercicio de prospección, de cómo visualiza su vida. Donde el paciente representa el rol de un guionista y el terapeuta el de un productor. Se le pide que desarrolle un guión de su vida desde el momento actual, hasta el final de su vida. Hay dos condiciones; 1- tienen que ser creíble (congruente) con la vida vivida hasta entonces y 2- el anciano que muere está satisfecho con lo que pasó a partir de ese momento, a pesar de las experiencias negativas. Es una guía de viaje.

Hay que recordar que también se dejó el ejercicio de la sección número 4.

Sesión 4: Balance entre ganancias y pérdidas después de la experiencia (Fortaleza personal)

En esta sesión se trabajará con la variable Fortaleza Personal la cual alude a la creencia de que si han sido capaces de salir del trauma podrán enfrentar otros eventos y circunstancias adversas.

Objetivos:

1. Revisar la Tarea. (30 minutos)
2. Hasta Siempre. (20 minutos)
3. Evaluación

1. Revisión de la tarea

Primero se revisa cómo le fue haciendo el ejercicio del apartado número 4 de la sesión anterior. Se le pide que explique cómo expresó sus emociones a las personas identificadas, cuáles fueron las respuestas de estos y qué tipo de pensamientos y emociones se tuvo.

Después se revisa el ejercicio del apartado número 5 de la sesión anterior.

A continuación se le pide al paciente que lea el guión al terapeuta. Se discuten, a través del diálogo socrático, creencias poco racionales y se ayuda a ver que a pesar de la adversidad por la que pasó y las posibles adversidades que vengan en el “viaje” aun así vale la pena vivirlo.

2. Hasta siempre

Es la última actividad de la terapia. Se hace un cierre terapéutico, se revisa de manera sintetizada el contenido de las sesiones y se hace la despedida. Se le invita al paciente a ver que las estrategias empleadas son herramientas que él puede seguir practicando

para siempre, que se puede seguir cultivando esta nueva apreciación por la vida, la relación con los demás, la espiritualidad, las nuevas posibilidades y la fortaleza personal, día a día a través de las herramientas aprendidas.

3. Evaluación

Se le pide al paciente que antes de concluir la sesión conteste el inventario de CPT para poder comparar con la línea base.

Anexo 5:

Entrenamiento en Crecimiento Postraumático.

Manual para el paciente

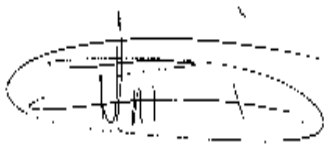
Por Mario Guzmán y Ferran Padrós.

Introducción:

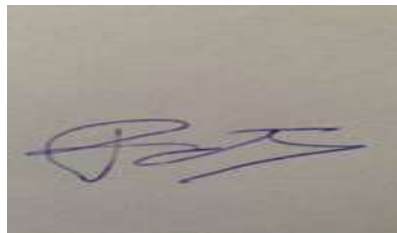
El siguiente Manual ha sido diseñado para tener una guía paso por paso para el Entrenamiento en Crecimiento Postraumático (CPT) para personas que han pasado por situaciones desafiantes o potencialmente traumáticas.

El entrenamiento consta de cuatro sesiones que buscan incidir en los efectos que se observan en las personas con CPT; 1- Apreciación por la Vida. 2- Relacionarse con los Otros. 3- Cambios Espirituales. 4- Nuevas Posibilidades. 5- Fortaleza personal. Cada una de las sesiones está explicada con sus objetivos y procedimientos para ser aplicada por el clínico, así como el tiempo dedicado para cada actividad. Sugerimos apegarse lo más posible a la sucesión que aquí proponemos.

Consideramos que esta herramienta puede proporcionar un apoyo en las personas que han tenido que pasar por experiencias que han afectado la forma en cómo perciben la vida. Y deseamos poder contribuir con una transformación positiva de aquello que ha sido doloroso para ellos.



Mtro Mario Guzmán Sescosse



Dr. Ferran Padrós Blázquez

Sesión 1: Psicoeducación de la Satisfacción y Exposición a la muerte (Cambios Espirituales)

En esta sesión se trabajará con la variable Cambios Espirituales la cual habla de un compromiso con las cuestiones existenciales fundamentales que a su vez generan sensación de crecimiento. No es exclusivo de las personas religiosas, pues personas no practicantes y ateos también experimentan cambios en sus planteamientos existenciales.

Objetivos de la Sesión:

1. Aplicar el Inventario de Crecimiento Postraumático (10 minutos)
2. Aprendiendo de la Satisfacción y de la Crisis (20 minutos)
3. Enfrentando a la Muerte (20 minutos)
4. Asignación de Tarea (5 minutos)

1- Inventario de Crecimiento Postraumático

Se le pide al paciente que antes de iniciar la sesión contesté el inventario para poder tomar la línea base.

2- Aprendiendo de la satisfacción y de la crisis

¿Qué entiendes por satisfacción?

¿Has escuchado o leído sobre el set point de la satisfacción?

Ahora me gustaría invitarte que hablemos sobre la crisis ¿Qué entiendes por crisis?

¿Piensas que el sufrimiento puede ser eterno o también tendría un set point como la satisfacción? Me gustaría hablarte sobre los ganadores de lotería y de los tetraplégicos y la “rueda de molino hedónica”.

Ahora me gustaría que me hables sobre tus creencias sobre la muerte y sobre qué piensas que hay más allá de la muerte y si tus creencias te aportan sentido.

3- Enfrentando a la vida y a la muerte

Como podemos observar la vida lleva implícita a la muerte. Todo ser que nace morirá y eso es parte del ciclo de la vida; nacer, crecer, reproducir, enfermar y morir. Las creencias que sostenemos sobre este ciclo tienen un impacto en la forma en como experimentamos la muerte y las situaciones que afectan nuestra forma de percibir la vida. Me gustaría que hablemos sobre ¿Qué piensas tú sobre la vida y la muerte?, ¿piensas que la vida (terrenal) es trascendente o intrascendente? ¿Qué efecto tiene en

¿Tienes preocupaciones sobre tu propia muerte?

Me gustaría explicarte algo que llamamos “ el efecto película de terror” y a continuación haremos un ejercicio de imaginación activa.

Ejercicio: Si quieres puedes hacerlo con los ojos cerrados. Ahora te pido que dejes a un lado tus pensamientos y que empieces a imaginar qué sucederá cuando tu mueras, qué sucederá con tus seres queridos, trabajo, etc. ¿podrías narrármelo por favor?

¿Podría ser que tus seres queridos hagan un duelo y luego aprendan a vivir sin ti, su trabajo y su vida seguirá, etc.?

4 Tarea para el hogar; Epitafio

Tu tarea será escribir tu epitafio. Escribe lo que te gustaría comunicarle a tus familiares y amigos acerca de tu propia vida y muerte. A forma de testamento explícales qué espera darles en los ámbitos espirituales, materiales y económicos. También escribe cómo quieres que tus seres queridos enfrenten tu muerte y cómo esperas ser recordado.

Sesión 2: Prioridades y valores a la vida (Apreciación por la Vida)

En esta sesión se trabajará con la variable **Apreciación por la Vida** la cual habla de un cambio en el sentido de lo que es importante en la vida, un cambio radical en las prioridades.

Objetivos de la sesión

1. Revisar la Tarea (10 minutos)
2. La Vida que he Vivido (15 minutos)
3. Los Círculos de las Prioridades (15 minutos)
4. Asignación de Tarea (10 minutos)

1- Revisión de la tarea

¿Cómo te fue realizando tu tarea? ¿tuviste algún inconveniente?

¿Podrías leerme tu Epitafio?

Mientras tú leías yo escribí algunos aspectos que me gustaría que hablemos

Me gustaría invitarte a hacer una conclusión sobre el tema de tu muerte. ¿Cuál sería tu creencia concluyente sobre este tema?

2- La vida que he vivido

Ahora quiero invitarte a que hagamos una lista de las experiencias significativas y placenteras que has tenido en tu vida:

Número	Experiencias significativas y placenteras en mí vida
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

¿Qué opinas de tus experiencias significativas y placenteras? ¿te habías dado cuenta de ellas? ¿Qué tanto piensas en ellas en tu vida diaria o cuando evalúas tu vida o a ti mismo?

Algunas personas que han pasado por experiencias potencialmente traumáticas tienden a ver más las experiencias agresivas o indeseables y dejar de lado las agradables y las neutras. ¿Qué piensas que pasa con alguien que constantemente ve las experiencias desagradables y no las agradables? ¿te pasa a ti?

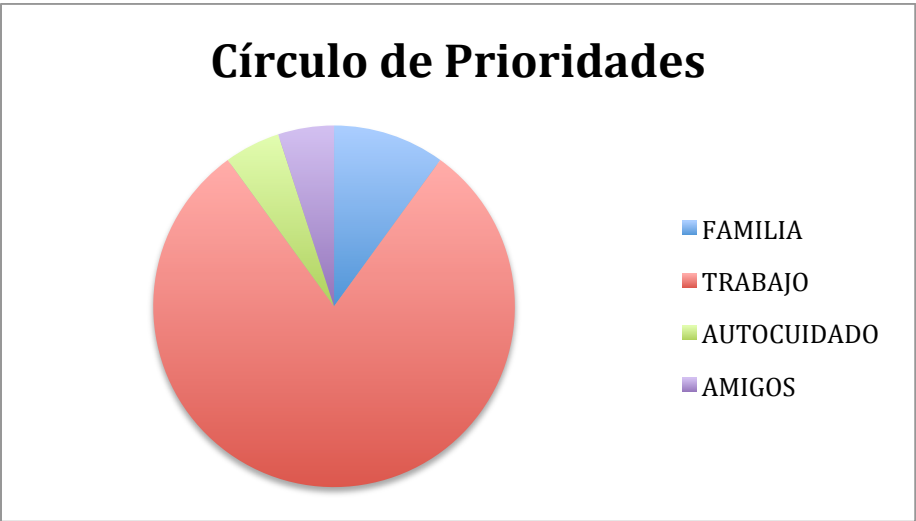
De momento dejemos tu lista aquí, más adelante la retomaremos.

3- El círculo de las prioridades

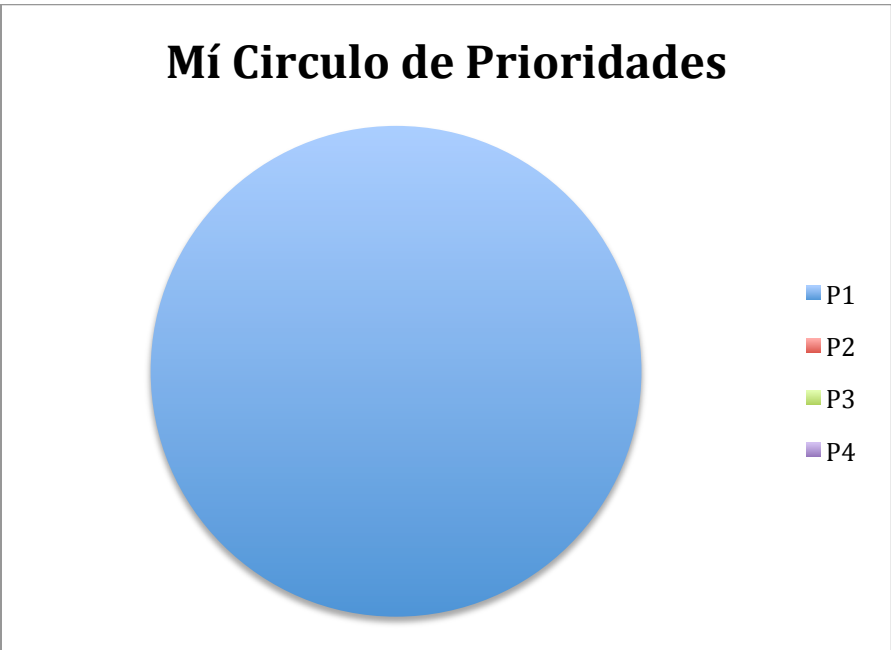
Las personas que reportan CPT con frecuencia señalan que sus prioridades han cambiado y que ahora aprecian la vida de una forma distinta. En este ejercicio vamos a identificar cuáles eran tus prioridades antes del evento con alta probabilidad de

trauma y qué porcentaje de tu tiempo dedicabas a ellas. Para ello me gustaría que hagas un círculo, como un diagrama de pastel donde pongas dichos porcentajes.

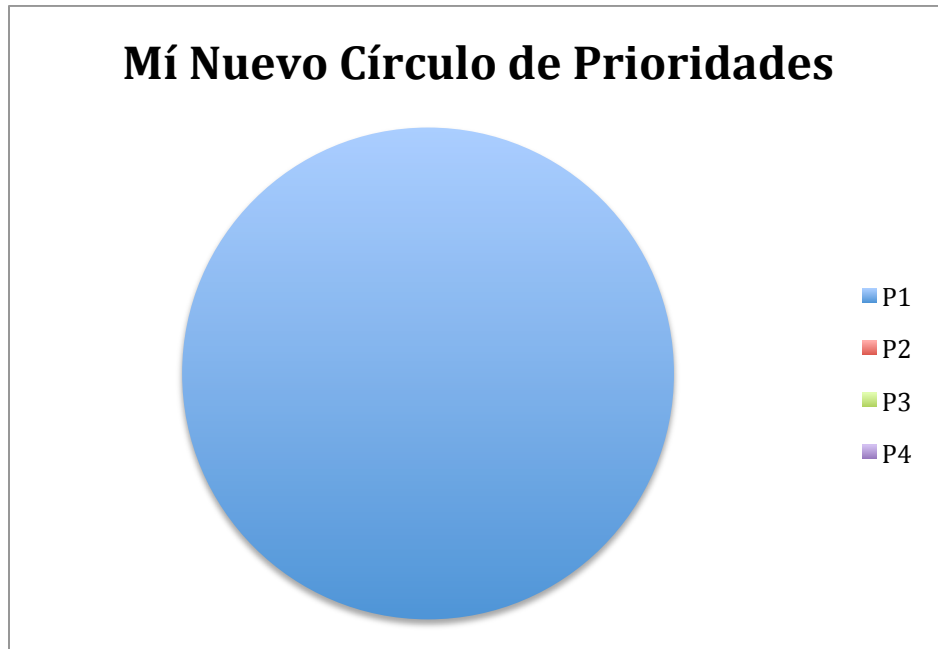
Ejemplo:



Tú anterior círculo de prioridades:



Ahora me gustaría que evalúes si esas prioridades seguirán siendo las mismas o si buscarás otras prioridades y cuál será el tiempo (porcentaje) que les dedicarás en tu vida. Hazme un nuevo círculo con las nuevas asignaciones.



4- Tarea; Álbum vitae

Los sesgos relacionados a eventos positivos son frecuentes en las personas que han pasado por experiencias con alta probabilidad de trauma, por eso es importante identificar las experiencias positivas antes, durante y después de la experiencia traumática. Para ello tu tarea es hacer un álbum digital o físico que incluya fotografías, vídeos, objetos, dibujos o cualquier cosa que refleje dichas experiencias positivas antes, durante y después de la experiencia desafiante, también puedes incluir personas significativas de tu vida. Te puedes apoyar en el ejercicio número 2 de esta sesión y traer el álbum para la siguiente sesión, aunque no es necesario que lo termines todo en una semana. Puedes trabajar en él y concluirlo en la sesión número 4.

Sesión 3: Redefinición de metas en la vida (Nuevas Posibilidades y Relacionarse con los Otros)

En esta sesión se trabajará con las variables Nuevas Posibilidades; que refiere a la percepción de cambios y nuevos caminos que puedes tomar después del trauma, y Relaciones con los Otros; las personas que experimentan CPT reportan tener relaciones más cercanas, calidad y significativas con las demás personas, incluso cuando se han distanciado de algunas personas como consecuencia de la experiencia traumática.

Objetivos de la sesión:

1. Revisar la Tarea. (10 minutos)
2. Deseando mi Vida. (10 minutos)
3. Construyendo mi Nueva Vida. (10 minutos)
4. ¿Qué hago con mis emociones? (10 minutos)
5. Asignación de Tarea. (10 minutos)

1- Revisión de la tarea

¿Cómo te fue realizando tu tarea? ¿Podrías mostrarme tu álbum vitae o los adelantos que tienes de él?

¿Pudiste identificar qué pensamientos y emociones sentiste en el momento de realizar la tarea? ¿Encontraste alguna diferencia en cómo percibías estos eventos antes de iniciar la terapia, al momento de hacer la tarea y al hablarlo conmigo?.

Ahora me gustaría hablar contigo sobre los sucesos potencialmente traumáticos. ¿Conoces a alguien que no pase por adversidad en su vida; muerte de un ser querido, enfermedades, pérdidas financieras, experiencias violentas, etc? ¿Piensas que este tipo de sucesos indeseables se pueden controlar (evitar) al 100%?

Pareciera que es incontrolable al 100% el riesgo de experimentar sucesos potencialmente traumáticos, pero también es inevitable existencia de experiencias positivas.

Me gustaría que hablemos sobre cómo nuestros pensamientos tienden a focalizarse más ante lo adverso que ante lo positivo pero que ello no es evidencia de que en nuestra vida hayan más desgracias que fortunas.



¿Qué opinas? ¿crees que a veces puedes centrarte más en las cosas que te desagradan y no en las experiencias positivas? ¿Qué pasarías si en tu vida le dieras más importancia y te centraras más en las experiencias positivas y significativas que has tenido y tendrás? ¡Inténtalo!

2- Deseando mi vida

Algunas personas reportan que después de pasar por momentos adversos se dan cuenta de que no han hecho lo que realmente les da sentido y satisfacción a sus vidas.

Por ello algunos realizan cambios en sus actividades y sus objetivos en la vida. En esta actividad vamos a identificar ¿Qué te gustaría hacer con tu vida? ¿Qué metas u objetivos has postergado y deseado realizar?

Número	Metas Postergadas y Deseadas
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

Ahora que ves tus metas postergadas ¿Qué opinas? ¿Por qué no las has realizado?
¿Por qué son importantes para ti? ¿Cómo te haría sentir alcanzarlas?

3- Construyendo mi nueva vida

Ahora vamos a jerarquizar esas metas del 1 al 10 donde el 1 es el más importante y el 10 el de menor importancia. Y vamos a dividir las entre corto plazo, mediano plazo y largo plazo (Señálalas con una X).

[illegible]

¿Qué opinas de intentar iniciar con las metas de corto plazo? Lograrlas puede aumentar tu autoeficacia y satisfacción.

Recuerda que no hay logro sin esfuerzo y que el cambiar tu vida y lograr las metas que buscas, llevarán un esfuerzo y una congruencia entre lo que quieres y el tiempo que le dedicas.

4- ¿Qué hago con mis emociones?

Un aspecto común del crecimiento postraumático es que las personas reportan tener relaciones más satisfactorias con los demás. Esto es, en parte, por que logran expresar el afecto de una forma más directa, sincera y clara especialmente con las personas relevantes y queridas.

¿Cómo te va a ti expresando tu afecto a los demás?

En este ejercicio vamos a desarrollar una estrategia para expresar el afecto a los seres queridos y que te han apoyado en tu vida o durante la experiencia adversa.

Vamos a hacer una lista de las personas, las emociones y pensamientos positivos relacionados a ellos.

Persona	Pensamiento	Emoción

Ahora vamos a ensayar juntos cómo podrías expresarles tus pensamientos y emociones. Puede ser de forma directa, a través de una carta, de un e mail o un mensaje instantáneo u otra forma que a ti se te ocurra.

Parte de tu tarea a realizar en la semana será que les hagas llegar el mensaje. ¿Qué opinas?

5- Tarea; Ejercicio “Salieri”

Ahora te quiero hablar de algo que hemos llamado El Ejercicio “Salieri” (en referencia a la película Amadeus). Es un ejercicio de prospección, de cómo visualizas tu vida. Vamos a hacerlo como un juego de roles donde tú representas el guionista y yo al productor.

Debes desarrollar un guión (Como de una película) de tu vida desde el momento actual, hasta el final de tu vida. Hay dos condiciones; 1- tienen que ser creíble (congruente) con la vida vivida hasta hoy y 2- el anciano que muere está satisfecho con lo que pasó a partir de este momento, a pesar de las experiencias negativas. Es una guía de viaje. Hay que recordar que también tienes que hacer el ejercicio de la sección número 4.

Sesión 4: Balance entre ganancias y pérdidas después de la experiencia (Fortaleza personal)

En esta sesión se trabajará con la variable Fortaleza Personal la cual alude a la creencia de que si han sido capaces de salir del trauma podrán enfrentar otros eventos y circunstancias adversas.

Objetivos:

1. Revisar la Tarea. (30 minutos)
2. Hasta Siempre. (20 minutos)
3. Evaluación

3- Revisión de la tarea

Podrías decirme cómo te fue haciendo tus tareas.

¿Pudiste expresar tus emociones a las personas que identificamos como importantes en tu vida? ¿Cómo lo hiciste?

Ahora hablemos del ejercicio Salieri ¿fue difícil hacer el guión? ¿podrías leérmelo?

Mientras me leías tu guión anoté algunas creencias que expresaste y que me gustaría que discutamos. Es conveniente que puedas ver que a pesar de la adversidad por la que pasaste y las posibles adversidades que vengan en el “viaje” aún así vale la pena vivirlo.

4- Hasta siempre

Es la última actividad de la terapia. Vamos a hacer una síntesis de lo que vimos en estas 4 sesiones: 1- aprendimos sobre la satisfacción y la muerte. 2- te enfrentaste con tu propia muerte e hiciste tu epitafio. 3- Analizamos las experiencias significativas y placenteras en tu vida. 4- Trabajamos con tus círculos de prioridades. 5- Hiciste tu

álbum vitae. 6- Vimos las metas que has postergado y aprendiste cómo algunas quizás puedes alcanzarlas. 7- Retomamos tu afecto hacia los demás y cómo poder expresarlo. 8- Hiciste el guión de tu vida.

Todas estas herramientas son tuyas por lo que puedes utilizarlas cuando tú las necesites. Recuerda que el crecimiento postraumático no es algo que se da de una vez y para siempre, que se puede seguir cultivando esta nueva apreciación por la vida, la relación con los demás, la espiritualidad, las nuevas posibilidades y la fortaleza personal, día a día a través de las herramientas aprendidas.

4. Evaluación

Te pido por favor que vuelvas a contestar los cuestionarios para que veamos qué diferencias tienes a comparación de hace 4 semanas.

¡Muchas gracias por haber confiado en nosotros! ¡Hasta siempre!

