

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Trabajo de Fin de Grado de Psicología

Facultad de Psicología y Logopedia

Universidad de La Laguna

Alumno: Yulisa Hernández León

Tutores: María Concepción Ramos Pérez y Pablo García Medina

Departamento Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología

Área personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

Curso académico: 2019-2020

ÍNDICE

Resumen.....	3
1.Introducción.....	4
2.¿Qué es el TEPT?	5
2.1¿Qué tipos de TEPT existen?	7
3. ¿Quién tiene más probabilidades de sufrir TEPT?.....	8
4.¿Por qué ocurre el TEPT?	9
5.¿Cómo se evalúa el TEPT?	12
6.¿Cómo se trata el TEPT?	16
7.Discusión y conclusión.....	19
8.Bibliografía.....	21

RESUMEN

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es una consecuencia grave que puede ocurrir tras un suceso doloroso. Desde que se conceptualizó en el DSM-III (APA, 1980) se ha seguido investigando hasta el día de hoy.

A través de las sucesivas versiones de los manuales diagnósticos, se ido estableciendo los criterios que lo definen en la actualidad DSM-V (APA, 2013). Los estudios realizados tratan de explicar su aparición, mantenimiento y los factores que lo determinan. Lo que ha dado lugar a distintos instrumentos de evaluación y métodos de tratamientos. Es la perspectiva cognitiva-conductual la que presenta mejores resultados, al incluir los aspectos conductuales y cognitivos del trastorno. (Bryant et al 2008).

Palabras clave: TEPT, evaluación, tratamiento, cognitivo, conductual.

ABSTRACT

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) is a serious consequence that can occur after a painful event. Since it was conceptualized in DSM-III (APA, 1980), research has continued until today.

Through the successive versions of the diagnostic manuals, the criteria that are currently determined by DSM-V were established (APA, 2012). The studies carried out try to explain its appearance, maintenance and the factors that determine it. What has given rise to different evaluation instruments and treatment methods. It is the cognitive-behavioral perspective that presents the best results, including the behavioral and cognitive aspects of the disorder. (Bryant et al 2008).

Keywords: PTSD assessment ,treatment, cognitive, behavioral

1.INTRODUCCIÓN

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) no se ha conocido siempre con este nombre, ha recibido otros como "corazón irritable" (Da Costa, 1871) o "neurosis traumática" (Oppenheim, 1884) hasta que se conceptualizó como TEPT en el DSM-III (APA, 1984) desde ese entonces hasta hoy es un tema que se sigue investigando y se ha ido delimitando los criterios que lo definen.

El Trastorno surge como respuesta ante un hecho estresante y amenazante, presenta síntomas de evitación, recuerdos intrusivos, evasión, cambios de pensamiento y estado de ánimo así como reacciones físicas y emocionales.

Nadie puede considerarse exento del riesgo de exposición a algún hecho traumático a lo largo de su vida, de hecho, más del 70% de la población en todo el mundo ha sufrido algún acontecimiento doloroso. Existe al igual que para otras alteraciones una predisposición a desarrollarlo.

Cuando sucede un acontecimiento traumático (una violación, una guerra, catástrofe natural) no todas las personas responden igual. Tras la ocurrencia del suceso se ha visto que el 64% no desarrolla un trastorno como tal (García-Vera y Sanz, 2016) y que se recuperan de manera natural, mientras que el 36% restante es posible que tengan problemas entre los que frecuentemente se encuentra el TEPT.

La posibilidad de sufrirlo varía mucho dependiendo del suceso, la gravedad, la duración y las experiencias estresantes secundarias (Kessler et al., 2009). En varias investigaciones se ha señalado la influencia de algunas dimensiones de personalidad. Una puntuación alta en neuroticismo o en afrontamiento evitativo puede generar un mayor riesgo de padecerlo frente a otras personas que tienen una extraversión alta ya que se considera un factor de protección (Paris, 2002; Sareen, 2014).

Quienes lo padecen son un 80% más propensos a presentar síntomas relacionados con otros trastornos como por ejemplo depresión, consumo de sustancias y el trastorno bipolar (DSM-V 2013).

Sin embargo, el TEPT no solo lo sufre quien ha vivido el trauma sino que también puede llegar a afectar al entorno familiar y a las relaciones conyugales. Probablemente los síntomas de evitación reduzcan la participación en actividades familiares (Erbes, 2008).

A pesar de la complejidad del trastorno y de los problemas asociados al TEPT existen distintos tratamientos tanto psicológicos como farmacológicos. En este sentido algunos metaanálisis han comparado ambos y se ha concluido que las técnicas psicológicas (terapia cognitiva, de exposición, desensibilización) generan más cambios positivos en los síntomas del TEPT que el uso de fármacos. (Lee et al, 2016)

2.¿Qué es el TEPT?

Para entender que es el TEPT tenemos que saber que antes tuvo lugar un suceso traumático. Estos acontecimientos se consideran inesperados y en muchos casos severos y su duración puede ser de minutos e incluso milésimas de segundo. Sin embargo, sus consecuencias pueden perdurar varios años.

Estos hechos generan terror e indefensión, ponen en peligro la integridad física de la persona y es frecuente que en esa situación sea incapaz de afrontarla por sí misma. El TEPT es una entidad que ha sido recategorizada en los últimos años. Ha pasado de encontrarse dentro de los Trastornos de ansiedad en el DSM-IV (APA,1994), a formar parte de los Trastornos relacionados con trauma y estrés en el DSM-V (APA, 2013)

TABLA1.RESUMEN CRITERIO DEL TEPT DE ACUERDO AL DSM-IV (APA, 1994)

1. Temor, desesperanza u horror intenso ante la exposición o el conocimiento un acontecimiento que generan amenaza o muerte.
2. Reexperimentación por medio de recuerdos intrusivos, sueños, malestar psicológico intenso ante estímulos internos o externos del suceso.
3. Evitación persistente hacia pensamientos, sentimientos, actividades, lugares) Embotamiento, reducción de interés hacia actividades, desapego o enajenación frente a los demás.
4. Aumento de la activación (hipervigilancia, dificultad para concentrarse)
5. Los síntomas de reexperimentación, evitación y aumento de activación duran al menos 1 mes.
6. Malestar clínicamente significativo en el ámbito social, laboral u otras áreas-

TABLA2.RESUMEN CRITERIOS DEL TEPT DE ACUERDO AL DSM-V (APA, 2013)

1. Síntomas característicos tras sucesos que generan lesión grave, violencia sexual o muerte. Se dan de manera directa o indirecta (por la observación del suceso o el conocimiento a través de otra persona).
2. Reexperimentación a través de síntomas intrusivos relacionados con el evento traumático por medio de recuerdos, sueños.
3. Síntomas de evitación persistentes (recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos relacionados con el suceso), la evitación de recordatorios externos así como lugares, personas o conversaciones.
4. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo (disminución del interés, de recordar, de sentir amor etc).
5. Alteración importante de alerta y reactividad relacionada con el evento traumático (problemas de concentración, de sueño, hipervigilancia etc).
Duración de un mes, malestar clínicamente significativo en el ámbito laboral, social u otras áreas.

Una de las diferencias existentes en ambos sistemas de clasificación está en el 1º criterio de ambos. El DSM-V (APA, 2013) no considera que para que se dé un TEPT tenga que darse obligatoriamente una respuesta de temor, desesperanza u horror mientras que en el DSM-IV (APA, 1994) si lo recoge en sus criterios. (Tabla 1 y 2).

Se propuso eliminar ese criterio del DMS-IV (1994) y el DSM-IV-TR (2000) en ediciones futuras (Brewin et al, 2009) .La razón de discrepancia en este criterio por ambas manuales de clasificación es que ante un hecho doloroso se puede responder también con otras emociones como culpa, ira y vergüenza y tener otros síntomas característicos del trastorno.

En el DSM-V se revisaron los grupos de síntomas (evitación, reexperimentación y excitación) y se postula que son cuatro en lugar de tres (inclusión, evitación, alteración cognitiva negativa y del estado de ánimo y alteración importante de alerta. (Tablas 1 y 2).

La disociación está relacionada con el TEPT en su última versión. En esta edición en el trastorno pueden ocurrir experiencias disociativas patológicas como pueden ser la despersonalización y desrealización. Esto no ocurre en anteriores publicaciones del DSM.

Hay diferentes tipos del trastorno en los distintos sistemas de clasificación nombrados. En el DSM-IV (APA, 1994) se distingue entre agudo (duración de los síntomas inferior

a tres meses), crónico (igual o superior a tres meses) y con expresión retardada (después de los seis meses). Este último es el único que coincide con los propuestos en el DSM-V (APA, 2013) en el mismo se nombran dos tipos más TEPT en niños y con síntomas disociativos como la despersonalización o desrealización.

TABLA 3. RESUMEN CRITERIO DEL TEPT EN NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS DE ACUERDO AL DSM-V (APA, 2013)

1. Exposición directa ante violencia sexual, muerte o lesión grave especialmente en los cuidados primarios. Conocimiento de que el evento doloroso ha ocurrido a padres o cuidadores.
2. Síntomas de intrusión (recuerdos del hecho mediante el juego, sueños, reacciones disociativas, malestar psicológico ante factores internos o externos del suceso)
3. Al menos un síntoma de evitación hacia actividades, personas, conversaciones que recuerden al acontecimiento y al menos un síntoma de alteración cognitiva y del estado de ánimo (estados emocionales negativo, comportamiento retraído, disminución del interés)
4. Alteración significativa del estado de alerta y reactividad (alteraciones de sueño, hipervigilancia, problemas de concentración y sueño)
5. Los síntomas deben durar al menos un mes
6. Malestar clínicamente significativo en el ámbito escolar o familiar.
7. Los síntomas no se deben a los efectos de un medicamento.

La primera vez que se postula que los niños al igual que los adultos pueden padecer TEPT es en el DSM-IV (APA, 1994). Sin embargo, esta versión no señala las características del trastorno para esta población. En cambio el DSM-V (APA, 2013) si las aporta (Tabla 3).

2.1 ¿Qué tipos de TEPT existen?

El trastorno se puede presentar con expresión retardada, en el cual los síntomas no se manifiestan hasta pasado tiempo después de al menos 6 meses tras haber ocurrido el trauma. DSM-V (APA, 2013).

Otra variante puede ser la presentación del trastorno acompañado de síntomas disociativos. En este tipo se experimentan síntomas de despersonalización. El paciente sufre un sentimiento de desapego y se siente como un observador externo de sí mismo; o de desrealización viviendo el entorno como una irrealidad. DSM-V (APA, 2013).

El Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (DESNOS) fue postulado en el DMS-IV (APA, 1994). Presentaba características relacionadas con el TEPT y se

consideraba la forma más grave de este. El descontrol de impulsos y alteraciones de la propia identidad eran sus principales síntomas.

Se consideraba que este tipo de TEPT era frecuente tras aquellas situaciones donde se produjo aislamiento social y exposición temprana a la violencia como por ejemplo el abuso sexual infantil o la violencia en pareja. (Taylor, Asmundson y Carleton, 2006). Sin embargo, este tipo de TEPT no ha sido recogido en el DSM-V (APA, 2013).

3.¿Quiénes tienen más probabilidad de sufrir TEPT?

Esta pregunta puede ser muy habitual ante la presencia de sufrir un hecho traumático. Depende de diferentes factores como el tipo de acontecimiento, las características del mismo, el género, la presencia de patologías previas y el apoyo social.

Las situaciones que generan más probabilidad de sufrir el trastorno son agresiones sexuales o sucesos que presentan terrorismo (Wittchen et al 2009). También varios estudios han informado que quienes han estado expuestos a situaciones impactantes o traumáticas previas al suceso doloroso tienen más posibilidades de desarrollar el trastorno que aquellas que no las han presenciado. (Breslau, Peterson y Shultz, 2008; Caramanica et al., 2015).

Existen diferencias en cuanto al género. Se ha comprobado que las mujeres presentan el doble de riesgo de sufrir TEPT que los hombres. (Kessler et al., 2005). También en la población infantil las niñas tienen mayor posibilidad de sufrir TEPT que los niños. (Bonanno et al,2010)

Los estilos de apego inseguros se han asociado con un mayor riesgo de padecer TEPT (O'Connor y Elklit, 2008). Además, la falta de apoyo social después de ocurrir el trauma incrementa el riesgo que se desarrolle el trastorno y cronificarse. (Agustin, Asniar y Matuso,2011).

4.¿Por qué ocurre el TEPT?

Para comprender el desarrollo y el mantenimiento del TEPT es imprescindible conocer los modelos explicativos. En este caso nos vamos a centrar en ellos desde la perspectiva conductual y cognitiva debido a que técnicas como la exposición y terapias cognitivas presentan mayor evidencia de éxito en la solución del trastorno. (Bryant et al 2008).

TABLA 4. TEORÍA CONDUCTUAL DE MOWRER

Teorías de los dos factores de Mowrer (1960)	<p>-Surgió de una adaptación de teorías de condicionamiento propuestas para el desarrollo y el mantenimiento de trastornos de ansiedad.</p> <p>-Los estímulos relacionados con el hecho doloroso se ven como aversivos.</p> <p>-Relación análoga entre el desarrollo del miedo y la conducta de evitación.</p> <p>-Aprendizaje del miedo durante el trauma por medio de 2 procesos</p> <p>Condicionamiento clásico</p> <ul style="list-style-type: none">✓ El hecho traumático genera el miedo y explica los síntomas de malestar.✓ Emplea EI (estímulo incondicionado), RI (respuesta incondicionado), EN (estímulo neutro)✓ Un EN como un olor o un lugar se presenta al mismo tiempo que el EI que en este caso es el hecho doloroso y genera una respuesta de miedo (RI). <p>Condicionamiento operante</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Explica el mantenimiento del trastorno.✓ Los estímulos neutros (EN) se convierten en estímulos condicionados (EC), produciendo una intensa respuesta de miedo y evitación (RC).✓ El miedo intenso evita situaciones o aspectos relacionados con el trauma generando un alivio.✓ Se produce un reforzamiento de la evitación.
---	--

Esta teoría intenta dar una explicación razonada de cómo se genera el estrés postraumático y como se mantiene por medios de dos aprendizajes condicionamiento clásico y operante. Supone que los estímulos neutros se transforman en estímulos condicionados y generan respuestas condicionadas estas se ven aumentadas debido a la evitación. (Tabla 4).

Menciona que las respuestas de evitación son reforzadas mediante condicionamiento operante. Este aspecto se ha mantenido en la actualidad considerándose uno de los criterios postulados por el DSM-V (APA ,2013).

Se ha seguido estudiando este modelo y se ha mencionado que pueden intervenir otros factores como es la generalización. Ésta consiste en que estímulos similares al evento doloroso y al condicionamiento que se hace durante el mismo, se ven como aversivos y se responde de la misma manera mediante evitación que se adquiere a través de condicionamiento operante. (Cooper et al, 2014).

La explicación conductual del TEPT ha dado lugar a modos terapéuticos del problema, sin embargo, también se reconoce la influencia del pensamiento como moduladores del mantenimiento del TEPT.

En la perspectiva cognitiva a pesar de que han pasado varias décadas desde su creación, aspectos mencionados en dichas teorías se han extendido y se han elaborado otras más recientes que incluyen esos aspectos e incluyen otros. (Tabla 5).

TABLA5.TEORÍAS EXPLICATIVAS DEL TEPT DESDE LA PERSPECTIVA COGNITIVA

<p>Teoría del procesamiento emocional de Foa y Kosack (1986)</p>	<p>-Basado en la estructura de miedo del modelo de Lang. -La estructura de miedo contiene información sobre el evento, las reacciones y la interacción de ambas. -Reconoce tipos de miedo, el normal, adaptativo y el patológico. Las personas con TEPT desarrollan el patológico. -Importancia de las cogniciones relacionadas con el trauma para la estructura de miedo. Se forman esquemas cognitivos antes, durante y después del trauma Trata la reexperimentación.</p>
<p>Teoría de Representación Dual Brewin (1996)</p>	<p>2 tipos de representación. -Representación o conocimiento accesible verbalmente, el procesamiento es consciente y contiene información del antes, durante y después del evento traumático Representación o conocimiento de forma situacional, procesamiento menos consciente y contiene información motora, sensorial y fisiológica. -Dos tipos de emociones, las primarias (miedo o ira) y las secundarias (culpa o vergüenza).</p>
<p>Teoría Cognitiva de Ehlers y Clark (2000)</p>	<p>2 tipos de evaluaciones sobre el evento traumático. -Evaluación propia del evento traumático → Frecuente generalización del mismo provocando ver situaciones de la vida como peligrosas sin serlo o con mayor riesgo del que tienen. -Evaluación sus consecuencias → como se sintió o se comportó. Se realiza en 3 partes: 1) Síntomas iniciales del trastorno (reacciones fisiológicas y emociones, ánimo negativo) 2) Reacciones que los demás tienen sobre trauma 3) Consecuencias en distintos ámbitos Memoria traumática -Incapacidad para recordar totalmente el contenido del suceso lastimoso. - Reexperimentación de los hechos. Memoria y evaluación del evento angustioso - Relación bidireccional entre memoria, evaluación y consecuencias del trauma. Procesamiento cognitivo durante el trauma Características del trauma, experiencias y creencias previas</p>
	<p>Las personas con TEPT tienen fallos en el sistema cognitivo. Obstaculización del proceso de recuperación. Creencias distorsionadas a nivel emocional y conductual. Reexperimentación 2 tipos de emociones 1) Emociones naturales o primarias (miedo, ira, tristeza). 2) Emociones secundarias o elaboradas (vergüenza y culpa). Se generan por pensamientos distorsionados sobre el evento traumático.</p>

<p>Teoría Cognitiva Social de Monson y Chard (2008)</p>	<p>Factor principal del mantenimiento del trastorno→ La evitación. -Los pacientes con el trastorno pueden optar por diferentes opciones de eso depende su recuperación. a) Asimilación b) Acomodación c) Sobre-acomodación</p>
--	---

La representación o esquema que los pacientes con TEPT generan tras el trauma es un aspecto que se ha nombrado desde la 1º teoría cognitiva a la que hacemos referencia. El mismo se ha ido consensuando. En la Teoría del Procesamiento Emocional de Foa y Kosack(1986) se nombra una sola representación o esquema sobre el miedo y en la Teoría de Representación Dual de Brewin (1996) el número de representaciones se amplía (Tabla 5).

Además en la Teoría de Procesamiento emocional de Foa y Kosack (1986) alude al miedo como la única emoción generada por las personas que padecen el trastorno. A medida que los modelos han ido evolucionando se han mencionado que pueden sentir también otras como ira, vergüenza, culpa y tristeza. (Tabla 5).

Uno de los aspectos en lo que coincide la Teoría de Procesamiento emocional, la Teoría Cognitiva y la Teoría Cognitiva Social es la reexperimentación. (Tabla 5), siendo incluida en el DSM-V (APA,2013) como uno de los criterios que generan el trastorno. (Tabla 2).

La Teoría cognitiva de Elhers y Clarck (2000) desarrolla la memoria traumática. La relaciona con la evaluación y consecuencias del trauma algo que no se contempla en las anteriores teorías de Foa y Kosack (1986) y de Brewin (1996), basándose especialmente en la estructura y representaciones mentales; no mencionan las características del trauma ni las experiencias y creencias previas (Tabla 5).

5.¿Cómo se evalúa el TEP?

La evaluación del TEPT se realiza a través de diferentes fuentes. Del propio paciente, ámbito familiar, laboral y médico.

Comenzaremos realizando una entrevista. Mediante ella, se conoce la situación de quien presenta el trastorno, sus problemas y preocupaciones. No es la única herramienta que se emplea ya que la evaluación del TEPT requiere distintos

instrumentos. Entrevistas diagnósticas, autoinforme y listado de síntomas son los más utilizados. (García-Portilla et al, 2015).

TABLA 6. ENTREVISTAS PARA EL TEPT

<p>CIDI (Composite Internacional Diagnostic Interview) (Organización Mundial de La Salud 1993)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Entrevista estructurada y completa. - 23 items - Objetivo: evaluar una amplia gama de trastornos mentales. - Asentado en el DSM-IV (1994) y CIE-10
<p>CAPS (Clinician-Administered PTSD Sclale) (Blake, et al 1990)</p>	<p>2 partes.</p> <ul style="list-style-type: none"> -CAPS 1- Empleado para diagnosticar. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Se elige hasta 3 acontecimiento informados por el paciente. ✓ Se evalúa que sucedió y como respondió. - CAPS 2- medir la severidad del trastorno. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Preguntas cuyo objetivo es evaluar. <ul style="list-style-type: none"> • El momento actual como a lo largo de su vida deterioro social, laboral, culpabilidad, reducción de conciencia del entorno). • Cambios globales en los síntomas y validez de las repuestas al tratar la culpabilidad y el deterioro social. - Evaluación cuantitativa: se asigna una puntuación determinada y de manera categorial diciendo si está presente. - La escala presenta un marco temporal doble (actual y futuro).
<p>Structured Interview for PTSD (Davidson, Kudler, and Smith 1997)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Basado en el DSM-IV (APA,1994). - Evalúa: síntomas del trastorno, su gravedad y frecuencia.

En un primer momento se empleará entrevistas más generales como por ejemplo la entrevista **CIDI (Composite Internacional Diagnostic Interview)** con ella vamos a poder visualizar primero la presencia de signos y síntomas además de establecer un diagnóstico acorde al DSM-IV (APA,1994) y la CIE (1992)(Tabla 6).

El CAPS-5 hace referencia a los criterios del DSM-V (APA, 2013). Se centra concretamente en uno de los subtipos nombrados en esta versión, el trastorno con síntomas disociativos, establece la presencia de los síntomas y evalúa su frecuencia

e intensidad También se puede hacer uso de la **entrevista estructurada para el TEPT (Structured Interview for PTSD)** cuya finalidad es similar a la CAPS-5, pero se diferencia en que entrevista estructurada se va a basar en los criterios del DSM-IV (APA, 1994). (Tabla 6).

EI EGEP-5 presenta buenos datos de fiabilidad y validez (Crespo y Gómez, 2012). Al igual que el CAPS-5, se basa en los criterios del DSM-V (APA, 2013) (Tabla 2). Aunque no solo se limita a ello puesto que contempla otros aspectos como la gravedad y la presencia de eventos dolorosos a lo largo de la vida (Tabla 6).

TABLA 7. ESCALAS Y LISTADO DE SÍNTOMAS PARA EL TEP

<p>Inventario de cogniciones postraumáticas (Foa, Ehlers et al., 1999)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mide creencias y pensamiento relacionados con el trauma. - Tres grandes constructos (las cogniciones negativas del yo, acerca del mundo y la autculpa). - Discrimina entre quienes han sufrido o no el trastorno después del trauma. - Formato de respuesta tipo Lickert
<p>Evaluación Global del Estrés Postraumático (King et al., 1995)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Información de la historia de acontecimientos traumáticos, el número de síntomas, gravedad de los síntomas, presencia de TEPT y el tipo. - 3 secciones. <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1º: Trata acontecimientos. Información sobre hechos dolorosos que haya sufrido el propio paciente u otra persona. Como se sintió (si tuvo miedo, amenaza, terror e indefensión). ✓ 2º: Evalúa los síntomas de intrusión, alteraciones cognitivas y estado de ánimo. ✓ 3º: Funcionamiento individual y grado en el cual los síntomas interfieren en el mismo. <ul style="list-style-type: none"> -Distintos áreas (laboral, social y familiar).
<p>Escala Revisada del impacto del estresor (IES-R) (Weiss y Marmar (1997)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fundamentado en el DSM-IV - Valora el malestar emocional ocasionado al enfrentarse a un suceso estresante. - Evalúa la reexperimentación, la evitación y la activación psicofisiológica. - Escala de tipo Lickert.
<p>Escala de Evitación postraumática (PAS) Andrews y col. (2013)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mide procesos de evitación consciente e inconsciente. - Presenta 2 sub-escalas <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitación controlada- grado en el que las personas se esfuerzan por evitar los recuerdos. ✓ Evitación automática-grado, evitan involuntariamente

<p>Listado de síntomas de los Ángeles (King y cols., 1995)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evalúa los síntomas del TEPT y las características asociadas (consumo de sustancias, dificultad para encontrar o mantener un trabajo, problemas maritales). - Basado en el DSM-IV (APA,2013).
---	--

Mediante el **inventario de cogniciones postraumáticas** se podrán descubrir cómo son los pensamientos acerca del hecho doloroso y si predominan cogniciones negativas o de culpa, sentimiento que puede generarse en quienes padecen TEPT. (Tabla 7). Este aspecto es nombrado en algunas teorías explicativas desde la visión cognitiva (Tabla 5).

Del mismo modo que se evalúan las cogniciones, la evitación también se puede estimar. Para ello se utiliza la **Escala de Evitación Postraumática (PAS)** mediante ella podemos ver la evitación desde dos maneras diferentes (controlada y automática). (Tabla 7).

Puesto que es frecuente que cuando ocurra el trastorno se den otros problemas. Es necesario emplear un instrumento para validar los mismos. El **Listado de los síntomas de los ángeles** nos va a dar un diagnóstico de TEPT así como el conocimiento de que existen dificultades para encontrar un trabajo, maritales y consumo de sustancias. (Tabla 7).

Además de los instrumentos mencionados anteriormente, se debe realizar un análisis de la conducta teniendo en cuenta comportamientos relacionados con los criterios del trastorno así como sus antecedentes y consecuentes.

La evaluación requiere información procedente del entorno del paciente, sin embargo, hay escasez de instrumentos para la familia, el ámbito laboral o médico. Es posible seguir el modelo de Achenbach y emplear **Adult Behaviour Checklist (ABCL)**, es una forma de conocer la situación de la persona que está sufre TEPT a través de otras personas que lo conocen bien y como afecta el trastorno a sus relaciones.

6. ¿Cómo se trata el TEPT?

Es necesario abordar el trastorno mediante la integración de la perspectiva cognitiva y conductual del tratamiento, puesto que ambos enfoques de manera individualizada no permiten tratar el TEPT de manera totalmente efectiva. Teniendo en cuenta solo los pensamientos o las conductas pero no ambas.

TABLA 8. TRATAMIENTO CONDUCTUAL PARA EL TEP

Exposición	<p>-Objetivo: reducir la evitación consiguiendo la extinción del miedo.</p> <p>Tipos:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Imaginativa: El terapeuta guía al paciente a la narrativa en voz alta. Éste cuenta en alto la situación dolorosa. (Se repite una y otra vez).<ul style="list-style-type: none">-Promueve el procesamiento emocional del trauma1. Permite adquirir nuevas perspectivas.2. Creación de un recuerdo organizado y coherente del suceso lastimoso.3. Aumenta la sensación de dominio y competencia.✓ In vivo: Tomar contacto directo con la situación lastimosa o el estímulo temido.<ul style="list-style-type: none">-Puede hacerse de manera gradual o de manera directa con la situación.
-------------------	--

Como sabemos, el hecho traumático, genera estructura de miedo fragmentada tal y como hemos mencionado anteriormente (Tabla 5). Mediante la **exposición** se consigue una memoria más organizada la cual se integrará más fácil en el sistema de memoria. (Tabla 8).

Con la exposición se genera una desensibilización del miedo y un modo más adaptativo de enfrentar el hecho lastimoso. Esto se puede realizar de diferentes maneras, tanto imaginativa como en la realidad. (Tabla 8)

TABLA 9. TRATAMIENTO COGNITIVO PARA EL TEPT.

<p>Terapia cognitiva de Elhers y Clarck (Elhers et al 2005)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fundamentada en el modelo de estos autores. - Identifica aspectos problemáticos y mantenedores del problema. - Se lleva a cabo: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reducción de la reexperimentación y discriminación de estímulos disparadores. <ul style="list-style-type: none"> ○ Trasmisión al cliente que la supresión de los pensamientos genera su mantenimiento. ○ Narración coherente del evento doloroso ○ Discriminar los estímulos que generan las intrusiones ○ Modificar las valoraciones negativas del hecho lastimoso. ○ Identificación e incorporación de un procesamiento alternativo. ✓ Abandonar estrategias conductuales y cognitivas disfuncionales.
<p>Reestructuración cognitiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivo: cambiar el esquema cognitivo que está activado sobre el evento por la persona que sufre TEPT. - Identificación y cuestionamiento de pensamientos desadaptativos, quedando sustituidos por otros más adaptativos. - Los pensamientos como hipótesis - El paciente y el terapeuta trabajan juntos para generar datos que permitan conocer si las hipótesis son ciertas. - Fundamentada en el modelo cognitivo ABC - Esquemas o estructuras cognitivas: forma en la que guardamos la información en la memoria.
<p>Inoculación del Estrés</p>	<p>-Objetivo: enseñar habilidades para el manejo de los agentes estresantes en la vida diaria y reacciones desadaptativas generadas por el hecho doloroso.</p> <p>-Dos fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fase educativa: conceptualización de los problemas. Se justifica la elección del tratamiento y en que consiste. ✓ Fase de adquisición y aplicación: se enseñan habilidades según la situación particular de cada cliente (relajación, respiración controlada, detección del pensamiento, distracción)

A través de **la terapia cognitiva de Elhers y Clark** se abordan criterios principales del trastorno como es la reexperimentación, aspecto que es nombrado en su

teoría.(Tabla 5). La misma es reducida y es posible modificar las valoraciones realizadas sobre el evento doloroso que hemos identificado a través del inventario de cogniciones haciendo uso de experimentos conductuales y mostrando un modo alternativo de procesamiento. (Tabla 9).

La **reestructuración cognitiva** defendida principalmente por la teoría cognitiva social de Resick (Tabla 5), este método consiste en hacer uso de herramientas cognitivas que permitan cambiar las interpretaciones que la persona tiene sobre el evento traumático y los sucesos que ocurren en el presente (Tabla 9).

La técnica de inoculación de estrés permite ayudar a los pacientes controlar y comprender las emociones asociadas al suceso lastimoso mediante la enseñanza de habilidades orientadas a enfrentar situaciones de estrés. (Tabla 9). Es una de las técnicas que más se han aplicado en el tratamiento del TEPT, puesto que a lo largo de la evolución de esta técnica se ha adaptado para distintos eventos asociadas al trastorno. (Pieschacón ,2011).

Es necesario la integración de las dos perspectivas anteriormente descritas, cognitiva y conductual. Se obtendrá mejores resultados consiguiendo una mejoría total de los síntomas, un cambio en las conductas como por ejemplo las de evitación y un procesamiento más adaptativo del trauma. Recientemente, se han realizado estudios que postulan que la Terapia Cognitiva Conductual tiene un efecto favorable para tratar el trastorno. (Polak, et al 2012)

El tratamiento dirigido al núcleo familiar del paciente no es tan enriquecedor como el del mismo (Berkowitz, Stover y Marans, 2011). Esto se debe a que actualmente todavía existen grandes desconocimientos respecto a los efectos del trauma en la pareja o familia del afectado. Sin embargo, la Técnica de Liberación emocional (EFT) ha demostrado ser eficaz como tratamiento para la pareja como para el TEP (Dalton et al ,2013).

7. Discusión y conclusión

Los estudios realizados sobre el TEPT han generado un mayor conocimiento sobre el mismo. A lo largo de las distintas versiones del DSM se han ido consensuando los criterios que lo definen, considerándose en el DSM-IV (APA, 1994) como un Trastorno de ansiedad y DSM-V (APA, 2013) un Trastorno relacionado con Trauma y Estrés.

Este cambio no se ha visto reflejado en la evaluación. Los instrumentos con lo que se cuenta derivan del DSM-IV (APA, 1994) y no de la última DSM-V(2013). Por tanto, es necesario que en los próximos años se realice una actualización de las pruebas, así como que sean validadas en España.

Se conoce que el desarrollo y mantenimiento del trastorno está influido no solo por factores personales sino también ambientales como es la calidad de las relaciones con los demás (Collishaw et al., 2007) y el apoyo social, considerándose en la evaluación del trastorno.

En este sentido la evaluación y el tratamiento para el TEPT deben enmarcarse en un enfoque interactivo sistémico que tenga en cuenta al paciente como a su entorno. De este modo se puede llegar a comprender mejor el trastorno su gravedad, al mismo tiempo que las dificultades que puedan surgir en relación con la familia, pareja, amigos y trabajo.

Por lo que se hace necesario, elaborar instrumentos que tengan en cuenta los entornos cercanos al paciente. Igualmente que dichos instrumentos sean sencillos en su aplicación que cumplan con adecuadas propiedades psicométricas y que sean adaptadas a poblaciones concretas. (Bovin et al., 2015).

En línea con lo que ha de hacer en la evaluación, en los tratamientos se ha de considerar el entorno, especialmente la familia, la pareja. . Hay escasez de tratamiento para el entorno (Berkowitz, Stover y Marans, 2011) siendo necesario elaborar un mayor número de métodos para abordar el trastorno que incluya al ambiente.

Además el tratamiento debe incluir lo conductual y lo cognitivo a la vista de los resultados surgen de la terapia Cognitiva Conductual Integrada (ICBT). Este método incluye tres principales aspectos para mejorar los síntomas del TEPT. La educación del paciente sobre el trastorno, técnicas de relajación y una forma de pensamiento más flexible con reestructuración cognitiva. En los últimos años, se ha asociado la

ICTB con los mejores resultados en el control de los signos y síntomas del TEPT (Meier, et al 2015).

BIBLIOGRAFÍA

- Aguado, H., Manrique, E., & Silberman, R. (2004). Evaluación cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático. *Herminio Valdizan*, 5 (1), 69-82.
- Agustini, I., Asniar, I. & Matsuo, H. (2011). The prevalence of long-term post-traumatic stress symptoms among adolescents after the tsunami in Aceh. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 543–549. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01702.x>
- American Psychiatric Association (1984). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-III*. Barcelona: Editorial Masson.
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4a.ed). Washington, DC EE.UU.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Andreu, M. (2015). *Trastorno de Estrés Postraumático*. Recuperado de <https://www.cinteco.com/trastorno-de-estres-postraumatico>.
- Bados, A. (2017). *Trastorno por estrés postraumático*. Facultat e Psicologia. Departament de Psicologia Clínica i Psicobiologia. Universitat de Barcelona. Recuperado de: (<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/115725/1/TEPT.pdf>)
- Berkowitz S, J., Stover C, S., y Marans, S, R. (2011). The child and family traumatic stress intervention: Secondary prevention for youth and risk of developing PTSD. *Journal of Psychology and Psychiatric*, 52(6), 676-685.
- Bonanno, G., Brewin, C., Kaniasty, K., & La Greca A. (2010). Weighing the Costs of Disaster: Consequences, Risks, and Resilience in Individuals, Families, and Communities. *Psychological Science in the Public Interest*, 11(1), 1-49. <https://doi.org/10.1177/1529100610387086>
- Bovin, M. J., Marx, B. P., y Schnurr, P. P. (2015). Evolving DSM Diagnostic Criteria for PTSD: Relevance for Assessment and Treatment. *Current Treatment Options*

in *Psychiatry*, 2, 86-98. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s40501-015-0032-y>

Breslau, N., Peterson, E. L., & Schultz, L. R. (2008). A second look at prior trauma and the posttraumatic stress disorder effects of subsequent trauma: A prospective epidemiological study. *Archives of General Psychiatry*, 65(4), 431–437. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.65.4.431>

Brewin, C.R., Lanius, R.A., Novac, A., Schnyder, U. y Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V: Life after criterion A. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 366-373. <https://doi.org/10.1002/jts.20443>

Bryant, R.A., Mastrodomenico, J., Felmingham, K.L., Hopwood, S., Kenny, Kandris, L.E., Cahill, C. y Creamer, M. (2008). Treatment of acute stress disorder: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 65, 659-667.

Caramanica, K., Brackbill, R. M., Stellman, S. D., & Farfel, M. R. (2015). Posttraumatic stress disorder after Hurricane Sandy among persons exposed to the 9/11 disaster. *International Journal of Emergency Mental Health*, 17(1), 356–362. Recuperado de <https://www.omicsonline.com/open-access/posttraumatic-stress-disorder-after-hurricane-sandy-among-persons-exposed-to-the-disaster-1522-4821-17-173.pdf>

Carvajal, C. (2002). Trastorno de estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. 40 (2), 20-34.

Castro, M.(2011). Trastorno de estrés postraumático en menores que han sufrido maltrato familiar: directo y exposición a violencia de género. (Doctorado).Universidad de Murcia.

Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer C., y Maughan B. (2007).Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: evidence from a community sample. *Child Abuse Negl*,31 (3):211–229. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.004>

Crespo, M y Gómez M.M.(2012). La Evaluación del Estrés Postraumático: Presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP).*SciELO*. (23).

- Dalton, E. J., Greenman, P. S., Classen, C. C., y Johnson, S. M. (2013). Nurturing connections in the aftermath of childhood trauma: a randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy for female survivors of childhood abuse. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 2(3), 209-221. <https://doi.org/10.1037/a0032772>
- Dongíl, E. (2008). Reestructuración cognitiva: un caso de estrés postraumático. *Ansiedad y estrés*, 14 (2-3), 265-268.
- Dutra, L., Lyons-Ruth, K. (2005). *Maltreatment, maternal and child psychopathology, and quality of early care as predictors of adolescent dissociation*. Ponencia presentada en Biennial Meeting of the Society for Researching Child Development. Atlanta, Estados Unidos.
- Erbes, C. R., Polusny, M.A., MacDermid, S., y Comptom, J.S. (2008). Couple therapy with combat veterans and their partners. *Journal of Clinical Psychology: In sesión*, 64(8), 972-983. <https://doi.org/10.1002/jclp.20521>
- Escobar, J.M y Uribe, M. (2014). *Avances en psiquiatría desde el modelo biopsicosocial*, Bogotá D.C., Colombia: Unidades.
- Espinosa, R.M.(2015). El Diagnóstico del Trastorno por Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y aportaciones para el Trauma Complejo. (Tesis doctoral, Universidad de Murcia, Murcia). Recuperado de <https://www.tesisred.net/bitstream/handle/10803/371148/TRMEG.pdf?sequence=1>
- Foa, E. B., Huppert, J. D. & Cahill, S. P. (2006) Emotional processing theory. *Pathological Anxiety: Emotional Processing in Etiology and Treatment*, Olasov, B (Ed) Guilford, NY.
- García-Vera, M.P., y Sanz, J. (2016). Repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas en las víctimas adultas y su tratamiento: estado de cuestión. *Papeles del psicólogo*, 37(3), 198-204. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2776.pdf>

- García, M.P y Sanz, J.(2018). *Estudio de la efectividad de un programa de terapia de pareja para víctimas del terrorismo*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- García-Portilla, M. P., Bascarán, M. T., Sáiz, P.A., Parellada, M., Bousoño, M., y Bobes, J. (2015). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la*
- Guzmán, M.S y Padrós, F.B. (2014). Modelos cognitivo conductuales del trastorno por estrés postraumático. *Uaricha*. 11(25), 35-54. Recuperado de https://www.academia.edu/15349097/Modelos_cognitivo_conductuales_del_trastorno_por_estr%C3%A9s_postraum%C3%A1tico
- Guzman, M., Padrós, F., Laca,F., & García, T. (2015). Intervenciones psicológicas basadas en la evidencia para el trastorno por estrés postraumático. *Iztacala*, 18 (3), 1117-1192.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. y Walters, E. E. (2005). Life time prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62,593-602.Recuperado de http://www.ph.ucla.edu/epi/faculty/detels/PH150/Kessler_DSMIV_AGP2009.pdf
- Kessler, R.C., Ruscio, A.M., Shear, K. y Wittchen, H-U. (2009). Epidemiology of anxiety disorders. En M.M. Antony, y M.B. Stein, (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 19-33). Londres: Oxford University Press.
- Lee, D.J., Schnitzlein, C.W., Wolf, J.P., Vythilingam, M., Rasmusson. A.M., y Hoge, C.W. (2016). Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments. *Depress Anxiety*, 33 (9), 792-806. <https://doi.org/10.1002/da.22511>
- Macintosh, H. B., y Johnson, S. (2008). Emotionally focused therapy for couples and childhood sexual abuse survivors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(3), 298-315. doi:10.1111/j.1752-0606.2008.00074.x
- Martín, J.L y Ochotorena, J.(2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*. (16), 45-49.

- Meier, A., McGovern, M.P., Lambert- Harris, C., McLeman, B., Franklin, A., Saunders, E., C & Xie, H. (2015). Adherence and competence in two manual-guided therapies for co-concurring substance use and posttraumatic stress disorders: Clinician factor and patient outcomes. *American Journal of drugs and Alcohol Abuse*, 41 (6), 577-534
- Mendoza, C. (2009). *La Educación Social y El Trastorno de Estrés Postraumático: El Caso de María*. (Trabajo de Fin de Grado). Universidad de Valladolid, Valladolid.
- Mingote, J.C., Menjor, F., & Mingote, B. (2019). Tratamiento de personas adultas con trastorno de estrés postraumático II. *Aperturas Psicoanalítica*, 62 (3) ,1-18.
- Mingote, J.C., Menjón, F & Mingote, B. (2019). Tratamiento de personas adultas con trastorno de estrés postraumático I. *Aperturas Psicoanalíticas*, 61, 1-39. Recuperado de <https://www.aperturas.org/imagenes/archivos/ap2019%7Dn061a12.pdf>.
- Moreno, A.M. (2019). *Tratamiento farmacológico del Estrés Post-traumático: Presente y Futuro*. (Trabajo de Fin de Grado). Universidad de Cantabria, Santander.
- O'Connor, M., y Elklit, A. (2008). Attachment styles, traumatic events, and PTSD: A cross-sectional investigation of adult attachment and trauma. *Attachment and Human Development*, 10, 59-77. <https://doi.org/10.1080/14616730701868597>
- Paris, J. (2002). Predisposiciones, rasgos de personalidad y trastorno por estrés postraumático. *Revista de Toxicomanías*, 31, 1-10.
- Pieschacón, M, (2011). *Trastorno de estrés postraumático. Modelo cognitivo conductual*. Bogotá, DC Colombia: Ediciones Unidades.
- Polak, A.R., Witteven, A.B., Visser, R.S., Opmeer, B.C., Vulink, N y Olf, M. (2012). Comparison of the effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy and paroxetine treatment in PTSD patients: design of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2012,12:166.

- Reynoso, L; Becerra, A.N & Lugo, I.A. (2019). *Trastorno de estrés postraumático en adultos: Intervención cognitivo-conductual para víctimas de sismos*. Recuperado de <http://quartuppi.com/2019/ESTRES.pdf>
- Sánchez, J.M., & Sanz, J.(2018). La relación entre síntomas de estrés postraumático y las dimensiones de personalidad del modelo de los cinco grandes: una revisión sistemática. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 18, 75-93.
- Sareen, J., Cox, B., Stein, M., Alli, O., Fleet, C. & 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.
- Sareen, J. (2014). Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors, and treatment. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(9), 460-467.
- Taylor S.,Asmundson,G.G.,& Carleton,R.N(2006). Simple versus Complex PTSD: a cluster analytic investigation. *Journal of Anxiety Disorders*,20 (4), 459-472.
- Tolin, D.F., & Foa, E.B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132 (6), 959-992. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.959>
- Trujillo, M (2002). *Psicología para después de una crisis*. Madrid: Aguilar
- Tull, M. T., Barrett-Modell, H. M., McMillan, E. S. y Roemer, L. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy*, 38, 303-313.
- Paris, J. (2002). Predisposiciones, rasgos de personalidad y trastorno por estrés postraumático. *Revista de Toxicomanías*, 31, 1-10.
- Pieschacón, M,(2011). *Trastorno de estrés postraumático. Modelo cognitivo conductual*. Bogotá, DC Colombia: Ediciones Unidades.
- Reynoso, L; Becerra, A.N & Lugo, I.A. (2019). *Trastorno de estrés postraumático en adultos: Intervención cognitivo-conductual para víctimas de sismos*. Recuperado de <http://quartuppi.com/2019/ESTRES.pdf>

Vargas, A.N & Coria, K. (2017). *Estrés Postraumático: Tratamiento basado en Terapia de Aceptación y Compromiso* (1º ed). Bogotá: Manual Moderno.

Vázquez, C., Hervás, G. y Pérez-Sales.(2008). Chronic thought suppression as a vulnerability factor to posttraumatic symptoms: data from the Madrid March 11, 2004 terrorist attack. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1226-1236.

Zayfer,C & Black, C. (2007). Terapia Cognitivo Conductual para el Trastorno de Estrés Postraumático. Recuperado de www.academia.edu/28180592/Terapia_Cognitivo_Conductual_para_el_tratamiento_del_trastorno_del_estres_postraumatico