

Caso clínico JP, trastorno de estrés postraumático crónico en atención en IPS Servimed

Autor:

Deivy Jhoan Tapia Payares

Tutor:

Daisy Silva Caraballo

Universidad de San Buenaventura Cartagena
Facultad de Educación, Ciencias Humanas y Sociales
Especialización en Psicología Clínica, Cohorte IX
Cartagena D. T. y C.

2018

Resumen

JP es una Paciente de 46 años, llega a consulta por remisión del medico general de la IPS CERVIMED, actualmente padece una enfermedad medica de Hipertensión Arterial la cual ha sido controlada de forma satisfactoria con tratamiento farmacológico. En la consulta por psicología JP manifiesta sentirse confundida y extraña, siente que últimamente su vida a cambiado en muchos aspectos hasta el punto de no saber que hacer para volver hacer misma de antes. Dentro de la información suministrada por la paciente, menciona como dato relevante un accidente automovilístico del cual fue víctima y su relación con las dificultades presentes son muy evidentes, luego de realizar una minuciosa evaluación de la sintomatología actual en JP su diagnóstico principal es de Trastorno de Estrés Postraumático crónico con una duración de mas de 6 meses, en donde constantemente Reexperimenta episodios del trauma, evita tener contacto directo con estímulos que fueron asociados con el evento traumático y existe una activación fisiológica cuando entra en contacto con ellos, cuando tiene pensamientos propios del accidente o algo que lo relacione con el hecho, en muchas ocasiones es hipervigilante con su entorno, porque cree que cualquier momento puede estar inmersa en otro accidente. Además, cuenta con otras dificultades que trascendieron a partir del diagnostico principal como problemas en las relaciones interpersonales con familiares, amigos y compañeros de trabajo, al igual que dificultades propias de su labor como ingeniera de sistemas, esta última situación puede agravar de forma significativa la situación actual de la paciente porque sus dificultades laborales han llegado a un punto de que pueden cancelar su contrato laboral por no cumplir con las funciones específicas estipuladas dentro de su cargo precisamente por temor de viajar y transportarse en cualquier vehículo, esto le ha

generado llamados de atención de sus superiores y sin duda alguna perder su trabajo dificultaría aun mas el estado actual de la paciente.

Los instrumentos utilizados para el proceso de evaluación permitieron corroborar y dar datos importantes dentro del análisis de variables, se utilizó la estala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, Escala de Trauma de Davidson, Inventario de Pensamientos Automáticos que dejo en evidencia las distorsiones cognitivas presentes en la paciente visión catastrófica “ Si me trasporto en un vehículo me voy accidentar”, “Ese carro viene pintando porque tal vez se quedó sin frenos”, Filtraje o abstracción selectiva ” No quiero trasportarme en vehículos son inseguros” , Pensamiento polarizado “solo pasan cosas malas”, Culpabilidad “ fue mi culpa no debí montarme en ese bus”, Sobre generalización “Sera que Nunca saldré de esta situación”. También se aplicó el Inventario de Depresión de Beck para evaluar si en la paciente existen manifestaciones de depresión y el Cuestionario de Habilidades Sociales para determinar el grado de desarrollo de competencias sociales de las cuales evidencio un nivel bajo.

El grado de efectividad de que tiene el modelo cognitivo conductual en los tratamientos de TEPT nos dan un respaldo empírico que muestra en múltiples investigaciones la eficacia de este, para el plan de tratamiento que se adelanta, se confirma que con una buena base teórica y con la aplicación de las técnicas de forma adecuada se logra cumplir con los objetivos planteados, todo eso se evidencia en los avances que hay desde el proceso de evaluación, hasta la última sesión realizada en el proceso de intervención en JP.

Historia Clínica

1. Identificación: J P

Edad y fecha de nacimiento: 46 Años. 22-03-1972

Sexo: Femenino

Estado civil: Separada

Nivel de escolaridad: Universitaria

Ocupación/ profesión: Ingeniera de Sistemas

Lugar de procedencia: Ovejas

Religión: católica

Numero de sesiones:

Fecha de inicio de sesión: 12-03-2018

Toma algún medicamento psiquiátrico: No

Evaluado por: Deivy Jhoan Tapia Payares

Enfermedad médica: Hipertensión Arterial (Riesgo Bajo)

2. Contacto inicial

Paciente de 46 años, su apariencia física es acorde a su edad cronológica, llega a consulta por sus propios medios, sin acompañante, orientación alopsíquica (orientada en tiempo y espacio), paraprosexia (atención alterada centra su atención es otras cosas), con vestimenta en buen estado, acorde a la ocasión, sin contacto visual con el terapeuta, en ocasiones con movimientos corporales repetitivos, en su lenguaje la intensidad de la voz es baja, fue remita a psicología por medicina general.

3. MOTIVO DE CONSULTA

Medico: Paciente de 46 años, llega a consulta de control por hipertensión arterial, al realizar los exámenes pertinentes, se evidencia una presión arterial un poco alta, se le indica a la paciente seguir con la dosis de losartan 50 mg cada 12 horas y se procede a realizar ECG, química sanguínea, Monitoreo de presión arterial por una semana, se hacen las recomendaciones respectivas para que la paciente siga teniendo una buena adherencia al tratamiento, al finalizar la consulta la paciente comenta “que tiene varias dificultades que están afectando su vida y que tal vez eso a influido en el aumento de su presión arterial, por lo que siempre la ha mantenido normal”.

JP agrega sentir sensaciones extrañas y dice no sentirse la misma de antes, se ve un poco confundida y angustiada, se hace remisión a Psicología, pendiente de evolución de JP y lectura de resultados.

Paciente: En la consulta hecha por psicología, JP expresa “para mi es muy importante venir acá, aunque al principio sentía mucho miedo, cuando a uno lo mandan donde el psicólogo uno cree que tiene algo malo, pero lo mire por el lado positivo y tengo la fé en Dios que usted podrá darme la ayuda necesaria para superar este momento tan difícil de mi vida.” la paciente mantiene una actitud positiva ante la consulta y de forma abierta relata al terapeuta el motivo de su consulta. “Siento que a partir de un accidente automovilístico que sufrí, tengo muchas dificultades para trasportarse, ya no sé qué hacer, antes del accidente no tenía ningún tipo de dificultad para montarme en un vehículo, desde el suceso ya no me siento segura y experimento muchas sensaciones horribles”.

4. QUEJAS DEL PACIENTE

Aspecto cognitivo: La paciente relata que al salir cree que algo malo le puede pasar y no estar en un sitio seguro le hace pensar aún más cosas malas que puedan pasar.

“constantemente vienen a mi mente los sucesos del accidente, creo que tal vez pude hacer algo para evitar montarme en ese bus y coger un taxi”, “aunque los vehículos son inseguros, por eso ya no me da seguridad transportarme en ellos y mejor evito salir”. JP agrega que constantemente piensa en cosas negativas, a mi mente llegan imágenes de repente que me recuerdan el accidente, en varias oportunidades me han invadido escenas un poco confusas de lo que paso ese día. “ya no puedo ni controlar mi vida, a veces pienso que no voy a hacer la misma de antes, soy una boba”

Aspecto afectivo: JP manifiesta sentirse culpable, triste, angustiada y con mucho temor de salir, tomar cualquier vehículo y sufrir otro accidente de tránsito, prefiere salir caminado y solo lo hace por calles que no sean transitadas, esto la hacer sentir más tranquila y aliviada, pero si pasa un vehículo en movimiento muy cerca de JP siente que la invade un miedo por dentro como si algo le fuera a pasar.

Aspecto conductual: Desde poco tiempo después del accidente JP evita a toda consta trasportarse en vehículos, en ocasiones hacen paseos familiares a distancias que requiere de viajar en Autos y prefiere mejor quedarse en casa, pero luego termina llorando ante la impotencia de quedarse sola en casa y no poder controlar el miedo y la situación que le genera malestar al momento de intentar subirse a un vehículo. En varias ocasiones a discutido con sus

familiares porque considera que no la entienden, “claro como a ninguno de ellos le ha tocado pasar por un accidente, no logran entender lo desagradable que es pasar por una situación, así como la que yo viví”.

Aspecto fisiológico: JP expresa que ha experimentado sensaciones como: taquicardia, temblores en las piernas y brazos, mareos, molestias estomacales, tensión en los músculos, dificultad para respirar, hormigueo en la cara y brazos, palpitaciones, opresión en el pecho.

Aspecto relacional: En el trabajo ha presentado muchas dificultades, por lo que ha tenido que desplazarse a otros lugares de la región y siempre saca alguna excusa para no ir, pero sus jefes ya se han dado cuenta y le han hecho varios llamados de atención por no acatar ordenes y no cumplir con sus obligaciones contractuales, las relaciones interpersonales con los compañeros de trabajo se han deteriorado hasta el punto de que JP se aislado un poco y no comparte con nadie en la oficina, igualmente con sus familiares las relaciones no pasan por buenos momentos, las discusiones con sus padres son muy frecuentes por distintos motivos, JP cree que sus padres le tienen lastima por la situación actual y tratan de consentirla mucho y estar muy pendientes de ella; con su hija era muy apegada, pero ya casi no comparten tiempo juntas, “mi hija dice que he cambiado mucho, que no soy cariñosa, ni comparto tiempo con ella, salíamos muy a menudo de compras o a cine, pero hoy en día no hacemos nada de eso, mi hija debe pensar que soy una mala madre, que ya no la quiero, debería ser mas complaciente con mi hija, pero ahora mismo no puedo”.

Aspecto contextual: A todo momento evita movilizarse en vehículos, JP cree que algo malo va a pasar si lo hace, el sonido de las ambulancias o los pitos de los carros le producen mucho malestar, se siente segura en calles poco transitadas y para trasportarse lo hace a Pie, cuando camina por sitios con mucho flujo de vehículos sufre mucho y solo cruza la calle cuando no ve vehículos, tarda mucho tiempo en hacerlo. La paciente dice que “sería terrible volver a vivir un accidente, es difícil aun cuando no te ha pasado nada grave”.

5. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE PROBLEMAS

- * Problema No.1: Respuesta de ansiedad y de angustia al re-experimentar episodios traumáticos.
- * Problema No.2: Problemas en las relaciones interpersonales con los compañeros de trabajo, familiares y amigos.
- * Problema No.3: Dificultades laborales.

Problema No.1: Respuesta de ansiedad y de angustia al re-experimentar episodios traumáticos.

JP manifiesta que con una frecuencia de 4 a 5 veces al día recuerda los episodios vividos en el accidente de tránsito en el cual fue víctima, “cuando viene a mi mente esos recuerdos siento que mi corazón late muy fuerte y mis manos, piernas tiemblan, me cuesta mucho respirar, las sensaciones en general que experimentos son muy feas”, además agrega la

paciente. “siento que soy una estúpida, no debí montarme en esa buseta, si hubiera tomado un taxi, nada me habría pasado”.

La paciente indica que todo comenzó cuando iba a realizar una visita de soporte técnico a una empresa en el Carmen de Bolívar para realizar una actualización de servidores, como de costumbre se desplazó hasta la carretera a esperar que pasara el transporte, varios taxis pasaron en ese momento pero decidió esperar que pasara mejor una buseta que le salía más económico; “cuando iba en la buseta sentía incomodidad por el calor y porque hacía muchas paradas”, cuando faltaban pocos kilómetros para llegar al destino final la buseta iba muy rápido se quedó sin frenos y por eso el conductor no pudo maniobrarla y se fue de largo en una curva y el vehículo se volcó, aunque solo tuvo golpes y laceraciones no graves, le impresionó mucho ver a los heridos y el estado en el cual quedó la buseta, ante las situaciones de pánico vividas en el momento, muchos ayudan a evacuar a los heridos y a JP le comentan que estaba muy alterada y angustiada y de repente perdió el conocimiento y se desmayó. JP dice que aun después de 6 meses del suceso se siente muy afectada hasta el punto de que su vida a tenido un giro de 180 grados, los pensamientos negativos y las actitudes de sentirse culpable de todo lo que pasó es algo que ha marcado a la paciente.

Problema No.2: Problemas en las relaciones interpersonales con los compañeros de trabajo, familiares y amigos.

La paciente expresa que ha tenido deterioro en las relaciones con sus compañeros de trabajo, familiares cercanos y amigos, JP se aleja de sus compañeros porque “ellos intentan

ayudarla a superar sus miedos”, pero ella cree que lo que tratan de hacer para ayudarla solo la perjudica, también se siente muy intimidada porque le dicen “que es muy boba, que tiene que poner de su parte para poder superar los miedos”. Con sus familiares cercanos, ha dejado de compartir ya no pasan tiempos juntos, JP agrega que estar sola es mejor porque así no se siente presionada, pero ella expresa que “me siento muy culpable, si habría evitado montarme en ese bus, no me habría accidentado y la vida fuera como antes”, “la vida es muy injusta conmigo”, “que hecho para merecer esto”, “lo peor de todo es que soy la culpable que las relaciones con mi familia y compañeros de trabajo estén así”, “mi hija de 12 años me reclama a cada momento porque no salgo con ella, tal vez ella no logra comprender la situación por la cual estoy pasando”, “nadie me entiende”. La paciente considera que ha dejado de frecuentar a sus amigos para que ellos no la vean como “una inútil que no es capaz de solucionar sus propios miedos, además siempre que nos reunimos hablábamos de cosas positivas que nos pasaban o de como superábamos las dificultades y si les hablo de mis problemas tal vez no me entiendan de porque no he podido solucionarlo”.

Problema No.3: Dificultades laborales.

JP manifiesta que su labor amerita realizar viajes a nivel de la región para realizar procesos de soporte técnico cuando las empresas que lleva a cargo lo requieran, cuando no hay solución a determinado inconveniente, se tiene acercar para personalizarse de la situación que se presente, pero ante la negativa de JP de movilizarse en vehículos, ha dejado de ir a varios lugares de las cuales tenía que asistir personalmente para dar solución a las peticiones de soporte técnico, pero su jefe le ha tocado encomendar los viajes a otro personal por la

negativa de JP de trasladarse, por esta razón la paciente ha recibido varios llamados de atención y teme que su jefe tome la decisión de sacarla por no cumplir con una de sus funciones, aunque JP agrega que su jefe le ha recomendado buscar ayuda profesional, pero ella pensaba que con el tiempo todo iba a volver a la normalidad.

6. ANÁLISIS FUNCIONAL

Tabla 1

Problema No.1: Respuesta de ansiedad y de angustia al re-experimentar episodios traumáticos.

Antecedente (situación)	Respuesta	Consecuencia
JP va caminando por la calle y de un momento a otro pasa un vehículo a toda velocidad por su lado tocando el pito.	<p>Rta. Cognitiva: “me va a atropellar ese bus, viene muy cerca, rápido y tocando el pito, será que trae alguna falla mecánica”. “tengo que alejarme por si acaso se accidenta, que tal si pierde los frenos”</p> <p>Rta. Emocional: Angustia, miedo</p> <p>Rta. Fisiológica: Sudoración, sensación de ahogo, taquicardia, mareo, malestar estomacal</p> <p>Rta conductual: Sale corriendo y buscar refugiarse dentro una casa o se aleja lo mas posible del vehículo.</p>	Evita caminar por calles transitadas y solo cruza la calle cuando no ve vehículos cerca (Refuerzo Negativo)
En ocasiones ha despertado a media noche con pesadillas donde JP sufre un accidente vehicular y despierta agitada al sentir la sensación de ser real.	<p>Rta. Cognitiva: “Soy una estúpida, solo era un sueño, pero todo parecía tan real hasta que despierto y me levanto y me doy cuenta” “Ahora no voy a poder dormir bien”</p>	Siente un alivio, se tranquiliza y se relaja (Refuerzo Negativo)

Rta. Emocional: Desespero,
temor, culpa, tristeza,
nostalgia

Rta. Fisiológica:
Taquicardia, palpitaciones,
sudoración, dificultad para
respirar, insomnio.

Rta conductual:
Pararse de su cama y reza el
rosario y luego se Tomar una
pastilla de alprazolam de 0,5
mg para poder dormir.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2

Problema No.2: Problemas en las relaciones interpersonales con los compañeros de trabajo, familiares y amigos.

Antecedente (situación)	Respuesta	Consecuencia
La empresa donde trabaja JP hace una integración para que asistan todos, contratan una buseta para trasladarlos al sitio, todos asisten con sus familias y JP dice sentirse mal de salud y no asiste.	Rta. Cognitiva: “me voy a hacer la enferma para no ir”. “sí me voy en la buseta me puedo accidentar, mejor me quedo en la casa y estoy segura”	Evita las integraciones y salidas con sus compañeros de trabajo, para no trasportarse en vehículo (Refuerzo Negativo).
	Rta. Emocional: Angustia, Inseguridad	
	Rta. Fisiológica:	

Opresión en el pecho
y respiración rápida

Rta conductual:

Evita ir a la
integración y se va
para su casa.

A mediodía cuando llega almorzar a su casa y observa que están viendo noticias, a JP le molesta esto y les pide a sus padres que cambien de canal, esta situación les genera malestar a sus padres porque ella no los deja ver las noticias.

Rta. Cognitiva:

“otra vez esas noticias que solo muestran desgracias”.
“es terrible ver noticias de accidentes y personas heridas”

Captar la atención de sus padres y ellos la consuelan. (Refuerzo Positivo)

Rta. Emocional:

Fastidio, frustración,
rabia

Rta. Fisiológica:

Sudoración en las manos, Taquicardia.

Rta conductual:

Decide apagar el televisor y se va a

llorar a su cuarto,
porque dice que nadie
la entiende.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3

Problema No. 3: Problemas y dificultades laborales.

Antecedente (situación)	Respuesta	Consecuencia
Cuando se va de su casa al lugar de trabajo caminando busca las calles más solitarias y el trayecto le resulta un poco más largo, pero evita encontrar sitios con mucho tráfico y JP cree que así evitara accidentes.	Rta. Cognitiva: “debo irme por los sitios donde no transiten muchos vehículos para evitar ser víctima de un accidente accidentes”. “que horrible caminar con los tacones”. “siento que no voy a llegar nunca a mi trabajo, llegare tarde y mi jefe me va a regañar”	Recibe un insulto del jefe delante de todos sus compañeros y tiene que reponer el tiempo que faltó al final de la jornada de trabajo (Castigo Positivo).
	Rta. Emocional: Desespero, angustia, temor	

Rta. Fisiológica:

Hiperventilación, sudoración,
tensión muscular, mareo

Rta conductual:

Sentarse a descansar
constantemente en el trayecto
y llega tarde a su trabajo.

Hace unos meses fue
seleccionada para ser
coordinadora en la empresa
que labora y esto ameritaba
más responsabilidad y tener
que viajar a trayectos más
largos.

Rta. Cognitiva:

“tan solo pensar en que me
tocaría viajar a cada rato me
da de todo”
“No seria capaz de
mantenerme en el cargo”
“Que tal si en uno de esos
viajes me pasa algo, no me
gustaría vivir otra experiencia
como la que pase”

Rta. Emocional:

Tristeza; negación, temor,
miedo

Rta. Fisiológica:

Rechaza la oferta de ascenso,
porque así evita tener que
viajar y volver a sentir los
malestares que experimenta la
paciente (Refuerzo Negativo).

Mareo, náuseas, taquicardia,
debilidad, temblor en las
piernas.

Rta conductual:

Se sienta a llorar ante la
impotencia de no saber qué
hacer a pesar de ser una
buena oportunidad laboral y
decide no aceptar la oferta.

Fuente: Elaboración propia.

7. RELACIÓN MOLAR DE LOS PROBLEMAS

- * Problema No.1: Respuesta de ansiedad y de angustia al re-experimentar episodios traumáticos
- * Problema No.2: Problemas en las relaciones interpersonales con Familiares, amigos y compañeros de trabajo
- * Problema No.3: Dificultades laborales

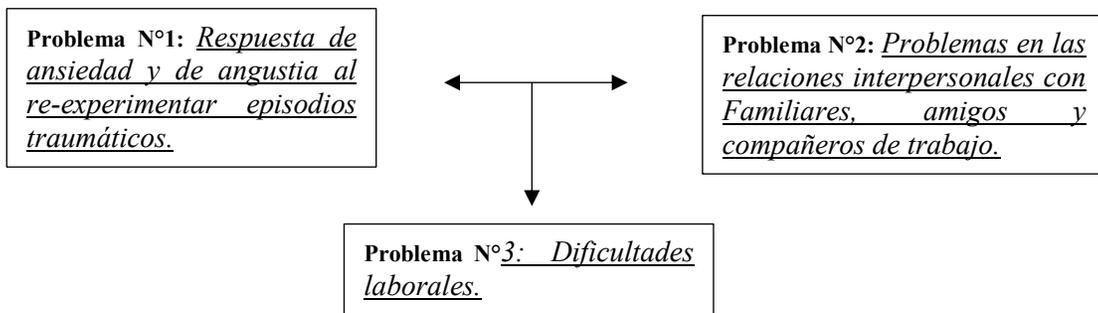


Figura 1: Análisis molar de los problemas.

Fuente: Elaboración propia.

Existe una relación Anidada entre la respuesta de ansiedad y de angustia al re-experimentar episodios traumáticos (P1) y Problemas en las relaciones interpersonales con amigos, familiares y compañeros de trabajo (P2) y ambos problemas tienen una relación jerárquica con las dificultades laborales (P3).

8. ANÁLISIS HISTÓRICO Ó ANÁLISIS DE DESARROLLO

Historia personal: JP nació el 22/03/1972, en la ciudad de Sincelejo sucre, nació por parto natural, su estatura es de 1.62 de contextura media, su cabello es de color café.

Cuanta que esporádicamente desde niña su madre la llevaba a la iglesia católica los domingos en la tarde, pero a partir de los 17 años no asistía con la misma frecuencia que en años anteriores, siempre le gustaba tener amigos, desde muy niña le gustaba compartir con sus amigos de barrio y travesear con esos juegos tradicionales que ya hoy ha desaparecido.

JP considera que vivió una niñez normal como la de cualquier niño, ha pesar de vivir en un lugar que no tenía muchos lujos, sus padres siempre le dieron lo que estaba a su alcance para que no le faltara lo necesario. Desde los 40 años fue diagnosticada con Hipertensión arterial, actualmente toma losartan, todo comenzó cuando empezó a sentir malestares que indicaban ser producto de hipertensión, fue donde el medico después de realizarse unos exámenes le dieron el diagnostico, agrega que a nivel familiar hay un gran numero que ha padecido esta enfermedad; JP destaca que después de ser diagnosticada y medicada ha seguido al pie las indicaciones del medico y por lo tanto no ha tenido ningún inconveniente

con eso, “ parece que no tuviera nada, he sabido manejar mi condición medica y desde hacen 6 años que supe que era hipertensa no he tenido complicaciones”.

JP dice que reconoce que desde niña a siempre tuvo dificultades para manejar situaciones que le generaban estrés, “siempre me bloqueaba”.

Historia familiar: la paciente relata que su madre siempre a sido muy amorosa con ella, aunque siempre la cuidaba mucho por ser la única mujer entre sus hermanos, constantemente esta pendiente de ella, no la dejaba tener novio y la celaba mucho cuando sus amigos o compañeros de clase la visitaban para realizar tareas o simplemente pasaban a saludar, su madre temía que JP quedara embarazada a temprana edad o algún hombre la utilizara. Su padre es muy estricto y correcto en sus cosas, era un poco exigente en cuanto a lo académico, siempre les recalca a sus hijos que tenían que sacar buenas notas porque el se esmeraba para darles todo y lo mínimo que podían hacer era retribuirlo con buenas calificaciones, el régimen de crianza del padre fue autoritario, constantemente gritaba por todo y cuando no le gustaba algo sus reclamos eran con un tono agresivo y humillante, JP recuerda que desde su infancia tenía temor de su padre por su forma de tratar a cada uno de sus hermanos. Para los estudios universitarios, cuenta que tuvo mucha mas libertad y conoció muchas cosas de las cuales desconocía porque sus papas no la dejaban salir y ella era muy inocente, en una salida con sus compañeras de estudio fue que conoció al padre de su hija, JP describe que fue amor a primera vista, desde el segundo semestre hasta terminar su carrera universitaria fueron novios, al año de terminar sus estudios quedo embarazada y agrega que a partir de ese momento empezaron las dificultades con su pareja y tiempo después decidieron separarse.

Actualmente no tiene pareja, pero al irse a vivir de nuevo con sus padres le sirvió de mucho para superar la ruptura sentimental con su pareja.

Historia académica y/o laboral: Comenzó la primaria desde los 6 años, siempre se destacó como una buena estudiante, quizás por la presión que ejercía su padre por sacar buenas notas le ayudaba a dedicar mucho tiempo al estudio, recuerda que siempre tuvo buenas relaciones con sus compañeros con los cuales compartió en los procesos educativos. JP decía que se estresaba mucho cuando tenía evaluaciones en el colegio por lo que se tenía que esmerar mucho estudiando para sacar buenas calificaciones y no defraudar a su padre, “solamente perdí como 2 evaluaciones y lo recuerdo tanto porque mi padre me regañó mucho, en ese tiempo me sentí un poco defraudada conmigo misma, por lo que había decepcionado a mi padre”. siempre fue muy amante a los computadores, aunque sus padres le decían que eso era para hombres, esto no fue impedimento para estudiar la carrera universitaria de ingeniería de sistema de la cual se graduó de forma satisfactoria, casualmente el desempeño que tuvo en el sitio de practicas le permitió que le dieran un contrato laboral, apenas termino su carrera y se ha mantenido hasta la actualidad.

Historia socio-afectiva: JP relata que no recuerda tener inconvenientes con sus amigos de barrio o compañeros de colegio, se reconoce que desde niña fue una mujer cariñosa, sociable, con las personas que compartían a su alrededor, aunque en su infancia no tenía tantos amigos porque como sus papas no la dejaban salir mucho, sus amigos eran los vecinos mas cercanos y compañeros de colegio, pero si compartía mucho tiempo con sus primos cuando se reunían en familia. Su madre era muy cariñosa con ella, la relación con sus hermanos siempre ha sido excelente, pero su padre no era muy amoroso, es mas JP dice “no

recuerdo que mi padre me haya dicho alguna vez te quiero, yo se que el si nos quería, pero es un hombre que no le gusta demostrar sus sentimientos, así es con mi madre, no entiendo como haría para enamórala”.

Historia sexual: El inicio de su vida sexual comenzó en la universidad, justamente con el que fue el padre de su hija, JP relata que fue muy inocente cuando entro a la universidad, en el colegio no hablaba de esas cosas con sus compañeras y sus padres nunca se sentaron hablar con ella sobre sexualidad, comenta que al principio de la relación con su novio le costó mucho tener relaciones sexuales con su pareja, ella llevaba presente que pasaría si sus padres se enteraran que ya no era señorita, por su desconocimiento ella manejaba la sexualidad como un tabú y pensaba mucho en lo que podía pasar.

Actualmente la paciente relata que desde que se separo de su pareja su vida sexual es muy baja, hasta el punto de que para ella eso paso a un segundo plano.

Historia del problema: JP refiere que ella siente que las dificultades comenzaron desde que sufrió un accidente en bus, “ese día me disponía a viajar a realizar una visita de trabajo a una empresa que se le presta servicio de soporte técnico, desde que salió el bus iba muy rápido, pero nadie le dijo nada al conductor por su exceso de velocidad y justo antes de llegar al lugar de destino el bus perdió los frenos y el conductor no supo cómo maniobrar el vehículo y se volcó, “para mi fueron los momentos mas largos de mi vida, sentir como rebotaba dentro del bus y seguía de largo, no veía la hora en que acabara todo”. “Luego todos comenzaron a salir del bus asustados, yo quede muy impresionada con todo y pensaba que era un sueño, miraba a mi alrededor y ver a los heridos llorar, observar el estado en que algunas personas quedaron, verlos con sus heridas abiertas, sentir como las personas se aglomeraban

para mirar lo que pasaba y el desespero de querer salir del bus me angustio mucho, la verdad es que son pocos detalles que recuerdo, todo es muy confuso, a veces trataba de recordar lo que paso pero me ponía muy mal cuando lo hacía, me ayudaron a salir del bus y enseguida perdí el conocimiento, hasta ese momento recuerdo todo, luego cuando desperté estaba a un lado de la carretera y escuchaba sonido de ambulancias, hoy en día es algo que no soporto escuchar”. Desde entonces la paciente relata re-experimentar constantemente los episodios traumáticos vividos en el accidente.

9. PROCESO DE EVALUACIÓN CLÍNICA

Tabla 4

Proceso de evaluación clínica (pruebas aplicadas y resultados):

Instrumento	Objetivos	A. Cuantitativo	A. Cualitativo
ENTREVISTA.	Recolectar información objetiva a partir del pensamiento, la emoción y conducta, a partir de su experiencia personal.	Se realizaron 3 sesiones de 45 Minutos con aportes significativos para el proceso de evaluación	Identificación de aspectos relevantes de la niñez, de la adolescencia y su edad adulta, para comprender las causas del problema.

Escala de	Evaluar la		Punt o de Cort e	Puntuació n Obtenida	Aplicada la
Gravedad de	gravedad de				escala de
Síntomas del	los síntomas				gravedad de
Trastorno de	de estrés	Escala Global (Rango 0-51)	15	43	síntomas a JP se
Estrés	Posttraumático	Escalas Específicas		32	observa que los
Posttraumático	.	Reexperimentación (Rango 0-15)	5	12	rangos de
(Echeburúa,		Evitación (Rango 0-21)	6	17	puntuación son
Corral, Amor,		Aumento de la Activación (Rango 0-15)	4	14	altos en
Zubizarreta y					reexperimentación,
Sarasua, 1997).					evitación y
					aumento de la
					activación y las
					manifestaciones
					somáticas de la
					ansiedad en
					relación con el
					suceso
					parcializan un
					valor
					significativo que
					evidencia la
					gravedad de los
					síntomas del

estrés
postraumático en
la paciente.

Inventario de Hacer una Total:11 Normal.
de depresión de evaluación
Beck (BDI). objetiva de las
manifestacion
es de la
depresión.

<p>Inventario de Medir los pensamientos tipos de automáticos de distorsiones cognitivas en Ruiz y Lujan 1991. el individuo a quien se le realice el inventario.</p>	<p>Visión catastrófica: 9 Filtraje o abstracción: 9 Selectiva: 9 Pensamiento polarizado:8 Falacia de recompensa: 8 Divina: 7 Culpabilidad: 7 Sobregeneralización: 5 Los deberías: 4 Falacia de razón: 2 Etiquetas globales: 1 Razonamiento emocional: 1 Falacia de control: 0 Personalización: 0 Interpretación del pensamiento:0</p>	<p>Se evidencia que las distorsiones que se muestran en el análisis cuantitativo con puntaje igual o superior a 6 en su totalidad indica que Jp tiene la tendencia a padecer dicha distorsión cognitiva por su forma de interpretar los hechos de su vida.</p>
<p>La Escala de Trauma de Davidson. valorar la frecuencia y severidad de los síntomas del trastorno por estrés</p>	<p>Frecuencia: 55 Gravedad: 59 Total: 114</p>	<p>La frecuencia y gravedad de los síntomas de estrés postraumático muestran índices</p>

postraumático
en sujetos que
han sufrido un
evento
estresante.

significativamente
e altos que
evidencian la
afectación del
evento
traumático en JP,
tanto en la
frecuencia de
ciertas
situaciones
propias del
trauma y su
gravedad
marcada.

CUESTIONARI Determinar el Total: 95
O DE grado de
HABILIDADE desarrollo de
S SOCIALES. competencias
sociales en las
que JP se
desenvuelve
en los
contextos.

Pocas
Habilidades
sociales.

10. FACTORES DE DESARROLLO DEL PROBLEMA

a. Factores de predisposición:

- Biológica: No Manifiesta.
- Social: Pocas amistades y las relaciones sociales en su adolescencia eran limitadas por el cuidado de sus padres.
- Psicológica: Dificultad para el manejo de situaciones estresantes y la presencia de distorsiones cognitivas
- Familiar: Padre exigente y estricto, muchas veces imponente en el hogar y en especial con JP, por el lado de su madre siempre la sobreprotegía y estaba muy pendiente de JP

b. Factores Adquisitivos:

- Condicionamiento clásico:

EI: Accidente

EC: vehículos

RI: Miedo a desplazarse en vehículos

RC: Evitación

Condicionamiento Operante: Tener que viajar en un vehículo lo identifica como peligroso, esta situación le generan tensión y aparece su respuesta de evitación, lo que hace que reduzca su tensión y logra una respuesta de evitación en el futuro. Refuerzo Negativo.

c. Factores Desencadenantes o Precipitantes:

- Proximal: Accidente de Transito
- Distal: Presencia de creencias centrales de debilidad
- Factores de Mantenimiento: Al Evitar tener contacto con los estímulos adversos los malestares disminuyen en JP y por lo tanto la evitación se convierte en un factor que mantiene su conducta.

11. EVALUACIÓN MULTIAXIAL Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Evaluación Multiaxial

Eje I: F43.1 Trastorno Estrés Postraumático Crónico (diagnostico Principal) [305.20]

Eje II: Z03.2 Sin diagnostico [V71.09]

Eje III: I10 Hipertensión Esencial (CIE-10)

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo: Se presentan discusiones frecuentes de JP con sus padres y existe un distanciamiento con su hija que ha perjudicado su relación.

Problemas Laborales: limita posibilidad de ascenso o de mejores oportunidades con mayores ingresos económicos, ha tenido altercados con su jefe y compañeros de trabajo.

Eje V: EEAG= 55 Actual (Presencia de dificultades en el hogar, su relación con amigos y compañeros de trabajo ha desmejorado mucho, a nivel laboral se presentan altercados que ha afectado la productividad y rendimiento de JP)

12. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad medica: Se diferencia de este trastorno porque la paciente no tiene dificultades por su condición medica de hipertensión, dentro de su historia clínica se evidencia una buena adherencia al tratamiento y su presión arterial se ha mantenido controlada y JP es muy juiciosa con la toma de la medicina, además dentro de su diagnostico se observa que la hipertensión es de riesgo bajo, igualmente JP dice que desde que fue diagnosticada nunca presento problemas y asimilo le forma responsable su condición clínica, por lo tanto no cumple con los criterios mínimos para T de Ansiedad debido a una Enfermedad Medica.

Trastorno Adaptativo: Puede ser desencadenado por un estresante de intensidad variable y expresarse a través de una gama de síntomas posibles y se diagnostica cuando un desencadenante extremo no reúne los criterios para Estrés Postraumático, En el caso de JP existe la presencia de un estresante psicosocial extremo y una constelación de síntomas específicos y su diagnóstico cumple con los criterios para estrés postraumático.

El **trastorno por estrés agudo** se diferencia del trastorno por estrés postraumático porque el cuadro sintomático del primero debe aparecer y resolverse en las primeras 4 semanas posteriores al acontecimiento traumático. Si los síntomas persisten más de 1 mes y reúnen los criterios de trastorno por estrés postraumático, debe cambiarse el diagnóstico de trastorno por estrés agudo por el de trastorno por estrés postraumático. En el caso de la paciente los síntomas siguen presentes luego de 8 meses posterior al accidente y en vez de resolverse ha empeorado, por lo tanto, no cumple criterio para trastorno por Estrés Agudo.

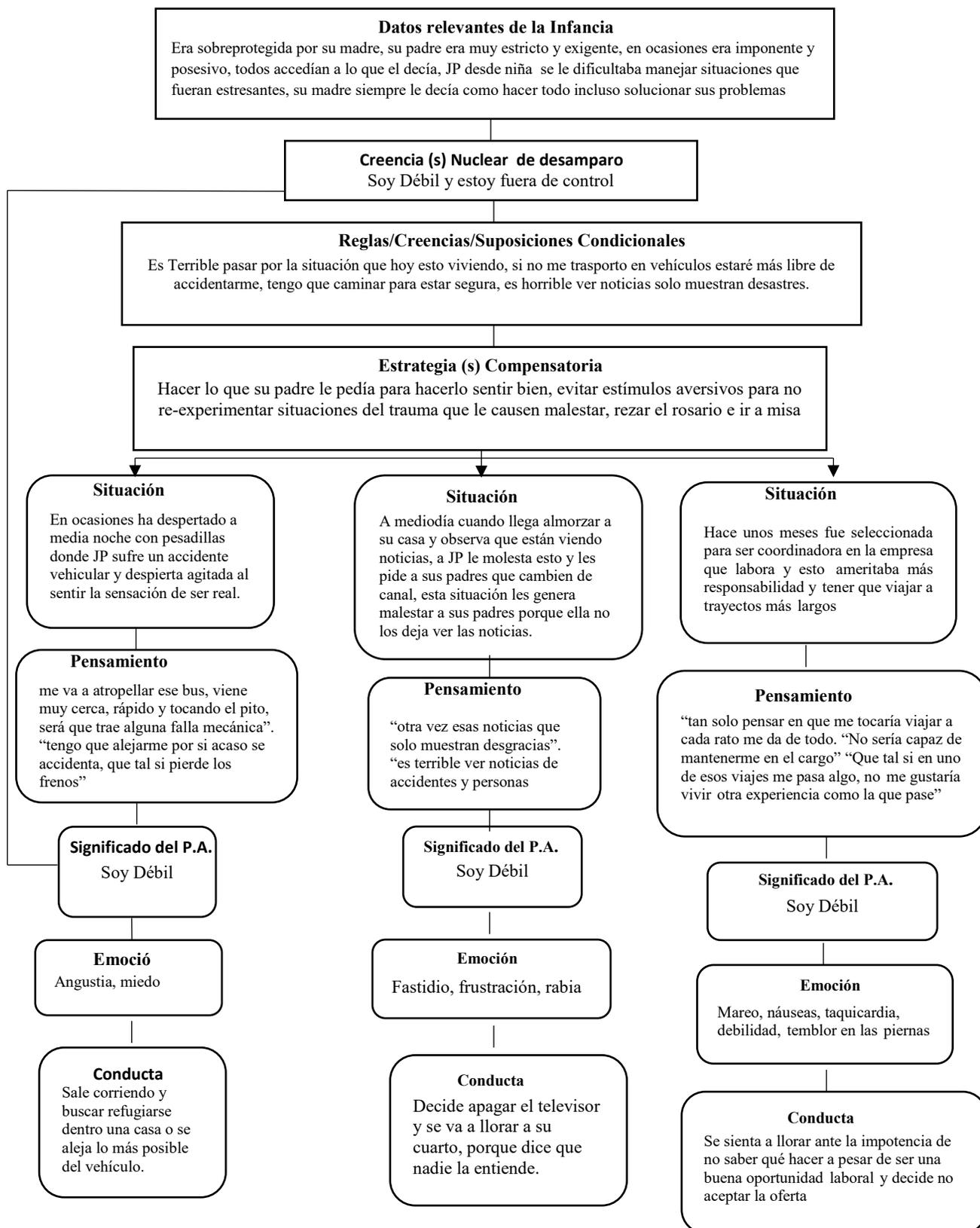
Trastorno obsesivo-compulsivo hay pensamientos intrusos de carácter recurrente, si bien el individuo los reconoce como inapropiados y no se relacionan con la experiencia de un acontecimiento traumático. Los *flashbacks* típicos del trastorno por estrés postraumático deben distinguirse de las ilusiones, alucinaciones y otras alteraciones perceptivas que pueden aparecer en la **esquizofrenia, otros trastornos psicóticos, trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, delirium, trastornos relacionados con sustancias y trastorno psicóticos debidos a enfermedad médica.**

Los pensamientos recurrentes, repentinos, las preocupaciones persistentes que JP experimentan se relacionan con el evento traumático (Accidente de Tránsito) Propios del estrés postraumático. La paciente no cumple con los criterios para trastorno Obsesivo-Compulsivo

13. CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA

Nombre del Paciente __N.F. Fecha :

Diagnostico Eje I : _____ Eje II : _____



14. FORMULACIÓN CLÍNICA

Luego de hacer un análisis de los problemas presentes en JP, no solo a partir del evento traumático el cual ha sido un detonante que ha marcado el origen de sus dificultades, si no también de sus experiencias en cada etapa de su desarrollo, la interacción con su medio social que fue un poco escasa y limitada por la constante sobreprotección de su madre, la cual no permitía que JP tuviera amistades y pudiera compartir con ellos, su padre todo el tiempo era muy exigente y controlador en ocasiones perfeccionista, no toleraba que JP tuviera tropiezos en sus estudios y constantemente le exigía buenos resultados en sus estudios, estas situaciones pudieron influir de manera directa a la poca tolerancia que tiene la paciente a situaciones estresantes; La forma en como las distorsiones cognitivas presentes en la paciente influyen en el modo de interpretar ciertas situaciones de forma negativa. Si relacionamos cada uno de los factores mencionados anteriormente y luego de la ocurrencia del accidente automovilístico hay una relación que los enlaza y logra determinar como la predisposición de múltiples elementos influye en conceder de manera excesiva la importancia de recuerdos, imágenes que le producen ansiedad y un continuo estado de alerta, evitación y reexperimentación de los sucesos del evento traumático.

Para ser más precisos el problema que presenta JP se puede explicar en su origen mediante:

1. Un proceso de condicionamiento clásico.
2. Formación de esquemas y distorsiones cognitivas.
3. Dificultades para el manejo de situaciones estresantes para JP desde su infancia.

4. Sobreprotección de su madre y autoritarismo de su padre, al igual que la exigencia en el cumplimiento de responsabilidades académicas y la no aceptación ante malos resultados de su padre mantenían a JP en constante tensión.

Objetivo terminal: Contrarrestar los síntomas del estrés postraumático (Reexperimentación, activación y evitación), y así disminuir o extinguir los problemas en las relaciones interpersonales con sus familiares, compañeros de trabajo y dificultades laborales

Objetivos instrumentales:

Realizar un plan de intervención de acuerdo con las necesidades del paciente encaminadas a trabajar con la eliminación de síntomas del estrés postraumático para facilitar la solución de las demás problemáticas de JP.

Identificar y modificar distorsiones cognitivas y Pensamientos Automáticos

15. CONCEPTUALIZACIÓN TEÓRICA

Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el trastorno por estrés postraumático.

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 (JP Experimento Un accidente Automovilístico el cual fue un evento traumático para ella)

(2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos (A partir del evento Traumático JP manifestó muchos temores, inseguridades y situaciones de pavor.

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

(1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones

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

(3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashbacks, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse)

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

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

Las reexperimentaciones en la paciente del accidente son totalmente evidentes tanto en recuerdos intrusos, sueños y pesadillas que le generan tensión, no tolera el acercamiento a estímulos adversos que son asociados con el trauma y las múltiples manifestaciones fisiológicas son consecuencia del contacto con dichos estímulos.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausentes 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 limitado (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, tener la esperanza de una vida normal).

Constantemente JP evita conversaciones sobre el evento traumático, dejar de frecuentar lugares y actividades que le recuerdan el accidente hacen parte del día a día; los vacíos en sus recuerdos del suceso y el desinterés de participar en actividades o eventos, todas estas situaciones toman fuerza a partir del trauma, antes de ello no hacían parte de la paciente.

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

- (1) dificultades para conciliar o mantener el sueño
- (2) irritabilidad o ataques de ira
- (3) dificultades para concentrarse
- (4) hipervigilancia
- (5) respuestas exageradas de sobresalto.

Cada uno de los síntomas de aumento de activación enmarcan el estado actual de JP que ha sido influenciado por el suceso traumático.

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

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Especificar si: Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses. Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más. De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

En la mayoría de los criterios de diagnóstico para Estrés Postraumático del DSM-IV-TR, indican la prevalencia de padecer el trastorno, no obstante, se tiene en cuenta los datos suministrados por la paciente en el proceso de evaluación y diagnóstico con el fin de tener la información precisa para llegar al diagnóstico principal: Por otra parte, el deterioro social y las dificultades laborales son flagelos que surgen como consecuencia del TEPT.

El principal modelo para explicar el TEPT es la teoría bifactorial de Mowrer (como se citó en Báguena, 2001) esta teoría supone la adquisición del miedo y la sintomatología de TEPT mediante condicionamiento clásico, donde la situación aversiva incondicionada (en este caso el Accidente Automovilístico) es asociada a una serie de estímulos originalmente neutros, que posteriormente adquieren propiedades condicionadas. Luego, la mantención del TEPT es explicada por la evitación de las situaciones (estímulos) condicionadas, mediante mecanismos de condicionamiento operante. De este modo, la respuesta evitativa es reforzada negativamente por el alejamiento de la situación aversiva condicionada. Lo anterior explicaría la funcionalidad de la evitación. Justamente en JP aplica este modelo si consideramos que uno de los factores adquisitivos para el desarrollo del TEPT y sus manifestaciones es el condicionamiento clásico y su mantenimiento se da por la evitación o escape ante el posible contacto con los estímulos aversivos, lo cual es un refuerzo negativo.

Nezu, Nezu y Lombardo (2006) indican que en el estrés postraumático los síntomas intrusivos y de aumento de la activación fisiológica se producen por condicionamiento clásico, donde se asocian estímulos aversivos (propios del evento traumático) con estímulos inicialmente neutros que posteriormente adquieren propiedades aversivas condicionadas. Producto de esta asociación los estímulos aversivos condicionados serían capaces de originar respuestas similares a las dadas ante el estímulo aversivo original, lo que conformaría el eje sintomático del TEPT (síntomas de intrusión y activación). Los autores indican que, en un esfuerzo por alejarse de la angustia, los pacientes evitan exponerse a estos estímulos asociados con el evento traumático. De este modo la conducta evitativa es reforzada negativamente, disminuyendo la probabilidad de que los síntomas intrusivos y de activación se extingan.

Ehlers y Clarck (2000) nos postula un modelo cognitivo por el cual el individuo desarrolla el estrés postraumático y su mantenimiento a lo largo del tiempo, 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 mal adaptativas, 5) El procesamiento cognitivo durante el trauma y 6)

Desde un punto de vista cognitivo, y en específico desde la teoría del procesamiento de la información aplicada al TEPT, Resick y Schnicke (1992) plantean que la sintomatología se relaciona con la interpretación que hace la persona sobre el evento traumático. Estos autores indican que el evento traumático es una nueva información que se interpreta de forma no congruente, alejada de las propias creencias y expectativas. De esta manera postulan que las víctimas podrían evitar el procesamiento del evento traumático, lo que permitiría que los recuerdos del trauma continúen surgiendo de forma involuntaria. Astin y Resick (1997) señalan que, adicionalmente, surgen respuestas emocionales y de activación fisiológica asociadas al recuerdo traumático que incentivan el surgimiento de las conductas evitativas.

Desde Ellis (1962) se puede hacer una explicación de la dinámica que se presentó para la actual situación psicológica de la paciente, este plantea en su teoría la existencia de A) un acontecimiento activador que básicamente es el suceso que suscita toda la problemática relacional y de ansiedad, en el presente caso el acontecimiento activador corresponde al Accidente Automovilístico que sufrió la paciente.

Por otro lado, en la teoría de este autor se habla de B) una valoración que hace el sujeto de la situación experimentada, que se halla ligada a pensamientos e interpretaciones que emergen luego del acontecimiento activador, JP emerge pensamientos e interpretaciones negativas frente al evento traumático que le genera malestar.

La valoración del Trauma desencadenó a C) consecuencia emocional y conductual que tiene que ver con los resultados que aparecen en última instancia y que se encuentran evidenciados en el caso mediante la ansiedad, el llanto, el aislamiento y la angustia.

A finales de los años sesenta, se empieza a concebir la ansiedad como un término referido a un patrón de conducta caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, cogniciones y activación fisiológica (Franks; citado en Clark y Beck, 2012), como respuesta a estímulos internos (cognitivos o somáticos) y externos (ambientales), en términos de aprendizaje, la ansiedad sería tanto una respuesta condicionada como una respuesta incondicionada, pudiendo ser las respuestas de ansiedad ante los estímulos condicionados superiores incluso a las producidas ante los estímulos incondicionados (Wolpe; citado en Clark y Beck, 2012); Spielberger *et al.* (1984) definen el estado de ansiedad como una reacción emocional de aprensión, tensión, preocupación, activación y descarga del sistema nervioso autónomo (citado en Clark y Beck, 2012); según la Asociación Americana de Psiquiatría (1994), la ansiedad fóbica se ha definido como una reacción excesiva o irracional a una situación particular; Hull (citado en Clark y Beck, 2012) conceptualiza la ansiedad como un impulso motivacional responsable de la capacidad del individuo para responder ante una estimulación determinada; Beck y Clark (2012) describen en su modelo de la ansiedad y el pánico una secuencia de procesamiento de la información basada en procesos cognitivos automáticos, por un

lado, y controlados por otro, al tiempo que consideran el papel crucial que la anticipación juega en la ansiedad; la teoría tridimensional de Lang (1968), se considera a la ansiedad como un sistema triple de respuesta en el que interactúan manifestaciones cognitivas, fisiológicas y motoras.

16. PLAN DE TRATAMIENTO Y DE INTERVENCIÓN

Tabla 5

Objetivos	Objetivos Específicos	Técnicas	Sesión	Indicador de Resultado
Contrarrestar los síntomas del estrés postraumático (Reexperimentación, activación y evitación), y así	Explicar la terapia cognitivo conductual bajo la cual se realizará el proceso de intervención de JP	Psicoeducación	2	Se Pudo dar una Explicación clara y concisa de la persistencia de los síntomas postraumáticos, igualmente educar a JP en cuanto a la terapia cognitivo conductual la cual fue aceptada y permitió establecer una buena relaciona terapéutica a partir de presentarle una justificación del tratamiento y en clarificar los objetivos y alcances de la terapia.
disminuir o extinguir los problemas en las relaciones interpersonales con sus familiares,	Enseñar a JP a diligenciar los Autorregistros de forma a adecuada y resaltar el	Entrenamiento en auto-observación y registro de cogniciones	2	Se logró que mediante el diligenciamiento de autorregistros JP pudo comprender como sus pensamientos influyen en sus emociones y conducta, esto ha permitio que la paciente comprenda los cambios y las secuelas psicológicas que la experiencia traumática le ha generado a nivel cognitivo,

compañeros de cumplimiento de las
trabajo y dificultades tareas para la casa.
laborales

emocional, fisiológico y conductual, hay que resaltar que JP
fue organizada y puntual con las tareas para casa con la
realización de autorregistros.

Enseñar al paciente a Entrenamiento
utilizar su respiración en relajación y
como mecanismo respiración
para neutralizar sus diafragmática
episodios de

2

Se logro una menor tensión muscular en JP y un mejor manejo
de su respiración para controlar eventos de hiperventilación,
igualmente el paciente ha podido modular estas técnicas en
ausencia del terapeuta.

ansiedad, igualmente tener una relajación corporal para minimizar los estados de estrés corporal.

Construir de forma colectiva actitudes que permitan el acercamiento a una realidad dejando a un lado los errores de percepción del paciente de las situaciones.

Dialogo
Socrático

1

Se logró contrarrestar muchas creencias que JP tenía en cuanto a la forma en cómo percibe situaciones de la vida diaria de forma errónea,

Modificar los Pensamientos Automáticos, distorsiones valoraciones negativas sobre el sentido personal del trauma en términos de sus causas	Reestructuración Cognitiva y	4	Se logró Modificar las interpretaciones y creencias encaminadas a las amenazas negativas que llevaban al individuo a estacarse ante ciertos estímulos que asociaba con la situación traumática y sus posibles consecuencias, esto permitió en la paciente generar respuestas de afrontamientos mas adaptativas y funcionales ante la percepción de su entorno.
--	------------------------------------	---	--

Construir un recuerdo bien elaborado, coherente y que sea contextualizado al trauma haciendo énfasis en su significado	Imaginería e imágenes	e	2	Entre el terapeuta y JP se logró construir episodios bien estructurados con una base conceptual que permitió que la paciente fuera mas objetiva y tuviera una visión neutral en frente a sus recuerdos autobiográficos. El acercamiento con imágenes proyectadas sirvió para entrar en contacto con los estímulos aversivos de forma indirecta y fueron tolerados por JP, aunque al principio le causaba mucha incomodidad.
--	-----------------------	---	---	---

Acercar gradualmente a JP a las situaciones que le generan ansiedad, enfrentando el miedo para poder vencerlo,	Exposición Gradual Jerarquizada		3	Al final de las distintas sesiones de exposición gradual se logró que la paciente pudiera dar sus primeros pasos al acercamiento con los estímulos que le producían malestar de forma directa, las técnicas de relajación y respiración diafragmática aprendidas por JP jugaron un rol fundamental para el control de los niveles de ansiedad al momento de entrar en contacto
--	---------------------------------	--	---	--

pero en dosis que resulten incómodas para JP pero que no sean abrumadoras para ella.

Entrenar en Entrenamiento 2
habilidades de en Habilidades
competencia social sociales
que le faciliten
aprender a interactuar
y ser receptivo

directo con las situaciones que le generaban angustia. De forma satisfactoria y con el control de las situaciones que se le podían presentar a JP, el terapeuta realizó trabajos de campo con JP con el fin de evaluar y mostrar a la paciente que podría controlar sus pensamientos y situaciones de tensión ante contextos incómodos que estaban fuera de control del terapeuta.

Se logró dar cumplimiento al objetivo planteado y JP pudo fortalecer su forma de expresarse, preguntar, participar, reconocer y validar sus sentimientos y ser más empática. Con el entrenamiento en habilidades sociales los problemas interpersonales en JP fueron manejados de forma más objetiva y el modo de relacionarse con su medio social mejoró significativamente.

Fuente: Elaboración propia.

17. EFECTIVIDAD Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO

El proceso de intervención Duro 3 meses, aunque en la actualidad se hace seguimiento al caso para evitar recaídas y estar pendiente de los avances que JP alcanzado durante todo el proceso. Haciendo un balance de forma general del proceso de intervención la paciente ha logrado superar de forma progresiva todas las dificultades presentadas al inicio del proceso evaluativo, sin duda alguna todas las actividades y la eficacia de las técnicas de intervención que se utilizaron han logrado generar cambios positivos en la reexperimentación, activación, evitación que le causaba a JP el acercamiento a estímulos aversivos que eran asociados con el evento traumático, también se anularon los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas de la realidad y la forma en como la paciente interpretaba ciertas situaciones.

Diversos estudios han comprobado que la terapia cognitiva centrada en el trauma o la TCC producen una mejoría significativamente mayor sobre las medidas de síntomas TEPT, la ansiedad generalizada, la depresión y el deterioro funcional que el control en lista de espera, el tratamiento habitual o la condición de relajación, y estos logros se mantienen durante los períodos de seguimiento de 6, 9 o 12 meses (p. ej., Ehlers et al., 2005; Ehlers et al., 2003; Foa, Hembree et al., 2005; Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou & Thrasher, 1998; McDonagh et al., 2005; Mueser et al., 2008; Resick, Nishith, Weaver, Astin & Feuer, 2002). En un seguimiento de 5 años, Tarrier y Sommerfield (2004) hallaron que ninguno de los pacientes que había recibido terapia cognitiva recaía en un episodio pleno de TEPT, mientras que el 29% del grupo de exposición imaginaria exclusivamente presentaba recaídas. Esto sugiere que la terapia cognitiva para el TEPT puede tener efectos más resistentes que la exposición imaginaria centrada en el trauma exclusivamente. Sin embargo, la terapia cognitiva puede ser menos efectiva cuando el TEPT se asocia con una

enfermedad mental grave como la depresión mayor, el trastorno bipolar o la esquizofrenia (Mueser et al., 2008).

Anexos



UNIVERSIDAD DE
SAN BUENAVENTURA
SECCIONAL CARTAGENA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA:

Yo, _____, mayor de edad, identificado con C.C. No. _____ y como paciente autorizo al psicólogo/a con profesión o especialidad, para la atención, seguimiento e intervención psicológica.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

Al firmar este documento, reconozco que lo he leído, me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas y explicadas satisfactoriamente. También acepto que los resultados de las evaluaciones sean utilizados en posibles estudios investigativos y/o en la preparación de publicaciones científicas, siempre y cuando se conserve en el anonimato la identidad. Igualmente, acepto que no recibiré dinero por parte del laboratorio de psicología de la Universidad de San Buenaventura.

Esta evaluación contempla parámetros establecidos en la resolución N°008430 de 1993 del 4 de Octubre, emanada por el Ministerio de salud, en cuanto a investigaciones con riesgo mínimo, realizada en seres humanos.

Comprendiendo lo escrito, doy mi consentimiento para la atención, seguimiento e intervención psicológica y firmo a continuación:

Firma paciente
C.C.

Firma Psicólogo/a

Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan 1991

1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan				
2. Solamente me pasan cosas malas				
3. Todo lo que hago me sale mal				
4. Sé que piensan mal de mi				
5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?				
6. Soy inferior a la gente en casi todo				
7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor				
8. ¡No hay derecho a que me traten así!				
9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental				
10. Mis problemas dependen de los que me rodean				
11. Soy un desastre como persona				
12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa				
13. Debería de estar bien y no tener estos problemas				
14. Sé que tengo la razón y no me entienden				
15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa				
16. Es horrible que me pase esto				
17. Mi vida es un continuo fracaso				
18. Siempre tendré este problema				
19. Sé que me están mintiendo y engañando				
20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?				
21. Soy superior a la gente en casi todo				
22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean				
23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así				
24. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo				
25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas				
26. Alguien que conozco es un imbécil.				
27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa				
28. No debería cometer estos errores				
29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto				
30. Ya vendrán mejores tiempos				
31. Es insoportable, no puedo aguantar más.				
32. Soy incompetente e inútil.				
33. Nunca podré salir de esta situación				
34. Quieren hacerme daño				
35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?				
36. La gente hace las cosas mejor que yo				
37. Soy una víctima de mis circunstancias				
38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco				
39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo				
40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas				
41. Soy un neurótico				

42. Lo que me pasa es un castigo que merezco				
43. Debería recibir más atención y cariño de otros				
44. Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana				
45. Tarde o temprano me irán las cosas mejor				

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo

- Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
- No me encuentro triste
- Me siento algo triste y deprimido
- Ya no puedo soportar esta pena
- Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

2. Pesimismo

- Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
- Creo que nunca me recuperaré de mis penas
- No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
- No espero nada bueno de la vida
- No espero nada. Esto no tiene remedio

3. Sentimientos de fracaso

- He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
- He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
- Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
- No me considero fracasado
- Veo mi vida llena de fracasos

4. Insatisfacción

- Ya nada me llena
- Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
- Ya no me divierte lo que antes me divertía
- No estoy especialmente insatisfecho
- Estoy harto de todo

5. Sentimientos de culpa

- A veces me siento despreciable y mala persona
- Me siento bastante culpable
- Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
- Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
- No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo

- Presiento que algo malo me puede suceder
- Siento que merezco ser castigado
- No pienso que esté siendo castigado
- Siento que me están castigando o me castigarán
- Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo

- Estoy descontento conmigo mismo
- No me aprecio
- Me odio (me desprecio)
- Estoy asqueado de mí
- Estoy satisfecho de mí mismo

8. Autoacusación

- No creo ser peor que otros
- Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
- Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
- Siento que tengo muchos y muy graves defectos
- Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas

- Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
- Siento que estaría mejor muerto
- Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
- Tengo planes decididos de suicidarme
- Me mataría si pudiera
- No tengo pensamientos de hacerme daño

10. Períodos de llanto

- No lloro más de lo habitual
- Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
- Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
- Ahora lloro más de lo normal

11. Irritabilidad
- No estoy más irritable que normalmente
 - Me irrito con más facilidad que antes
 - Me siento irritado todo el tiempo
 - Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
-
12. Aislamiento social
- He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
 - Me interesa por la gente menos que antes
 - No he perdido mi interés por los demás
 - He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
-
13. Indecisión
- Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
 - Tomo mis decisiones como siempre
 - Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
 - Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
-
14. Imagen corporal
- Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
 - Me siento feo y repulsivo
 - No me siento con peor aspecto que antes
 - Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)
-
15. Capacidad laboral
- Puedo trabajar tan bien como antes
 - Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
 - No puedo trabajar en nada
 - Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
 - No trabajo tan bien como lo había antes
-
16. Trastornos del sueño
- Duermo tan bien como antes
 - Me despierto más cansado por la mañana
 - Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
 - Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
 - Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardó en volver a dormirme
 - Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
 - Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
 - No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas
-
17. Cansancio
- Me canso más fácilmente que antes
 - Cualquier cosa que hago me fatiga
 - No me canso más de lo normal
 - Me canso tanto que no puedo hacer nada
-
18. Pérdida de apetito
- He perdido totalmente el apetito
 - Mi apetito no está bueno como antes
 - Mi apetito es ahora mucho menor
 - Tengo el mismo apetito de siempre
-
19. Pérdida de peso
- No he perdido peso últimamente
 - He perdido más de 2,5 kg
 - He perdido más de 5 kg
 - He perdido más de 7,5 kg
-
20. Hipocondría
- Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
 - Estoy preocupado por dolores y trastornos
 - No me preocupa mi salud más de lo normal
 - Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
-
21. Libido
- Estoy menos interesado por el sexo que antes
 - He perdido todo mi interés por el sexo
 - Apenas me siento atraído sexualmente
 - No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante la última semana, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Frecuencia

- 0 = Nunca
- 1 = A veces
- 2 = 2-3 veces
- 3 = 4-6 veces
- 4 = a diario

Gravedad

- 0 = Nada
- 1 = Leve
- 2 = Moderada
- 3 = Marcada
- 4 = Extrema

	<u>Frecuencia</u>	<u>Gravedad</u>
	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
1.- ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?	□□□□	□□□□
2.- ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?	□□□□	□□□□
3.- ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba scurried de nuevo? ¿Cómo si lo estuviera reviviendo?	□□□□	□□□□
4.- ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?	□□□□	□□□□
5.- ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea).	□□□□	□□□□
6.- ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?	□□□□	□□□□
7.- ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?	□□□□	□□□□
8.- ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?	□□□□	□□□□
9.- ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?	□□□□	□□□□
10.- ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?	□□□□	□□□□
11.- ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o afecto?	□□□□	□□□□
12.- ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?	□□□□	□□□□
13.- ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?	□□□□	□□□□
14.- ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?	□□□□	□□□□
15.- ¿Ha tenido dificultades de concentración?	□□□□	□□□□
16.- ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído, o permanecido "en guardia".	□□□□	□□□□
17.- ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?	□□□□	□□□□

FRECUENCIA:

GRAVEDAD:



ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO

(Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997)

NOMBRE:

Nº:

EDAD:

FECHA:

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

0: NADA

1: UNA VEZ POR SEMANA

2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA

3: 5 O MÁS VECES POR SEMANA

SUCESO TRAUMÁTICO

.....

¿Cuánto tiempo ha pasado desde el suceso? (en meses):

.....

¿Desde cuándo experimenta estos síntomas? (en meses):

.....

REEXPERIMENTACIÓN

1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso (incluyendo imágenes, pensamientos, percepciones

o sentimientos desagradables y repetitivos sobre el suceso?

3. ¿Reacciona a estímulos o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?

4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?

5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN:

(Rango 0-1)



EVITACIÓN

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

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EVITACIÓN
(Rango 0-21)

AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

- 1. ¿Se siente incapaz de concentrarse en las cosas? (por ejemplo, dificultad para leer o escribir) _____
- 2. ¿Experimenta irritabilidad o explosiones de ira? _____
- 3. ¿Se siente incapaz de concentrarse? _____
- 4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso? _____
- 5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso? _____

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN:
(Rango 0-15)

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO:
(Rango 0-51)



Gravedad del trastorno de estrés postraumático

	PUNTO DE CORTE	PUNTUACIÓN OBTENIDA
ESCALA GLOBAL (Rango 0-51)	15	
ESCALAS ESPECÍFICAS		
Reexperimentación (Rango 0-15)		
Evitación (Rango 0-21)		
Aumento de la activación (Rango 0-15)		



Bibliografía - Referentes bibliográficos

- Asociación Americana de Psiquiatría (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, IV Revisión. Washington D.C.: Masson
- Astin, M.C., y Resick, P. (1997). Tratamiento cognitivo conductual del trastorno de estrés postraumático. En V. Caballo (ed.), Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. (pp. 171- 209). Madrid: Siglo XXI
- Baguena, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés postraumático. *Psicothema*, 13(3), 479- 492. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/470.pdf>
- Clark, D y Beck, A (1985) *Terapia Cognitiva Para trastornos de Ansiedad*. New York, USA: Desclée De Brouwer, S.A. Recuperado de https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5847348cec977.pdf
- Dongil (2008). Reestructuración cognitiva: un caso de estrés postraumático. Ansiedad y Estrés. Recuperado de https://webs.ucm.es/info/seas/ta/trat/Tratamiento_cognitivo-conductual_caso_trastorno_estres_postraumatico_violacion.pdf
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Mowrer, O.A. (1947): On the dual nature of learning: A reinterpretation of ‘conditioning and problem solving’. *Harvard Educational Review*, 17: 102-148
- Mowrer, O.A. (1960) *Learning theory and behavior*. New York. Wiley.
- Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo Conductuales*. México: Manual Moderno.
- Resick, P.A. y Schnicke, M.K. (1992): Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60: 748-756.