

Trastorno de estrés postraumático

Modelo cognitivo-conductual

Mónica Pieschacón Fonrodona



TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL

Mónica Pieschacón Fonrodona

Universidad de los Andes
Facultad de Ciencias Sociales-CESO
Departamento de Psicología

Pieschacón Fonrodona, Mónica

Trastorno de estrés postraumático. Modelo cognitivo-conductual / Mónica Pieschacón Fonrodona. --
Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología; Ediciones
Uniandes, 2011.

160 pp.; 17 x 24 cm

ISBN 978-958-695-659-8

1. Estrés (Psicología) 2. Estrés postraumático 3. Manejo del estrés I. Universidad de los Andes
(Colombia). Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Psicología II. Tít.

CDD. 155.9042

SBUA

Primera edición: octubre del 2011

© Mónica Pieschacón Fonrodona

© Universidad de los Andes

Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología

Ediciones Uniandes

Carrera 1 núm. 19-27, edificio AU 6, piso 2

Bogotá D. C., Colombia

Teléfonos: 339 49 49/339 49 99, ext. 2133

<http://ediciones.uniandes.edu.co>

infeduni@uniandes.edu.co

ISBN: 978-958-695-659-8

Corrección de estilo: Marcela Garzón

Diagramación: Angélica Ramos

Ilustración de la imagen: Víctor Gómez

Carátula: fotografías usadas para el montaje. © Shutterstock.com

Impresión: Javegraf

Calle 46A núm. 82-54

Teléfono: 416 16 00

Bogotá D. C., Colombia

Impreso en Colombia - Printed in Colombia

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida ni en su todo ni en sus partes, ni registrada en o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin el permiso previo por escrito de la editorial.

*A mis padres,
a Jaime, Lorenzo y María José
por su apoyo incondicional*

Contenido

AGRADECIMIENTOS	13
PRÓLOGO	15
David H. BARLOW, Ph.D., ABPP	
I. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: PASADO Y PRESENTE	19
1.1. Epidemiología de la exposición al trauma	19
1.2. Aspectos conceptuales y diagnósticos del trastorno de estrés postraumático	22
II. MODELOS COGNITIVO-CONDUCTUALES	35
2.1. Aproximaciones teóricas	35
2.1.1. Modelo de condicionamiento	36
2.1.2. Teoría social-cognitiva	39
2.1.3. Teoría del procesamiento emocional	42
2.1.4. Modelos de procesamiento cognoscitivo	44
2.1.5. Modelos de estructuras de representación múltiples	47
2.1.5.1. Teoría de la representación dual	47
2.1.5.2. Modelo Spaars (Schematic, Propositional, Analogue, and Associative Representational Systems)	49
III. EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	51
3.1. Entrevistas diagnósticas estructuradas	52
3.1.1. Escala clínica administrada para el trastorno de estrés postraumático (CAPS Clinician-Administered PTSD Scale)	53

3.1.2. Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV (SCID-IV: The Structured Clinical Interview for DSM-IV)	54
3.1.3. Programa de entrevista de trastornos de ansiedad-revisada (ADIS-R: Anxiety Disorders Interview Schedule - Revised)	54
3.1.4. Entrevista trastorno de estrés postraumático (Postraumatic Stress Disorder)	55
3.1.5. Entrevista estructurada para el trastorno de estrés postraumático (SI-PTSD: Structured Interview for PTSD)	55
3.1.6. Escala de entrevista de síntomas de trastorno de estrés postraumático (PSS-I PTSD: Symptom Scale Interview)	56
3.1.7. Escala de entrevista diagnóstica (DIS: The Diagnostic Interview Schedule)	57
3.2. Cuestionarios de autorreporte	57
3.2.1. Lista de chequeo trastorno de estrés postraumático (PCL PTSD Checklist)	57
3.2.2. Escala diagnóstica de estrés postraumático (PDS: Posttraumatic Stress Diagnostic Scale)	58
3.2.3. Escala de impacto del evento revisada (IES-R: Impact of Event Scale-Revised)	59
3.2.4. Escala Mississippi para combate relacionado con TEPT	59
3.2.5. ESCALA TEPT del MMPI-2 de Keane (PK) (Keane PTSD Scale of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory)	60
3.2.6. Lista de chequeo TEPT (PCL The PTSD Checklist)	60
3.2.7. Cuestionario de eventos de angustia (DEQ: The Distressing Event Questionnaire)	61
3.2.8. Inventario Penn para estrés postraumático	61
3.2.9. Cuestionario para rastreo de estrés postraumático	62
3.3. Evaluación psicofisiológica	63
3.4. Estrés postraumático y comorbilidad	64
IV. FORMULACIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	67
4.1. Elementos de la formulación clínica	68
4.1.1. Motivo de consulta	69
4.1.2. Factores de desarrollo	69
4.1.3. Factores de predisposición	70
4.1.3.1. Biológicos/genéticos	70
4.1.3.2. Psicológicos	72
4.1.4. Factores de adquisición	73
4.1.5. Factores precipitantes	74
4.1.6. Factores de mantenimiento	74
4.1.7. Factores de protección	75

4.2. Establecimiento de objetivos y metas terapéuticas	76
4.3. Factores de riesgo para el desarrollo del trastorno de estrés postraumático	77
V. INTERVENCIÓN EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	81
5.1. Terapia cognitivo-conductual	82
5.1.1. Terapia de exposición	83
5.2. Técnicas de manejo de ansiedad	86
5.3. Terapia cognitiva	87
5.3.1. Terapia del procesamiento cognitivo	88
5.4. Reprocesamiento y desensibilización sistemática por medio de movimientos oculares (EMDR)	88
5.5. Terapia de grupo	90
5.6. Tratamientos de tercera generación	91
5.7. Tratamientos farmacológicos	91
5.8. Consideraciones generales	93
VI. INTERVENCIÓN EN EMOCIONES SECUNDARIAS	95
6.1. Culpa y vergüenza	96
6.1.1. Culpa del sobreviviente	99
6.2. Ira	99
6.2.1. Factores que influyen en la ira	101
6.2.1.1. Evento traumático	101
6.2.1.2. Procesamiento cognoscitivo	101
6.2.1.3. Autoverbalizaciones del paciente	102
6.2.1.4. Carencia de habilidades	103
6.2.2. Expresión de la ira	103
6.2.2.1. Ira encubada o acumulada	104
6.2.2.2. Ira aguda o explosiva	104
6.2.3. Ira y trauma	104
6.2.3.1. Canalización de la ira en casos de trauma	105
6.3. Duelo en el trastorno de estrés postraumático	105
6.3.1. Duelo normal	106
6.3.2. Duelo traumático	107
6.4. Aceptación del trauma	109
VII. PROTOCOLO PARA LA INTERVENCIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	111
7.1. Módulo 1. Psicoeducación: una sesión	111
7.2. Módulo 2. Regulación emocional I: una sesión	114
7.2.1. Entrenamiento en respiración diafragmática	116

7.3. Módulo 3. Regulación emocional II: una sesión	117
7.3.1. Entrenamiento en manejo de síntomas intrusivos y de reexperimentación	117
7.4. Módulo 4. Control cognoscitivo: dos sesiones	119
7.5. Módulo 5. Exposición al evento traumático y procesamiento emocional: cuatro sesiones	120
7.5.1. Entrenamiento en exposición prolongada y procesamiento emocional	122
7.6. Módulo 6. Manejo de culpa y duelo: una sesión	124
7.6.1. Entrenamiento en manejo de culpa y duelo	124
7.7. Módulo 7. Control de ira: una sesión	126
7.7.1. Entrenamiento en control de ira	126
7.8. Módulo 8. Aceptación del trauma y establecimiento de metas: una sesión	128
7.8.1. Entrenamiento en el establecimiento de metas	129
 VIII. BIBLIOGRAFÍA	 133
 IX. ANEXOS	 151
Anexo A. Canales de respuesta del trastorno de estrés posttraumático	151
Anexo B. Práctica diaria del entrenamiento en respiración diafragmática	151
Anexo C. Identificación y modificación de pensamientos automáticos	152
Anexo D. Narrativa del evento para la exposición en imaginación	152
Anexo E. Registro de exposición en imaginación	153
Anexo F. Registro de manejo de culpa	153
Anexo G. Registro de control de ira	154
Anexo H. Registro de establecimiento de metas	155

Agradecimientos

De todos los trastornos de ansiedad el de estrés postraumático (TEPT) es quizás el que genera mayor daño emocional y causa más dolor. El TEPT es una condición que afecta severamente al paciente e incide negativamente en su funcionamiento personal, social, familiar y laboral. Las manifestaciones son variadas y severas y abarcan, entre otros aspectos, recuerdos invasivos del trauma, síntomas de evitación, falta de respuesta emocional y activación fisiológica, los cuales generalmente se acompañan de otras condiciones psicológicas, como abuso de sustancias y cuadros depresivos que requieren de una atención clínica permanente.

Desafortunadamente en la historia de la humanidad el trauma como una condición inevitable debió limitarse a desastres naturales y nunca trascender a la esfera de eventos traumáticos generados por el hombre. El trabajo con sobrevivientes de trauma es una tarea difícil, pero a la vez gratificante. Mi interés en el TEPT surgió hace más de una década, a raíz del trabajo con combatientes secuestrados en las selvas de Colombia y del secuestro y muerte de un familiar cercano. En estos años he tenido la oportunidad de trabajar con sobrevivientes de trauma mixto, lo cual me ha permitido conocer de cerca el TEPT y sus manifestaciones.

Es sorprendente que la gran mayoría de la literatura sobre TEPT provenga de Norteamérica y no de países donde las experiencias con eventos traumáticos son parte cotidiana del día a día. De mi experiencia como terapeuta y docente surgió la necesidad de abordar la temática del TEPT y desarrollar un protocolo de intervención que ayudara a aliviar los síntomas y reacciones generados por eventos traumáticos. Espero que este libro sea de utilidad para profesionales y estudiantes interesados en el trabajo con sobrevivientes de trauma.

Ante todo quiero agradecer a mis pacientes por compartir su dolor y confiarme su proceso de recuperación. De ellos he aprendido que a pesar del horror y del

dolor que han padecido, pueden sanar y seguir creciendo. Quiero agradecer al doctor Arturo Silva Rodríguez, de la Universidad Nacional Autónoma de México, por su amable invitación a escribir el libro. Al doctor David Barlow, quien me introdujo al mundo de los trastornos de ansiedad y me permitió conocer de cerca las intervenciones más efectivas para estos trastornos.

Finalmente mis agradecimientos a mi familia la cual con su apoyo, cariño y paciencia me acompañó durante el desarrollo del proyecto. A ellos mi gratitud incondicional.

Prólogo

Cualquier consideración de los orígenes y funciones de las emociones de ansiedad y miedo presupone que estos fenómenos deben ser universales y existentes en casi todas las culturas y subculturas. Desde la época de Darwin hemos asumido que la evolución debería favorecer a los miembros de una especie que están ansiosos y temerosos, y la investigación reciente ha establecido que estas dos emociones son al menos parcialmente distintas con diferentes funciones (Suárez et ál., 2009). Muchos teóricos como Howard Liddell sostienen que la ansiedad representa la capacidad de las personas para planear el futuro y estar alerta ante posibles amenazas o retos futuros; en otras palabras, es una emoción orientada hacia el futuro que motiva la preparación ante una posible amenaza. El miedo, por otro lado, es la emoción más dramática científicamente observada por Darwin como una respuesta de “lucha-huida” a una amenaza inminente e inmediata o peligro, como saltar hacia el andén para evitar un carro que se acerca: como tal, es la reacción de alarma del organismo. Esta distinción será aún más claramente reconocida en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V). Por supuesto, la predisposición a experimentar ansiedad y miedo, así como las tendencias de acción resultante (la preparación y la vigilancia para la ansiedad y la respuesta de lucha y huida para el temor) se distribuyen normalmente en toda la población, lo que significa que cierto número de individuos van a presentar excesos en estas características, o al menos umbrales más bajos en sus expresiones.

También ha sido claro en los pasados treinta años que la emoción fundamental de protección contra el miedo cuando se presenta en momentos inadecuados (cuando no hay nada que temer) es un problema importante en la psicopatología.