



INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN TEPT CON INICIO DEMORADO

Laura Calvera Fandos, Amaya Carceller Tejedor y Eva Gil Peleato.

lauracalverafandos@gmail.com

Trastorno de estrés postraumático, expresión demorada, exposición, empoderamiento.

RESUMEN

Se presenta el caso de S., una mujer de 44 años de edad que acude al Centro de Salud Mental de Huesca (servicio de psicología) derivada por su Médico de Atención Primaria por presentar ánimo bajo y problemas de ansiedad. En el momento que acude a consulta hace varios meses que ha sufrido una ruptura sentimental (suceso precipitante). Desde entonces la paciente ha desarrollado un Trastorno de estrés postraumático con inicio demorado. Según se observa en la entrevista inicial, la paciente tiene una biografía complicada (abusos sexuales y maltrato físico durante la infancia y maltrato psicológico en la edad adulta). Presenta todos los síntomas típicos de TEPT: intrusiones, evitaciones, alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo y alteraciones de la activación y la reactividad. Estos síntomas son evaluados mediante entrevista clínica semiestructurada y la Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (Echeburúa et al., 1997). Además de esta sintomatología presenta manifestaciones secundarias asociadas: baja autoestima, sentimientos de culpa y autocuestionamiento continuo.

Se trata a la paciente mediante técnicas de exposición en vivo a situaciones evitadas, exposición imaginal a recuerdos traumáticos, recuperación gradual de actividades gratificantes y empoderamiento de capacidades de afrontamiento. El tratamiento se lleva a cabo con periodicidad semanal y conforme los síntomas van remitiendo se espacian las sesiones cada 15 días. En la actualidad hay una mejoría significativa de la sintomatología postraumática y una mayor implicación en el cuidado de sí misma que ha conllevado una mejora en la autoestima.

INTRODUCCIÓN

¿Qué entendemos por trauma? ¿Qué entendemos por suceso traumático? Podemos entender que una situación traumática es aquella situación estresante, que produce un impacto de consecuencias negativas y tras la cual cambia la visión que tiene la persona tanto del mundo como de ella misma. Es un hecho que marcará un antes y un después, que desbordará la capacidad de afrontamiento y respuesta de la persona. En estos casos la persona es incapaz

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN TEPT CON INICIO DEMORADO

de adaptarse a la nueva situación y puede sentirse indefensa y perder la esperanza en el futuro (Echeburúa y del Corral, 2007). Los acontecimientos traumáticos destrozan los sistemas de protección normales que dan a las personas una sensación de control, de conexión y de significado (Saldaña, 2014).

Si hablamos de suceso traumático también tenemos que hablar de víctima. Como se ha comentado en el anterior párrafo, es esta situación traumática la que sobrepasará los recursos de afrontamiento de la persona en concreto a la que le sucede. El alcance del daño psicológico está mediado por múltiples variables: gravedad del suceso, carácter inesperado del mismo, daño físico y riesgo sufrido, grado de vulnerabilidad de la víctima, la posible concurrencia de otros problemas actuales y pasados, el apoyo social existente y los recursos psicológicos de afrontamiento de cada persona. Todo ello configura la mayor o menor resistencia de la víctima al estrés (Echeburúa, Corral y Amor, 2007). Objetivamente una víctima va a serlo para siempre, pero si tenemos en cuenta el componente subjetivo/psicológico, una persona que ha sufrido un suceso traumático puede no desarrollar un TEPT.

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es uno de los pocos cuadros psicopatológicos que parte del factor etiológico (suceso traumático), y no de la sintomatología para su diagnóstico (como sucede en el resto de trastornos recogidos dentro de los sistemas actuales de clasificación) (Echeburúa et al., 2017). En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª edición (DSM-5), como novedad, este trastorno está situado dentro de la categoría de Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. En la edición anterior de dicho manual, el TEPT estaba contemplado dentro de los Trastornos de ansiedad. Los criterios diagnósticos son los siguientes (APA, 2013):

- a) La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido amenazas para su integridad física o la de los demás.
- b) El acontecimiento traumático es reexperimentado a través de sueños y recuerdos intrusivos que provocan malestar psicológico intenso, al exponerse a estímulos que simbolizan o recuerdan el acontecimiento traumático se dispara una respuesta fisiológica negativa (síntomas de intrusión).
- c) Evitación de estímulos asociados al suceso traumático.
- d) Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático.
- e) Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso
- f) La duración de la alteración es superior a 1 mes
- g) La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento
- h) La alteración no se debe a efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN TEPT CON INICIO DEMORADO

Además de estos criterios diagnósticos, existen una serie de especificaciones:

- Con síntomas disociativos (despersonalización o desrealización)
- Con expresión retardada o inicio demorado. Cuando los criterios no se cumplen hasta al menos 6 meses después del acontecimiento traumático.

Respecto al tratamiento, diversas revisiones definen el tratamiento psicológico como primera línea de actuación, sugiriendo el uso de fármacos si fuera necesario para complementar el tratamiento (Gil-Iñiguez, 2016).

El objetivo de esta comunicación es analizar en profundidad un caso clínico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) con inicio demorado y la intervención psicológica llevada a cabo, siguiendo las recomendaciones de la psicología basada en la evidencia.

BREVE HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta

Se presenta el caso de S., una paciente de 44 años que acude al Centro de Salud Mental de Huesca derivada del Médico de Atención Primaria por presentar ánimo bajo y problemas de ansiedad. Es natural de Rumanía, lleva viviendo en España desde 2007. Es la menor de 4 hermanos. Ha tenido 2 parejas sentimentales con las que contrajo matrimonio. En la actualidad no tiene pareja sentimental. Es madre de 2 hijos, cada uno de una pareja distinta. Trabaja como interna en una casa cuidando de una persona mayor dependiente y su hijo igual dependiente.

Antecedentes personales

No refiere antecedentes médicos de interés. Respecto a los antecedentes psicológicos/psiquiátricos, es la primera vez que acude a un servicio de salud mental. Comenta haber tenido un intento autolítico a la edad de 11 años relacionado con el suceso traumático. No refiere otros antecedentes de interés.

Antecedentes familiares

La paciente nombra múltiples antecedentes familiares en salud mental: padre con alcoholismo y trastorno de la personalidad antisocial, hermana y sobrina han padecido depresión e hijo menor con problemas depresivos y de baja autoestima.

Enfermedad actual

En el momento en el que S. acude a consulta, hace varios meses que ha finalizado una relación de pareja con la que llevaba dos años. Desde entonces la paciente se encuentra triste, apática, incapaz de disfrutar de las cosas de su alrededor, ha perdido peso, tiene problemas a la hora de conciliar el sueño, ideas de muerte sin estructurar, problemas de atención-

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN TEPT CON INICIO DEMORADO

concentración, pérdida de energía y fatiga, sensación de desapego respecto a los demás, sensación de futuro desolador, desesperanza, aislamiento social, se muestra irritable y con elevado nerviosismo. Además presenta imágenes mentales intrusivas, sueños vívidos y recuerdos recurrentes de determinados sucesos acontecidos durante su infancia.

A lo largo de la entrevista la paciente refiere una biografía compleja. Desde la más tierna infancia sufre maltrato físico por parte de su padre. La situación en casa llegó a ser tan insostenible que tuvieron que escapar de allí y acabaron viviendo en precarias condiciones. A los 8 años la madre desaparece, de su cuidado se encarga la hermana mayor. A los 2 años de esta situación la madre vuelve a aparecer, tiene una nueva pareja y se vuelve a hacer cargo de los cuidados de S. La nueva pareja de su madre intenta abusar sexualmente de ella, la madre los sorprende pero acaba trivializando el abuso. A los 11 años, dada la inestabilidad en el estilo de vida de la madre, se marcha de casa a vivir con otra de sus hermanas y su hermano. Es entonces cuando comienzan los abusos sexuales por parte de este hermano. S. realiza un intento autolítico (ingesta de lejía) relacionado con estos abusos, la madre igualmente lo acaba trivializando. Estos abusos son perpetrados hasta los 16 años, edad en la cual se casa y al poco tiempo se queda embarazada. Antes incluso de dar a luz su marido la abandona y tiene que volver a vivir con su hermana y hermano. En esta ocasión los abusos no se vuelven a repetir. A los 21 años se vuelve a casar, tiene otro hijo. La relación también es inestable. S. la define como una relación poco sana, dependiente, sin crecimiento personal.

En 2007, viene a trabajar a España (sin su familia), lo hace como una forma de escape de la relación tormentosa que estaba viviendo en su país de origen. En 2013 finalmente se separa a nivel legal, y actualmente se encuentra en trámites de separación de bienes. En el momento en el que acude a consulta ha sufrido una ruptura sentimental hace unos meses. Es este suceso el que actúa como precipitante de toda la sintomatología postraumática.

Se puede agrupar la sintomatología de la siguiente manera (APA, 2013):

- Síntomas intrusivos: recuerdos angustiantes, imágenes mentales intrusivas de los sucesos traumáticos (abusos sexuales y maltrato físico durante la infancia) y pesadillas recurrentes
- Síntomas de evitación: la paciente realiza constantemente esfuerzos para evitar estos recuerdos, evita personas, se ha aislado socialmente y sólo se relaciona con las personas con las que trabaja.
- Alteraciones negativas y cognitivas del estado de ánimo: apatía, tristeza, llanto, anhedonia, creencias negativas persistentes sobre uno mismo y los demás y estado emocional negativo generalizado.
- Alteración de la activación y la reactividad: dificultades en el sueño, problemas de atención-concentración e irritabilidad.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN TEPT CON INICIO DEMORADO

Además de esta sintomatología presenta manifestaciones secundarias asociadas: baja autoestima, sentimientos de culpa y autocuestionamiento continuo.

INFORME DE LABORATORIO, TEST Y PRUEBAS REALIZADAS

Se realiza la evaluación mediante varios instrumentos:

- Entrevista semi-estructurada: en la que se recopilan los datos básicos para realizar el análisis funcional.
- Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997): con esta escala se evalúan específicamente los síntomas de estrés postraumático. S. obtiene las siguientes puntuaciones:

	Puntos de corte	Puntuación obtenida
ESCALA GLOBAL	15	38
ESCALAS ESPECÍFICAS		
Reexperimentación (0-15)	5	10
Evitación (0-21)	6	17
Aumento de la activación (0-15)	4	11

Como se puede observar en la tabla, las puntuaciones de todas las escalas específicas son significativas, por no tanto, nos encontramos ante un trastorno y no ante un subsíndrome. Respecto a las especificaciones, este caso se corresponde con TEPT con inicio demorado (más de 6 meses tras el suceso traumático, ya que los sucesos traumáticos sucedieron durante la infancia y toda la sintomatología se ha empezado a evidenciar tras la reciente ruptura sentimental). Respecto al análisis de la escala global, obtiene una puntuación de 38. Es una puntuación elevada que indica la gravedad de todo el conjunto de la sintomatología.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se realiza el diagnóstico diferencial con los siguientes trastornos: Trastorno Depresivo Mayor (TDM) con síntomas psicóticos, Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), Trastorno por Estrés Agudo (TEA), Trastorno Adaptativo, simulación y efectos fisiológicos debidos a una sustancia de abuso (APA, 2000).

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN TEPT CON INICIO DEMORADO

- TDM con síntomas psicóticos: pese a compartir mucha de la sintomatología (bajo estado de ánimo, apatía, tristeza, anhedonia, insomnio, etc.), al indagar en la historia clínica de la paciente, se evidencian claramente el resto de síntomas intrusivos y las vivencias traumáticas sufridas. Las intrusiones están relacionadas con los sucesos traumáticos y no en reacción al estado de ánimo.
- TOC: como en el TOC, existen imágenes mentales y recuerdos intrusivos, pero estos están relacionados con el suceso traumático. No hay compulsiones relacionadas con las intrusiones.
- TEA: la clínica postraumática no se relaciona con el suceso precipitante (ruptura sentimental), no es reactiva a dicho suceso. Las intrusiones están relacionadas con los sucesos traumáticos ocurridos durante la infancia de la paciente. Así mismo la duración del cuadro postraumático no es inferior a un mes.
- Trastorno Adaptativo: tampoco se trata de un trastorno adaptativo a la nueva situación tras la ruptura de pareja. Todos los síntomas van mucho más allá de una adaptación a una nueva situación, así como la gravedad de los mismos.
- Simulación: no hay compensaciones económicas ni de cualquier otro tipo, no se aprecia una ganancia secundaria evidente.
- Efectos fisiológicos de una sustancia

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Con todos los datos recopilados tanto con la entrevista como con el cuestionario, se concluye que la paciente presente un Trastorno de Estrés Postraumático con inicio demorado. Como suceso precipitante de dicha sintomatología se identifica la reciente ruptura sentimental.

TRATAMIENTO Y TERAPIAS APLICADAS

Se lleva a cabo una intervención combinada entre farmacológica y psicológica. El tratamiento psicofarmacológico es supervisado por el médico de atención primaria, se le pautan los siguientes fármacos: escitalopram (1-0-0) y clorazepato (0-1-1). Debido a los efectos secundarios adversos hubo que realizar varios ajustes en la medicación, hasta que estos efectos fueron minimizándose. Se optó por llevar a cabo una intervención combinada ya que había una afectación grave del funcionamiento diario, insomnio grave y síntomas depresivos de gravedad (Echeburúa y Corral, 2007).

Respecto a la intervención psicológica se llevó a cabo la siguiente intervención de corte cognitivo conductual (Echeburúa, 1997, citado en Bados 2015):

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN TEPT CON INICIO DEMORADO

- Terapia de apoyo y contención: en las primeras sesiones fue un aspecto fundamental. Fue especialmente necesario en este caso crear un clima de acogida y confianza para poder llevar a cabo las sesiones terapéuticas. Al principio la emoción estaba tan a flor de piel que para la paciente era muy difícil articular palabra.
- Empoderamiento de capacidades de afrontamiento y gestión de problemas. A pesar de toda la biografía complicada que relata, S. tiene unas muy buenas capacidades de afrontamiento y resolución de problemas. Posee una serie de fortalezas y factores de resiliencia que le han permitido ir superando los problemas que la vida le ha ido interponiendo en el camino.
- Exposición en imaginación al suceso traumático: este tipo de exposición promueve el procesamiento emocional del trauma. Permite adquirir nuevas perspectivas, ayuda a crear un recuerdo organizado, coherente y más calmado del evento traumático ya que el recuerdo pasa de estar almacenado en una memoria afectiva e incontrolable a una memoria cognitiva y más controlable. Además supone un aumento de la sensación de dominio y competencia personal así como una reducción de la ansiedad (Bados, 2015). Se lleva a cabo esta exposición mediante narrativa. Primero se elabora un listado con las imágenes mentales intrusivas y se comienza a trabajar por la que menos ansiedad suscitaba en la paciente. Se realizan varias exposiciones durante cada sesión. Hay poca habituación intra-sesión. La habituación es prácticamente completa entre-sesiones.
- Exposición en vivo a situaciones evitadas: esta exposición proporciona información correctiva de que las situaciones evitadas relacionadas con el trauma no son peligrosas, disminuyendo así la ansiedad y aumentando la sensación de dominio. La exposición tiene que ser sistemática, prolongada y extendida a lo largo del tiempo.
- Recuperación gradual de actividades gratificantes. Con el tiempo S. había dejado de preocuparse de sus necesidades, estas habían pasado totalmente a un segundo plano. Había dejado de hacer ejercicio físico, ir a charlas, interesarse en temas políticos.

EVOLUCIÓN

La evolución que ha seguido la paciente ha sido satisfactoria en términos generales. Se llevó un seguimiento en un primer momento con periodicidad semanal y luego, conforme la sintomatología iba remitiendo, se fueron espaciando las sesiones cada 15 días, 3 semanas y un mes. Hasta el momento se ha visitado a la paciente en 16 ocasiones (teniendo en cuenta las sesiones de evaluación y las de tratamiento) y se ha observado una disminución significativa de todo el grueso de la clínica. Ya no presenta intrusiones, ha aumentado considerablemente el nivel de actividad, normalizado los hábitos de vida que había dejado de lado y aumentado los cuidados hacia sí misma. Todo ello ha redundado en una mejora de su autoestima.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN TEPT CON INICIO DEMORADO

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA: BREVE EXPLICACIÓN DE LA EVIDENCIA ACTUAL SOBRE EL TEMA

Revisando la bibliografía reciente sobre intervención psicológica en TEPT podemos llegar a la conclusión de que los tratamientos conductuales y los cognitivo-conductuales (exposición prolongada, terapia de procesamiento cognitivo, terapia cognitiva) y el EMDR (Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares) se han mostrado claramente eficaces y no parece haber diferencias entre ellos (Bados, 2015).

Existen diversos factores a lo largo de estas intervenciones que son importantes para que un tratamiento sea eficaz (Wampold et al., 2010, citado en Bados 2015). Entre ellos caben destacar: la justificación psicológica del tratamiento para el paciente, puesto que implica cierto grado de sufrimiento; relación terapéutica segura, respetuosa y de confianza; acuerdo sobre metas y tareas terapéuticas; promover la esperanza y la autoeficacia; crear una oportunidad para hablar abiertamente sobre el trauma; garantizar la seguridad del paciente, especialmente cuando ha sido víctima de violencia/abuso; identificar los recursos, fortalezas y factores de resiliencia del propio paciente; enseñar habilidades de afrontamiento; exposición imaginal y en vivo; promoción y búsqueda de apoyos sociales; atribución del cambio en el paciente a sus propios esfuerzos y dotar de sentido al evento traumático y a las reacciones del paciente al mismo.

Gran parte de estos factores han intentado ser recogidos en el tratamiento llevado a cabo con la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association
2. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association
3. Bados, A. (2015) Trastorno de Estrés Postraumático [versión electrónica]. Barcelona: Universitat de Barcelona. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Recuperado de:
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65623/1/TEPT.pdf>
4. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008) Manual de psicopatología. Edición revisada. Volumen II (pp137-148) Madrid: McGrawHill.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN TEPT CON INICIO DEMORADO

5. Echeburúa, E., Amor, P., Muñoz, JM., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2017) Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: versión forense (EGS-F). *Anuario de Psicología Jurídica* 27 (2017), 67-77.
6. Echeburúa, E. y de Corral, P. (2007) Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*, 15(3), 373-387.
7. Echeburúa et al. (1997) Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta* 23 (90), 503-526.
8. Gil-Iñiguez, A. (2016) Intervención en un caso de trastorno de estrés postraumático por violencia sexual. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 75-80.
9. Saldaña, J. (2014) Trauma, personalidad y resiliencia. Una visión aproximada desde la psicoterapia breve integrada. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 4(3).