



Universidad  
Católica del  
Uruguay

Universidad Católica del Uruguay

Facultad de Psicología

Postgrado de Especialización en Psicología Clínica Orientación Cognitiva

**MEMORIA FINAL**

**TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

**PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO**

María Elina Orozco Aranco C.I. 4.257.845-5

Tutor/a: Mag. Lorena Estefanell

NOVIEMBRE 2019

Montevideo, Uruguay

## **Índice**

<b>Fundamentación de la elección del tema.....</b>	<b>2</b>
<b>Presentación del caso clínico.....</b>	<b>2;3</b>
<b>Diagnóstico DSM 5.....</b>	<b>3-7</b>
<b>Puntuaciones de los cuestionarios.....</b>	<b>7;8</b>
<b>Problemas que presenta y funcionamiento actual.....</b>	<b>8-10</b>
<b>Perfil evolutivo (Historia Familiar; social; educacional; médica; psiquiátrica; Laboral).....</b>	<b>11-15</b>
<b>Relaciones: (Parientes, hermanos, compañeros, figuras autoritarias, otros significativos).....</b>	<b>15-16</b>
<b>Perfil cognitivo.....</b>	<b>16-18</b>
<b>Marco teórico explicativo del trastorno elegido.....</b>	<b>18-23</b>
<b>Principales abordajes del Trastorno por Estrés Postraumático.....</b>	<b>24-26</b>
<b>EMDR y su eficacia en el Trastorno por Estrés Postraumático.....</b>	<b>26; 27</b>
<b>Proceso terapéutico realizado.....</b>	<b>27-29</b>
<b>Reflexiones finales.....</b>	<b>29,30</b>
<b>Bibliografía consultada.....</b>	<b>30;31</b>

## **Fundamentación de la elección del tema**

### **Objetivo**

El presente trabajo de tipo Monográfico se enmarca dentro del Posgrado en Psicología clínica de orientación Cognitiva, de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica del Uruguay. El propósito del mismo es exponer, confrontar y reflexionar sobre lo trabajado con la paciente Nelly Soledad Pereira, contrastando lo realizado con el marco teórico existente del trastorno elegido.

### **Metodología**

La metodología utilizada consistió en la búsqueda y selección de material Bibliográfico de autores calificados en base de datos científicas, así como la utilización de distintas bibliografías y publicaciones sobre el abordaje del Trastorno por estrés post Traumático. Siguiendo esta línea y de acuerdo a las características de la paciente se investigó a su vez sobre tratamiento en trastornos Depresivos y Ansiedad.

### **Presentación del caso clínico**

El proceso terapéutico con la paciente seleccionada para el desarrollo de este trabajo transcurrió entre los meses de Mayo y Diciembre de 2018. El mismo contó con un total de 19 encuentros, existiendo varias inasistencias a las consultas debido a problemas de salud que tuvo que enfrentar durante ese año. Las principales características diagnósticas que se encontraron a partir de las entrevistas y técnicas empleadas, se enmarcan dentro de un Trastorno por Estrés post traumático. En este sentido al momento de las consultas presentaba elementos depresivos y ansiosos los cuales fueron abordados en el transcurso de las sesiones.

En base a la Historia de vida, sucesos vitales estresantes por los cuales ha transitado la paciente, así como elementos diagnósticos relevados en las entrevistas es que se fundamenta la elección del trastorno elegido por encima del Trastorno de ansiedad y Depresión, ya que se entiende la sintomatología ansiosa y depresiva enmarcada dentro de los elementos diagnósticos del TEPT.

A continuación se presenta un resumen de las principales características de la paciente

**Nombre:** Nelly .

**Edad:** 57

**Estado civil:** Casada

**Núcleo Familiar:** 1 hijo de 20 años y una hija de 28 años

**Familia de origen:** Padrastro (tío biológico fallecido); Madre (fallecida); un hermano de 61 años y Hermana de 67 años quien vive actualmente en Estados Unidos

**Trabajo:** Cuida a domicilio a señora mayor con problemática psiquiátrica.

**Estudios:** Bachillerato completo

**Fecha de inicio de la terapia:** Mayo de 2018

**Cantidad de encuentros:** 19 encuentros

**Derivación:** Es derivada por su Psiquiatra tratante al Servicio de atención psicológica de la Universidad Católica del Uruguay.

**Motivo de consulta y Demanda:** Al comienzo del proceso terapéutico Nelly manifiesta sentir varios síntomas como Nerviosismo, tristeza, desánimo, dificultad para disfrutar de actividades, alteración del sueño, cansancio, etc. Expresa deseo de cambio y sentirse mejor *“poder tener un poco más de paz” “no tener esa angustia que tengo”*. A su vez no entiende el origen, ni motivo de tal tristeza, entendimiento que se va construyendo y adquiriendo sentido en el transcurso de los encuentros al traer a la consulta su historia de vida atravesada por situaciones de maltrato en su niñez y eventos traumáticos (accidentes de tránsito y muertes de seres queridos) en su vida adulta.

### **Diagnóstico DSM 5**

Presenta sintomatología depresiva y ansiosa; refiere sentirse triste y no poder disfrutar de la vida como le gustaría. Por otra parte presenta elementos de ansiedad como preocupación constante por sus hijos; temor a que les ocurra algo malo; somatizaciones; nerviosismo; contracturas musculares; dolores de cabeza, dificultad en el sueño. Esta sintomatología está fuertemente asociada a vivencias traumáticas en reiteradas ocasiones que datan desde la niñez; lo que constituye un Trauma de tipo Complejo. En tanto en su vida adulta afrontó la muerte de seres queridos en forma abrupta, lo que le ocasionó sintomatología de Trastorno por Estrés Post Traumático.

En el Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, de la Asociación de Psiquiatría Americana, DSM-5, (5ta ed. año 2014) El Trastorno por estrés post Traumático se encuentra dentro del apartado *Trastornos relacionados con trauma y factores de estrés*. De acuerdo a este apartado el trauma y los trastornos relacionados con factores de estrés se tratan de trastornos en que la exposición a un evento traumático o estresante constituye de manera explícita un criterio diagnóstico. Dentro de estos trastornos encontramos: El trastorno de apego reactivo; el trastorno de relación social desinhibida; el trastorno de estrés post traumático que es el que se expone en el siguiente trabajo; el trastorno de estrés agudo y los trastornos de adaptación.

La manifestación del malestar psicológico luego de la exposición a un evento traumático o estresante es muy variable dependiendo de la persona; van desde el miedo y ansiedad a síntomas anhedónicos; disfóricos; de enfado; hostilidad y/o disociativos.

A continuación en base a los criterios diagnósticos del Trastorno por Estrés Post Traumático del DSM 5 (2014), se exponen los que presentaba la paciente:

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

- Experiencia Directa del suceso (s) Traumático:

Si nos remontamos a su niñez; encontramos (cómo se desarrolla luego en la parte dedicada a su historia), episodios de violencia y maltrato físico y psicológico impartidos por parte de las personas quienes debían de cuidarla (padre adoptivo y madre) y su hermana mayor.

En tanto en el año 1994 sufre un accidente de tránsito cuando viajaba con su hija mayor y esposo, en el cual resulta gravemente herida, con lesiones importantes en órganos internos por lo que tuvo que ser intervenida quirúrgicamente de forma urgente.

- Conocimiento de que el suceso(s) traumático ha ocurrido a un familiar próximo (...). En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo. El suceso ha de haber sido violento o accidental:

En este punto tenemos dos sucesos traumáticos clave que son el fallecimiento de su sobrina en un accidente doméstico al caer en una cámara séptica en el año 1998, y el fallecimiento de su sobrino, a quien ella consideraba como un hijo, en un siniestro de tránsito en el año 2016; hecho que la llevó a solicitar ayuda profesional psicológica y psiquiatra.

Otros sucesos de características estresantes pero de menor magnitud son el infarto sufrido por su hermano e hijo de este, también en el año 2016. En tanto en 2017 su hijo sufre un accidente de tránsito menor mientras conducía al trabajo. Si bien no fue grave, se menciona porque es un hecho que confirma sus pensamientos automáticos y creencias de que algo malo puede ocurrir.

➤ **Criterio B.** Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s) que comienza después del suceso(s) Traumático.

- Recuerdos angustiosos recurrentes involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s)
- Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s)
- Reacciones disociativas (p.ej escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático (...)
- Malestar Psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s)
- Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático

Los recuerdos y sueños angustiosos estaban relacionados principalmente al accidente de tránsito que provocó el fallecimiento de su sobrino, y en menor medida al sufrido por ella.

Las reacciones disociativas por su parte están vinculadas a las vivencias traumáticas que datan desde su niñez. En algunos momentos Nelly tenía la sensación de que lo que le sucedió le hubiera pasado a otra niña *“yo me acuerdo como si fuera otra niña”*. También relata experiencias de características disociativas como por momentos experimentar la sensación de no estar en su propio cuerpo o de estar físicamente en un lugar pero su mente estar en otro lado, de acuerdo a su relato.

El malestar psicológico y reacciones fisiológicas intensas se manifestaban como palpitaciones, sensación de nudo en la garganta, ansiedad al sonar el teléfono o al escuchar una sirena. Frases como *“cuando suena el teléfono, pienso que paso algo malo”* o *“cuando siento demasiada calma me asusta porque sé que algo va a pasar”*, dan cuenta de esto.

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

- Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático

Este punto se observaba en forma acentuada en Nelly ya que al comienzo de la terapia le costó mucho abordar principalmente lo vinculado a su niñez, en esta cuestión puso una fuerte barrera para evitar entrar en este tema que le generaba mucha angustia. También manifestaba evitar pensar en eso, *“trato de no pensar”*

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

- Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo los demás o el mundo
- Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas
- Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (por ej. felicidad; satisfacción.)

El criterio D estaba presente en tanto a Nelly le costaba mucho sentir emociones positivas, la angustia que experimentaba era casi permanente. Había perdido el interés por actividades que antes disfrutaba como reuniones con amistades, y existían creencias negativas y desesperanza sobre el futuro.

➤ **Criterio E** Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático; que comienza o empeora después del suceso traumático, como se pone de manifiesto por dos o más de las siguientes características

- Hipervigilancia
- Respuesta de sobresalto exagerada
- Problemas de concentración
- alteración del sueño

La hipervigilancia y respuesta de sobresalto exagerada como se mencionó se da asociada principalmente al sonar el celular o escuchar el sonido de sirenas. Por otra parte presentaba problemas de concentración por ejemplo al entablar conversaciones con otras personas no prestaba atención a gran parte de lo que le estaban diciendo. Con respecto al sueño tenía dificultades en la conciliación y mantenimiento del mismo lo que repercutía en su rendimiento y estado anímico al día siguiente.

- **Criterio F** La duración de la alteración, (criterios B,C,D,E) es superior a un mes.

Nelly llevaba muchos años ya presentando la sintomatología

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

Los síntomas antes mencionados y como se expuso con los distintos ejemplos afectan y deterioran notoriamente la vida social; laboral y familiar de la paciente.

- **Criterio H.** La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (..) o a otra afección médica

### **Especificar si:**

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

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

Nelly presentaba en algunas ocasiones síntomas disociativos de despersonalización; sensación de no estar presente o ser un observador de su propio cuerpo y mente y sentido de irrealidad

### **Puntuaciones de los cuestionarios**

Se le aplicaron al comienzo de la terapia en la etapa de conceptualización de caso clínico dos cuestionarios para evaluar elementos depresivos y ansiosos resultando los siguientes puntajes.

Escala de Evaluación Conductual para la Ansiedad (Rojas) Rojas E.M.D; Instituto Español de Investigación Psiquiátrica:

Puntaje 51/100,

presenta elementos de ansiedad: temblor en algunas partes del cuerpo; sensación de inquietud; tensión; nervios, Intranquilidad; miedos difusos; dificultad para conciliar el sueño;



estado de alerta y vigilancia constante. En tanto presenta también excesiva actividad mental; pensamientos de los que no logra liberarse.

Por otra parte se observan elementos de Disociación; los cuales son atribuibles a su Historia de vida marcada por experiencias traumáticas tanto de abuso y maltrato físico y psicológico en su niñez; así como eventos traumáticos en su vida adulta (fallecimiento repentino de dos sobrinos y accidente de tránsito entre otros). Estos síntomas disociativos aparecen con bastante frecuencia en reuniones sociales y otras ocasiones. Manifiesta sentir *“como si mi cuerpo estuviera ahí pero mi mente en otro lado”*; sensación de bloqueo cuando está conversando con otras personas; lo que le dificulta estar presente en las relaciones interpersonales. No obstante Nelly es una persona que tiene un círculo social sólido; le gusta compartir y salir con amigas, aunque refiere no siempre disfrutar de estas instancias.

### Inventario de Depresión de Beck

El puntaje obtenido es de 10 puntos lo que corresponde a altibajos considerados normales. Sin embargo cabe resaltar que Nelly estuvo tiempo antes de comenzar la terapia, a fines de 2016 con tratamiento Psiquiátrico con sertralina por 6 meses a razón de sintomatología depresiva desencadenada por fallecimiento de su sobrino en accidente de tránsito a principios de 2016.

Durante las consultas Nelly manifiesta sentir mucha angustia e irritabilidad; además de transitar por algunos temas importantes de salud en 2018 lo que deterioró su estado anímico. Por estos motivos, se le sugiere nueva consulta con su Psiquiatra tratante, quien le receta nuevamente Sertralina.

### Problemas que presenta y funcionamiento actual

#### **Principales problemas**

##### Vínculo con su esposo

La relación con su esposo es un tema recurrente en la consulta, y uno de los motivos que le genera malestar en su vida actual. Si bien lo define como un hombre bueno, colaborador y trabajador; en la crianza de sus hijos manifiesta no haber contado con su colaboración.

Por otra parte lo refiere también como Un hombre de carácter difícil; temperamental, y con conductas violentas, no con ella, ni sus hijos pero sí de desbordarse fácilmente; golpear o

romper objetos de la casa. Respecto a la época que sus hijos eran niños: *“trataba de que todo estuviera tranquilo y que los chiquilines no molestaran”* aludiendo a la infancia de sus hijos.

Refiere que es muy controlador, controla sus ingresos, otorgándole poca libertad económica.

La relación con su esposo si bien en el momento de las consultas manifestaba que estaba mejor; Nelly parecía guardar mucho rencor respecto a lo sucedido en el pasado. Dice que se altera con facilidad *“me cuesta hablarle bien a mi esposo”*; *“quede lastimada; dolida”*.

En el año 2016 cuando fallece su sobrino, quien era muy especial para ella *“era como un hijo”*, cuenta que recibió poca contención de su esposo, quien no tuvo un comportamiento adecuado y esperado al negarse a llevarla al velatorio. Relata que cuando este llega al lugar, comienza a realizar *“bromas”*, lo que sugiere una conducta no adaptada a las circunstancias.

A raíz del deterioro matrimonial Nelly planteó muchas veces su deseo de separarse, pero al mismo tiempo sentirse *“atada”*, ya que no puede acceder a una jubilación por haber trabajado muchos años, sin recibir un pago correctamente regularizado; por tanto económicamente depende de él. Cabe aclarar que si bien la disconformidad con su matrimonio está presente, Nelly logra ver y valorar los aspectos positivos de su marido, y los años de matrimonio lo que la hace replantearse este deseo.

#### Dificultad para disfrutar de actividades

La pérdida de la capacidad de disfrute o anhedonia, es otro de los problemas que expresa. Al comenzar la terapia Nelly manifiesta que *“son pocas las cosas que disfruto, que me producen gozo”* *“tengo que luchar con una angustia; no se de que”*. Dice tener muchas ganas de llorar; todo le genera estrés; se siente desbordada *“mi cabeza no da más”*

#### Sintomatología ansiosa

Luego del fallecimiento de su sobrino en un accidente de tránsito en 2016; quien era como un hijo para ella; y luego también que su hijo chocara con su camioneta en 2017; Nelly relataba que cuando sonaba el teléfono, o sentía una sirena; o veía pasar una ambulancia se ponía enseguida en alerta; sintiendo temor y pensando que algo grave le sucedió a uno de sus hijos. Estos síntomas están fuertemente relacionados a los sucesos traumáticos antes mencionados. De acuerdo a la Asociación de Psiquiatría Americana (2013) en Revista de casos clínicos en salud Mental: El trastorno por Estrés Post Traumático es una condición

mental que se caracteriza por la aparición de una serie de síntomas particulares que siguen a la experiencia directa; observación o conocimiento de un hecho o hechos extremadamente traumáticos; a los que la persona respondió con miedo; impotencia u horror. Siguiendo la Guía para el Diagnóstico Clínico DSM-5 ® (2014) se sostiene que el TEPT, puede diagnosticarse en quienes se enteraron de algún trauma intenso; (real o amenaza) sufrido por alguien cercano; ya sea hijos; cónyuges u otros. Los síntomas, como se expuso anteriormente incluyen la re experimentación persistente del evento traumático; evitación de los estímulos relacionados con el trauma; y síntomas persistentes de activación aumentada, entre otros. (Américan Psychiatric Association, 1994; en Bados 2005) Trastorno por Estrés Post Traumático) En este sentido es claramente lo que le sucede a Nelly luego de lo acontecido a su hijo y sobrinos.

Cabe destacar que en setiembre del 2018; el hijo sufrió un intento de asalto mientras conducía su camioneta; si bien no sufrió daños, este hecho acentúa su ansiedad y confirma su temor a que le suceda algo.

#### Angustia por no poder jubilarse

Es un tema que por estar en una edad próxima a la jubilación la angustia mucho. Si bien la paciente trabajó desde temprana edad; lo hizo la mayor parte del tiempo fuera de los estatutos legales “*en negro*”; por lo cual no puede acceder a una jubilación. Su fibromialgia y poliartritis le dificultan cada vez más las tareas de esfuerzo físico, por lo que sus posibilidades de conseguir otro empleo se ven restringidas.

#### Disconformidad en su actual empleo

Este es otra de las problemáticas que trae la paciente a consulta, plantea que la señora a la que cuida la llama muchas veces fuera del horario de trabajo ya que demanda y necesita de Nelly la mayor parte del tiempo.

## **Perfil evolutivo (Historia Familiar; social; educacional; médica; psiquiátrica; Laboral)**

### Niñez y adolescencia

Su familia originaria está constituida por su padrastro; quien era su tío Biológico por parte de padre, es decir hermano de su verdadero padre; y un medio hermano y media hermana mayores; hijos legítimos de su padre adoptivo (su tío).

Su niñez según relata fue muy difícil; sufriendo múltiples episodios de maltrato físico y psicológico por parte de su padrastro y su hermana mayor principalmente. Su padrastro era alcohólico y tenía una relación con su mamá e hija basada en la violencia. Relata un evento de características traumáticas con su padre adoptivo; quien un día le apretó la cabeza entre las piernas al punto de llegar casi a la asfixia. Otro episodio, que Nelly recuerda con mucha angustia fue una noche que su padrastro ingreso al hogar con una cuchilla y amenazó con matar a toda su familia; en esa ocasión fue ella quien trató de detenerlo e impidió que llegara a hacerlo. Ante estos hechos se evidencia fuertes elementos disociativos que concuerdan con la presencia de un Trastorno por Estrés Post Traumático de tipo Complejo; a menudo expresa que recuerda su infancia *“como si fuera otra niña” “como si le hubiera pasado a otra persona”*. .

A la edad de 5 años sus papás (tío y madre) se separan y ella queda viviendo con su mamá. Si bien en la adultez el vínculo mejoró; se refiere a su mamá como una persona fría que *“nunca le dio un abrazo y un beso”* y expresa que *“bloqueo y pasó por alto”* muchas cosas en relación a su madre”; añade también que fue una mamá que la *“negó”* y que nunca estuvo presente; *“estuve presente más yo que ella”*. Otro episodio que relata con respecto a su madre; es que a Nelly de niña le gustaba escribir poemas y su mamá se los quemó a todos.

Respecto a su hermana, quien es varios años mayor expresa que *“nunca la quiso”*. Su hermana tuvo 6 hijos; a sus 11 años Nelly se mudó a Durazno con ella y se hizo cargo de uno de sus sobrinos; lo cuidaba; vestía y alimentaba; las tareas que su hermana no hacía. En esta etapa sufrió mucha violencia por parte de esta; quien la golpeaba; insultaba y muchas veces la obligaba a dormir a ella y el pequeño en el suelo. Cuenta que no soportando más esta situación un día decidió irse de la casa y la encontró lo que en aquel entonces sería hoy el INAU; quien contactó a su madre; la indago y regreso a casa.

En otro orden de cosas, recuerda una niñez en la que pasaba enferma; teniendo periodos en los que llegó a estar hasta un año internada; meningitis; epilepsia; gripes severas afectaban fuertemente su salud.

A la edad joven edad de 13 años comenzó a trabajar como empleada con cama en la casa de un matrimonio mayor; hasta los 15 años aproximadamente. Dicho matrimonio se convirtió con el tiempo en figuras de apoyo y contención para ella.

#### La incógnita vinculada a su padre

Nelly pasó su infancia y pre adolescencia bajo la sospecha; pero sin llegar a saber en realidad que quien hacía de su padre no era su verdadero progenitor; sino que era su tío.

A la edad de 12 años su papá adoptivo (su tío) le confiesa que en realidad no es su padre, que no tenía obligaciones con ella y que había conocido a otra mujer por lo que no se haría más cargo de ella. Muchos años más tarde en el casamiento de Nelly; el tío (padre adoptivo) aparece en la Iglesia diciéndole que lo que le había dicho aquel día no era cierto; que él era su verdadero papá y que por favor la perdone. Se observa en lo anteriormente mencionado como todos estos hechos, mentiras, ocultamiento de la verdad han alterado la construcción de identidad de la paciente; quien muchas veces ha expresado que ha sido muy difícil no saber su verdadera identidad. Cabe destacar que al comenzar la terapia Nelly cuenta que hace unos meses se había enterado de algo muy importante; pero que no quería abordar ya que le generaba mucha angustia. Sesiones más tarde cuenta que su hermano le dijo hace unos meses quien era su verdadero padre. Es decir que recién cerca de sus 60 años de edad, le es develada la verdad.

#### Vida adulta

Ya en edad adulta tampoco ha sido fácil la vida para Nelly; atravesó muchos acontecimientos traumáticos; pero con la bendición de sus dos hijos; su familia y la fe en Dios, la ayudaron a salir adelante.

En febrero de 1984; Nelly contrae matrimonio con su actual esposo; el vínculo con el mismo se tornó difícil; debido al carácter y personalidad difícil de su marido. Ese mismo año fallece su papá adoptivo. En ese entonces su abuelo paterno se convierte en una figura de contención y referencia para ella.

Años más tarde en 1994 sufrió un accidente automovilístico de gran magnitud; en el auto viajaba ella su esposo y su hija mayor. A consecuencia de dicho accidente la operan de los intestinos debido a las lesiones sufridas. Ese mismo año su suegro cae enfermo; haciéndose cargo ella de cuidarlo, falleciendo en enero de 1995. Otro hecho que la marca es que también pierde un embarazo en febrero de 1995.

Los años 1998 y 1999 no estuvieron exentos de dificultades: en el año 1998 fallece su sobrina de 4 años; hija de su hermana en un accidente doméstico; hecho que marcó fuertemente a toda su familia. A raíz de esta tragedia; su hermana viaja y se radica en Estados Unidos, año desde el cual no vuelven a verse.

En el año 1999 fallece su mamá; una figura con las particularidades que tuvo pero muy importante para ella, refiere que al día de hoy no pudo elaborar el duelo.

Muchos años más tarde en 2016 falleció su sobrino; quien se crió en su casa y lo consideraba *“como un hijo”*, en un accidente de tránsito al impactar con un camión conducido por un chofer alcoholizado. A consecuencia de este hecho, Nelly refiere comenzar con cambios de humor, estando más irritable y angustiada. Desarrolla síntomas de Estrés Post Traumático; con miedo constante a que le suceda algo a su hijo, quien por su trabajo debe conducir la mayor parte del tiempo. Es así que ante una llamada; o al sentir una sirena inmediatamente reacciona pensando que algo malo le ha sucedido. En tanto está muchas horas preocupada hasta que su hijo llega con miedo de que *“pueda dormirse”* o *“cruce a alguien alcoholizado”* como le sucedió a su sobrino.

Por otra parte es también durante este año 2016 que otro sobrino hijo de su hermano y su hermano sufren ambos un ataque cardiaco que afortunadamente se salvan.

#### Historia Médica; Psiquiátrica

Como se mencionó anteriormente de pequeña sufrió mucho de su salud, bajas defensas; gripes severas; meningitis; epilepsia y otras complicaciones atravesaron su infancia.

Actualmente Nelly padece de Fibromialgia; poliartrosis y pinzamientos en la columna cervical.

En el año 2009 es operada de la rodilla; intervención que le implicó un post operatorio muy doloroso; y en el cual no se sintió apoyada por su esposo.

En el año 2016 es intervenida por un tumor benigno en el dedo de la mano que la provocaba mucho dolor.

En la esfera psicológica; a fines del 2016 consulta con Psiquiatra por sintomatología ansiosa y depresiva a raíz del fallecimiento de su sobrino. Comienza entonces a consumir Sertralina lo que le produce una mejora significativa del estado de ánimo.

En el año 2018, en el mes de agosto es operada por un absceso; lipoma en la cabeza; y en el mes de octubre le aparecen manchas en la espalda lo que conlleva un tratamiento dermatológico para extraerlas

Cabe mencionar que todas estas cuestiones de salud, le implicaron lógicamente ausencias prolongadas en el tratamiento psicológico, resultando en la alteración de la calidad del mismo. No obstante se menciona que fue una paciente muy comprometida con la terapia, con disposición al cambio y superar las dificultades.

#### Medicación:

Luego de la cita con el Psiquiatra Nelly comenzó a tomar Alprazolam ¼ para poder conciliar el sueño; y Sertralina 50 y 100 gramos días alternados, por elementos depresivos.

#### Eventos significativos y traumas

Se puede sostener que Nelly sufrió de trauma de tipo complejo en su niñez; ya que padeció maltrato sostenido en el tiempo por quienes se suponía deberían cuidarla y protegerla. Ya en su vida adulta; a partir de distintos sucesos traumáticos antes mencionados (fallecimientos y accidentes), es que se genera sintomatología de TEPT

<u>Edad/año</u>	<u>Suceso</u>
Entre 6 y 10 años aproximadamente	Su padrastro estuvo a punto de asfixiarla
Entre 6 y 10 años aproximadamente	Su padrastro ingresa con una cuchilla a la casa
5 años	Su mamá y papá adoptivo se separan
11 años	Se escapa de la casa de su hermana
12 años	Su padre adoptivo le dice que no es su padre
13 años	Comienza a trabajar como empleada con cama
Año 1984	Se casa / su papá aparece en la Iglesia pidiéndole perdón
Año 1990	Nace su primer hija

Año 1994	Accidente automovilístico/ operación de intestinos
Año 1995	Fallece suegro y pierde embarazo
Año 1998	Fallece su sobrina en accidente doméstico
Año 1998	Su hermana se radica en Estados Unidos
Año 1999	Fallece su mamá
Año 2016	Fallece sobrino en accidente de tránsito
Año 2016	Hermano y sobrino sufren infarto
Año 2018	Se entera quien fue su verdadero padre

**Relaciones:(parientes, hermanos, compañeros, figuras autoritarias, otros significativos).**

Vínculo con los Hijos

Es muy positivo; mantiene una relación de compañerismo y apoyo mutuo. Ella siente orgullo por los dos; ya que ambos trabajan y estudian. Constituyen un factor protector muy potente para Nelly

Vínculo con el esposo

Como se mencionó anteriormente si bien tienen trato cordial; Nelly manifiesta una disconformidad y malestar notorio con respecto a su marido. Por una parte destaca que “*se ha esforzado por cambiar*”, sosteniendo que lo ha logrado y que ha mejorado su carácter y por otro lado expresa ya estar cansada con respecto a él. Ha enunciado en varias oportunidades su deseo de divorciarse; pero la cantidad de años juntos y el factor económico la hacen desistir de esta opción.

Hermanos

Con su hermana no tiene muy buena relación y esto data de años atrás; desde su infancia; el hecho de que se encuentre en Estados Unidos ha acrecentado la distancia no solo física sino afectiva entre ambas. No obstante Nelly se esfuerza por no perder el contacto y le envía mensajes para saber cómo está y expresando su afecto, como en un intento de mejorar la relación. Con su Hermano el vínculo es mucho más cercano y positivo; si bien el se encuentra viviendo en el interior mantienen contacto y una mejor relación.



### Apoyo social

Nelly es una persona con una red social sólida; tiene su círculo de amigas con las que comparte salidas y encuentros. Es una persona amable y cálida en sus relaciones

### Área laboral

En la actualidad trabaja cuidando a una sra. mayor con problemáticas psiquiátricas, tiene buena relación tanto con ella como con los hijos de la Sra. En general es una persona que posee buenas habilidades sociales; es amable y asertiva.

### Figuras autoritarias y otros significativos

Se dirige con respeto y amabilidad en general; no presentando problemas de relacionamiento y adecuación a las circunstancias

### **Perfil Cognitivo**

#### Creencias Nucleares o Esquemas tempranos desadaptados

De acuerdo al autor Aron Beck; teniendo en cuenta las cogniciones encontradas en la paciente y su historia de vida; en la que el abandono; maltrato y rechazo es un componente fundamental, nos da cuenta de la existencia de la creencia central de "No ser querible". Nelly es una sra que ha sufrido mucho a lo largo de su vida pero con un poder de resiliencia muy positivo. Cabe mencionar que es una persona creyente; Testigo de Jehova y la religión es un factor protector muy importante; según ella la Fe en Dios la ha ayudado mucho a salir adelante.

Por otra parte basándonos en Jeffrey Young y la teoría de los esquemas tempranos desadaptados encontramos que los principales esquemas que presenta la paciente se enmarcan dentro de los siguientes dominios

#### Abandono/Rechazo

Abandono/ Inestabilidad:

Este esquema está fuertemente basado en su Historia de vida y en la alteración de la construcción de su identidad.

## Perjuicio en autonomía y desempeño

### Vulnerabilidad al daño o la enfermedad

Este esquema aparece basado en su historia de vida en la cual en su niñez sufrió situaciones de maltrato y largos periodos de enfermedad e internaciones. A su vez en su adultez se destacan los acontecimientos traumáticos por los que transitó y varias dificultades de salud incluso durante el 2018, año en el que transcurrió el proceso terapéutico.

## Focalización en los otros

### 1- Subyugación

Este esquema lo observamos en las características de personalidad de Nelly; afable y dócil; que muchas veces se sometió de alguna manera a la voluntad de su marido de carácter dominante. Con el fin de querer siempre ayudar y estar para el otro, muchas veces se descuida ella misma.

### 2- Auto sacrificio

Este esquema es muy fuerte en la forma de ser de Nelly; que por lo general siempre está y ha estado desde niña ayudando a los otros; incluso a costa de su propio bienestar.

## Integración y conceptualización de los perfiles cognitivos y evolutivos

### Formulación del auto concepto y concepto de los otros.

Cuando se le pregunta cómo se definiría ella misma, responde que se concibe como una persona muy pendiente y preocupada por los demás. Por otra parte se ve como una persona autosuficiente y capaz; que sin duda, junto con su capacidad de resiliencia es lo que la ha ayudado a atravesar los eventos traumáticos que le ha tocado vivir.

Nelly quien se caracteriza por ser una persona servicial; le cuesta solicitar ayuda y apoyo cuando lo necesita, si bien tiene un círculo social sólido, no suele contar a sus amistades sus problemas.

Se podría inferir a través del trabajo con ella, que los otros son concebidos como personas que precisan su ayuda y a quien ella debe auxiliar. Como si fuera algún tipo de obligación que ella tiene.

### Interacción entre los acontecimientos vitales y las vulnerabilidades cognitivas

Las vivencias traumáticas sostenidas en su niñez; en la cual la paciente creció, sufriendo violencia y rechazo; a la vez que aprendió desde muy pequeña a salir adelante por sus propios medios, fueron construyendo su personalidad. Una personalidad fuerte y servicial para los otros; que se construye desde la base de sostener y ayudar a los demás, dejándose de lado muchas veces ella misma.

Una identidad alterada; a medias basada en la mentira y el ocultamiento de la verdad, fueron formando a una Nelly que hasta hace solamente unos meses atrás le costaba saber en realidad quien era. No obstante a pesar de todo lo que tránsito se destaca una fortaleza interna muy potente; junto con figuras de gran contención que aparecieron en el camino como el matrimonio para el que trabajó; amistades, e hijos que la han ayudado a salir adelante

### Estrategias compensadoras y de afrontamiento

Siguiendo a Jeffrey Young; el principal mecanismo de afrontamiento que presenta Nelly es el de Evitación o Huida. Ya desde el principio de la terapia ella manifestaba haber *“bloqueado su pasado”, “lo que pasó yo no lo toco porque ya pasó”*, como un modo de defenderse del dolor que le provocaba.

### Marco teórico explicativo del trastorno elegido

#### **¿Que es el TEPT?**

Como ya se ha mencionado anteriormente El Trastorno por Estrés Post traumático, también conocido como TEPT, es un trastorno que algunas personas desarrollan luego de haber presenciado un acontecimiento impactante, terrorífico o peligroso. Estos tipos de eventos Podrían incluir sobrevivientes de agresiones físicas y sexuales, maltratos, catástrofes u otros accidentes graves. (National Institute of mental health , 2016).

De acuerdo al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (2016), no todas las personas con trastorno por estrés post traumático han pasado por una situación peligrosa; hay acontecimientos como la muerte repentina o inesperada de alguien querido que puede generar el trastorno como fue el caso de la Nelly. Si bien en su caso ella también tuvo un accidente de tránsito y paso por circunstancias difíciles que fueron asentando las bases del trastorno

### Trastornos asociados

Según Bados. A (2005) el 80% de las personas que presentan o han presentado TEPT, tienen o han tenido a su vez como trastorno comorbido un Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno de ansiedad y/o abuso y dependencia de sustancias. (Foa, Keane y Friedman, 2000).

### Comienzo y duración de los síntomas

De acuerdo a la Asociación de Psiquiatría Americana (1994). el TEPT puede comenzar a cualquier edad, incluso en la edad infantil. Los síntomas suelen comenzar en los tres primeros meses luego del incidente traumático, aunque a veces comienzan mucho tiempo después. Para considerar que se trata de trastorno por estrés post traumático los síntomas deben durar más de un mes e interferir negativamente en el área social, laboral y/o académica de la persona afectada. El curso de la enfermedad es variable de una persona a otra, siendo que en algunas personas los síntomas se vuelven crónicos (persistente). (National Institute of mental health , 2016).

### Sintomatología y funcionamiento mental de una persona con TEPT

A grandes rasgos como ya se expuso en apartados anteriores, se presentan seguidamente los síntomas que deben estar presentes para poder diagnosticar un TEPT.

Al menos un síntoma de reviviscencia: La paciente en este caso tenía recuerdos intrusivos sobre los eventos traumáticos sufridos. A nivel cognitivo también tenía pensamientos automáticos referentes a temor intenso a que vuelva a pasar algún suceso negativo, sobre todo a que su hijo sufriera un accidente de tránsito

Al menos un síntoma de evasión: Nelly hacía un gran esfuerzo mental para evitar pensamientos; recuerdos o cualquier estímulo asociados a la etapa de su niñez o los sucesos adversos por los que transitó.

Al menos dos síntomas de hipervigilancia y reactividad: Estos síntomas estaban muy marcados en Nelly que como ya se desarrolló anteriormente su nivel de alerta y vigilancia era extremo. Incluso sucedió alguna vez en consulta de sobresaltarse al sonar su celular o ante sonido de sirenas del exterior. Ante estas reacciones se desencadenaba a su vez una activación fisiológica manifestada en aumento de frecuencia cardíaca; e hiperventilación, lo cual lograba controlar y regresar a su estado base.

Al menos dos síntomas cognitivos y del estado de ánimo: Como indicadores más acentuados se destaca un déficit en la atención sostenida, y un marcado afecto negativo lo cual generaba un deterioro en varias áreas de su vida.

### Funcionamiento mental

Referente al funcionamiento del cerebro, se puede sostener que cuando una persona ha pasado por un hecho aversivo y ha desarrollado a consecuencia un Trastorno por Estrés posttraumático; a nivel de funcionamiento mental; el cerebro se prepara para intentar evitar y/o disparar reacciones de alerta ante cualquier estímulo que se asemeje a lo ocurrido. En este sentido la persona aprende a responder con miedo y ansiedad desproporcionados ante ciertos disparadores, desarrollando así una aprehensión y expectativa ansiosa a volver a experimentar las respuestas condicionadas de miedo. (Foa, Hembree y Rothbaum, 2007; en Lotero.H y Arias.A 2016). Esta aprehensión y miedo desmedido está dado por un procesamiento alterado y defectuoso de la información junto con un marcado afecto negativo que genera los síntomas emocionales. (Bados, 2005, en Lotero.H y Arias. A. 2016).

En el caso de Nelly luego de las experiencias traumáticas por las que atravesó de muertes y accidentes se explica el miedo y expectativa negativa que genera cuando alguien la llama, su hijo viaja para ir a trabajar o siente el sonido de una sirena. Se puede inferir que ha creado una respuesta condicionada de miedo que ante los estímulos antes mencionados disparan pensamientos automáticos tales como “algo malo sucedió” “mi hijo tuvo un accidente”, y respuestas fisiológicas de alerta asociadas.

La experiencia traumática genera entonces una fuerte repercusión y alteración mental y emocional de quien la sufre, suscita una modificación de las expectativas atribuciones, interpretaciones o, en general, las creencias de la persona” (Bados, 2005, p. 12, en Lotero.H y Arias. A 2016).

Por otra parte es importante conocer las modificaciones que se generan a nivel Biológico en el cerebro que dan lugar a las manifestaciones anteriormente mencionadas. Para lo mismo se consultó un artículo publicado por el Departamento de Medicina Legal de Costa Rica. *Neurobiología y tratamiento del trastorno de estrés post- traumático* En este sentido los autores Castro; Campos y López (2003) explican lo siguiente:

Las contribuciones de los diferentes estudios realizados han permitido entender los circuitos neuronales y sistemas involucrados en el TEPT. Un modelo biológico para explicar la psicopatología después de un evento traumático involucra regiones corticales y

subcorticales que intervienen en la memoria, modulación de las emociones y la respuesta al estrés. El sistema catecolaminérgico y el eje hipotálamo-hipófiso- adrenal son los sistemas clave que son sensibilizados por el stress traumático contribuyendo junto con otros sistemas a la hipervigilancia, pobre concentración, exaltación, insomnio y memorias intrusivas.

Niveles elevados de norepinefrina y factor liberador de corticotropina (los cuales actúan en sitios específicos del cerebro como el hipocampo, corteza parietal y temporal) junto con otros sistemas neuroquímicos incluyendo los opiáceos y la dopamina tienen roles importantes en la manifestación de los síntomas.

Además de un proceso mal adaptativo a largo plazo por parte de los sistemas neuroquímicos, los cambios estructurales inducidos por el estrés en algunas regiones cerebrales como el hipocampo son hallazgos claros tanto en estudios preclínicos como clínicos. Sin embargo estudios preclínicos han encontrado plasticidad en esta estructura cerebral en la vida adulta. También en el TEPT hay evidencias de disfunción a nivel de la corteza prefrontal, lo que asociado a la falla en la inhibición de la amígdala podría mediar en la incapacidad para extinguir las respuestas anormales al miedo. (p1)

#### Factores de riesgo para desarrollar Trastorno por Estrés Post Traumático

De acuerdo al Doctor en Psicología Arturo Bados (2005) las personas que disocian en el momento del trauma tienen más probabilidad de desarrollar sintomatología de TEPT.

Señala también que entre víctimas de accidentes automovilísticos la disociación y rumiación persistentes 4 semanas luego del trauma son muy útiles para identificar a las personas que es más probable que desarrollen un TEPT crónico.

Los elementos de riesgo entonces son la disociación peritraumática como predictor más fuerte; otros predictores son la ausencia de apoyo percibido, las emociones perturbadoras experimentadas en el momento del trauma y luego de él, la amenaza percibida para la vida y, en menor medida, el ajuste previo, la experiencia de uno o más traumas previos y los antecedentes familiares de psicopatología. Otros factores de riesgo son la tendencia a la evitación experiencial o intento de evitar y controlar las experiencias internas aversivas (pensamientos, memorias, sentimientos, emociones) Bados. A (2005).

Siguiendo a este autor es de vital importancia también la gravedad; duración, proximidad (grado de exposición) y frecuencia del trauma como variables más importantes de desarrollo de TEPT. Otros elementos de riesgo fundamentales son la vulnerabilidad biológica (hipersensibilidad neurobiológica al estrés genéticamente determinada) y una vulnerabilidad

psicológica (sensación de que los eventos amenazantes y/o las reacciones a los mismos son impredecibles y/o incontrolables basada en experiencias evolutivas tempranas).

Con relación a lo expuesto se puede considerar que Nelly presentaba varios factores de riesgo que la predisponen al desarrollo de un TEPT, por ejemplo si bien se desconoce si existió disociación al momento de ocurridos los hechos, si existen elementos disociativos en su vida actual asociados al trauma. En cuanto al apoyo emocional Nelly tanto de niña como en su adultez no contó con el sostén necesario que la ayudara a transitar y superar dichos eventos. Así mismo encontramos en la paciente una Historia de diferentes hechos traumáticos que datan desde su infancia lo que la predispone fuertemente al desarrollo del trastorno. Otros predictores presentes son la evitación experiencial y la vulnerabilidad psicológica y sensación de incontrolabilidad de los hechos basada en sus experiencias evolutivas tempranas de maltrato y negligencia.

En resumen los elementos de riesgo son:

- Haber pasado por circunstancias peligrosas o traumáticas
- Haber salido lastimado
- Ver a personas heridas o muertas
- Haber tenido una experiencia traumática en la niñez
- Tener sentimientos de terror, impotencia o miedo extremo
- Tener poco o ningún apoyo social después del acontecimiento traumático
- Lidar con un exceso de estrés después del hecho traumático, como la pérdida de un ser querido, lesiones y dolor, o la pérdida del trabajo o la vivienda
- Tener antecedentes de alguna enfermedad mental o consumo de drogas

#### Factores de resiliencia que pueden reducir el riesgo de desarrollo de TEPT

Siguiendo al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (2016) Como factores de resiliencia que reducen el riesgo de desarrollo de TEPT se exponen los siguientes:

- Buscar apoyo de otras personas, como amigos y familiares
- Encontrar un grupo de apoyo después de la experiencia traumática
- Aprender a sentirse bien por las decisiones que tomó al enfrentar el peligro
- Tener una estrategia para afrontar o de alguna manera superar el hecho traumático y aprender de éste
- Ser capaz de actuar y responder de manera eficaz a pesar de sentir miedo

En lo referente a la búsqueda de apoyo en familiares y/o amigos, en este aspecto Nelly es muy reservada y como se expuso en el apartado de conceptualización, ella se define como una persona que siempre está para ayudar y sostener a los demás pero con pocas habilidades para pedir apoyo para si misma.

No obstante, cabe destacar que a pesar de una gran presencia de elementos de riesgo y factores predisponentes Nelly es una mujer con considerable capacidad de resiliencia y salir adelante. Esto se puede observar en cómo fue capaz de progresar a pesar de las dificultades, trabajar desde temprana edad, hacerse cargo de su sobrino siendo aún adolescente, y formar su familia, tomando el mando de la crianza de sus hijos entre muchas cosas.

### TEPT en niños

Si bien en este trabajo y en el marco del Postgrado nos concierne el Trastorno por Estrés post traumático en su manifestación en adultos, se presenta de manera breve la sintomatología que se desarrolla en niños. De acuerdo al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (2016), los niños y adolescentes pueden tener reacciones extremas ante una experiencia traumática, pero es posible que su sintomatología sea diferente a la del adulto. En niños muy pequeños, menores de 6 años

los síntomas pueden incluir:

- Orinarse en la cama luego de haber aprendido a ir al baño
- Olvidarse de como hablar o no poder hacerlo
- Representar la experiencia traumática en el juego
- Aferrarse de manera inusual a sus padres u otro adulto

Los niños de edades más grandes y los adolescentes suelen mostrar síntomas más similares a los observados en los adultos. Pueden manifestar también conductas disruptivas, irrespetuosas o destructivas. Niños más grandes y adolescentes pueden experimentar sentimientos de culpa por no haber evitado lesiones o muertes, así como pensamientos de venganza. (National Institute of mental health , 2016).



## **Principales abordajes del Trastorno por Estrés Postraumático**

En este apartado se tratará de exponer los principales tratamientos que existen en la actualidad para el Trastorno por Estrés Postraumático, que cuentan con evidencia científica debidamente documentada.

Para esto se presentarán los abordajes que sostienen como eficaces distintas organizaciones, entre otras fuentes, y autores referentes.

Siguiendo al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (2016), es fundamental que la persona que presenta sintomatología de TEPT sea atendido por un profesional de la salud mental ya sea psicólogo y/o psiquiatra. En este sentido la psicoterapia o también llamada terapia del diálogo así como el abordaje farmacológico de forma combinada es el tipo de enfoque recomendado. De acuerdo a este Instituto la psicoterapia por excelencia recomendada es la terapia cognitivo- conductual, y señala dos componentes fundamentales:

### Terapia de exposición:

Este tipo de abordaje ayuda a las personas a confrontar y controlar su temor. Se trata de exponer en forma paulatina a la persona con la situación traumática que sufrieron, pero de una manera segura. Se utilizan imágenes mentales, escritura o visitas al lugar donde ocurrió el hecho. El profesional utiliza estas técnicas para ayudar a las personas con trastorno por estrés postraumático a enfrentar y gestionar las emociones perturbadoras asociadas con el hecho. A este tipo de terapia también se lo conoce como Desensibilización sistemática.

### Reestructuración cognitiva.

Esta técnica ayuda a las personas a darle sentido a los malos recuerdos. A veces las personas recuerdan el acontecimiento de manera diferente de cómo sucedió. Pueden sentir culpa o vergüenza por algo que no es su culpa. El terapeuta ayuda a las personas con trastorno por estrés postraumático a mirar lo que ocurrió de una manera realista.

Se les enseña formas útiles de reaccionar ante acontecimientos aterradores que desencadenan los síntomas del trastorno por estrés postraumático.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud O.M.S (2013) publica directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos. Es así que el 6 de Agosto del año 2013, la máxima institución encargada de la promoción y cuidado de la salud en el mundo

da a conocer un nuevo protocolo y directrices clínicas dirigidas a los trabajadores sanitarios para el tratamiento del impacto de los traumas y la pérdida de seres queridos en la Salud Mental. La O.M.S (2013) sostiene que los profesionales de la atención primaria podrán ofrecer apoyo básico fundamentado en la mejor evidencia disponible. Este apoyo primario abarca los primeros auxilios psicológicos, la gestión del estrés y la ayuda a quienes han sido afectados, enseñándoles métodos de afrontamiento eficaces y posibilidades de recibir contención y apoyo social imprescindible para estos casos. A su vez se explica que ante las personas afectadas por Trastorno por estrés Postraumático debe considerarse la posibilidad de derivación para recibir tratamiento avanzado como la terapia cognitivo conductual o tratamiento para la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares ( EMDR).

Por otra parte advierte sobre el uso de las Benzodiacepinas, son una opción que debe evitarse para atenuar los síntomas de estrés traumático agudo y los problemas de insomnio durante el mes que sigue al evento traumático. A su vez explica que no hay datos que demuestren que las benzodiacepinas mitiguen los síntomas del TEPT luego de un evento traumático reciente, más aún podrían interferir negativamente la recuperación del mismo.

Asimismo Lotero y Arias (2016) en su artículo *“Psicología basada en la evidencia y Trastorno de Estrés Postraumático: Un análisis de caso”* utilizaron para la paciente expuesta en el mencionado artículo una intervención que constó de 19 encuentros en los cuales utilizaron técnicas de psicoeducación; exposición; reestructuración cognitiva y respiración como principales herramientas. Luego de terminado el tratamiento consiguieron la reducción considerable de la sintomatología ansiosa y depresiva de la paciente, y el reintegro de esta a ambientes sociales y educativos, lo cual demuestra la eficacia de estos tratamientos.

En tanto ya en el 2001 en un artículo publicado por la Universidad de Oviedo (España) *“Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático”* se sostiene que las terapias con mayor evidencia científicamente demostrada son la Exposición Prolongada; y las técnicas de reestructuración cognitiva y manejo de la ansiedad dentro del abordaje Cognitivo- conductual. En este sentido el mejor tratamiento de acuerdo a esta publicación sería el que integre los componentes antes mencionados. En relación al abordaje farmacológico si bien en algunos casos son necesarios advierte especialmente sobre los efectos colaterales del mismo (Baguena.M 2001).

Por su parte en otros de los artículos consultados *“Neurobiología y tratamiento del trastorno de estrés post- traumático”* sustentan el abordaje integrado psico-farmacológico de tipo cognitivo conductual como el más eficaz para abordar el TEPT. Presentan como principales componentes del mismo la psicoeducación sobre el fenómeno; tratamiento de ansiedad y

las técnicas de exposición. A su vez explican que los fármacos son utilizados para facilitar el proceso de terapia y eficacia de las técnicas empleadas. (Castro; Campos y López; 2003).

### **EMDR y su eficacia en el Trastorno por Estrés Postraumático**

Este apartado especialmente dedicado a EMDR; surge a raíz del interés personal en el estudio de la eficacia clínica de este procedimiento. Se intentará exponer en forma breve de qué se trata y su validez para el tratamiento del TEPT a partir de la lectura de algunos artículos.

Surgido en el año 1989, por su creadora Francine Shapiro; EMDR se ha convertido al día de hoy en uno de los procedimientos terapéuticos de gran éxito para el Trastorno por Estrés Postraumático, extendiéndose su uso a otras problemáticas. La modalidad de aplicación a diferencia de lo que se puede concebir como una terapia tradicional, se realiza mediante estimulación bilateral a través del movimiento ocular, tapping o sonidos. El propósito es desensibilizar el impacto emocional y activación fisiológica asociada al recuerdo de eventos traumáticos.

De acuerdo al Instituto de EMDR Uruguay (2017), describe a esta técnica como un abordaje terapéutico completo con el que se interpretan distintos fenómenos clínicos el cual cuenta con un fuerte respaldo científico que avala su utilidad y efectividad.

Según el artículo "*Nacimiento, desarrollo y evolución de la desensibilización y el reprocesamiento por medio de movimientos oculares (EMDR)*", esta modalidad ha motivado un gran número de investigaciones desde su surgimiento en el año 1989, siendo que al día de hoy se pueden encontrar más de 700 estudios de carácter científico. De acuerdo a esta publicación se considera a EMDR como una técnica de reconocida eficacia para el tratamiento del TEPT por parte de distintos organismos internacionales y sugerido como abordaje de primera línea en las principales guías clínicas. (Marín, Guillen y Vergara 2016).

No obstante a pesar de su demostrada eficacia existe gran controversia sobre cuáles son los mecanismos que subyacen al método responsables del éxito de sus resultados. Conforme a estos autores, el movimiento ocular no sería el causante de la desensibilización y reprocesamiento de la memoria traumática sino la estimulación Bilateral ya sea visual, táctil o auditiva. (Marín, Guillén y Vergara 2016). Más allá de cual sea el mecanismo por el cual funciona, sostienen que EMDR ha demostrado su eficiencia en la reducción de síntomas de TEPT en eventos traumáticos y también en otras problemáticas.

Por otra parte en “*Correlatos de la terapia EMDR en la neuroimagen funcional y estructural: Un resumen crítico de los hallazgos recientes*” (2015) sostienen que EMDR es el procedimiento terapéutico con un efecto neurológico probado. Los resultados alcanzados a través del estudio de neuroimágenes son consistentes con las mejoras clínicas y reducción de síntomas de ansiedad generados luego de la aplicación de EMDR. En este sentido se sostiene que este abordaje tiene un impacto significativo sobre las funciones cerebrales y que el patrón de actividad cerebral emergente post-EMDR es congruente con los cambios que pueden estar mitigando las condiciones postraumáticas y de ansiedad. (Pagani; Hogberg; Fernández y Siracusano; 2015).

Otra de las investigaciones que sustenta la eficacia de EMDR, fue la que se llevó a cabo en 2013 en Guatemala en la localidad de Quetzaltenango. Según se expresa, el estudio fue motivado por la escasez de profesionales de la Salud Mental que hay en el país en relación al número de habitantes. Por este motivo se consideró importante encontrar un método terapéutico rápido y eficaz para ayudar a la mayor parte de la población que lo necesitara. Para realizar la investigación se seleccionaron estudiantes universitarios que presentaban síntomas de trauma de intensidad moderada a grave. Los resultados obtenidos luego del estudio sugieren que el modelo EMDR sirve como un proceso de tratamiento de probada eficiencia para los síntomas de trauma psicológico con participantes guatemaltecos, así como en distintas partes del mundo (Lescano et al., 2004). Más aún, los resultados señalan que la sintomatología de las personas a quienes se les aplicó terapia EMDR disminuyeron más de lo que puede esperarse únicamente con el paso del tiempo, en comparación a quienes no recibieron la terapia cuyos síntomas no tuvieron mejoras. (Gómez; Ashdown, 2013).

### **Proceso terapéutico realizado**

El proceso terapéutico llevado a cabo con Nelly constó de un total de 19 encuentros realizados entre los meses de Mayo a Diciembre de 2018. En cuanto a la estructura del tratamiento, los primeros 4 a 5 encuentros fueron destinados al proceso de conceptualización de caso clínico. En los mismos se trató de recabar la mayor cantidad de información para conocer los principales problemas que presentaba la paciente, su modalidad de funcionamiento y factores de mantenimiento, entre otros elementos relevantes. Luego de esta primera fase de formulación de caso, se encontraron fuertes elementos depresivos y ansiosos asociados a múltiples eventos en su vida de características traumáticas.

En tanto los siguientes 11-12 encuentros fueron destinados al desarrollo de la terapia. En el mismo se realizaron algunos ejercicios tendientes a lograr los objetivos planteados. Las últimas sesiones fueron instancias de cierre, reflexión y evaluación conjunta del proceso realizado.

### Estrategia; objetivos y Metodología del proceso

El foco de la terapia estaba puesto en ayudar a la paciente a lograr:

- Mejor gestión de emociones y pensamientos- reducción sintomatología depresiva y ansiosa:

Para conseguir este objetivo se utilizaron técnicas de Mindfulness para tomar mayor contacto y aceptación de los procesos emocionales, así como distancia de los pensamientos y rumiación mental. Por otra parte se utilizaron estrategias de validación emocional, enfatizando la expresión adecuada versus la inhibición como mecanismo saludable de gestión de la experiencia interna.

Se implementó también la utilización de autorregistros diarios, y debate cognitivo para ayudar al proceso de reestructuración cognitiva y flexibilización de esquemas y creencias poco adaptativos, por otros de mayor utilidad.

Por otra parte más hacia final de año, luego de haber comenzado la certificación en EMDR, realizamos el ejercicio dentro de este abordaje, denominado: *“Un Lugar seguro y tranquilo”* para brindarle otra herramienta de regulación emocional.

- Entendimiento y comprensión de su sintomatología, generando sentido y cohesión entre sus vivencias y las manifestaciones clínicas actuales.

Respecto a este objetivo, lo que se realizó fue una conexión y entendimiento entre su historia de vida y su sintomatología ansiosa y depresiva como consecuencia de los eventos vividos. Como se mencionó anteriormente uno de los mecanismos de afrontamiento que tenía Nelly era el de evitación o huida, el cual poco a poco fue quebrantando. Logró así conectarse con su historia, adquiriendo una comprensión que antes no existía. Se utilizó también la psico educación del fenómeno de trauma para ayudar a su entendimiento.

- Mayor foco en sí misma, fomentando el autocuidado personal y realización de actividades gratificantes

Nelly es una señora que siempre el foco lo puso en los demás y poco en sus propias necesidades, por esto se consideró que una mayor atención a sí misma, con la implementación de actividades que le fueran agradables y lograr un mayor cuidado de su aspecto sería un objetivo terapéutico adecuado.

### **Reflexiones finales**

Considero muy enriquecedor el trabajo realizado con la paciente en el marco del posgrado. A pesar de haber existido muchas inasistencias producto de su estado de salud, creo que fue un proceso valioso que me ha aportado mucho a nivel personal y profesional.

No obstante pienso también que observando el proceso hoy, con un margen de distancia considerable de casi un año desde la finalización del mismo, es lógico pensar que habría muchas cosas que mejorar o que hoy haría distinto. En este sentido, cuando uno comienza un proceso de aprendizaje largo y desafiante como implica un posgrado, es en ese proceso de aprender cuando a veces el error y el desacierto cobra más relevancia que el éxito, y es justamente cuando se aprende.

No cabe duda que uno intenta hacer lo mejor, más teniendo en cuenta la responsabilidad que conlleva el trabajo clínico, pero a veces no es suficiente. Con esto quiero decir que hoy creo que podría haber considerado antes los elementos clínicos de Trastorno por Estrés Post Traumático por encima de los síntomas de ansiedad y depresión manifestados. Por ejemplo hubiese sido adecuado aplicar también algún cuestionario de evaluación de trauma en el proceso de conceptualización.

Como se expresa en el desarrollo del trabajo dentro de los principales procedimientos de abordaje del Trastorno por Estrés Postraumático esta la terapia de exposición en sus distintas modalidades de implementación. Por tanto de haber considerado antes el TEPT, hubiera incluido este procedimiento dentro del abordaje.

Por otra parte considero que a pesar del relativamente poco y espaciado tiempo de terapia, se pudieron alcanzar objetivos importantes. En cuanto a la regulación emocional, Nelly logro una mayor conexión y gestión de sus emociones, implementando la aceptación de la experiencia interna y la expresión de forma saludable de sus afectos. El Mindfulness y el ejercicio de *“Un lugar seguro y tranquilo”* fueron utilizados tanto dentro del consultorio como también en distintas instancias de su vida diaria, los cuales le fueron de gran utilidad.

Respecto a la comprensión del fenómeno del trauma, la paciente pudo lograr un entendimiento y construir un enlace entre su dolor y su propia historia. De esta forma mediante la psicoeducación y los distintos encuentros se fue de alguna manera desensibilizando el miedo a hablar de su pasado.

En relación a lograr un mayor enfoque en si misma, y una mejor atención a su bienestar, Nelly pudo lograr más auto cuidado, por ejemplo, mejoró su presentación y su aspecto. Concurrió a una clínica estética para brindarse de acuerdo a sus palabras “*un mimo a sí misma*”. Comenzó a compartir más tiempo con amistades, y realizar actividades con sus hijos.

El tema abordado en el presente trabajo personalmente me genera especial interés. Considero que la realización de esta memoria final, fue una forma de ayudarme a conocer más del Trastorno por Estrés Postraumático y sus principales abordajes. Es un área en la que me gustaría seguir profundizando y perfeccionándome en el futuro para así mejorar la calidad de la atención en la clínica.

Finalmente mencionar que quedo muy agradecida con el proceso de aprendizaje adquirido durante los dos años de formación del postgrado, con la oportunidad de realizar esta memoria final y con el claro conocimiento que queda muchísimo por aprender en esta profesión que exige y desafía en forma constante.

### **Bibliografía consultada**

- American Psychiatric Association.(2014) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, DSM-5*. Editorial Médica Panamericana 5ta ed.
- Bados. A. (2005). *Trastorno por Estrés Post Traumático*. Universidad de Barcelona
- Baguena Puigcerverg. M (2001) *Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático*. Psicothema. vol. 13, núm. 3, 2001, pp. 479-492. Universidad de Oviedo. España
- Beck. A. (s.f) *Inventario de Depresión de Beck*
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa
- Calero.M y Spinelli. I (2017). *El Estrés Postraumático y la terapia EMDR*. Artículos 8 de Noviembre de 1017. EMDR Uruguay.

- Castro. N; Campos.G; y López. C. (2003). *Neurobiología y tratamiento del trastorno de estrés post- traumático*. Medicina Legal. Vol. 20. N°2. Costa Rica
- Gómez. R y Ashdown. B (2013). *Efectividad de Tratamiento EMDR en Personas Guatemaltecas con Síntomas de Trauma Psicológico*. Acta de Investigación Psicológica, 2013, 3 (3), 1264 - 1270
- Lotero. H y Arias. A (2016). *Psicología basada en la evidencia y Trastorno de Estrés Post Traumático, un análisis de caso*. Revista de casos clínicos en Salud Mental. 1:59-78
- Marín.C; Guillen. A y Vergara. S (2016). *Nacimiento, desarrollo y evolución de la desensibilización y el reprocesamiento por medio de movimientos oculares (EMDR)*. Clínica y Salud. El Sevier. Clínica y Salud. 27 (2016) 101–114. Universidad Computense de Madrid- España
- McKay M., Davis M. y Fanning P. (1987). *TECNICAS COGNITIVAS PARA EL TRATAMIENTO DEL ESTRÉS*. España. Ed: Martínez Roca.
- Morrison. J. (2014). *Guía para el Diagnóstico Clínico DSM-5(R)*
- National Institute of Mental health (2016). *Trastorno por Estrés postraumático*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud. Publicación de NIH, N° SQF 16-6388.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Nuevo protocolo y directrices clínicas para dispensar una atención de salud mental eficaz a adultos y niños expuestos a traumas o la pérdida de seres queridos*
- Pagani; Hogberg; Fernández y Siracusano (2015) *Correlatos de la terapia EMDR en la neuroimagen funcional y estructural: Un resumen crítico de los hallazgos recientes*. Journal of EMDR Practice and Research, Volume 9, Number 2, 2015
- Rojas; (s.f) *Escala de Evaluación Conductual para la Ansiedad*. Instituto Español de Investigación Psiquiátrica- Madrid
- Young J. E., Klosko J. S., Weishaar M.E (2013). *Terapia de Esquemas: Guía Práctica*. Bilbao: Desclée Brouwer.





