



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2020/2021

Convocatoria Junio

Modalidad: Estudio de caso.

Título: Intervención cognitivo-conductual en el manejo de los recuerdos invasivos y síntomas de evitación en un caso de TEPT.

Autor: Vicente Sepulcre, Andrea

Tutor: Maciá Antón, Diego

Elche a 3 de junio de 2021.

Índice:

1. Resumen	3
2. Introducción	4
3. Descripción del caso	6
4. Estrategias de evaluación	7
5. Formulación clínica del caso	10
6. Tratamiento	13
7. Resultados	19
8. Discusión	22
9. Referencias	23
Tabla 1	8
Tabla 2	9
Tabla 3	9
Tabla 4	10
Tabla 5	14
Tabla 6	15
Tabla 7	16
Tabla 8	17
Tabla 9	17
Tabla 10	19
Tabla 11	20
Figura 1	12
Gráfica 1	21
Gráfica 2	22

RESUMEN

En el presente artículo se expone un caso clínico de una mujer la cual trabaja como auxiliar de enfermería. Debido a la situación excepcional a causa de la pandemia ha sufrido un elevado nivel de estrés y ansiedad. Esto ha acarreado un alto impacto psicológico y la aparición de la sintomatología característica del TEPT, como recuerdos invasivos, síntomas de evitación, falta de sensibilidad, hiperactivación fisiológica, etc. Este diagnóstico ha sido posible gracias a la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT Revisada (EGS-R), al Inventario de ansiedad Estado-Rasgo (STAI), al Inventario de Depresión (BDI) y la Escala de inadaptación (EI). Los objetivos del tratamiento psicológico se centran en reducir la sintomatología ansiógena, los recuerdos invasivos y las conductas de evitación, aumentar la calidad de vida y desarrollar habilidades cognitivas. El tratamiento escogido dado su alta eficacia es la terapia de exposición al recuerdo y a las señales asociadas a éste y la terapia del procesamiento cognitivo para favorecer la expresión del afecto y la adaptación cognitiva al suceso traumático, configurando un total de 16 sesiones con 2 sesiones añadidas para el seguimiento. Gracias al proceso terapéutico se han conseguido superar los objetivos establecidos disminuyendo así la sintomatología y dotando a la paciente de una mejor calidad de vida.

Palabras clave: experimento de caso único, estrés postraumático, recuerdos invasivos, conductas de evitación, hiperactivación fisiológica, terapia de exposición y terapia de procesamiento conductual.

ABSTRACT

This article presents a clinical case of a woman who works as a nursing assistant. Due to the exceptional situation caused by the pandemic, she has suffered a high level of stress and anxiety. This has led to a high psychological impact and the appearance of the characteristic symptoms of PTSD, such as invasive memories, avoidance symptoms, lack of sensitivity, physiological hyperarousal, etc. This diagnosis has been possible thanks to the Revised PTSD Symptom Severity Scale (EGS-R), the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), the Depression Inventory (BDI) and the Maladjustment Scale (EI). The goals of psychological treatment focus on reducing anxiety symptoms, invasive memories and avoidance behaviors, increasing quality of life, and developing cognitive skills. The treatment chosen given its high efficacy is exposure therapy to memory and the signals associated with it and cognitive processing therapy to favor the expression of affect and cognitive adaptation to the traumatic event, configuring a total of 16 sessions with 2 sessions added. for monitoring. Thanks to the therapeutic process, the

established objectives have been exceeded, thus reducing the symptoms and providing the patient with a better quality of life.

Keywords: single case experiment, post-traumatic stress, invasive memories, avoidance behaviors, physiological hyperarousal, exposure therapy, and behavioral processing therapy.

INTRODUCCIÓN

En febrero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la situación excepcional de pandemia como una emergencia de salud pública debido a las múltiples incidencias y los altos niveles de propagación internacional (Trilla, 2020). A pesar de la diversa sintomatología física que presenta esta epidemia, también conlleva una gran problemática de carácter sociopsicológica no tan visible a nivel público en carácter de prevención e intervención. Las restricciones llevadas a cabo por el Gobierno Español tales como el confinamiento domiciliario derivando en el aislamiento social, las restricciones en las actividades no esenciales, el cierre perimetral, etc., han conducido a un deterioro en el funcionamiento cognitivo, social y ocupacional, desarrollando una amplia variedad de alteraciones psicológicas de distinta índole como trastornos sociales, de adaptación, de ansiedad y del estado de ánimo. Por lo tanto, esta situación presenta una problemática para la salud pública mundial añadido a la gran incidencia de casos (Ramírez-Ortiz et al., 2020).

Cabe mencionar que la población vulnerable representa grandes colectivos, tales como la población más envejecida, personas con problemas respiratorios y/o cardíacos y los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud. Este último grupo ha sufrido en especial por el colapso sanitario y por el trato directo con la enfermedad, lo que ha producido un severo impacto psicológico. Según diferentes estudios publicados por Ramírez-Ortiz et al. (2020) y Samaniego et al. (2020) revelan un alza en la incidencia de casos de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT de ahora en adelante) en los profesionales de la salud debido a la alta exposición a situaciones estresantes derivadas del desbordamiento del sistema sanitario y por el trato directo con pacientes COVID.

Según el manual DSM-5 (American Psychological Association., 2014), el criterio diagnóstico principal que indica la presencia del TEPT es la manifestación de la sintomatología tras la "exposición a la muerte, una lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza". Esta sintomatología se corresponde con la reexperimentación de recuerdos angustiosos y reiterados, sueños abrumadores y recurrentes y reacciones disociativas, psicológicas y fisiológicas de carácter intenso y prolongado. Además, se caracteriza por la evitación continuada de estímulos asociados al hecho traumático.

En relación al tratamiento, según American Psychological Association (2010) la terapia cognitivo-conductual es la intervención por excelencia para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Concretamente Fonseca-Pedrero et al. (2021) y Moriana y Martínez (2011) señalan que las terapias con mejores resultados para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático son la terapia de exposición y la terapia del procesamiento cognitivo (TPC de ahora en adelante) debido a su alta eficacia (1++ y 1+ respectivamente) y su elevado grado de recomendación (A en ambas terapias). De igual manera, Bados (2017) expresa que además de las ya mencionadas, existen otras técnicas centradas en el trauma que muestran una alta evidencia terapéutica tales como la desensibilización sistemática y la terapia del procesamiento y desensibilización por medio de movimientos oculares (EMDR). Análogamente, Bados (2017) declara que tanto la terapia de exposición prolongada y la TPC tienen una mayor eficacia con respecto a otras técnicas no centradas en el trauma tales como el tratamiento en inoculación del estrés, técnicas de relajación, etc.

En el presente documento se expondrá la evaluación y el tratamiento en un caso de TEPT. Para conocer de forma objetiva la presencia de dicho trastorno fue necesaria la aplicación de varias pruebas psicométricas, en este caso, se empleó una entrevista semiestructurada, la escala de gravedad de síntomas revisada del trastorno de estrés postraumático (EGS-R) (Echeburúa et al., 2016), el Inventario de ansiedad estado-rasgo (Caballo, Salazar y Carrobes, 2014), el Inventario de depresión de Beck (Sanz y García-Vera, 2013) y la Escala de Inadaptación (Labrador et al., 2009). Además, se incluye como método de evaluación la autoobservación y el autorregistro de las conductas de interés tales como los recuerdos invasivos, conductas de evitación, etc. donde la paciente debe registrar cualquier tipo de conducta problemática ya sea manifiesta o encubierta.

Una vez obtenido el diagnóstico se establecen los diferentes objetivos del caso clínico, los cuales se centran en reducir de forma total o parcial la sintomatología ansiógena, los recuerdos o pensamientos invasivos y las conductas de evitación, desarrollar habilidades cognitivas con el fin de hacer frente a los puntos de bloqueo, etc. Para conseguir dicha meta se seleccionó la terapia del procesamiento cognitivo (TPC de ahora en adelante) debido a que emplea la reestructuración cognitiva y la exposición en escritura para lograr un correcto procesamiento emocional. Mediante esta técnica se pretende trabajar con aquellas creencias y atribuciones relacionadas con el suceso traumático para lograr crear patrones cognitivos funcionales. Además, se empleó la terapia de exposición en imaginación para disminuir las respuestas condicionadas de temor.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Identificación del paciente.

J es una mujer de 34 años, divorciada y con un hijo. El nivel socioeconómico de la paciente es medio. Actualmente está trabajando como auxiliar de enfermería en el Hospital Vinalopó de Elche. Reside en la localidad de Elche con su hijo.

Motivo de la consulta.

La paciente expone que desde que presencié la muerte de varios de sus pacientes a causa de COVID-19, hace cinco meses, no consigue conciliar el sueño debido a los recuerdos invasivos que aparecen en forma de pesadillas o en el estado de vigilia como recuerdos retrospectivos muy vívidos que suponen una constante reexperimentación del suceso y crean gran malestar psicológico. Declara que duerme pocas horas en la noche y que tiene un sueño poco reparador. Menciona que no logra controlar esos recuerdos por lo que se muestra sensible y con ganas de llorar todo el día, irritable, aterrada y con una gran dificultad para concentrarse debido a la hipervigilancia ante las fuentes de contagio. Cuando revive el suceso, declara que aumenta su activación fisiológica debido al incremento de la tasa cardiaca, la respiración y la sudoración. Menciona que se encuentra con elevada ansiedad y con fatiga durante todo el día y que por ello, consume alcohol como vía de escape. La paciente comenta que evita cualquier contacto social por miedo a contagiarse y morir, y que, por el mismo motivo, ya no acude al trabajo ni lleva a su hijo a la escuela. Comenta que cada vez se encuentra más insensible, refiere no tener emociones intensas. Menciona que estos síntomas se han agravado e intensificado con el paso del tiempo por lo que interfieren de forma directa en varios ámbitos de su vida y por ello ha decidido por voluntad propia acudir a consulta.

Historia del problema.

J menciona que desde la adolescencia tiene una baja resistencia al estrés, por lo que siempre ha tenido cuadros de ansiedad producidos por diferentes acontecimientos (exámenes, relaciones sociales, etc.). Comenta que hace seis años falleció su padre, lo que provocó en ella una gran inestabilidad emocional y una fuerte ansiedad. De igual manera, su reciente divorcio también afectó a nivel emocional y psicológico debido a que la ansiedad producida por este evento la llevo a culparse de lo sucedido y a sentirse muy insegura consigo misma. La paciente señala que no sabe gestionar sus emociones y recursos ante ciertos sucesos por lo que siempre se ha visto muy sobrepasada. Indica que tras lo ocurrido en el trabajo no consigue dormir, se encuentra irritable, irascible y atormentada por las pesadillas y recuerdos del acontecimiento. J comenta que tiene un bajo apoyo familiar y social, puesto que no tiene hermanos y su madre reside en una residencia de ancianos con Alzheimer en estadio avanzado. En cuanto al ámbito social,

solamente cuenta con una persona de confianza que reside en otra provincia por lo que por el estado de pandemia ha sido imposible mantener el contacto de manera presencial.

Como se ha mencionado con anterioridad, durante este periodo la paciente ha reducido considerablemente las actividades que antes realizaba sin ninguna interferencia tales como ir al trabajo, llevar a su hijo a la escuela y las interacciones sociales debido a que no sale del domicilio. La paciente comenta que se siente muy frustrada con la situación y con muchos sentimientos de incapacidad para enfrentar la problemática.

ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN.

Para la evaluación se debe tener en cuenta múltiples aspectos, por ello, es necesario aplicar un conjunto de instrumentos que verifiquen el prediagnóstico. Se llevó a cabo en dos sesiones con una duración de una hora y media aproximadamente. Con respecto a las estrategias de evaluación, se han empleado una entrevista semiestructurada y diferentes escalas e inventarios con alta fiabilidad psicométrica con el fin de conocer la sintomatología postraumática, el nivel de ansiedad, el estado anímico y el grado de adaptación a la problemática.

En la primera sesión se empleó una entrevista semiestructurada para obtener mayor información. Se preguntó acerca del suceso, sus desencadenantes, la sintomatología y otros datos de interés como antecedentes importantes que hayan causado inestabilidad emocional, su red sociofamiliar, así como áreas que se han visto afectadas por dicha sintomatología. Tras esta entrevista, se empleó la Escala de Gravedad de Síntomas Revisada del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R) para conocer la presencia y gravedad de la sintomatología clínica del TEPT. Con esta escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta se pretende averiguar la frecuencia e intensidad de los síntomas relacionados con la reexperimentación, a la evitación conductual y/o cognitiva, alteraciones cognitivas y/o estado de ánimo negativo y por último, el aumento de la activación y reactividad psicofisiológica. Además de ello, se emplean algunos ítems para conocer el grado de disfuncionalidad o afectación en relación a la experiencia traumática. Esta prueba psicométrica cuenta con una alta consistencia interna ($\alpha = .91$) (Echeburúa et al., 2016).

En la segunda sesión de evaluación, con el fin de evaluar el nivel de ansiedad se administró el Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI), el cual mide de forma independiente la ansiedad estado y la rasgo a través de veinte ítems para cada subescala con formato tipo Likert con cuatro opciones de respuesta siendo "0" nada y "3" mucho. La puntuación total entre ambas escalas oscila entre 0 y 60 cuanto mayor

sea la puntuación, mayor ansiedad registrada. Esta prueba cuenta con un alfa de Cronbach de 0.94 para la ansiedad estado y 0.90 para la ansiedad rasgo (Riquelme, y Casal, 2011; Caballo et al., 2014). Además, en esta sesión, se utilizó para evaluar la intensidad de los síntomas depresivos el Inventario para la Depresión de Beck (BDI-II) el cual mide la presencia y gravedad de la sintomatología depresiva. Consta de veintidós ítems tipo Likert de cuatro alternativas de respuesta ordenadas de menor a mayor gravedad. Para su corrección, se valora de cero a tres puntos en función de la alternativa escogida y tras sumar la puntuación de todos los ítems se obtiene una puntuación total que oscila entre 0 a 63. Esta prueba psicométrica cuenta con una consistencia interna de .87 (alfa de Cronbach) (Beck et al., 2011; Sanz et al., 2005).

Por último, se empleó la Escala de Inadaptación (EI), la cual valora el grado de adaptación en 5 sectores tales como el trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y convivencia familiar además de una valoración global de las cinco áreas. Esta escala tiene una disposición tipo Likert con seis ítems con una gradación de cero a cinco y cuenta con un índice de consistencia interna de 0,94. (Labrador et al., 2009; Encinas et al., 2010).

Los resultados obtenidos de las diferentes pruebas psicométricas confirman la hipótesis acerca de que la paciente padece un trastorno de estrés postraumático puesto que en la EGS-R la paciente ha alcanzado una puntuación total de 52, siendo el rango total de la escala de 0 a 63, lo que indica que la paciente padece una sintomatología frecuente e intensa relacionada con el trauma. En el STAI, la paciente ha obtenido un percentil en la subescala de ansiedad estado de 83, lo cual indica una alta intensidad emocional, puntuación que la sitúa lejos de la media. En cuanto a la ansiedad rasgo obtuvo un percentil de 44, lo que indica que la paciente tiene propensión nerviosa media como característica más estable de la personalidad. En el BDI-II, la paciente ha obtenido una puntuación total de 19, lo que indica una baja presencia de sintomatología depresiva. En la Escala de Inadaptación la paciente ha obtenido una puntuación de 40, lo que confirma la inadaptación en varios de los ámbitos cotidianos de la paciente.

Tabla 1.

Resultados Pretest EGS-R.

		Pretest	
Reexperimentación	0-15	Reexperimentación	15
Evitación	0-9	Evitación	9
Estado de Ánimo Negativo	0-21	Estado de Ánimo Negativo	11
Hiperactivación	0-18	Hiperactivación	17
Total	0-63	Total	52

Asimismo, fue necesario utilizar la autoobservación para completar la evaluación y registrar la presencia de ciertas conductas con sus circunstancias antecedentes y consecuentes, lo cual tuvo un valor concluyente para el análisis de las conductas inoperantes de la paciente. Con ello se pretende obtener información topográfica de las conductas disfuncionales tales como la frecuencia e intensidad, por lo que permitirá establecer una línea base inicial la cual será de gran ayuda para valorar el cambio conductual y cognitivo a lo largo del proceso terapéutico.

Tabla 2.

Autorregistro conductas inoperantes.

<u>Situación</u>	<u>Pensamientos asociado</u>	<u>Estado anímico (0-10)</u>	<u>Nivel de ansiedad (0-10)</u>	<u>Consecuencias</u>

Se proporcionó un segundo autorregistro durante el tratamiento para conocer el tipo de pensamiento desadaptativo, la frecuencia, el grado de credibilidad otorgada y por tanto, el grado de interferencia.

Tabla 3.

Autorregistro pensamientos desadaptativos.

<u>Fecha/hora</u>	<u>¿Qué pienso?</u>	<u>¿Qué siento? (Intensidad 0- 10)</u>	<u>¿Qué hago?</u>	<u>Consecuencias</u>	<u>Grado de credibilidad</u>	<u>Grado de interferencia</u>

Como última tabla a completar por la paciente, se propone un autorregistro sobre el patrón del sueño debido al insomnio que presenta por la reexperimentación del suceso traumático en forma de pesadillas.

que originan las conductas desadaptativas en forma de síntomas de reexperimentación tales como los pensamientos intrusivos, recuerdos retrospectivos y pesadillas acerca del suceso traumático y de la posibilidad de contagiarse ella o su hijo. Además, la paciente menciona que se siente frustrada y con sensación de incapacidad para hacer frente a la problemática. Los desencadenantes externos se corresponden a lugares concurridos y lugares donde pueda existir un foco de infección alta (hospitales, centros de salud, escuelas, etc.)

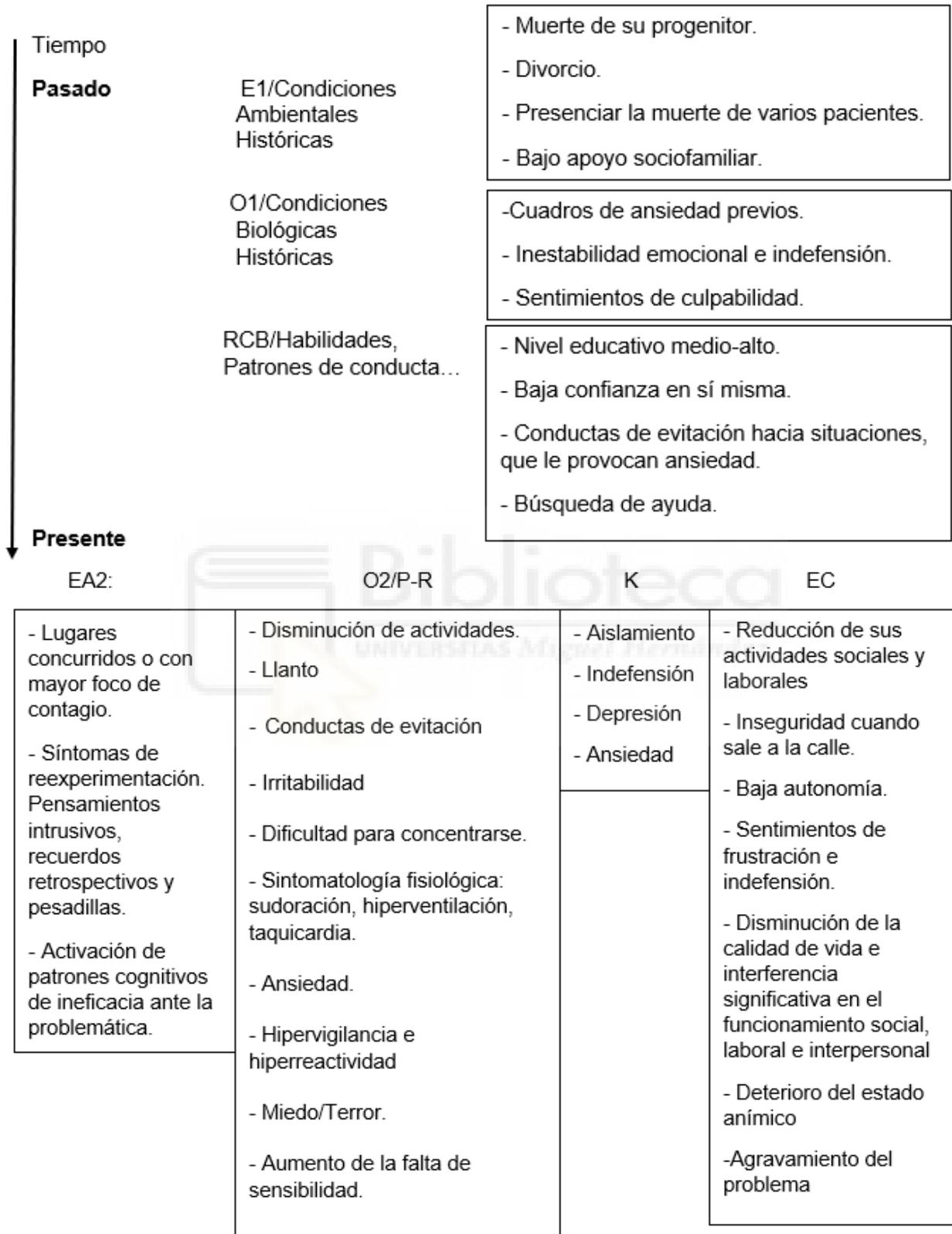
Estos desencadenantes originan un patrón de respuestas disfuncionales. Las respuestas inoperantes de carácter cognitivo se corresponden con la sensibilidad, irritabilidad, miedo e indefensión, dificultad para concentrarse, hipervigilancia y falta de sensibilidad o desapego. Las respuestas concernientes al ámbito fisiológico relacionadas con el continuo estado de “lucha y huida” se muestran en forma de insomnio (dificultades para conciliar el sueño y pesadillas), ansiedad, fatiga, elevada tasa cardíaca, hiperventilación, hiperreactividad y sudoración. En lo referente a las respuestas conductuales se halla el llanto, evitación de lugares y del contacto social y en mayor medida elude salir del domicilio y por último, el consumo de alcohol.

En lo referente a las consecuencias externas e internas de las diferentes conductas desadaptativas cabe destacar la disminución de las actividades de distinta índole, tales como ir al trabajo, tener el contacto social permitido o inclusive vía telefónica, etc. Por lo tanto, disminuye la autonomía y desciende la calidad de vida de la paciente. Esto crea en la paciente sentimientos de frustración, incapacidad e inseguridad. La reducción de actividades se ve fortalecida por el refuerzo negativo que conlleva la evitación de las consecuencias de la exposición, lo que fomenta el mantenimiento. Además de ello, conduce al aislamiento, a la indefensión y a la pérdida de otros reforzadores tales como sociales, laborales, etc. Por lo tanto, estas conductas fomentan la decadencia en la calidad de vida debido a la repercusión en la mayoría de las áreas vitales, el deterioro del estado anímico y el agravamiento de la problemática.

Las conductas objeto de estudio y las variables relevantes pueden visualizarse según del modelo de Fernández-Ballesteros y Staats (1992) y Staats (1997) a través de un análisis funcional diacrónico.

Figura 1.

Análisis funcional diacrónico.



Hipótesis clínica funcional de la problemática.

El condicionamiento clásico es el responsable del origen de la sintomatología de la paciente. En este caso la impotencia por no poder ayudar a sus pacientes y verlos morir a causa del COVID actúa como estímulo incondicionado (EI) creando respuestas incondicionadas (RI) de miedo, indefensión, ansiedad, etc. Dichas respuestas incondicionadas se generalizan en la actualidad hasta crear estímulos condicionados (EC) de pensamientos y objetos neutrales tales como ir al hospital, salir de casa, tener un contacto social dentro de las restricciones establecidas. Esto a su vez origina ciertas respuestas condicionadas (RC) como la reexperimentación del suceso, temor, ansiedad, etc.

En este caso se plantea que la hipótesis explicativa del mantenimiento de las diversas conductas desadaptativas se debe, como se ha mencionado con anterioridad, a que las respuestas de evitación y el consumo de alcohol son los responsables a través del reforzamiento negativo, del mantenimiento, frecuencia e intensidad de las conductas inoperantes puesto que con ellas, la paciente intenta conseguir un distanciamiento psicológico y emocional del suceso traumático. En relación a la hipótesis funcional terapéutica, se prevé que disminuyendo las cogniciones e interpretaciones erróneas, reduciendo los puntos de bloqueo existentes mediante el tratamiento cognitivo-conductual, se reducirá sintomatología característica del TEPT y las conductas de evitación por lo que se realizará un procesamiento emocional y cognitivo del suceso traumático que posibilite el ajuste a la situación actual y con ello, se incremente la calidad de vida de la paciente.

TRATAMIENTO.

El tratamiento tuvo una duración dieciséis sesiones distribuidas a lo largo de ocho semanas. En relación a su periodicidad, se establecieron dos sesiones semanales y la duración de éstas fue de setenta a ciento veinte minutos. Tras el análisis funcional y la formulación de la hipótesis terapéutica se concretaron los siguientes objetivos y las diferentes técnicas empleadas para alcanzarlos (Tabla 4); crear una buena alianza terapéutica; reducir de forma total o parcial la intensidad de la sintomatología ansiógena; reducir la frecuencia los recuerdos, pesadillas y pensamientos invasivos; disminuir las conductas de evitación; disminuir la credibilidad de los esquemas cognitivos negativos; mejorar la calidad del sueño; y por último, desarrollar habilidades cognitivas para hacer frente a los puntos de bloqueo.

Según Fonseca-Pedrero, E., et al. (2021) la terapia de exposición y la TPC son las técnicas de primera elección debido a su elevado nivel de evidencia y a su alto grado

de recomendación, por ese motivo, se emplearon ambas técnicas de manera combinada para aumentar el efecto terapéutico.

Tabla 5.

Relación entre objetivos y técnicas de intervención.

Objetivos	Técnicas
Crear una buena alianza terapéutica.	Empatía, escucha activa, negociación (Bregman, 2016).
Reducir de forma total o parcial la intensidad de la sintomatología ansiógena.	Terapia de exposición. Terapia del procesamiento cognitivo
Reducir la frecuencia los recuerdos o pensamientos invasivos.	Terapia del procesamiento cognitivo
Disminuir las conductas de evitación.	Terapia de exposición. Terapia del procesamiento cognitivo
Disminuir la credibilidad de los esquemas cognitivos negativos.	Terapia del procesamiento cognitivo
Mejorar la calidad del sueño.	Higiene del sueño
Desarrollar habilidades cognitivas para hacer frente a los puntos de bloqueo.	Terapia del procesamiento cognitivo

Procedimiento.

En la evaluación (tres primeras sesiones), se llevó a cabo la valoración de la problemática. Uno de los objetivos propuestos para esta fase fue el crear un clima adecuado con la paciente. Durante las dos primeras sesiones se realizó la entrevista, el pase de inventario y escalas y la explicación de los autorregistros. En la primera sesión se indicó a la paciente que debía realizar los autoinformes hasta el final del proceso terapéutico para poder realizar un seguimiento con mayor exactitud la evolución y poder comparar de manera más objetiva con los otros instrumentos de evaluación. En la sesión tres, se comunicaron los resultados pretest obtenidos en los diferentes instrumentos de evaluación y se explicó que es el TEPT, su génesis y el mantenimiento de las conductas desadaptativas a través del análisis funcional de la problemática. Además, se realizó una descripción general de las terapias que se iban a emplear, así como los objetivos que se pretendían conseguir con el tratamiento. En la sesión tres, se introdujo también pautas para la higiene del sueño. En ellas, se indicó a la paciente que mantuviese los mismos horarios de sueño para crear ciertos hábitos y rutinas, que no descansase a media tarde. Se comentó la importancia de una buena alimentación para

lograr un sueño de calidad y se le explicaron diferentes conductas facilitadoras del sueño.

La intervención se llevó a cabo en tres fases. La fase de intervención consta de diez sesiones (sesión cuatro hasta la quince). En materia de exposición en imaginación, en la cuarta sesión se elaboró la jerarquía de ítems junto con la paciente.

Tabla 6.
Jerarquía ad hoc. Exposición en imaginación

Ítems	USA
Imagina que estas poniéndote el uniforme de trabajo	10
Imagina que estas bajando al portal del edificio para ir al hospital	20
Imagina que estas en el coche/metro/bus de camino al hospital	30
Imagina que estas en el coche/metro/bus y ves el hospital	40
Imagina que te encuentras delante de la puerta de entrada al hospital	50
Imagina que estas en la sala del personal poniéndote la bata junto con otros compañeros	60
Imagina que estas en tu unidad lista para tratar a los pacientes	70
Imagina que entra el primer paciente por la puerta	80
Imagina que entran dos pacientes más cada uno a sus boxes	90
Imagina que estas tratando a un paciente de COVID en la sala de cuidados intensivos	100

A partir de la quinta sesión el paciente se expuso paulatinamente a los ítems de la jerarquía, reviviendo lo sucedido y relatando con el máximo detalle, como si estuviese sucediendo en el presente. La finalidad fue romper la asociación entre el EC y RC gracias a las exposiciones reiteradas y prolongadas. En cuanto a la TPC, en la cuarta sesión se explicó en qué consistía un informe de impacto y se solicitó que lo realizase como tareas para casa, lo que permitirá al terapeuta conocer los puntos de bloqueo existentes en la narración. En cada sesión se realizó un repaso de las tareas para casa. En la sesión cinco se indicó a la paciente que leyese la narración en voz alta para realizar un procesamiento de la información y que el terapeuta lograra identificar los puntos de bloqueo existentes sin llegar a cuestionarlos. Además, se explicó la conexión entre pensamientos y sentimientos para poder introducir las hojas A-B-C (Tabla 4) y que las pudiese realizar como tareas para casa.

Tabla 7.

Hoja A-B-C

A	B	C
¿Qué sucedió?	¿Qué pensé?	¿Qué sentí y qué hice?
¿Considera razonable la relación entre lo que sucedió y lo que pensaste?		
¿Consideras que podrías cambiar dicho pensamiento por alguno más adaptativo?		

En la sexta sesión, además de la exposición y el repaso, la paciente realizó una descripción sensorial detallada del suceso traumático para poder normalizar las emociones vividas y se invitó a que recitase esa descripción antes de cada sesión. En la séptima sesión además de repasar las tareas para casa y realizar la exposición, se invitó a la paciente a leer la descripción del suceso para revivir las emociones y pensamientos asociados y poder realizar un procesamiento del recuerdo, además de obtener más información sobre el suceso y los puntos de bloqueo existentes. En esta sesión se comenzó con el cuestionamiento socrático los puntos de bloqueo. Como tareas para casa se le solicitó que realizase una segunda descripción del suceso y que continuase con las hojas A-B-C. En la octava sesión, la paciente leyó la segunda descripción del suceso y se cuestionaron socráticamente los puntos de bloqueo. Para ello, se presentaron las preguntas de cuestionamiento para que las realizase de forma autónoma en casa. En la novena sesión, se introdujeron los patrones erróneos de pensamiento, debido a que en la mayoría de las ocasiones, se habían vuelto automáticos creando un malestar significativo en la paciente. Como tareas para casa debía identificar que patrones empleaba y cuáles de ellos representaban sus puntos de bloqueo. En la décima sesión, se introdujeron las hojas de trabajo para el cuestionamiento de los pensamientos y se emplearon conceptos de seguridad para mitigar la perturbación cognitiva. Como tareas para casa, la paciente realizó diferentes hojas de cuestionamiento de creencias sobre el concepto de seguridad (Tabla 8).

Tabla 8.

Hoja de cuestionamiento de creencias.

Situación	Pensamiento Automático Credibilidad (0-100%)	Emociones Intensidad (0-100%)	Cuestionamiento	Patrones erróneos del pensamiento	Pensamiento alternativo credibilidad (0-100%)
-----------	--	-------------------------------------	-----------------	---	--

De la onceava a la décimo tercera sesión se introdujeron conceptos como confianza, control, autoestima de la misma manera que en la séptima sesión. Se cuestionaron dichos conceptos con las creencias erróneas y se realizó un nuevo informe sobre el impacto del suceso traumático.

En la fase de prevención de recaídas (sesión catorce y quince), se repasaron las hojas de cuestionamiento de creencias, y el último informe sobre el impacto del acontecimiento traumático con el fin de conocer los cambios en las creencias. Además de ello, se repasaron las ganancias obtenidas a lo largo del proceso terapéutico y se fijó como nuevo objetivo para las sesiones de seguimiento el cuestionar de manera autónoma los puntos de bloqueo que todavía seguían existiendo. Además, se analizaron los posibles problemas que podían aparecer en un futuro a corto plazo. Por último, se realizó una última sesión para evaluar la evolución de la paciente a lo largo del proceso terapéutico. Todo el proceso terapéutico se puede observar de una manera más visual en la Tabla 9.

Tabla 9.*Cronograma.*

Sesión	Contenido	Tareas para casa
1	Motivo de consulta y evaluación pretest (Entrevista y EGS-R)	
2	Evaluación pretest. (STAI, BDI y EI)	Autorregistros
	Comunicación de resultados y objetivos que persigue el tratamiento.	Autorregistros

3	Fase psicoeducativa. Descripción de los instrumentos de intervención y educación sobre el TEPT y su mantenimiento. Pautas de higiene del sueño.	
4	Fase de intervención. Recogida de información y elaboración de la jerarquía de ítems.	Informe del impacto del suceso traumático y autorregistros
5	Exposición paulatina de los ítems de la jerarquía. Repasar tareas para casa y leer informe de impacto. Identificar los puntos de bloqueo y explicación de las hojas A-B-C.	Hojas A-B-C y autorregistros de patrón del sueño.
6	Exposición paulatina de los ítems de la jerarquía. Repaso de tareas para casa. Realizar descripción sensorial detallada del suceso.	Hojas A-B-C y autorregistros de patrón del sueño.
7	Exposición paulatina de los ítems de la jerarquía. Repaso de tareas para casa y cuestionamiento socrático de los diferentes puntos de bloqueo.	Descripción del suceso y autorregistros
8	Exposición paulatina de los ítems de la jerarquía. Repaso descripción y cuestionamiento de los puntos de bloqueo mediante las preguntas de cuestionamiento.	Realizar las preguntas de Cuestionamiento y autorregistros.
9	Exposición paulatina de los ítems de la jerarquía. Repaso de las tareas para casa e introducción de los patrones de pensamientos erróneos.	Identificar patrones erróneos de Pensamiento y autorregistros.

10	Exposición paulatina de los ítems de la jerarquía. Repasar las tareas para casa y se introducen el concepto de seguridad.	Hoja de cuestionamiento de creencias acerca de la seguridad.
11-13	Exposición paulatina a los ítems de la jerarquía. Introducción de otros conceptos y cuestionamiento.	Realizar informe sobre el impacto del suceso y autorregistros.
14-15	Fase de prevención de recaídas. Repasar tareas para casa y ganancias obtenidas y marcar futuros objetivos.	
16	Evaluación Posttest.	
17-18	Sesiones de seguimiento	

RESULTADOS.

Tras finalizar la intervención, se realizó una evaluación posttest con el fin de conocer la evolución de la problemática. Los resultados obtenidos demuestran un descenso considerable de la puntuación respecto a la evaluación pretest debido a que en las diferentes escalas e inventarios se ha conseguido disminuir la puntuación a menos de la mitad de la puntuación obtenida en el pretest.

Tabla 10.

Resultados de las distintas evaluaciones.

Inventarios y escalas	Puntuación		
	Pre	Post	Seguimiento
Escala de Gravedad de Síntomas Revisada del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R) (0-51)	52	15	8
Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI) (0-60)	53	22	12
Inventario de Depresión (BDI) (0-63)	43	18	7
Escala de inadaptación (EI)	30	12	8

En cuanto a las subescalas de EGS-R se ha logrado una reducción en todas las subescalas de esta prueba psicométrica, presentando por tanto, una mejoría general en la sintomatología del TEPT respecto a las puntuaciones iniciales.

Tabla 11.

Resultados Pre-Post EGS-R.

Pretest		Posttest	
Reexperimentación	15	Reexperimentación	5
Evitación	9	Evitación	4
Estado de Ánimo Negativo	11	Estado de Ánimo Negativo	2
Hiperactivación	17	Hiperactivación	4
Total	52	Total	15

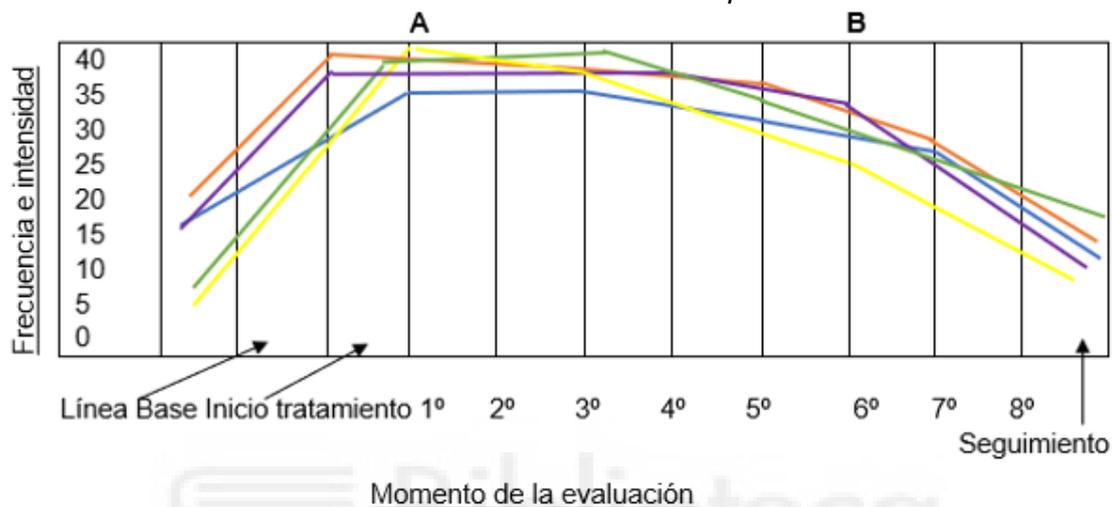
Tras el análisis de los autorregistros realizados ha sido posible configurar una gráfica acerca de la evolución de la frecuencia e intensidad de las diferentes conductas problema. Tal y como puede observarse, tanto los pensamientos y recuerdos intrusivos en el inicio del tratamiento suceden de forma frecuente y vívida, creando un gran malestar y un alto grado de interferencia en la paciente. De la primera a la quinta semana estos recuerdos/pensamientos invasivos disminuyeron paulatinamente. Entre la quinta y séptima semana estos redujeron su frecuencia e intensidad a ritmo más acelerado. Durante la séptima semana y la octava, éste siguió un ritmo mayor quedando una frecuencia por debajo de la mitad de la del inicio. El nivel de ansiedad se mantuvo prácticamente estable durante las primeras dos semanas de tratamiento. Durante las cinco semanas siguientes, ésta se redujo paulatinamente hasta que en la última semana su intensidad disminuyó a la mitad de la puntuación obtenida en la línea base.

Con respecto al malestar emocional, cabe mencionar que hasta el inicio del tratamiento, éste aumenta de forma drástica. Tras las primeras semanas de tratamiento (dos semanas), desciende de manera progresiva y constante. De la tercera a la sexta semana, sigue aminorando a niveles más acelerados. En las últimas dos semanas de intervención, está siguió aminorando de forma rápida y progresiva. Las conductas de evitación antes del inicio del tratamiento tenían una alta frecuencia. Durante las tres primeras semanas de tratamiento estas aumentaron debido a las reticencias de la paciente para realizar la terapia de exposición a los diferentes ítems de la jerarquía. De la tercera sesión en adelante, la paciente consiguió disminuir progresivamente dichas conductas.

La hipervigilancia comenzó a niveles elevados, y se mantuvo estática hasta la cuarta semana. De la cuarta a la sexta semana disminuyó su intensidad a niveles constantes, y en las últimas dos semanas este descenso fue a ritmos más acelerados. Es importante destacar que estos cambios se mantienen en el seguimiento establecido a los seis y doce meses después de la finalización del proceso terapéutico.

Gráfica 1.

Evolución de la frecuencia e intensidad de las conductas problema.



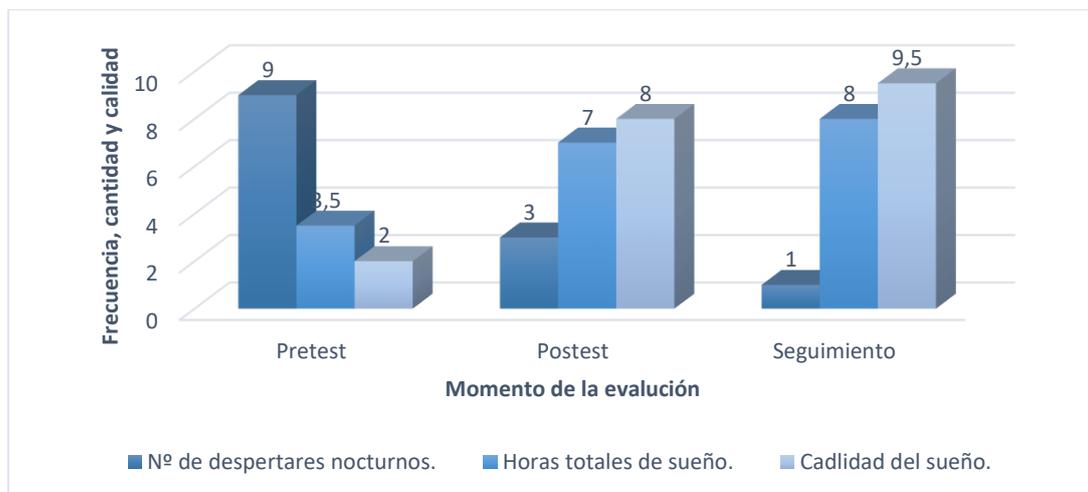
Leyenda:

- Pensamientos y recuerdos persistentes e intrusivos.
- Conductas de evitación.
- Nivel de ansiedad.
- Hipervigilancia.
- Malestar emocional

Por último, debe comentarse el aumento de horas de sueño de calidad de J, ya que cada vez se han producido menos reexperimentaciones en forma de pesadillas que dificultaban el descanso y provocaba una gran fatiga. Por lo que la paciente ha aumentado en más de la mitad la cantidad de horas totales de sueño y ha mejorado más del doble en la calidad de sueño. Estos resultados siguen mejorando en la evaluación del seguimiento disminuyendo casi por completo los despertares nocturnos y durmiendo una media de ocho horas diarias de alta calidad.

Gráfica 2.

Comparaciones en el patrón de sueño.



DISCUSIÓN.

A raíz de los resultados obtenidos en la evaluación posttest se puede concluir que la paciente logró disminuir la frecuencia e intensidad las diferentes conductas desadaptativas, el cambio de creencias disfuncionales y se adquirieron las habilidades cognitivas necesarias para hacer frente a los puntos de bloqueo existentes aún tras finalizar el tratamiento por lo que mejoró su bienestar emocional y aumentó su calidad de vida. Por lo que se cumple la hipótesis funcional terapéutica planteada gracias al análisis funcional. Por consiguiente, tal y como expone Fonseca-Pedrero et al. (2021), la terapia de exposición prolongada y la TPC han demostrado un alto grado de eficacia para el trastorno de estrés postraumático. Los resultados obtenidos en el proceso terapéutico coinciden con los alcanzados en la bibliografía científica, por lo que se demuestra la eficacia de las técnicas empleadas (Caballo, 2014; Kichic y D'Alessio, 2016).

En cuanto a la evaluación, es necesario encontrar instrumentos que midan de manera más exacta la sintomatología y más actualizados, pero sobre todo, que estén adaptados a la población española (Caballo, 2014). En lo referente al tratamiento, existen otras intervenciones como la EDMR que presenta una elevada eficacia, pero inferior a la exposición y a la TPC, ya que estas dos últimas mantienen los resultados a largo plazo. En consecuencia, la exposición es una de las técnicas por excelencia para el tratamiento del TEPT, pero existen ciertas condiciones que hacen imposible su aplicación y por tanto su efectividad, como un nivel de elevado de ansiedad o con respuestas de evitación muy generalizadas y automáticas (Blanco y Geijo, 2012; Bados, 2017). Por ello, es necesario encontrar otras alternativas de tratamiento de elevada eficacia que resuelvan las limitaciones de la técnica. Para reforzar la eficacia del

tratamiento es crucial que el terapeuta cree un clima de confianza basado en la escucha activa y en la confianza, debido a que aumenta la motivación del paciente y desarrolla un papel más activo de éste en el proceso de cambio. Otro de los componentes relevantes de la intervención es la psicoeducación debido a que ayuda a comprender al paciente acerca del trastorno que padece y mediante que conductas logra mantenerse. (Caballo, 2014).

Tal y como se ha comentado en la introducción, este trastorno está sufriendo un incremento en su prevalencia debido a las condiciones actuales por la pandemia, la problemática se presenta debido a la alta comorbilidad con la depresión, el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, etc. (Iglesias-Osores y Acosta-Quiroz, 2020). Por ende, es importante destacar que, para lograr una asistencia psicológica de calidad con el fin de reducir el deterioro psicosocial presentado por el personal sanitario, es necesario superar ciertos desafíos que se presentan en la actualidad. En primer lugar, se debe aumentar la visibilidad de las consecuencias psicológicas que está provocando la pandemia y dotar al ámbito psicológico de recursos tanto humanos como materiales necesarios para disminuir las secuelas psicológicas (American Psychological Association 2010; Inchausti et al., 2020).

Para concluir, es imprescindible subrayar que este caso clínico único presenta ciertas limitaciones, ya que no se puede controlar el efecto de variables extrañas, las cuales pueden haber contribuido e influenciado en los resultados del tratamiento. Además, es necesario mencionar ciertos aspectos que ponen en peligro la eficacia del tratamiento, como son la revictimización, la cronicidad del trastorno o la comorbilidad ya que presentan ciertas variables que interaccionan con el curso del trastorno y que por tanto, el terapeuta debe conocer para intentar solventarlas en la medida de lo posible (Caballo, 2014; Mantilla, 2017).

REFERENCIAS

American Psychological Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Médica Panamericana.

American Psychological Association. (2010, Junio). *Trastornos de la ansiedad: El papel de la psicoterapia en el tratamiento eficaz*. <http://www.apa.org/centrodeapoyo/tratamiento>

Ayala, J. L. M., y de Paúl O., J. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*, 16(1), 45-49.

Bados L, A. (2017, Septiembre). *Trastorno por estrés postraumático: Naturaleza, evaluación y tratamiento*. Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/115725>

Beck, A., Steer, R., Brown, G., Sanz, J., y Vázquez, C. (2011). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II*. Pearson Educación.

Bregman, C. (2016). La Alianza Terapéutica en el tratamiento de los Trastornos de Ansiedad. *Centro de psicología Positiva Aplicada (CPPA)* 19-22.

Blanco, E. L., y Geijo, G. L. (2012). EMDR: Revisión de la técnica y aplicación a un caso clínico. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (104), 5.

Caballo, V. E., (1996). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Siglo Veintiuno de España.

Caballo, V. E. (2005). Estrategias de evaluación en psicología clínica. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* (pp. 29-42). Pirámide.

Caballo, V. E., Salazar, I. C., y Carroble, J. A. I. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Pirámide.

Clemente, L. F., & Fernández, I. O. (2018). Revisión sistemática del tratamiento del trastorno de estrés postraumático posparto. *Psicosomática y psiquiatría*. 5, 29-39.

Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P., y Muñoz, J. M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia psicológica*, 34(2), 111-128. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082016000200004>

Encinas, F. J. L., Fernández-Velasco, M. R., & Rincón, P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, 22(1), 99-105.

Espada Sánchez, J., Olivares Rodríguez, J., & Méndez Carrillo, F. (2007). *Terapia psicológica casos prácticos* (2a ed.). Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. & Staats, A. W. (1992). Paradigmatic behavioral Assessment, Treatment, and Evaluation: Answering the crisis in behavioral assessment. *Advances in Behavioral Research and Therapy*, 14, 1-28. [https://doi.org/10.1016/0146-6402\(92\)90009-d](https://doi.org/10.1016/0146-6402(92)90009-d)

Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñiz, J., López-Navarro, E., ... Marrero, R. J. (2021). Tratamientos Psicológicos Empíricamente Apoyados Para Adultos: Una Revisión Selectiva. *Psicothema*, 33(2), 188-197.

Iglesias-Osores, S., & Acosta-Quiroz, J. (2020). Estrés postraumático en trabajadores de la salud y COVID-19. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 23(3), 363-365. <https://doi.org/10.12961/aprl.2020.23.03.06>

Inchausti, F., García, P. N. V., Prado, A. J., y Sánchez, R. S. (2020). La psicología clínica ante la pandemia COVID-19 en España. *Clínica y Salud*, 31(2), 105-107. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a11>

García, T Guzmán, M. Laca, F y Padrós F (2015) Intervenciones psicológicas basadas en la evidencia para el trastorno de estrés postraumático. *Revista electrónica de Psicología Iztacalo*, 18(3), 1177-1192.

Hernández, G., A., (2018). Aplicación de la terapia cognitivo-conductual con componentes de clarificación de valores y activación conductual en un caso de trastorno de estrés postraumático. *Análisis y modificación de conducta*, 44, 11-35. <https://doi.org/10.33776/amc.v44i169-70.3377>

Kichic, R., & D'Alessio, N. (2016). Teoría del procesamiento emocional y terapia de exposición prolongada para el trastorno por estrés postraumático. *V Xerte*, 126, 133-152.

Labrador, F. J., Velasco, R. F., & González, P. P. R. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático. *Pensamiento Psicológico*, 6(13) 49-68.

Millie C. A., y Patricia A. R. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* (pp. 171-209). Pirámide.

Mantilla, S. (2017). La revictimización como causal de silencio de la víctima. *Revista de Ciencias Forenses de Honduras*, 3(2), 4-12.

Moriana, J. A., & Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 16(2), 81-100. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.2.2011.10353>

Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia COVID 19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Colombia Journal of Anesthesiology* 48(4), 1-8 <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>

Resick, P., Monson, C., y Chard, K. (2008). *Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT*. Manual del Terapeuta.

Riquelme, A. G., y Casal, G. B. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.

Rodríguez-Quiroga, A., Buiza, C., de Mon, M. Á., & Quintero, J. (2020). COVID-19 y salud mental. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(23), 1285-1296.

Samaniego, A., Urzúa, A., Buenahora, M., & Vera-Villaruel, P. (2020). Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores sanitarios en Paraguay: efecto COVID-19. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 54(1), 1-19. <https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i1.1298>

Sánchez, J. P. E. (2000). Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de estrés postraumático por accidente de tráfico. *Análisis y modificación de conducta*, 26(105), 83-103.

Santacreu, J., & Álvarez, A. I. (2014). Una fobia a los cajeros automáticos con diagnóstico de trastorno por estrés postraumático (TEPT). *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 2(1), 21-38.

Santandreu, M., & Ferrer, V. A. (2014). Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género. *Psicología conductual*, 22(2), 239-256.

Sanz F, J., Gutiérrez, S., Gesteira S, C., & García V, M. P. (2014). Criterios y baremos para interpretar el "Inventario de depresión de Beck-II"(BDI-II). *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*, 22(1), 37-59.

Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y salud*, 16(2), 121-142.

Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario para la Depresión de Beck–Segunda Edición (BDI-II) en pacientes españoles con trastornos psicológicos. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 29(1), 66-75. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.130532>

Staats, A. W. (1997). Conducta y personalidad. DDB.

Trilla, A. (2020). Un mundo, una salud: la epidemia por el nuevo coronavirus COVID-19. *Medicina clínica*, 154(5), 175-177. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.02.002>

Velázquez, C. (2020). Recomendaciones de intervención psicológica con pacientes, familiares y profesionales en el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19. *Organización iberoamericana de seguridad social*, 22(5) 1-5.

