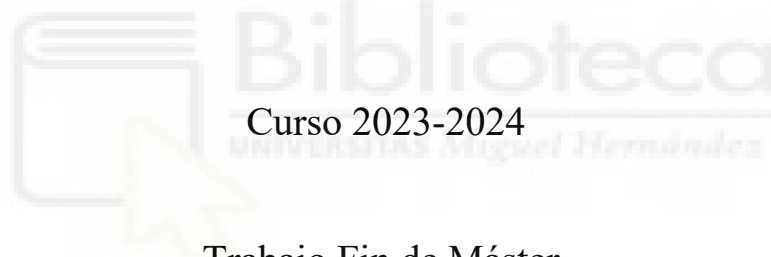




UNIVERSITAS
Miguel Hernández

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL
SANITARIA**



Curso 2023-2024

Trabajo Fin de Máster

**TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL
EN UNA ADOLESCENTE CON TEPT A
TRAVÉS DE LA EXPOSICIÓN PROLONGADA**

Autor: Juan Carlos Cortés Martínez
Directora: María del Carmen Neipp López
Co-Director: José Luis Carballo Crespo

Convocatoria: enero 2024

RESUMEN

El presente trabajo versa sobre el tratamiento cognitivo-conductual, desarrollado en un total de 18 sesiones a una adolescente de 15 años de edad, diagnosticada con Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y previamente diagnosticada por Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y Trastorno Negativista Desafiante (desde ahora TND).

Objetivo: Disminuir los episodios de heteroagresividad, impulsividad, ansiedad y baja tolerancia a la frustración en la paciente. **Método:** La valoración se llevó a cabo a través de entrevistas al padre y la propia adolescente, así como técnicas de registro de observación.

Del mismo modo, se administraron diferentes baterías y cuestionarios. Además, el padre y la joven recibieron psicoeducación respecto al trastorno, planteándose los objetivos terapéuticos y las estrategias a emplear. Del mismo modo, a lo largo del Tratamiento

Cognitivo-Conductual se emplearon varias técnicas, entre ellas la reestructuración cognitiva y modificación de pensamientos ansiógenos, técnicas de relajación y finalmente de exposición, adaptados a las características de la joven. **Resultados:** Tras las sesiones de

trabajo, los resultados indicaron que la Terapia Cognitivo-Conductual con la ayuda de la exposición prolongada y las técnicas de autorregulación, como la relajación de Jacobson, consiguieron crear una buena relación terapéutica con la joven y una mejoría en el control

de su ira y un mayor conocimiento de sus emociones. **Conclusiones:** Esto supuso una mejor tolerancia ante las frustraciones en casa y en el instituto y, por tanto, una reducción de la activación fisiológica, los síntomas de ansiedad y una mejor relación con su padre.

Palabras clave: adolescente, terapia cognitivo-conductual, trastorno por estrés postraumático, trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, exposición prolongada, relajación.

ABSTRACT

The present work deals with the cognitive-behavioral treatment developed in a total of 18 sessions for a 15-year-old girl diagnosed with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), previously diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Oppositional Defiant Disorder (ODD). **Objective:** reducing episodes of heteroaggressiveness, impulsivity, anxiety, and low frustration tolerance in the patient.

Method: We interview the patient and her father. We also used observational recording techniques and different batteries and questionnaires. In addition, the father and the adolescent received psychoeducation regarding the disorder, setting out the therapeutic objectives and strategies to be used. Furthermore, we used several techniques like Cognitive Behavioral Therapy (CBT), cognitive restructuring and modification of anxiogenic thoughts. We also used relaxation and exposure techniques like Prolonged Exposure (PE), where we tried to adapt the therapy to the patient characteristics. **Results:** After the work sessions, the results indicated that Cognitive Behavioral Therapy (CBT), using Prolonged Exposure (PE) and self-regulation techniques like Jacobson's relaxation and creating a good therapeutic relationship with the patient, we achieved a better control of her anger and a greater knowledge of her emotions. **Conclusions:** The girl had a better frustration tolerance at home and school, therefore, a reduction in physiological arousal and anxiety symptoms and a better relationship with her father.

Keywords: teenager, Cognitive Behavioral Therapy, Post-Traumatic Stress Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Prolonged Exposure, relaxation.

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos Mentales se caracterizan por su comorbilidad y su frecuencia, así como por la dependencia e impacto que producen, tanto en la propia persona, como en sus familiares. “La cronicidad y la gravedad de estos trastornos, hace necesaria, no sólo la detección precoz y tratamiento multidisciplinar personalizado, sino el diagnóstico diferencial que nos permita un diagnóstico y un tratamiento lo más acertado posible” (Navarro-Pardo et al., 2012).

“Existen múltiples estudios en población infantil que muestran relación y han evidenciado comorbilidad entre algunos de los síntomas del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Desde ahora TDAH) con los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático (desde ahora TEPT) y viceversa” (Aguirre Sánchez et al., 2022). Cada vez existen más estudios que encuentran sintomatología relacionada con el TDAH con episodios estresantes como por ejemplo el abuso sexual, dificultad en niños o adolescentes para concentrarse, la hiperactividad y la impulsividad son algunos de los ejemplos (Cornellà y Juárez, 2014). “Esta comorbilidad que se detecta entre ambos trastornos, así como las dificultades en el diagnóstico, conlleva a plantearnos la importancia de un buen diagnóstico diferencial y una buena evaluación” (Weinstein et al., 2000).

En nuestro caso, analizaremos el caso de una joven adolescente, diagnosticada previamente con TDAH y TND, donde finalmente determinamos el diagnóstico de TEPT, con motivo de un episodio vivido de manera estresante por la joven como es el fallecimiento de su madre.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2022), el TEPT es una condición mental que puede ocurrir en personas que han experimentado un evento traumático.

De este modo, el DSM-V, incluye el TEPT dentro de los trastornos relacionados con traumas o factores de estrés, especificando si muestran síntomas disociativos o expresión retardada y estableciendo dos criterios de edad, hasta los 6 años o por su parte adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años y describiendo los criterios diagnósticos que se muestran en Anexos.

Al margen de las clasificaciones y con el fin de dar una idea más clara de los criterios diagnósticos, cabe destacar que según el DSM-5 (2013) las personas o en este caso los adolescentes que presentan TEPT tienen pensamientos y sentimientos intensos y perturbadores relacionados con su experiencia, los cuales perturban y perduran mucho después de que el evento traumático haya terminado. Es posible revivir el evento a través de "flashbacks" o pesadillas, así como sentir ansiedad, miedo, tristeza, pánico e ira, y pueden sentirse separados o distanciados de otras personas (American Psychiatric Association, 2013).

Tal y como también indican Coelho y Costa (2010) son muchos los mecanismos que se dan en la respuesta ante un acontecimiento traumático. La desregulación de estos mecanismos, desencadena un conjunto de respuestas, que son inadecuadas y que tienen repercusiones a nivel físico, psicológico y social, como pueda ser la irritabilidad, ataques de ira o dificultades en el sueño, como era el caso de nuestra usuaria, coincidiendo con los criterios diagnósticos que se han mencionado anteriormente y que se traducían en un estado constante de hipervigilancia, que al no producirse en una situación de amenaza real, se convierte en una respuesta desadaptativa, interfiriendo en la vida de la persona. Es aquí donde consideramos importante la necesidad de trabajar el trauma, disminuyendo estos episodios de ansiedad e irritabilidad, comenzando por la psicoeducación, continuando con las

técnicas de relajación que puedan disminuir el estado de activación de la persona y finalizar utilizando las técnicas de exposición.

En relación al proceso terapéutico y de intervención, nos hemos centrado en la terapia cognitivo-conductual. Según el Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos (1997), estas técnicas basadas en la teoría del aprendizaje y en la del procesamiento emocional han dado buenos resultados en la intervención en trauma. Técnicas como la exposición prolongada, la inundación y la desensibilización sistemática suponen para el paciente enfrentarse a los estímulos temidos como puedan ser los episodios traumáticos (recuerdo y señal asociada al mismo), hasta que disminuyan las respuestas condicionadas al temor. Estas técnicas proponen que los individuos que han sufrido estímulos estresantes pueden llegar a desarrollar estructuras de temor que contienen recuerdos del estresor y por otro lado emociones asociadas y la consecuente conducta de evitación o irritabilidad.

Autores como Peniston (1986) o Bowen y Lamben (1986) en sus estudios han encontrado que, tanto la exposición como la desensibilización sistemática, son técnicas eficaces para reducir los síntomas específicos del TEP, como por ejemplo en los síntomas de hiperactivación.

Es importante destacar que Foa y Kozak (1986) explican que, al procesar emociones relacionadas con el trauma y habituarse a ellas, el paciente es capaz de procesar el recuerdo traumático que anteriormente había evitado. En investigaciones posteriores se describe que, “al exponerse al recuerdo traumático, el paciente genera un registro de la memoria más preciso que le permite reevaluar los significados ligados al recuerdo del trauma y que estos se integren con mayor facilidad” (Foa et al., 1991).

Numerosos estudios, como por ejemplo los aplicados a víctimas de violaciones y de delitos violentos, explican la “importancia de introducir la exposición en la imaginación y exposiciones en vivo graduadas” (Foa et al., 1991). Esto ha respaldado la eficacia de la Exposición Prolongada (PE) en la reducción de los síntomas del TEPT y la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas (Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos, 1997). En estos estudios se comparaba la Entrenamiento en Inoculación de Estrés (EIE) con la Exposición Prolongada (EP) utilizando un grupo control sin tratamiento, en una muestra de 45 víctimas de violación. Encontraron que ambas técnicas eran eficaces de forma significativa para reducir los síntomas de TEPT y los síntomas de depresión y de ansiedad, pero que a largo plazo, los pacientes tratados con Exposición Prolongada (EP), presentaban menos síntomas que los demás pacientes. Foa et al. (1991) detectaron que esto se debía a que el Entrenamiento en Inoculación de Estrés (EIE) proporciona alivio a corto plazo de la ansiedad, debido a que se entrena a controlarla, mientras que la EP proporcionaba un alivio a largo plazo, debido a que el procesamiento cognitivo y emocional durante las sesiones de exposición, provocaba cambios permanentes en el recuerdo del trauma.

Para llevar a cabo todo este proceso, la PE generalmente se desarrolla en un número fijo de sesiones, que suelen estar entre 10 y 15 sesiones en función del caso y de las necesidades del paciente. El Manual para el Tratamiento Cognitivo-conductual de los Trastornos Psicológicos (1997) también explica el número de sesiones puede variar en función del paciente y que existe variabilidad en la eficacia en cuanto a implicación del terapeuta, la duración de la exposición, la inclusión de estrategias adicionales de tratamiento, la intensidad de la exposición, la frecuencia de las

sesiones, el número de las mismas etc.

En nuestro caso fueron un total de 18 sesiones, donde tras el análisis de los estudios y técnicas mencionadas anteriormente, planteamos la posibilidad de revisar el diagnóstico actual de la joven, con el objetivo principal de disminuir la ansiedad, la hiperactivación o el insomnio en la paciente, planteando como hipótesis que de este modo se podrá reducir las conductas disociales que presenta la paciente en el contexto familiar y escolar. Aplicaremos la Terapia Cognitivo-Conductual en combinación con la relajación de Jacobson y la Exposición Prolongada, donde se utilizará el método desarrollado por la Guía del Terapeuta en Terapia de Exposición Prolongada para TEPT -Procesamiento emocional de experiencias traumáticas- (Rothbaum et al. 2008).

MÉTODO

Descripción del caso e identificación del paciente

C. es una adolescente de 15 años escolarizada en Alicante. Convive con su padre, que posee un nivel socioeconómico medio. Es hija única y durante la primera entrevista, su padre informa del fallecimiento de la progenitora a los 12 años de edad. C. siempre ha sido una joven cariñosa, tranquila y con mucha imaginación. Siempre ha mantenido una buena relación en general con sus familiares, aunque en el instituto mantiene una corta red de amistades. Durante primero de ESO tenía buena relación con sus profesores, los cuales indican que su rendimiento durante los últimos años ha ido decreciendo e identifican el mayor cambio desde que pasó a 2º de ESO, curso que finalmente terminó repitiendo. Le gusta escuchar música, leer y escribir, pudiendo pasar horas en su cuarto. C. es una joven callada y que se frustra con facilidad, por lo que muchas veces se enfrenta a compañeros y a profesores, mostrando mucha

impulsividad, así como dificultad para controlar este tipo de situaciones.

Motivo de consulta

C. acude a consulta acompañada de su padre, el cual apunta que a los 14 años la joven fue diagnosticada desde USMIA de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y Trastorno Negativista Desafiante. C. mostraba dificultad a la hora de crear nuevas amistades, con conductas heteroagresivas con compañeros de clase, profesores y con su propio padre. Según los informes de USMIA los síntomas de su patología generaban una interferencia clara en su vida social, rendimiento escolar y en su convivencia familiar que se mantenían pese al tratamiento. Aunque C. verbaliza que nadie la ha sabido ayudar hasta ahora y que esta vez será igual que las anteriores, refiere no sentirse bien con su vida y que todo cambió cuando falleció su madre. Verbaliza que hay momentos en los que no recuerda cosas, especialmente sobre lo sucedido en el fallecimiento de su madre y las semanas posteriores. Esto puede deberse debido a que el funcionamiento inadecuado en el SNC ante el episodio estresante, puede dar lugar a amnesias disociativas que, con el paso del tiempo se pueden reactivar a modo de reexperimentación.

El informe actualizado de USMIA también destaca que, hasta la fecha los tratamientos realizados, centrados en disminuir la influencia negativa de los factores biológicos y psicológicos propios, así como los ambientales sobrevenidos han sido insatisfactorios. Previo a nuestra intervención, el diagnóstico era de Ansiedad (CIE-10 F41.9), T. Por Déficit de Atención con Hiperactividad (CIE-10 F90.9) y Trastorno Negativista Desafiante (CIE-10 F91.3). Como previsión del curso del trastorno, se recomendaba probar otro tipo de terapia adaptada a las características de la joven, que hasta la fecha no terminaba de presentar buena adherencia al tratamiento.

Historia del problema

El progenitor cuenta que cada vez presenta menor tolerancia a la frustración tanto en el instituto como en casa, dificultad para concentrarse, irritabilidad, respuestas de sobresalto exageradas o dificultad para conciliar el sueño. Actualmente se encuentra cursando 3º de ESO y desde el instituto han informado en alguna ocasión que notan que la joven está ausente, no hace las tareas, sus notas han empeorado y hay ausencias sin justificar. En las últimas semanas C. ha protagonizado dos incidentes en clase y en el recreo, insultando a dos de sus compañeras.

El progenitor, que se muestra muy preocupado y que también pasó una etapa muy dura durante el fallecimiento de su mujer, nos cuenta que ha tratado lo sucedido con el jefe de estudios y que aunque conoce las características del diagnóstico y hay momentos en los que con ayuda de la medicación pautada nota a C. más calmada, desde hace unos meses cree que la cosa va a peor y por este motivo acuden a consulta, sobre todo desde que hablaron con la orientadora y les recomendó buscar algo alternativo a lo que se había probado hasta la fecha. Con respecto a la medicación, la joven ha tomado anteriormente Fluoxetina y Gruafancina, aunque en la actualidad toma Concerta a 18 mg/día e Intuniv 4 mg, con seguimiento de efectos secundarios, debido a su efecto anorexígeno.

Evaluación del caso

La evaluación comenzó con una primera entrevista al padre, donde se analizaron las características de la paciente y se hizo la primera recogida de información. Más adelante se hizo lo propio con la orientación del IES, así como con

USMIA. Del mismo modo se procedió a una segunda entrevista semiestructurada con padre e hija, donde se utilizaron registros de observación de la joven. Seguidamente, se solicitó información familiar, antecedentes y se indagó a cerca de la actitud del padre hacia la conducta problema.

Después, se mantuvo una entrevista con C. para conocer su grado de conocimiento del problema y nivel de ansiedad que genera en la joven las situaciones de estrés y cómo percibe su ambiente familiar y escolar. También se administraron otros instrumentos, que se describen a continuación:

Autorregistro. Autorregistro específico elaborado para la paciente. Registro diario de crisis de ansiedad y conducta (hora, lugar, situación previa, síntomas, pensamientos, emoción, origen y conducta).

Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS; Spence, Susan, 1997). Tiene como objetivo la evaluación de las posibles situaciones que puedan provocar ansiedad y su grado. Esta escala está compuesta por 45 ítems, de los que 38 sirven para calcular las puntuaciones, mientras que el resto son de control. Las respuestas se puntúan 0=Nada, 1=A veces, 2=Muchas veces Y 3=Siempre, siendo la puntuación máxima 114. El cuestionario va dirigido a niños en edades comprendidas de 8 a 15 años. En relación con la consistencia, una revisión sistemática de generalización de la fiabilidad ha indicado que su consistencia interna media oscila entre .64 para la escala 13 de Miedo al Daño Físico y .92 para la puntuación total (Orgilés, Fernández-Martínez, Guillén-Riquelme, Espada y Essau, 2016).

SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (Fernández et al. 2015). Instrumento dirigido a la detección de un amplio espectro de problemas emocionales y de conducta desde los 3 hasta los 18 años. Presenta tres modalidades de cuestionario

en función de la edad de la persona evaluada: educación infantil (3-6 años), educación primaria (6-12 años) y educación secundaria (12-18 años). Además, cuenta con la particularidad de que cada sección cronológica de la prueba es multi-informante, conformándose cada una por tres cuestionarios complementarios: el autoinforme, que recoge las respuestas del propio sujeto; el informe familiar, contestado por los progenitores; el informe escolar, que contempla la evaluación en el ámbito escolar observado por el tutor del niño o también por el psicólogo del centro educativo. Permite obtener, mediante las distintas formas específicas de edad e informantes, una exhaustiva valoración para determinar la existencia y la intensidad de los problemas emocionales y conductuales más comúnmente asociados a la población infantil y adolescente, como son: problemas interiorizados, problemas exteriorizados, problemas contextuales o problemas específicos.

Análisis topográfico

A través de la información obtenida durante las primeras entrevistas y un autorregistro conductual y específico, elaborado para la paciente, se llevó a cabo un control diario de crisis de ansiedad y conductas de cara a establecer la línea base (hora, lugar, situación previa, síntomas, medidas adoptadas, situación posterior). Se observó que los episodios de irritabilidad y de conductas disruptivas eran muy frecuentes y que, en tan sólo una semana C. mostró 5 episodios en casa y en el instituto. A nivel conductual también se registraron los momentos que pasó más apática o en los que presentaba insomnio o hipervigilancia que fueron 5 noches de un total de 7. El padre refiere estas conductas como algo habitual y episodios frecuencia alta aunque de corta duración hasta que la joven termina yendo a su cuarto y

encerrándose en él. De este modo, C. refiere que en general suele tener sueños o pesadillas con lo sucedido a su madre y que luego le cuesta volver a dormir. Del mismo modo, aunque según verbaliza, intenta evitar recordar lo sucedido, muchas veces reexperimenta la noticia del fallecimiento estando en clase y hay momentos que no logra recordar. Para finalizar y como dato importante, C. se niega a subir a ningún vehículo salvo el autobús, siempre y cuando sea con su padre o con una de sus mejores amigas.

Análisis funcional

C. es una adolescente muy inquieta, con baja tolerancia a la frustración y que presenta multitud de dificultades a la hora de llevar a cabo las tareas del instituto y seguir el ritmo de sus compañeros tanto en clase como en casa. Se aprecian rasgos de impulsividad y una actitud en ocasiones a la defensiva, que le hacen interpretar estímulos neutros de sus compañeros o de su propia familia como ataques personales de los que tiende a defenderse. Esa impulsividad y continuo estado de irritabilidad le lleva a presentar conductas desafiantes y propinar insultos o amenazas con cierta asiduidad, dificultando su relación con sus iguales. C. no había presentado estas dificultades o conductas antes de los 12 años de edad, coincidiendo con el fallecimiento repentino de su madre en un accidente de coche. El padre nos cuenta que anteriormente C. era una niña normalizada, pero que aquel episodio marcó y cambió la vida de ambos. En estos momentos en el instituto sus relaciones son cortas y muestra desinterés por actividades que realizan el resto de compañeros. Como vemos, desde el primer diagnóstico que recibe la joven, encontramos sintomatología relacionada con el TDAH, como dificultad para concentrarse, hipervigilancia o impulsividad, que coincide con los criterios

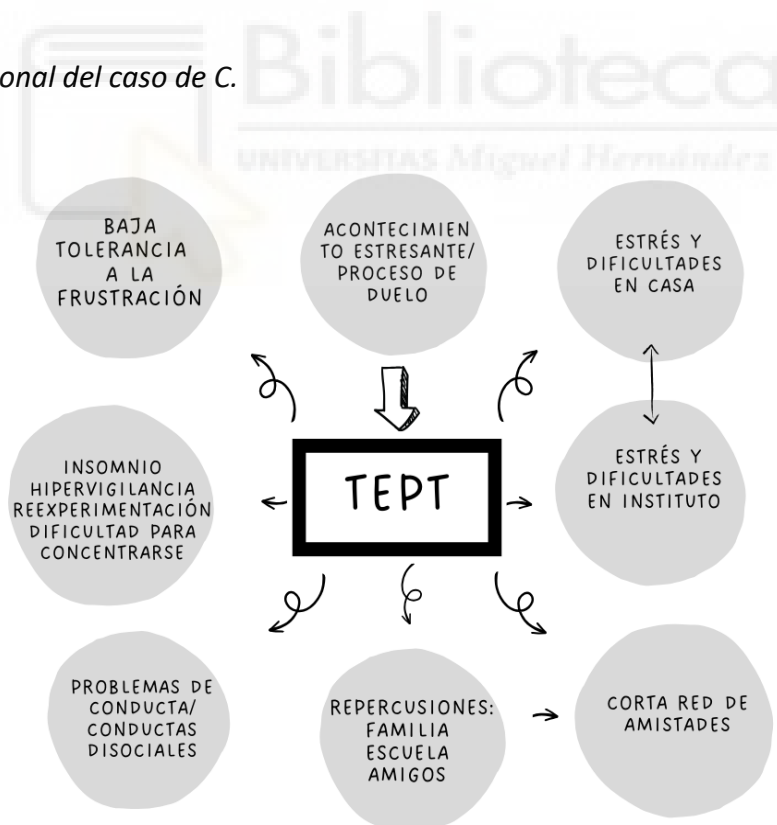
diagnósticos de TDAH, así como TND, como susceptibilidad, resentimiento o conductas disociales, que han tenido una duración mayor a 6 meses y han provocado un deterioro clínicamente significativo tanto en las actividades básicas de la vida diaria como a nivel social. Siguiendo los criterios diagnósticos DSM-V que ya hemos podido observar en la Tabla 1 y tras las entrevistas y las pruebas suministradas, detectamos sintomatología que concuerda con un posible TEPT como podemos ver en la Figura 1. El padre nos cuenta que, aunque siempre ha estado muy unido a su hija, su proceso de duelo fue complejo y que se distanció de ella, verbalizando que no sabe si supo ayudarla en su propio duelo tras el fallecimiento de la madre. No consigue saber porque reacciona de ese modo ante determinados tipos de situaciones y a veces pierde los nervios, transmitiendo sus miedos y estrés a la joven, generando en ella inseguridad y situaciones de estrés que no tienen manera de controlar, debido a que la mayoría de situaciones desembocan en insultos y tensión, que se mantienen por la propia tolerancia a la frustración de C. y a la dificultad de manejo por parte del padre. Este apunta que, aunque C. tuvo ayuda psicológica, el momento de comunicar a C. el fallecimiento de la madre fue algo confuso y no quiso mencionar la palabra muerte, enmascarando en cierto modo lo sucedido.

Debido a que, en un primer momento nuestra paciente acude a consulta con motivo de tratar las conductas desajustadas como consecuencia de un TDAH y TND diagnosticado previamente en USMIA, nuestro primer objetivo sería disminuir los episodios de heteroagresividad, impulsividad, ansiedad, así como la baja tolerancia a la frustración en la paciente centrándonos en estos trastornos. Una vez comenzamos a trabajar y después de las primeras entrevistas con la joven y su

padre, detectamos que existe un episodio a tener en cuenta y que debían analizarse con mayor profundidad. Tras el análisis funcional y topográfico, detectamos un posible TEPT, que cumplía con los criterios diagnósticos, por lo que terminamos centrando el tratamiento en la terapia cognitivo-conductual, aplicando la exposición y la relajación enfocados a trabajar en torno al trauma y disminuir los episodios de ansiedad de la paciente. De este modo también planteamos como objetivo el de la prevención, en relación a otros trastornos que, tal y como se ha estudiado, puedan desarrollar en abuso de sustancias, depresión o ideación suicida (Helzer et al., 1987; Kessler et al., 1995; Kilpatrick et al., 1992; Kulka et al., 1990; Resick y Schnicke, 1992).

Figura 1.

Análisis funcional del caso de C.



APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

La intervención se llevó a cabo en 18 sesiones, con 2 sesiones por semana y con una duración aproximada de 60 minutos. El objetivo principal del tratamiento fue en un primer lugar, establecer una buena relación con la paciente, utilizando la escucha activa tanto al padre como a la propia adolescente y mediante los autorregistros para su seguimiento (Figura 2), explicar las posibles causas de los episodios que se dan en casa, instituto o a nivel social mediante la psicoeducación y explicar el trastorno y su origen, para de este modo aplicar el tratamiento de forma correcta y proporcionar las pautas adecuadas al padre y la paciente.

Así pues, las primeras sesiones se dedicarán a la fase psicoeducativa, explicando de este modo las bases neurológicas de las respuestas de temor, la activación del sistema nervioso simpático y cómo funcionan según la teoría del aprendizaje. Además, explicaremos y entrenaremos la relajación muscular progresiva en sesión y en casa, así como identificación de las señales que desencadenan las reacciones de temor (Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos, 1997).

A continuación, trabajaremos en las habilidades de afrontamiento. Incluiremos la respiración diafragmática y la detención del pensamiento (Kilpatrick et al., 1982; Resnick y Newton, 1992; Resick y Jordan, 1988), que a su vez deberán ser aplicadas en aquellas situaciones de la vida cotidiana que provocan ansiedad.

Una vez trabajado el afrontamiento, centraremos la intervención en la exposición, donde nos centraremos en los estudios realizados por Edna B. Foa, conocida por su trabajo pionero en el tratamiento del TEPT y su desarrollo sobre la

Terapia de Exposición Prolongada (desde ahora PE), como una técnica eficaz a corto plazo para tratar el TEPT. Como vemos en el Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos (1997), existen otros autores como Sanderson et al. (1989), que explican y confirman que el control y la seguridad percibidos, así como el propio procesamiento emocional, puede ser parte del proceso de cambio que sucede durante la extinción y la habituación con los que se trabaja durante la terapia de exposición.

Sesión 1 y 2: Recogida de información. Se realizó una primera toma de contacto de 60 minutos con el padre de C. dónde se recogió información acerca de la joven y de la situación en casa. La segunda sesión se dividió en dos partes de 30 minutos dónde se recogió información por parte del padre y los 30 minutos restantes se dedicaron a establecer relación terapéutica con la paciente, debido a que en un primer momento existía una negativa a acudir a consulta.

Sesión 3 y 4: Durante la tercera y cuarta sesión de tratamiento, se da continuidad a la relación terapéutica con la paciente y se administra autorregistro y termómetro de ansiedad, explicando como cumplimentarlos. También administramos la *Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS; Spence, Susan, 1997)*.

Sesión 5: Psicoeducación y administración de Autorregistro. Se expuso tanto al padre como a C. información relativa a TDAH, TND y características principales de los trastornos, así como el diagnóstico diferencial, en base a otros posibles trastornos. Del mismo modo, se establecen los objetivos y los pasos a dar durante la intervención. Esta sesión tuvo una duración de 80 minutos.

Sesión 6 y 7: Administración de la Escala *SENA: Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (Fernández et al. 2015)*. Revisión de autorregistro y mantenimiento

del vínculo terapéutico con la paciente.

Sesión 8: Revisión de autorregistro con el padre y la paciente, así como psicoeducación relativa a los síntomas propios de un posible TEPT.

Sesión 9: Relajación de Koeppen (1974). En la novena sesión se explicó a C. el procedimiento y la técnica de relajación muscular de Koeppen (1974). Primero el terapeuta actuó de modelo a la vez que la paciente lo imitaba, y después se practicó sin presencia del modelo. Esta sesión duró 70 minutos aproximadamente y contó con la intervención del padre, donde se trabajó la modificación de pensamientos ansiógenos y se mostró a C. como modificar sus pensamientos ansiógenos y a controlar su frustración. Para ello se trabajó en base al registro de pensamientos, donde analizamos el malestar o ansiedad durante esa semana. Después se le explicó la influencia de esos pensamientos en sus emociones y comenzó la discusión de los mismos, trabajando sobre todo la probabilidad de ocurrencia.

Sesión 10: Revisión de autorregistro, recordatorio de relajación y entrenamiento respiratorio. Se abordan los síntomas TEPT y presentación del programa de tratamiento, explicación de la exposición prolongada (Foa et al., 1991) y trabajo en base a los temores experimentados y dificultad de afrontamiento a los temores relacionados con la experiencia traumática. En esta sesión contamos con la presencia del padre.

Sesión 11: Revisión de autorregistro y análisis de situaciones de ansiedad. Psicoeducación e introducción a las reacciones post-trauma, explicación de la manera en la que el ser humano evita las experiencias traumáticas o dolorosas y factores de mantenimiento. Explicación de que estas creencias irracionales

provocan evitación y pueden dispararse durante la exposición, donde se utilizarán las técnicas de respiración y relajación.

Sesión 12: Revisión de autorregistro y análisis de situaciones de ansiedad.

Sesión que termina antes, debido a que la joven se encuentra indispuesta.

Sesión 13 y 14: Revisión de autorregistro, análisis de situaciones de ansiedad y análisis de la situación de trauma vivida, así como relato y organización del recuerdo. Refuerzo al autocontrol y empoderamiento ante la situación estresante. La sesión 14 tiene una duración de 80 minutos, donde se trabaja la exposición en imaginación en voz alta y en relación al momento del fallecimiento de la madre, como lo vivió su padre y como comunicaron a C. la noticia. También introdujimos el coche y el autobús como elemento ansiógeno en la exposición. En este caso utilizamos el termómetro de ansiedad y organizamos el recuerdo traumático. Se pidió a C. que cerrase los ojos, reviviendo la noticia del fallecimiento de su madre y relatando los detalles como si estuviera sucediendo actualmente. Se pidió a la paciente que proporcionase tantos detalles como fueran posibles, incluyendo detalles sensoriales como olores, sonidos, lo que dijo, etc., así como las emociones y las sensaciones físicas vividas.

Sesión 15: Dividimos la sesión en dos partes de 30 minutos, donde revisamos autorregistro y trabajamos en exposición en imaginación y en vivo utilizando termómetro de ansiedad y técnicas de respiración y relajación.

Sesión 16: Exposición en vivo, donde participa el padre y donde utilizamos el coche familiar como parte de la exposición. Utilizamos termómetro de ansiedad y técnicas de respiración y relajación.

Sesión 17: Narramos el recuerdo completo de la sesión 16, de forma organizada y guiando al paciente. Recapitulación, análisis y retroalimentación en cuanto a la nueva conducta y nuevos pensamientos en relación al trauma, así como los progresos y resultados del tratamiento junto con el padre.

Sesión 18: Sesión de seguimiento a las 3 semanas de finalizar la última sesión. Administramos la *Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS; Spence, Susan, 1997)*.

RESULTADOS

Las puntuaciones se han obtenido comparando las puntuaciones del pre-tratamiento y post-tratamiento. Concretamente, al finalizar el tratamiento se administró de nuevo la Escala Infantil de Spence (SCAS).

Tabla 1.

Puntuaciones pre y posttest de la Escala Infantil de Spence (SCAS).

	Pre Tratamiento		Post Tratamiento	
	PD	Percentil	PD	Percentil
Trastorno Ansiedad Generalizada	9	86	7	70
Ansiedad Por Separación	9	97	6	84
Fobia Social	4	32	4	32
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	6	77	4	57
Pánico/Agorafobia	6	82	5	77
Daño Físico	8	94	6	86
Puntuación Total	42	84	32	70

En la Tabla 1 se puede observar que C. en el primer pase de la prueba obtiene una puntuación total de 42, siendo el percentil de 84%, mostrando una puntuación alta

y por encima de lo considerado normal en comparación al resto de la población que se encuentra por debajo. Es posible que esto se explique debido a los episodios de ansiedad y situación de estrés postraumático de la joven, así como las dificultades previas al tratamiento. Sin embargo, en el post-test el sujeto obtiene una puntuación total de 32, situándose en un percentil del 70 % y disminuyendo la puntuación en los ítems más críticos como eran la ansiedad generalizada, la ansiedad por separación y el daño físico y acercándose de este modo a la media de la población, por debajo del 84 %, que en este caso es el límite de muestra de una ansiedad elevada. Esto muestra que C. fue disminuyendo sus episodios de ansiedad, a medida que comienza el entrenamiento en técnicas de relajación, así como el afrontamiento del episodio traumático mediante la exposición a través de la Exposición Prolongada (PE). De este modo, se ha reflejado como sus síntomas de TEPT han disminuido, y sus recuerdos y emociones relacionados con el trauma se han ido procesando de manera más adaptativa. Esto parece haber influido directamente en una mejora significativa de la calidad de vida y el funcionamiento diario de C.

Se analizaron los resultados de la escala SENA, administrado al inicio de la intervención, donde no existen patrones de respuesta inconsistente, ni impresión negativa o positiva, por lo que damos por válidos los resultados. En este sentido, los resultados nos indican que, en Índices globales, C. obtiene una PT de 70 en Índice Global de problemas y una PT de 75 en Índice de problemas emocionales. Del mismo modo, en Escalas de problemas, C. obtenemos una PT de 64 en la escala Ansiedad (Problemas interiorizados).

Por su parte, en lo que se refiere a los Problemas exteriorizados, C. obtiene una PT de 67 en Hiperactividad-impulsividad, 69 en Problemas de control de la ira y 71

Conducta desafiante .

Por último, en Escala de Vulnerabilidades, C. obtiene una PT 76 en Problemas de regulación emocional. También observamos que el autoinforme refleja y alerta de ítems críticos, como son dificultades en sintomatología postraumática o ansiedad, preocupaciones recurrentes o nerviosismo, así como problemas de atención, hiperactividad-impulsividad o conducta desafiante.

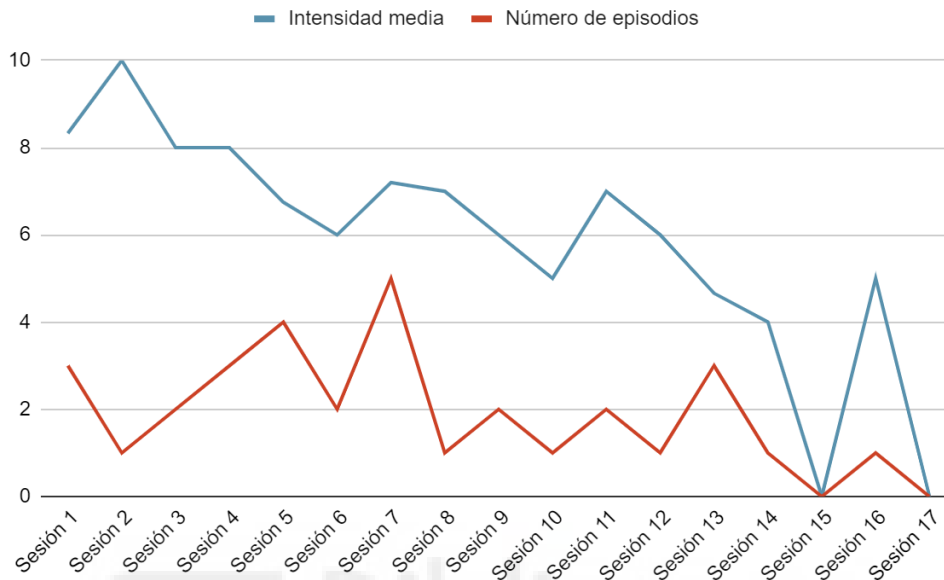
Debido a que las puntuaciones T se distribuyen con media = 50 (entre 10 y 90), detectamos que en nuestro caso, los índices no sólo están por encima de 50, sino que en comparación con el conjunto de niños o adolescentes de su misma edad, los resultados muestran puntuaciones T cercanas a 90, dándonos mucha información acerca de las dificultades que presentaba la joven en su día a día y de la necesidad de intervención y detección de los desencadenantes de las conductas y desregulación emocional.

Si tenemos en cuenta el autorregistro y la intensidad de los episodios (Figura 2), también observamos el análisis del día a día de la joven, donde a medida que avanza el tratamiento y se establece una línea base de intervención, se observa una disminución significativa, no sólo en las conductas de tipo agresivo o desafiantes en casa, sino también en la intensidad de las mismas. La ansiedad mostrada durante las sesiones centradas en la PE, se explica debido a la propia exposición, aunque con la repetición de las exposiciones generando un entorno seguro, la ansiedad comenzó a disminuir a excepción de la sesión 16 que presenta un pico mayor, donde utilizamos el coche familiar en compañía del progenitor. A excepción del pico mencionado, la clara mejoría progresiva y adaptación de C., podría explicarse debido a la desvinculación entre la asociación del recuerdo del trauma (estímulo condicionado) y el temor (respuesta

condicionada).

Figura 2.

Desarrollo de puntuaciones en autorregistro.



Nota. Desarrollo en relación a Intensidad media de episodio - Número de episodios vividos.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente caso clínico ha sido disminuir la ansiedad e hiperactivación en la joven evaluada, planteando la hipótesis de que de este modo disminuiría sus conductas de oposición.

Como se ha observado en el autorregistro, en relación a la intensidad y al número de episodios vividos que se presentan en la Figura 2, observamos que a medida que avanzaron las sesiones de terapia en relación al autoconocimiento y gestión de las emociones, psicoeducación, búsqueda de estrategias y entrenamiento en relajación de Koeppen (1974), la paciente consiguió disminuir los episodios de ansiedad, así como controlar en mayor medida sus episodios agresivos.

Tras aplicar el tratamiento basado en la PE desarrollado por Foa (Foa et al. 2007; Foa et al. 2019), se observa un mejor procesamiento emocional en C., quien, como observamos en el gráfico que presentamos en la Figura 2, presenta una disminución notable de los episodios en casa y en el IES. La disposición y perseverancia de C., la alianza terapéutica, así como el apoyo del padre y el mantenimiento de las pautas a lo largo del proceso y al finalizar el mismo, han sido factores clave en este tratamiento. Esto parece haber generado una mayor cohesión y seguridad entre la joven y su entorno, donde según argumenta el progenitor durante la última sesión de seguimiento, parece haber notado un cambio importante, tolerando en mayor medida su frustración.

Si continuamos analizando el autorregistro, con el paso de las sesiones, cuando aparecían respuestas fisiológicas de ansiedad, C. comienza a ser más consciente de sus pensamientos y la conducta que presenta, consiguiendo tomar conciencia de la emoción y las respuestas de activación descritas en el autorregistro, que con el paso de las sesiones consigue disminuir. De este modo y mediante un entrenamiento consciente y el apoyo del progenitor, la paciente consigue llevar a cabo las técnicas aprendidas, entre ellas la relajación, no sólo durante las sesiones, sino también en casa. Del mismo modo, una vez que C. consiguió manejar las técnicas trabajadas y por tanto, disminuir sus episodios de ansiedad, se pudo abordar la exposición a partir de la sesión 13, ayudando a la joven a disminuir el número de conductas disociales o agresivas, tal y como se refleja en el gráfico, donde se observa una disminución progresiva de dichas conductas, exceptuando la sesión 16, donde vemos un pico en la intensidad del episodio, que coincide con la sesión de exposición en vivo, donde C. presentó mayor ansiedad en el momento que utilizamos el coche familiar como parte

de la exposición. De igual modo C. consigue identificar la intensidad del episodio en el termómetro de ansiedad.

Tal y como hemos visto anteriormente al mencionar a Coelho y Costa (2010) en relación a las consecuencias de un acontecimiento traumático, vemos que en nuestro caso clínico también ha existido una desregulación que ha desencadenado un conjunto de respuestas desadaptativas, como puede ser la irritabilidad, ataques de ira o dificultades en el sueño, como era el caso de C., coincidiendo con los criterios diagnósticos que se han mencionado anteriormente y que se traducían en un estado constante de hipervigilancia, que al no producirse en una situación de amenaza real, se convertía en una respuesta desadaptativa, interfiriendo en la vida de la joven, que presentaba repercusiones a nivel psicosocial y conductual.

Tal y como se ha abordado anteriormente, la intervención en trauma desde la exposición, tal y como demostraron autores como Peniston (1986) o Bowen y Lamben (1986), ha logrado reducir en C. los síntomas específicos del TEPT, como sucede en el presente caso clínico, donde la hiperactivación y ansiedad se encuentran muy presentes en la paciente.

Tal y como se describe en la introducción, ha resultado de suma importancia el diagnóstico diferencial y el análisis de diagnóstico previo e historia de vida y eventos traumáticos de la joven, donde precisamente los síntomas externalizantes como la hiperactivación o conductas desajustadas, junto con el resto de síntomas que presentaba la paciente, han hecho posible la identificación de síntomas subyacentes.

Con la intención de impedir la activación de esta red asociativa disfuncional, nuestra paciente estaría evitando estímulos, recuerdos, situaciones, lugares o a las

propias personas que puedan recordarle directa o indirectamente al trauma, en este caso el relacionado con el accidente de su madre, interpretando la ayuda o el contacto social como amenazadores y reaccionando de forma agresiva o desafiante, en lo que sería un intento de la paciente para conseguir un distanciamiento psicológico y emocional del trauma. Estas conductas de evitación, aunque parecían generar una reducción del malestar de C. a corto plazo y como protección, influyen directamente en el día a día de la joven, manteniendo a largo plazo las mismas asociaciones disfuncionales que desarrolló inmediatamente después del trauma, teniendo en cuenta en este caso que, estas conductas de evitación tampoco aumentaban la seguridad ni disminuían el malestar en C.

En la intervención centrada en PE que se llevó a cabo con C., tuvo un importante e imprescindible papel la alianza terapéutica y el trabajo familiar de la paciente. Esto hizo posible una buena adaptación a las diferentes sesiones y poder abordar el proceso de duelo y exposición, donde C. revivió el evento traumático de forma controlada e imaginada, ayudando a procesar el recuerdo traumático, generando una mayor confianza en C. para trabajar de forma gradual y guiada la exposición a situaciones y lugares evitados. Esto fue ayudando durante las diferentes sesiones a cambiar las creencias disfuncionales y reducir la evitación. Extinguir la respuesta de miedo o evitación ante el episodio traumático, ayudó a la paciente a extinguir de este modo la respuesta de miedo condicionada y asociada con el trauma. Al enfrentar repetidamente las situaciones y recuerdos traumáticos, la intensidad de la ansiedad de C. disminuyó con el tiempo, tal y como se refleja en los resultados de la Figura 2.

Es importante destacar que, según nos traslada la propia joven, desde el IES y su progenitor durante las últimas sesiones y seguimiento correspondientes, a raíz del manejo de la ansiedad, se sucedió una disminución de los episodios agresivos, consiguiendo mejorar, no sólo la calidad de vida de la joven (mejora en la calidad del sueño), sino también con respecto a la interacción con sus iguales en el IES, así como con su círculo de amistad y familiares. Astin et al. (1994) destaca que, los síntomas de desapego o las dificultades en la interacción social son un intento de cortar con los sentimientos aversivos asociados a los recuerdos invasivos, pudiendo provocar como resultado un desapego a nivel emocional, que suponga una ruptura también con las emociones o experiencias positivas. Es posible que, el trabajo que se ha realizado con la paciente, pueda interferir en gran medida en la capacidad futura de C. para relacionarse con sus iguales durante todo el periodo de adolescencia, mejorar sus habilidades sociales, su rendimiento escolar y tener de este modo una mejor adaptación y afrontamiento ante las posibles situaciones que puedan generarse en el futuro, previniendo futuros trastornos o dificultades en la joven.

Por último, se considera que lo realmente adecuado sería continuar un seguimiento desde casa, ya que de esta manera se podría instruir en prevención de recaídas. También se hace imprescindible la colaboración del familiar, en este caso el padre, así como desde el IES de cara al presente o nuevo curso, para unificar pautas de actuación y mejorar la eficacia de las técnicas usadas durante el proceso.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre Sánchez, M., Sidera-Caballero, F., Rostan-Sánchez, C. y Onandia-Hinchado, I. (2022). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su relación diagnóstica con el Trastorno por estrés postraumático infantil: Una revisión sistemática. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 9, 9 – 19. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2022.09.1.1>
- American Psychiatric Association (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2022) Trauma- and Stressor-Related Disorders. En Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5°. edición, texto revisado).
- Astin, M. C., & Resick, P. A. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático. *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, 1, 171-209.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for *DSM-5* (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489-498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Bovin, M. J., Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2016). Psychometric properties of the PTSD Checklist for

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (PCL-5) in Veterans. *Psychological Assessment*, 28(11), 1379-1391.

<https://doi.org/10.1037/pas0000254>

Bowen, G. R. y Lambert, J. A. (1986). Systematic desensitization therapy with post-traumatic stress disorder cases. En C. R. Figley (dir.), *Trauma and its wake*. Vol. II. Nueva York: Brunner/Mazel.

Coelho Rebelo Maia, L. A., & Costa Oliveira, J. M. (2010). Bases neurobiológicas del estrés post-traumático. *Anales de Psicología*, 26(1), 1-10.

Cohen, J. A. (2003). Treating acute posttraumatic reactions in children and adolescents. *Biological Psychiatry*, 53(9), 827-833.

Cohen, J. A., Berliner, L., y Mannarino, A. P. (2000). Treating Traumatized Children A Research Review and Synthesis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1(1), 29-46.

Cohen, J. A., Berliner, L., y Mannarino, A. (2010). Trauma focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior problems. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 215-224.

Cotuono, A. J. (1993). *The diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in community mental health centers: Where and when*. *Psychology in the Schools*, 30(4), 338-344. [https://doi.org/10.1002/1520-6807\(199310\)30:4<338::AID-PITS2310300408>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/1520-6807(199310)30:4<338::AID-PITS2310300408>3.0.CO;2-S)

Cornellà Canals, J., & Juárez López, J. R. (2014). *Sintomatología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y su relación con el maltrato infantil: Predictor y consecuencia*. *Anales de Pediatría*, 81(6), 398.e1-398. e5.

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.05.022>

Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M.A. y del Barrio, V.

(2015) SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes: Manual de Aplicación, corrección e interpretación. Madrid: TEA Ediciones.

Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M.A. y del Barrio, V.

(2015) SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes: Manual Técnico. Madrid: TEA Ediciones.

Foa, E. B., Freund, B. F., Hembree, E., Dancu, C. V., Franklin, M. E., Perry, K. J., Riggs, D.

S. y Moinar, C. (noviembre de 1994). Efficacy of short-term behavioral treatments of PTSD in sexual and nonsexual assault victims. Comunicación presentada en la 28 reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, San Diego Ca.

Foa, E. B., Steketee, G. y Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.

Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide*. Oxford University Press.

Foa, E. B., Hembree, E. A., Rothbaum, B. O., & Rauch, S. A. M. (2019). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide* (2nd ed.). Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190926939.001.0001>

Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S. y Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Counseling and Clinical*

Psychology, 59, 715- 723.

G., Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Hembree, E. A., & EFICACES, S. L. T. Terapia De Exposicion Prolongada Para Tept.

Helzer, J. E., Robins, L. N. y McEnvoy, L. (1987). *Post-traumatic stress disorder in the general population: Findings of the Epidemiological Catchment Area Survey*. New England Journal of Medicine, 317, 1630-1634.

Koeppen, A. S. (1974). Relaxation training for children. *Elementary School Guidance and Counseling*, 9 (1), 14-21.

Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R. y Weiss, D. S. (1990). *Trauma and the Vietnam War generation*. Nueva York: Brun- ner/Mazel.

Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos: Vol. Vol. 1. (1997). [Manuales/Psicología]. Siglo XX, 171-200. <https://beckperu.com/wp-content/uploads/2020/04/Manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicologicos-Vicente-Caballo.pdf>

Mesa, R. M. R. (2021). Fases del proceso terapéutico con una niña que ha sufrido abuso sexual intrafamiliar. *Arteterapia*, 16, 179-190. <https://doi.org/10.5209/arte.72341>

Navarro-Pardo, E., Meléndez Moral, J. C., Sales Galán, A., & Sancerni Beitia, M. D. (2012). *Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género*. *Psicothema*, 24(3), 377-383.

Peniston, E. G. (1986). EMG biofeedback-assisted desensitization treatment for Vietnam combat veterans' posttraumatic stress disorder. *Clinical Biofeedback*

and Health, 9, 35-41.

Sciutto, M. J., & Eisenberg, M. (2007). Evaluating the evidence for and against the overdiagnosis of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(2), 106- 113.

<https://doi.org/10.1177/1087054707300094>

Siegfried, C. B., & Blackshear, K. (2016). Is it ADHD or child traumatic stress? A guide for Clinicians. National Child Traumatic Stress Network (NCTSN).

Southwick, S., Krystal, J. H., Morgan, A., Johnson, D., Nagy, L., Nicolaou, A. et al. (1993). Abnormal Noradrenergic Function in Posttraumatic Estrés Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 50, 266-274.

Southwick, S., Krystal, J., Bremner, J. D., Morgan, C., Nicolaou, A., Nagy, L. et al. (1997). Neuroendocrine and Serotonergic Function in Posttraumatic Estrés Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 54, 749-758.

Southwick, S., Yehuda, R. & Wang, S. (1998). Neuroendocrine Alterations in Posttraumatic Estrés Disorder. *Psychiatric Annals*, 28(8 August), 436- 442.

Southwick, S., Paige, S., Morgan, A., Bremner, J. D., Krystal, J. H. & Charney, D. (1999). Neurotransmitter Alterations in PTSD: Catecholamines and Serotonin. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 4(4 October), 242- 248.

Spence, S. H. (1998). Una medida de los síntomas de ansiedad entre los niños. *Investigación y Terapia del comportamiento*, 36, 545-566.

Tizón, J. (2016). Informe Salud Mental de niños y adolescentes: diagnóstico y tratamiento a debate. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/0B-4TYgiO0Sg7MHppa0o5UzJDLXM/view>

Trujillo, D.S., & López, L.C.T. (2018). *Sobrediagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: producto contextual o afinidad clínica*. *Revista*

Electrónica Psyconex, 10(16), 1-15.

Weinstein, D., Staffelbach, D., & Biaggio, M. (2000). Attention-deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder: Differential diagnosis in childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 20(3), 359-378.

[https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(98\)00107-x](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(98)00107-x)



ANEXO 1

Criterios del DSM5 para el trastorno por estrés postraumático (APA, 2013)

A) La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

a) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás

b) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

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

a) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma

b) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible

c) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

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

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

C) Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

a) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

b) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

c) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

d) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

e) sensación de desapego o enajenación frente a los demás

f) restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)

g) sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

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

a) dificultades para conciliar o mantener el sueño

b) irritabilidad o ataques de ira

c) dificultades para concentrarse

d) hipervigilancia

e) respuestas exageradas de sobresalto

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

F) Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo
