

# **Terapia de Procesamiento Cognitivo**

**Versión V/M:**

## **Manual del Terapeuta**

**Patricia A. Resick, Ph.D. y Candice M. Monson, Ph.D.**

Nacional Center for PTSD, Women's Health Sciences División  
VA Boston Healthcare System and Boston University

**&**

**Kathleen M. Chard, PH.D**

Cincinnati VA Medical Center y University of Cincinnati

**Agosto de 2008**

La correspondencia debe enviarse a:

Patricia Resick o Candice Monson, WHSD (116B-3) VA Boston Healthcare System,  
150 South Hutinston Ave., Boston, MA 02130

[Patricia.Resick@va.gov](mailto:Patricia.Resick@va.gov) o [Candice.Monson@va.gov](mailto:Candice.Monson@va.gov)

Traducción al castellano:

Angeles Berlanga Adell y Elena Aznar Avendaño  
INVAL-Instituto Valenciano de Psicología

Por favor, referencie este trabajo como:

Resick, P. A., Monson, C.M. & Chard, K.M. (2008). Cognitive processing therapy veteran/military vaersion: Therapist Manual. Washington, DC: Department of Veterans' Affairs.

## Cómo Utilizar Este Manual

La versión V/M del manual del terapeuta de la Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC) se ha organizado para maximizar la facilidad con que el terapeuta prepara y aplica la TPC.

La **parte I** incluye la fundamentación de la TPC y de otros problemas relacionados con el Trastorno por Estrés Post-Traumático (TEPT) que pueden surgir durante la terapia. Recomendamos que los terapeutas lean por entero el manual antes de la sesión con el paciente.

La **parte II** incluye instrucciones de cada una de las 12 sesiones. Cada sesión comienza con un resumen que esboza brevemente el formato de la sesión y asigna los tiempos recomendados para cada segmento de la misma. Después se revisa cada segmento detalladamente, con las metas, la lógica y un diálogo de ejemplo. Al final de cada sesión se incluyen notas sobre la evolución de la sesión para facilitar el seguimiento del progreso del paciente/terapeuta. Los folletos relevantes para el paciente también están incluidos en cada sesión; por favor, remítanse al Manual de Materiales para obtener información adicional sobre los folletos.

## Tabla de Contenidos

<b> Parte 1:  Introducción a la Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC)</b>	
Fundamentación teórica de la TPC	
El TEPT como trastorno de “no recuperación”	
Cuestiones del Pre-Tratamiento: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Para quién es adecuada la TPC?</li> <li>2. ¿Cuándo debe comenzar el protocolo de la TPC?</li> <li>3. El Contrato Terapéutico para la TPC</li> </ol>	
Visión de conjunto de las sesiones de la TPC	
El Cuestionamiento Socrático en la TPC <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Clarificación</li> <li>2. Examinar de los supuestos</li> <li>3. Examinar la evidencia y la lógica</li> <li>4. Cuestionar las perspectivas y puntos de vista</li> <li>5. Analizar las implicaciones y consecuencias</li> <li>6. Cuestionar las preguntas</li> </ol>	
Problemas en la aplicación de la TPC <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comorbilidad</li> <li>2. Evitación</li> <li>3. Necesidad de volver al frente</li> <li>4. TEPT y declaración de discapacidad</li> <li>5. Religión y moralidad</li> <li>6. Trauma sexual militar</li> <li>7. Evaluación parcial de síntomas utilizando las escalas de TPET y de depresión.</li> <li>8. Una nota sobre la sesión 2a – duelo</li> </ol>	
<b> Parte 2:  TPC: Sesión a sesión</b>	
Sesión 1: Introducción y Educación	
Sesión 2: El Significado del Acontecimiento	
Sesión 2a: Duelo Traumático (sesión opcional)	
Sesión 3: Identificación de Pensamientos y Emociones	
Sesión 4: Detección del Acontecimiento Traumático	
Sesión 5: Segundo Relato del Trauma	
Sesión 6: Preguntas para Discutir	
Sesión 7: Patrones Problemáticos de Pensamiento	
Sesión 8: Cuestiones sobre la seguridad	
Sesión 9: Cuestiones sobre la Confianza	
Sesión 10: Cuestiones sobre el Poder / Control	
Sesión 11: Cuestiones sobre la Estima	
Sesión 12: Problemas con la Intimidad y Significado del Acontecimiento	
<b>Apéndice B: Referencias Bibliográficas de la TPC</b>	

## **|Parte 1:| Introducción a la Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC)**

La Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC) es una terapia de 12 sesiones que se ha mostrado efectiva para el TEPT y otros síntomas corolarios derivados de acontecimientos traumáticos (Monson et al., 2006; Resick et al., 2002; Resick & Schnicke, 1992, 1993). Aunque la investigación sobre la TPC se centró inicialmente en las víctimas de violación, se ha aplicado con éxito a una variedad de acontecimientos traumáticos, incluyendo los traumas relacionados con el ejército. La revisión de este manual se ha realizado en respuesta a la solicitud de un manual de tratamiento centrado exclusivamente en los traumas militares. El manual ha sido actualizado para reflejar los cambios en la terapia a lo largo del tiempo, especialmente con un incremento de la cantidad de práctica que se asigna y con algunos de los folletos. También incluye sugerencias de las casi dos décadas de experiencia con la terapia.

### **Fundamentación teórica de la TPC**

La TPC se basa en la teoría cognitiva social del TPET que se centra en cómo se construye y afronta el acontecimiento traumático por una persona que está intentando recuperar el control y el dominio de su vida. La teoría del procesamiento de la información de Lang (1977) es otra teoría fundamental para explicar el TEPT, que fue aplicada a este trastorno por Foa, Steketee y Rothbaum (1989) en su teoría del procesamiento emocional del TEPT. En esta teoría, se considera que el TEPT se desarrolla a partir del desarrollo de una red de miedo en la memoria que elicitaba la conducta de escape y evitación. Las estructuras mentales de miedo incluyen estímulos, respuestas y significados. Cualquier cosa asociada con el trauma puede elicitarse el esquema o estructura de miedo y la subsiguiente conducta de evitación. Se cree que la red de miedo en las personas con TEPT es estable y ampliamente generalizada, de forma que es fácilmente accesible. Cuando se activa la red de miedo por recuerdos del trauma, la información de la red entra en la conciencia (síntomas intrusivos). Los síntomas del TEPT son el resultado de los intentos para evitar esta activación. De acuerdo con la teoría del procesamiento emocional, la exposición repetida al recuerdo traumático en un entorno seguro tendrá como resultado la habituación al miedo y al cambio subsiguiente de la estructura del miedo. Conforme disminuye la emoción, los pacientes con TEPT empezarán a cambiar su significado espontáneamente, modificarán las autoafirmaciones y reducirán su generalización. Se cree que la exposición repetida al recuerdo traumático produce una habituación o cambio sobre el acontecimiento, y subsecuentemente en la estructura del miedo.

Aunque las teorías de la cognición social no son incompatibles con las teorías del procesamiento emocional y de la información, estas teorías amplían el foco de la red de miedo a otras respuestas afectivas como el horror, la ira, la tristeza, la humillación, o la culpa. Algunas emociones, como el miedo, la ira o la tristeza pueden derivarse directamente del trauma (emociones primarias) a causa de que el acontecimiento se interpreta como peligroso, abusivo o que ha producido una pérdida. Es posible que las emociones secundarias, o manufacturadas, sean también el resultado de las interpretaciones erróneas realizadas por el paciente. Por ejemplo, si alguien es atacado intencionadamente por otra persona, el peligro de la situación puede llevar a una respuesta de escape-parálisis, y la respuesta emocional puede ser de ira o de miedo (primaria). Sin embargo, si como consecuencia, la persona se culpa a sí misma del ataque, experimentará vergüenza. Estas emociones manufacturadas pueden ser el resultado de interpretaciones sobre el acontecimiento más que el acontecimiento en sí mismo. En la medida en que el individuo siga diciendo que el acontecimiento ocurrió por su culpa, seguirá experimentando vergüenza (por lo tanto, manufacturada).

Las teorías cognitivo-sociales se centran más en el *contenido* de los pensamientos y en el efecto que los pensamientos distorsionados tienen sobre las respuestas emocionales y la conducta. Con el fin de conciliar la información sobre el acontecimiento traumático con los esquemas previos, las personas tienden a hacer una o más de estas tres cosas: asimilarla, acomodarla o sobre-acomodarla. La asimilación consiste en alterar la información entrante con el fin de encajarla con las creencias previas (*“Puesto que me ha ocurrido algo malo, debo haber sido*

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

*castigado por algo que hice*). La acomodación consiste en cambiar las creencias lo suficiente para poder incorporar la nueva información (*“Aunque me equivoqué en esa situación, la mayoría del tiempo tomo buenas decisiones”*). La sobreacomodación se refiere a cambiar de forma extrema las creencias de uno acerca de sí mismo y del mundo con el fin de sentirse bajo control y más seguro (*“No puedo confiar en mi juicio otra vez”*). Obviamente, los terapeutas trabajan hacia la acomodación, un equilibrio en las creencias que tiene en cuenta la realidad del acontecimiento traumático sin llegar al extremo.

En un modelo cognitivo-social, es necesaria la expresión afectiva, no para la habituación, sino con el fin de cambiar los elementos afectivos almacenados en la memoria del trauma. Se asume que el afecto normal, una vez accedido, se disipará rápidamente y no se almacenará más en la memoria del trauma. También puede comenzar la tarea de acomodar el recuerdo y las creencias. Cuando se desafían las creencias erróneas sobre el acontecimiento (auto-reproches, culpa) y las creencias sobregeneralizadas sobre uno mismo y sobre el mundo (p. e., seguridad, confianza, control, estima, intimidad), las emociones secundarias disminuirán también junto a los recuerdos intrusos. La explicación que los terapeutas de la TPC dan a los pacientes sobre este proceso se describe en la primera sesión junto con un folleto de la sección de materiales para el paciente.

### **El TEPT como un trastorno de “no recuperación”**

Dado que sabemos que los síntomas del TEPT que se producen inmediatamente después de estresares muy traumáticos son casi universales y que en circunstancias normales la recuperación ocurre tras unos pocos meses, es razonable pensar que el TEPT es una disrupción o un estancamiento del proceso normal de recuperación, más que el desarrollo de una patología especial. El terapeuta necesita determinar qué es lo que ha interferido con la recuperación normal. En un caso, puede que el paciente crea que si deja de evitar y de paralizarse a sí mismo, siempre estará abrumado por la intensidad emocional que aparece. Quizás aprendió cuando era niño que las emociones son malas, que un “hombre de verdad” no tiene emociones, y que únicamente debe “dejarlo pasar”. En otro caso, el paciente puede haber rechazado hablar con nadie porque se culpa a sí mismo por “dejar” que el acontecimiento sucediera y se siente tan humillado y culpable que está convencido de que los demás le culparán también. En un tercer caso, un paciente puede haber visto algo tan terrorífico que cada vez que se duerme y sueña en ello, se despierta bañado en sudor frío. Con el fin de dormir, empieza a beber mucho. Otro paciente está tan convencido de que volverá a ser víctima otra vez que rechaza salir y restringe enormemente sus actividades y relaciones. En otro caso, en que han muerto otras personas, el paciente experimenta culpa por sobrevivir y se obsesiona sobre por qué él se ha salvado cuando los otros han muerto. Se siente indigno y culpable cuando se ríe o disfruta con algo. En todos estos casos, los pensamientos o las conductas de evitación están interfiriendo con el procesamiento emocional y la reestructuración cognitiva. Hay tantos ejemplos individuales de cosas que pueden bloquear una recuperación fluida como personas con TEPT.

## **Cuestiones del Pre-Tratamiento**

### **1. ¿Para quién es adecuada la TPC?**

La TPC se desarrolló y probó con personas con una amplia variedad de trastornos comórbidos y una larga historia de trauma. En el contexto de la investigación, hemos implementado el protocolo con personas que variaban desde 3 meses a 60 años desde el peor trauma, aunque en el ámbito clínico lo hemos utilizado para traumas más recientes. Hemos implementado con éxito el protocolo con personas que no tenían un nivel educativo mayor que el cuarto grado y con CI tan bajos como 75 (aunque en ambos casos necesitamos modificar ligeramente los folletos). En los protocolos de investigación, la gente reunía los criterios completos para el diagnóstico de TEPT, aunque no hay ninguna razón para que no pueda implementarse con alguien que esté en el subumbral del diagnóstico. Sin embargo, si la persona no tiene TEPT en absoluto y tiene algún otro diagnóstico (p. e. solo depresión, trastorno de ansiedad), deberíamos implementar los protocolos de tratamiento para esos trastornos (es decir, solo porque alguien haya experimentado un acontecimiento traumático no significa que tenga TEPT). Las

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

consideraciones clínicas acerca de si es apropiado aplicar la TPC, pueden seguir los criterios de exclusión que hemos utilizado en los ensayos clínicos excepto aquellos que fueron adoptados por razones puramente metodológicas (p. e., una pauta farmacológica estable). Primero y muy importante, si alguien es un peligro para sí mismo o para otros, el tratamiento del TEPT no es el objetivo más importante. Del mismo modo, si alguien se encuentra en peligro, como por ejemplo los que están siendo maltratados o en una relación de abuso, la prioridad es buscar la seguridad. Por el contrario, solo porque alguien vaya a ser destinado a una zona de combate no significa que no pueda ser tratado con éxito antes de incorporarse a filas. Todos vivimos con el peligro potencial de un trauma futuro, por tanto, la posibilidad de violencia o trauma en el futuro no debe detener el tratamiento ahora. De hecho el tratamiento exitoso del TEPT puede reducir realmente el riesgo de un TEPT en el futuro.

Si alguien no puede implicarse en el tratamiento de su TEPT porque está tan disociado o tiene ataques de pánico tan graves que no puede discutir el trauma en absoluto, necesitaríamos otra terapia antes de la TPC (p.e. técnicas “*grounding*”, tratamiento para el control del pánico). La depresión es la comorbilidad más frecuente y no es una razón para no tratar a la persona a no ser que debido a su gravedad la persona no pueda implicarse en la terapia en absoluto. Hemos implementado el protocolo con personas con problemas de abuso de sustancias, pero no en un contexto ambulatorio cuando tenían adicción a algún tipo de sustancia. Sin embargo, podemos implementar la TPC cuando la persona se ha estabilizado tras la desintoxicación. Es necesario tomar estas decisiones a partir del estudio de cada caso. A la hora de proceder con el protocolo, la consideración más importante es la motivación del paciente para reducir sus síntomas de TEPT. El desarrollo de habilidades de afrontamiento no es una parte del protocolo, pero el terapeuta puede elegir entrenar a sus pacientes en habilidades de tolerancia al malestar si considera que las habilidades del paciente en esa área son tan pobres que se autolesionará o actuará impulsivamente cuando piense o hable sobre el acontecimiento traumático. En estos casos, el terapeuta también puede considerar la implementación de la TPC-C (sin el componente del relato escrito) más que la TPC (discutido más tarde en la parte III de este manual).

### **2. ¿Cuándo se debería comenzar el protocolo de la TPC?**

Con frecuencia se nos pregunta si es importante desarrollar la relación con el paciente antes de empezar cualquier trabajo con el trauma. Nuestra respuesta es no, no es necesario. De hecho, si un terapeuta espera durante semanas o meses para empezar el trabajo con el trauma en ausencia de alguna de las contraindicaciones mencionadas arriba, el paciente puede recibir el mensaje de que el terapeuta cree que no está lista o no es capaz de enfrentarse a una terapia centrada en el trauma. Esta renuencia por parte del terapeuta puede coincidir con el deseo natural del paciente de evitar este trabajo (parte de la evitación como afrontamiento del TEPT). La relación terapéutica se desarrolla rápidamente en el protocolo con el uso de un estilo de interacción Socrático debido a que el terapeuta por medio de esas preguntas está demostrándole al paciente su más profundo interés por comprender exactamente cómo piensa y siente. Por otro lado, si tomamos un tiempo adicional que no está centrado en la TPC, corremos el riesgo de desarrollar una forma de interactuar que tendrá que ser reestructurada cuando tengamos que aplicar la terapia (ver abajo La TPC con un paciente con el que ya estamos trabajando).

*Nuevo Paciente.* Recomendamos que con un nuevo paciente, el terapeuta comience el protocolo de TPC tras 1-3 sesiones de evaluación. Una vez que el terapeuta determina que el paciente tiene TEPT, está interesado en el tratamiento para esos síntomas, y que otros síntomas o acontecimientos vitales no interfirieran con el tratamiento, el terapeuta puede presentar el protocolo y el contrato para la TPC (ver la sección Materiales del terapeuta del Manual de Materiales).

*Paciente con el que ya estamos trabajando.* Es algo más difícil la transición desde otra forma de terapia cuando ya estamos trabajando con un paciente que introducir el protocolo a un nuevo paciente. Creemos que el mejor método para introducir la TPC es discutir abiertamente con el paciente la posibilidad de dicho cambio. Si un terapeuta ha estado viendo a un paciente durante meses o años y no ha habido un cambio significativo durante ese tiempo, esto proporciona una buena oportunidad para reevaluar los síntomas y para sugerir una nueva aproximación. El terapeuta puede contarle al paciente que ha recibido entrenamiento en un

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

nuevo protocolo que acaba de probar su eficacia para tratar el TEPT. Resulta bastante aceptable decirle al paciente que has recibido formación nueva. El paciente puede sentirse contento de que estés actualizado en los últimos procedimientos (como tu lo estás con tus médicos). El terapeuta debe explicar cómo este protocolo de terapia es diferente de la terapia que se ha estado implementando, tanto en el contenido como en el estilo. Si el terapeuta no ha estado utilizando una aproximación cognitivo-conductual, el uso de tareas prácticas, el seguimiento de una determinada agenda durante la sesión, o el centrarse en un acontecimiento traumático específico, puede ser un cambio demasiado drástico. Sin embargo, mientras hemos supervisado a los terapeutas que han cambiado a la TPC con sus pacientes, raramente ha habido problemas si el terapeuta ha explicado la lógica del cambio y que diferencias habrá en la terapia. La responsabilidad descansa más sobre el terapeuta para establecer y seguir el nuevo proceso de terapia porque, en nuestra experiencia, los pacientes con TEPT se sienten muy bien volviendo a una terapia no focalizada en el trauma.

Si el programa de cambios en el contexto de una relación terapéutica prolongada parece demasiado desalentador, otra posibilidad es derivar al paciente a otro terapeuta entrenado en la TPC. El terapeuta puede explicar a los pacientes que recomiendan este cambio a otro formato de terapia con el fin de que se beneficie de los últimos avances en el tratamiento del TEPT y que un nuevo comienzo podría resultar más fácil para ambas partes. Honestamente, ante este problema es la mejor aproximación.

### 3. El Contrato Terapéutico para la TPC

Independientemente de si se trata de un paciente nuevo o uno antiguo, antes de empezar con el protocolo el terapeuta debe explicar al paciente lo que se espera tanto del paciente como del terapeuta. Este protocolo de terapia, normalmente se aplica en 12 sesiones, que puede administrarse una o dos veces por semana. La terapia se focalizará en el peor acontecimiento traumático, aunque se desplazará a otros acontecimientos tras la sesión 5. Se espera que el paciente acuda a las sesiones con regularidad (una vez al mes no es suficiente) y que realice las tareas prácticas. El terapeuta está de acuerdo en adherirse al protocolo durante ese periodo de tiempo. Resulta de ayuda para el terapeuta explicar que su trabajo también será identificar las conductas de evitación del paciente que han mantenido el TEPT y eliminarlas.

En la sección Materiales del Terapeuta del Manual de Materiales hay un contrato que puede utilizarse para delimitar el trabajo que deberá realizarse y para implicar al paciente en el proceso.

### 4. Visión de Conjunto de las Sesiones

Los contenidos de cada sesión se describen en la parte 2 seguido de los problemas con lo que es probable que tropiece el terapeuta. La terapia comienza con un componente educativo sobre el TEPT, y se pide al paciente un Relato de Impacto con el fin de que el paciente y el terapeuta empiecen a identificar áreas-problema en los pensamientos sobre el acontecimiento (p. e. "puntos de estancamiento"). Se enseña entonces al paciente a identificar y etiquetar pensamientos y emociones y a reconocer la relación entre ellos. Las siguientes dos sesiones se dedican a generar un relato del trauma del peor incidente traumático, que se lee al terapeuta en la sesión. Durante estas primeras cuatro sesiones, el terapeuta usa el cuestionamiento Socrático para empezar a desafiar las cogniciones distorsionadas, especialmente aquellas asociadas a la asimilación, como la auto-responsabilidad, el sesgo de perspectiva, y otras cogniciones de culpa. Posteriormente, las sesiones se centrarán en enseñar al paciente habilidades para la terapia cognitiva y por último se centrará en temas específicos que probablemente se habrán alterado por el acontecimiento traumático: seguridad, confianza, poder/control, estima e intimidad.

Tras la descripción detallada del protocolo de TPC individual, siguen secciones en las que se describe el uso del protocolo sin el componente del relato escrito, la implementación de la TPC en formato de grupo, y otra sección de cuestiones relativas al tratamiento con trastornos comórbidos.

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

Se recomienda firmemente que se implemente el protocolo en el orden que se presenta aquí. Las habilidades y ejercicios se han diseñado para construir otras, e incluso los módulos de las últimas cinco sesiones siguen el orden jerárquico en el que es probable que surjan en los pacientes. Sin embargo, cuando se implementa individualmente las últimas cinco sesiones pueden modificarse dependiendo de las cuestiones específicas de las que informe el paciente. Por ejemplo, si un paciente tiene graves problemas en cuanto a la seguridad pero no con la estima o la intimidad, el terapeuta puede querer saltarse los últimos dos módulos y dedicar más tiempo a la seguridad. Recíprocamente, si alguien no tiene problemas de seguridad o de control sino que está fundamentalmente trastornado por cuestiones relacionadas con la autoconfianza y la autoestima, el terapeuta puede desear dedicar más tiempo a esos módulos. Sin embargo, incluso cuando un paciente no haya mencionado problemas en ningún área de funcionamiento en particular (seguridad, confianza, poder/control, estima, intimidad), puede resultarle útil leer el módulo y completar las tareas. No es inusual que los módulos revelen problemas que no habían sido identificados antes en la terapia.

El formato habitual de las sesiones es empezar con la revisión de las tareas prácticas utilizando la Revisión de las Tareas Prácticas, situado en la sección de Materiales del Terapeuta del Manual de Materiales, seguido por el contenido específico de cada sesión. La Revisión de Tareas Prácticas ayuda a facilitar el cumplimiento del paciente con las tareas fuera de la sesión ya que el terapeuta específicamente va a preguntarle sobre ellas al principio de la sesión (comenzando en la sesión 2). Revisarlas de esta forma al comienzo también disminuye la probabilidad de que se abandone el protocolo debido a que nos centramos excesivamente en alguna de ellas. Durante los últimos 5 minutos aprox. de la sesión, se presentan las tareas de la siguiente semana que se acompañan de las explicaciones, la definiciones y los folletos necesarios. No se recomienda que el terapeuta empiece con una discusión general al principio de la sesión, sino que comience inmediatamente con la tarea práctica asignada en la sesión anterior. Si el paciente desea hablar de otros temas, podemos utilizar el tema para enseñarle la nueva habilidad que vamos a presentarle (por ejemplo, poner el contenido en un registro A-B-C) o podemos reservar un tiempo al final para esos otros temas. Si el terapeuta permite que el paciente desvíe la terapia del protocolo reforzará la evitación, al tiempo que se interrumpirá el curso de la terapia. Además, dejar las tareas para el final de la sesión enviará al paciente el mensaje que no son demasiado importantes y puede llevar a una menor adherencia del paciente al tratamiento. Cómo ser empático aunque firme manteniendo el protocolo, es una de las habilidades más difíciles para el terapeuta, particularmente si ha sido entrenado en terapias menos directivas. Si un paciente no trae las tareas a una sesión, no significa que haya que aplazar la sesión una semana. El terapeuta pide al paciente que haga las tareas oralmente (o completan juntos el registro) en la sesión y reasigna las tareas incompletas para la siguiente sesión junto con las nuevas tareas.

### **El Cuestionamiento Socrático en la TPC**

Hay varios estilos de terapia cognitiva en la categoría general de terapias cognitivas. La TPC está diseñada para llevar a los pacientes a darse cuenta por sí mismos de la inconsistencia y/o de los pensamientos disfuncionales que mantienen su TEPT. Consecuentemente, una parte básica de la TPC es el cuestionamiento Socrático. A lo largo del transcurso de la terapia, los terapeutas deben utilizar de forma consistente el cuestionamiento Socrático para inducir el cambio, con el objetivo de enseñar a los pacientes a cuestionar sus propios pensamientos y creencias. Dado que el método es tan importante para la TPC, hemos incluido aquí más información general sobre lo que es el cuestionamiento Socrático, los tipos de preguntas que pueden hacerse y ejemplos de cada tipo.

El cuestionamiento Socrático se originó a partir del filósofo/maestro de la Antigua Grecia Sócrates. Él creía que los humanos tenían un conocimiento innato y que ese conocimiento podía ser revelado por otra persona preguntando cuestiones específicas. También mantenía que era más probable que los humanos retuvieran esa información y utilizaran ese conocimiento para adquirir más conocimiento cuando llegaban a él por su razonamiento que cuando se les contaba, el cuestionamiento socrático se utiliza normalmente en las escuelas de leyes americanas, en algunas formas de terapia cognitiva, y específicamente en la TPC.



## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

Sócrates estaba convencido de que el cuestionamiento concienzudo permitía el auto-examen lógico de las ideas y determinar la validez de dichas ideas. Como describía en los escritos a Platón, un estudiante de Sócrates, el maestro finge ignorancia (como “Colombo” en tiempos más modernos) acerca de un tema específico con el fin de obtener de otra persona el conocimiento más completo del tópico. Con la capacidad para reconocer las contradicciones, Sócrates asumía que las ideas erróneas o incompletas se corregirían durante el proceso de cuestionamiento sistemático, y por tanto llevaría progresivamente a una verdad mayor y más precisa.

Aplicado a la TPC, el propósito del cuestionamiento socrático es desafiar la precisión del pensamiento de los pacientes de forma que les alivie en su malestar psicológico. Conforme avanza la terapia, se enseña al paciente a usar el cuestionamiento socrático por sí mismos. El cuestionamiento socrático implica métodos sutiles. Los terapeutas que están acostumbrados a una psicoterapia explícitamente directiva pueden encontrar desconcertante al principio hacer más preguntas que afirmaciones. Los terapeutas que están habituados a la psicoterapia no directiva pueden estar preocupados inicialmente por si están coaccionando o siendo demasiado directivos con el paciente. Por medio del cuestionamiento socrático, se facilita que el paciente perciba que el cambio ocurre más por él mismo que por el terapeuta. Hemos comprobado que esta estrategia promueve una menor dependencia del terapeuta y anima a los pacientes a tener una mayor responsabilidad en su tratamiento. Además, la meta del cuestionamiento socrático nunca es que el terapeuta “gane” en una discusión o que convenza al paciente para que acepte la postura del terapeuta. En lugar de eso, se permite a los pacientes explorar completamente la lógica de sus pensamientos en un ambiente seguro. Utilizado solo y en conjunción con los registros, el cuestionamiento socrático ayudará a los pacientes a examinar el pensamiento problemático que ha aparecido o se ha reforzado como consecuencia del acontecimiento traumático.

El cuestionamiento socrático consta de seis categorías principales: clarificar, investigar las suposiciones, investigar las causas y evidencias, cuestionar las perspectivas y los puntos de vista, investigar las implicaciones y las consecuencias, y cuestionar las preguntas (Paul, 2006). Cada categoría construye la otra, aunque también es posible saltar de una categoría a otra a lo largo de una sesión de terapia. Abajo se recogen ejemplos de cuestiones que pueden usarse en las sesiones para ayudar al paciente a examinar sus creencias.

### 1. Clarificación

Los pacientes frecuentemente aceptan sus pensamientos automáticos sobre un acontecimiento como la única opción. Las preguntas de clarificación ayudan al paciente a examinar sus suposiciones o creencias en un nivel más profundo, lo que ayuda a elicitar más reacciones posibles entre las que elegir. Estas preguntas a menudo entran en la categoría de “cuéntame más y pueden ejemplificarse como:

- *¿Qué quieres decir cuando dices ...?*
- *¿Cómo entiendes eso?*
- *¿Por qué dices eso?*
- *¿Qué significa eso exactamente?*
- *¿Qué sabemos ya acerca de esto?*
- *¿Puedes ponerme un ejemplo?*
- *¿Estás diciendo ... o ...?*
- *¿Puedes decir eso de otra forma?*

### 2. Investigar los supuestos

Las cuestiones de investigación desafían los presupuestos y las creencias incuestionables que fundamentan su argumento. A menudo los pacientes no se preguntan el “por qué” o el “cómo” de sus creencias, y una vez que las creencias se someten a una inspección adicional, el paciente puede ver el débil fundamento sobre el que sostienen.

- *¿Cómo llegaste a esa conclusión?*

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

- *¿Qué otras cosas estamos suponiendo?*
- *¿Ese pensamiento está basado en suposiciones verdaderas?*
- *¿Cómo elegiste esa suposición?*
- *¿Cómo has llegado al supuesto de que ...?*
- *¿Cómo puedes verificar o refutar esa suposición?*
- *¿Qué sucedería si ...?*
- *¿Estás de acuerdo o en desacuerdo con ...?*
- *Si esto le sucediera a un amigo/hermano, pensarías lo mismo sobre ello?*

### 3. Investigar las causas y las evidencias

Es un proceso similar a investigar las suposiciones. Cuando el terapeuta ayuda al paciente a revisar la evidencia real que sostiene sus creencias, con frecuencia ellos encuentran que la lógica que apoya sus argumentos es rudimentaria en el mejor de los casos.

- *¿Cómo sabes eso?*
- *Demuéstrame ...*
- *¿Puedes ponerme un ejemplo de esto?*
- *¿Son esas las únicas explicaciones posibles?*
- *¿Son estas suficientes razones?*
- *¿cómo podríamos refutarlo ante un tribunal?*
- *¿Podría esas razones mantenerse en un periódico reputado?*
- *¿Por qué está sucediendo ...?*
- *¿Por qué?*
- *¿Qué evidencia apoya lo que estás diciendo?*
- *¿Te ha expresado alguien una opinión diferente?*
- *Podrías presentar \_\_\_\_\_ como evidencia ante un tribunal?*

### 4. Cuestionar perspectivas y puntos de vista

Con frecuencia el paciente nunca ha considerado otros puntos de vista sino que ha adoptado una perspectiva que encajaba con más facilidad con sus necesidades de control y seguridad. Por medio del cuestionamiento de perspectivas o puntos de vista alternativos, el terapeuta realmente está "desafiando" la postura. Esto ayudará al paciente a ver que hay otros puntos de vista igualmente válidos y que siguen permitiéndole sentirse lo suficientemente seguros y bajo control.

- *¿Qué formas alternativas hay de ver esto?*
- *¿Qué es lo que hace que sigas pensando de esa forma?*
- *¿Quién se beneficia de esto?*
- *¿Cuál es la diferencia entre ... y ...?*
- *¿Por qué es mejor que ...?*
- *¿Cuáles son los puntos fuertes y débiles de ...?*
- *¿En qué son parecidos ... y ...?*
- *¿Qué diría .... sobre esto?*
- *¿Qué pasa si comparas ... y ...?*
- *¿De qué otra forma podrías ver esto?*

### 5. Analizar las implicaciones y consecuencias

Los pacientes a menudo no son conscientes de que las creencias que mantienen conllevan implicaciones lógicas predecibles y frecuentemente desagradables. Ayudando al paciente a examinar los resultados potenciales para ver si tienen sentido, o incluso si son deseables, el paciente puede darse cuenta de que sus creencias inmutables están creando gran parte de su malestar.

- *¿Qué sucedería entonces?*

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

- *¿Cuáles son las consecuencias de tal suposición?*
- *¿Cuáles son las implicaciones de ...?*
- *¿Cómo afecta ... a ...?*
- *¿Cómo encaja ... con lo que aprendimos en la sesión antes?*
- *¿Por qué es ... importante?*
- *¿Qué podemos asumir que sucederá?*
- *¿Qué sucedería si abandonaras esa creencia?*

### 6. Cuestiones Sobre la Cuestión

A veces los terapeutas se sienten azorados cuando los pacientes hacen preguntas o afirmaciones directas sobre el terapeuta que pueden parecer un intento de violar los límites paciente-terapeuta o incluso que están "desafiando al terapeuta". Por ejemplo, "¿Has ido a la guerra alguna vez?" o "¿Has sido violada?" En esos momentos en la terapia puede ser muy útil *cuestionar la pregunta*. Situando el foco en el paciente y sus intenciones, la conversación con frecuencia se des-intensifica y esto permite al paciente examinar detalladamente en primer lugar sus motivos para preguntar.

- *¿Por qué me haces esa pregunta?*
- *¿Por qué crees que has hecho esa pregunta?*
- *¿Qué quieres decir?*
- *¿Qué tipo de respuesta tendría sentido para ti?*
- *¿Estás preocupado de que no te comprenda? Por favor cuéntame lo que crees que no entiendo. Me gustaría comprender lo que la experiencia fue para ti.*

## Cuestiones en la aplicación de la TPC

Muchos terapeutas nunca han recibido entrenamiento para aplicar psicoterapias manualizadas y pueden sentirse incómodos tanto con el concepto como con la ejecución. Es importante que el terapeuta y el paciente estén de acuerdo con las metas de la terapia (el trabajo con el trauma y con los síntomas relacionados) de forma que los objetivos se desvíen o cambien de una sesión a otra. Sin la firma de un acuerdo sobre los objetivos del tratamiento, cuando la terapia se desvía de su curso, el terapeuta puede no saber si debe volver atrás en el protocolo o dejar que siga su curso. Cuando surge otro tema, el terapeuta a veces no está seguro de cómo incorporarlo a la sesión o si debe hacerlo. Es necesario aquí introducir algunos comentarios. Cuando los terapeutas han implementado el protocolo varias veces, normalmente se sienten terapeutas más efectivos y eficientes. Aprenden a conducir la terapia sin demorarse ni desviarse. Descubren que pueden desarrollar el rapport con los pacientes por medio de las cuestiones socráticas porque los pacientes le explican cómo piensan y cómo se sienten exactamente y el terapeuta expresa interés y comprensión con estas preguntas. Normalmente hay tiempo suficiente en la sesión para abordar el material y queda tiempo para otros temas, como cosas que han ocurrido durante la semana o problemas actuales relacionados con su TEPT (hijos, preocupaciones por el trabajo, problemas de pareja, etc.). Sin embargo, si estos son problemas graves, entonces el terapeuta necesitará priorizar el procedimiento. Es desaconsejable intentar dispensar varias terapias a la vez para abordar simultáneamente diferentes problemas.

### 1. Comorbilidad

Aunque el TEPT tiene altos porcentajes de comorbilidad, normalmente la depresión, la ansiedad y la disociación comórbida remiten en la medida en que lo hace el TEPT. Por tanto, creemos que raramente necesitaremos abordar otros síntomas fuera del protocolo de TEPT.

El trastorno depresivo mayor está presente en aproximadamente la mitad de los pacientes con TEPT y abuso de sustancias (los porcentajes varían según la población estudiada). Los trastornos de personalidad y los de ansiedad también son bastante comunes. Además, hay problemas de salud asociados al TEPT. Afortunadamente, excepto para los pacientes con dependencia a sustancias, la TPC ha sido probada con pacientes con un amplio rango de

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

trastornos adicionales al TEPT. Más aún, hemos encontrado que los pacientes con trastorno depresivo mayor mejoran tanto como los que no lo tienen, aunque pueden comenzar y terminar con mayores niveles de síntomas depresivos. Los pacientes que informan síntomas físicos mejoran significativamente, y las medidas de ansiedad y de disociación también mejoran durante el curso del tratamiento. Otros síntomas complejos, como los problemas de identidad y las conductas de reducción de la tensión (p. e., conductas autolesivas y de acting out) mejoran marcadamente con el tratamiento. No obstante, hay ciertas consideraciones que debemos mencionar respecto a los trastornos comórbidos. La discusión de todos los posibles trastornos comórbidos está fuera del alcance de este manual, por ello, hemos elegido algunos de los más comunes en nuestra opinión.

La dependencia de sustancias debe tratarse antes de abordar el TEPT, aunque a los pacientes que abusan de sustancias pueden tratarse con TPC si se establece un contrato específico para no beber abusivamente durante la terapia, y si se aborda específicamente el papel del abuso del alcohol como estrategia de afrontamiento evitativo. Más aún, es posible implementar la TPC inmediatamente después del tratamiento del abuso de sustancias. De hecho, si el paciente está ingresado para seguir un tratamiento de desintoxicación en un programa residencial, puede ser una oportunidad única para tratar el TEPT. No es inusual que los recuerdos intrusivos, particularmente pesadillas y flashbacks aparezcan cuando se deja de beber o de tomar drogas. El uso de sustancias puede haber servido como una forma de evitar esos recuerdos y de suprimir emociones no deseadas. Por tanto, tras la desintoxicación, estos síntomas de TEPT pueden reestablecerse. Si el paciente está motivado para trabajar en su TEPT, o si el terapeuta usa este incremento como una forma de motivar, habría una oportunidad de mejorar todos esos síntomas antes de que el paciente vuelva a caer en su método de afrontamiento habitual y recaiga. En este punto, basándonos en la experiencia clínica más que en la investigación, el mejor predictor de éxito con la TPC con esta población es la motivación para el cambio. Para empezar el tratamiento, el terapeuta debe preguntar de forma abierta y franca si el paciente quiere mejorar sus síntomas de TEPT lo suficiente como para abstenerse de alcohol o drogas. Algunos pacientes han sido capaces de tolerar la TPC, incluso el relato escrito, bastante pronto tras cesar el abuso de sustancias, mientras que otros afirman que recaerán si hablan sobre el trauma incluso tras años de sobriedad. Nosotros les cogemos la palabra. Si alguien asegura que va a recaer, no implementamos el protocolo, pero les hacemos saber que lo tienen disponible cuando estén preparados. Los que comienzan el tratamiento necesitan comprender cómo el abuso de sustancias ha funcionado como evitación, y el terapeuta debe chequear con frecuencia la necesidad de beber o consumir. Si tal necesidad aparece durante el tratamiento, puede indicar, de hecho, puntos específicos de estancamiento o emociones importantes que deben procesarse. La TPC sin el relato escrito (TPC-C, que se discute en este manual en la parte III: Alternativas y Consideraciones Aplicando TPC) puede implementarse también si el terapeuta y el paciente establecen que el paciente es, de hecho, demasiado frágil para escribir sobre el recuerdo del trauma (esto es, el rechazo no es debido a más puntos de estancamiento sobre las emociones). Normalmente tenemos pacientes que se centran en problemas específicos con los hijos, la pareja o la familia tras terminar el programa de tratamiento del TEPT. A veces estos problemas remiten cuando el TEPT deja de interferir con el funcionamiento del paciente.

El trastorno depresivo mayor (TDM) es el trastorno comórbido más común al TEPT. Estar deprimido no impide el tratamiento del TEPT. De hecho, el tratamiento del TEPT debe abordar el TDM que con frecuencia es secundario al TEPT.

Todos los estudios sobre resultados en TEPT han hallado mejoras sustanciales en los síntomas depresivos así como la mejora en el TEPT. Sólo hay que considerar unas pocas advertencias. Aunque, por fines pragmáticos, la inestabilidad en la medicación es un criterio de exclusión típico en los estudios de resultados de tratamientos psicológicos (es decir, ¿es el cambio atribuible al tratamiento o a la medicación?), los cambios en la medicación también pueden complicar la práctica clínica. Un clínico puede sentirse tentado de introducir toda posible intervención con el paciente a la vez, esperando conseguir resultados lo más rápido posible. Sin embargo, si un paciente comenta o incrementa una medicación al comienzo de la psicoterapia, ni el paciente ni el clínico sabrán qué ha sido efectivo. ¿Por qué este problema? Cuando el paciente comienza a sentirse mejor puede atribuir el cambio a la medicación, incluso sino es el caso, y no atribuir el cambio a su propio esfuerzo. Puede incluso dejar de cumplir con

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

la psicoterapia. También, si la medicación era lo que provocaba el cambio, el médico que la prescribe necesita saber cuál era la dosis mínima de medicación sin la confusión de la presencia del incremento de síntomas normal durante el relato del trauma o la disminución de síntomas tras los relatos del trauma o la terapia cognitiva. El médico prescriptor y el terapeuta necesitan coordinar sus esfuerzos para minimizar esta confusión.

A veces hemos visto pacientes que estaban tan medicados (alta dosis y múltiples fármacos) que eran incapaces de implicarse en el tratamiento o de acceder a sus emociones. También a veces hemos visto pacientes no medicados cuya depresión era tan grave que no tenían energía para seguir el tratamiento o seguir con las tareas. Ambos extremos son un problema que debe rectificarse antes de implementar la psicoterapia apropiada. Es importante enfatizar que no estamos sugiriendo que cada paciente con TEPT, con o sin TDM, debe ser medicado. Más bien, sugerimos, si un paciente puede tolerar su malestar durante unas pocas semanas mientras que comienza la TPC, en absoluto sería necesaria la medicación. Además, muchos de los jóvenes que vuelven al servicio puede que no quieran comenzar un régimen de medicación psicotrópica. Hay muy poca investigación sobre la secuenciación y combinación de medicación y psicoterapia para guiarnos en este punto. Una buena comunicación entre terapeutas puede ayudar en la toma de decisiones sobre la idoneidad y la secuenciación de la medicación.

Del mismo modo que con el abuso de sustancias y la depresión, la preocupación con otros trastornos de ansiedad es si son tan incapacitantes que interfieren con el tratamiento del TEPT. Si el Trastorno obsesivo compulsivo (TOC), el trastorno de pánico, o la agorafobia son tan graves que el paciente no puede implicarse en el tratamiento del TEPT, entonces, el otro trastorno debe tratarse en primer lugar. Si el otro trastorno de ansiedad parece estar relacionado con el trauma(es decir, el comienzo, los desencadenantes, y los contenidos ansiosos parecen conceptualmente relacionados con los acontecimientos traumáticos) y la persona puede seguir con el tratamiento, entonces es bastante posible que el tratamiento exitoso del TEPT mejore los trastornos de ansiedad comórbidos también. Cualquier terapeuta que trabaja con pacientes con TEPT en la Administración de Veteranos habrá oído historias de pacientes que aseguran el perímetro de su casa cada noche antes de irse a dormir, a veces durante horas. Estas conductas de seguridad supersticiosas pueden alcanzar el nivel de TOC. Cuando hemos tratado pacientes con TEPT y TOC, hemos comenzado con el TEPR para ver si los síntomas de TOC mejoraban. No hay razón en este punto para esperar que los síntomas de TEPT mejoren con el tratamiento exitoso del TOC. Estos tipos de conducta TOC pueden considerarse con las cuestiones de seguridad en las sesiones 7 y 8, con el fin de llevar al paciente a probar su sobrestimación de los niveles de seguridad (P: "si no aseguro el perímetro de esta forma, mi casa será atacada." T: "¿tus vecinos y la gente del bloque de al lado comprueban sus rifles?, ¿han sido atacados?, ¿ha habido alguna vez que tú no lo hicieras?"). Una vez que se reducen los flashbacks, las pesadillas, y las falsas alarmas, es fácil explicar los principios de la exposición conductual y la prevención de respuesta junto con el trabajo cognitivo. Más tarde, en el protocolo el terapeuta puede asignar al paciente un experimento para probar sus hipótesis. Aunque este no es un componente típico del TPC, un experimento conductual podría servir de ayuda con los trastornos de ansiedad comórbidos. Los síntomas de TOC también pueden abordarse mientras que se tratan los problemas de control. La persona con TOC tiene ilusión de control mientras se engancha en el ritual con el que pretende reducir su ansiedad. Aparte del hecho de que los rituales (limpiar, comprobar, etc) pronto llevan a controlar a la persona más que otra cosa, el terapeuta puede ayudar al paciente que él no puede tener el control de acontecimientos futuros (ver sesión 10) y que los rituales no previenen la ocurrencia de los acontecimientos futuros y pueden ser totalmente irrelevantes.

El trastorno de pánico con frecuencia es comórbido con el TEPT, y más desde las normas de decisión del DSM-IV que desde las anteriores del DSM-III-R, que no permitían el diagnóstico en presencia de otros trastornos del EJE I. Nuestra investigación con el TPC indican una mejora en los síntomas de pánico sin ninguna intervención específica adicional. Sin embargo, hay algunas personas que están tan paralizados por su trastorno de pánico que no pueden tolerar la discusión de los acontecimientos traumáticos sin tener ataques de pánico. En ese caso, el terapeuta puede querer tratar el trastorno de pánico primero, con un tratamiento cognitivo conductual como el tratamiento de control de pánico (Craske, Barlow, and Meadows, 2000) o simultáneamente con el TPC (Falsetti et.al., 2001). Falsetti y cols., desarrollaron un protocolo que combina el TPC con el tratamiento de control de pánico.

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

El desafío del tratamiento del TEPT con los trastornos de personalidad es cómo seguir el protocolo sin descarrilar por problemas colaterales. En otras palabras, el terapeuta no debe intentar tratar el trastorno de personalidad, sino tratar el TEPT sin tratar el trastorno de personalidad. El terapeuta necesita tener en mente que el paciente ha afrontado sus circunstancias vitales durante mucho tiempo, aunque poco efectivamente, y que 'afrontar la crisis de la semana' tiene una función de evitación para trabajar con el trauma. Si podemos conceptualizar los trastornos de personalidad como patrones sobregeneralizados de respuesta a lo largo de un rango muy amplio de situaciones, entonces es bastante fácil ver cómo alguien con una larga historia de trauma, o que está afrontando su trauma, podría desarrollar una personalidad evitativa, una personalidad dependiente, etc. Estas creencias y patrones conductuales tiene un propósito funcional, al menos en algún momento en la vida de la persona. Ahora son disfuncionales porque esos patrones están tan sobregeneralizados (y probablemente obsoletos). En el marco cognitivo, estas hipótesis y creencias sobregeneralizadas se reifican al nivel de esquema y se convierten en filtros automáticos por los que pasan todas las experiencias. Aquellas experiencias que no se adecuan al esquema previo son, o bien distorsionadas (asimiladas) para encajar en el constructo, o ignoradas. Aquellas experiencias que confirman los esquemas previos son utilizadas como prueba y llevan a la sobreacomodación posterior. Es difícil desafiar un esquema amplio como *'todo el mundo me abandonará'* o *'no puedo cuidar de mí mismo'*, por tanto, el terapeuta continuamente llevará esas ideas globales a acontecimientos, pensamientos y emociones específicos y entonces desafiará la evidencia de esos acontecimientos específicos con la Hoja de Trabajo de Desafío de Creencias. Cuando las mismas hipótesis aparecen a lo largo de muchas hojas de trabajo, el terapeuta puede decir, *'detecto un tema aquí. A lo largo de estas Hojas de Trabajo siempre volvemos al pensamiento de que la gente está intentando dañarte (o cualquier otro esquema). Tú te has dicho esto a ti mismo tan a menudo, y en tantas situaciones, que has llegado a creer que está esculpido en piedra como VERDAD. Y vamos a tener que ir reduciendo esta creencia como lo haríamos con una piedra para que cambiara. Ahora veo que cada vez que has rellenado una hoja de Trabajo de Desafío de Creencias has sido capaz de desafiar el pensamiento de que alguien estaba intentando dañarte intencionadamente. ¿Cuántas experiencias necesitarás tener, cuánta evidencia necesitarás para cambiar al pensamiento de que algunas personas no están intentando hacerte daño?, ¿y cómo te sentirías si creyeras esto?'*

Aunque los trastorno disociativos son relativamente raros, las respuestas disociativas son bastante comunes en los individuos traumatizados. De hecho, la disociación peritraumática, durante o inmediatamente después del acontecimiento traumático, es uno de los predictores más robustos de TEPT. La disociación puede estar condicionada, igual que una respuesta de lucha-huida, a claves previamente neutrales. Si el paciente se disocia cada vez que recuerda el trauma, tal disociación puede interferir con las tareas necesarias durante la terapia. Hay varias soluciones a este problema. Una es que el terapeuta trabaje con el paciente antes para que no se disocie por medio de técnicas para mantenerse "anclado" (por ejemplo, claves como la fecha, momento, lugar, seguridad; tocar un objeto determinado como recuerdo). El terapeuta necesita dar una lógica al paciente para que aprenda a no disociarse cuando se siente mal. Hay dos buenas formas de presentar esa lógica. Una es que la disociación, realmente pone al veterano en un riesgo mayor, y que si estuviera realmente en peligro, tendría menos opciones de salvarse en esa situación. Otra razón para aprender a no disociarse es que la disociación es una respuesta de emergencia, como la respuesta de lucha-huida, que impide el funcionamiento normal y de defensa. Tener esta respuesta de emergencia frecuentemente desregula el funcionamiento defensa de la persona. El TEPT se ha asociado con mayores problemas de salud, y la gente que se disocia con frecuencia tiene mayores porcentajes de enfermedades y trastornos físicos.

Otra opción para la disociación problemática es utilizar el protocolo TPC-C. Una tercera opción es utilizar el protocolo TPC aunque haciendo que el paciente escriba el relato utilizando técnicas para minimizar la disociación. Una estrategia que hemos utilizado con éxito es hacer que el paciente conecte un temporizador de cocina para sonar a los cinco minutos y comience a escribir. El timbre sirve para interrumpir la disociación y que el paciente vuelva al presente. El temporizador de cocina puede entonces fijarse para seis minutos y que el paciente vuelva a leer o escribir el relato. El temporizador puede programarse por períodos progresivamente más largos para proporcionar una habituación graduada y habilidades más fuertes para anclarse.

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

En resumen, los terapeutas no deben sentirse intimidados por los trastornos comórbidos que acompañan el TEPT o asumir que la TPC no puede implementarse con pacientes que tienen historias extensas de trauma. La TPC se desarrolló y se probó con pacientes que mayoritariamente tenían historias de trauma complejos y diversas comorbilidades. La decisión que el clínico debe tomar es si el trastorno comórbido es tan grave que impedirá la participación del paciente en el tratamiento del TEPT. En tal caso, el terapeuta querrá tratar el trastorno comórbido antes o simultáneamente, con TPC. Hay terapias cognitivas conductuales basadas en la evidencia para la mayoría de los trastornos comórbidos que los clínicos pueden encontrar. Sin embargo, para la mayor parte, el tratamiento del TEPT mejorará los síntomas comórbidos e incluso puede eliminar la necesidad del tratamiento posterior de esos síntomas.

### **2. Evitación**

La mayor parte de veteranos se presentan para el tratamiento del TEPT muchos años después del acontecimiento traumático. Normalmente no están en crisis y son capaces de enfrentarse a su vida diaria (sea cual sea el nivel de funcionamiento) sin una intervención constante. Gran parte de la interrupción durante la terapia del TEPT viene de los intentos de evitación del paciente. Nosotros señalamos la evitación en cuanto la vemos (p.ej., cambiar de tema, llegar tarde a las sesiones) y le recordamos que la evitación mantiene los síntomas del TEPT. Si el paciente quiere discutir otros problemas reservamos tiempo al final de la sesión o intentamos incorporar sus problemas entre las habilidades que le estamos enseñando (esto es, el Registro ABC, los Registros de Preguntas de Discusión, los Registros de Patrones Problemáticos de Pensamiento, el Registro de Discusión de Creencias). Si el paciente no trae las tareas prácticas, nosotros no retrasamos la sesión sino que hacemos el trabajo durante la sesión y reasignamos la tarea práctica junto con las siguientes tareas.

### **3. Necesidad de Volver al Servicio de Veteranos**

Al tener que volver a la Operación Libertad Duradera en Iraq el personal militar y los veteranos pueden tener necesidades diferentes de otros veteranos que han participado en otras guerras o conflictos. Pueden preferir dos sesiones por semana de forma que puedan terminar la terapia con más rapidez. Pueden solicitar sesiones por la mañana temprano o por la tarde para adaptarlas a sus horarios laborales. Pueden querer que el tratamiento del TEPT sea complementado con asesoramiento para la relación de pareja. Pueden aparecer como un poco más 'puros' que los veteranos más crónicos del Vietnam con los que muchos clínicos de la Administración de Veteranos están acostumbrados a tratar. La mayor accesibilidad a las emociones es realmente una ventaja para procesar los acontecimientos traumáticos y motivar el cambio, pero los terapeutas que han trabajado sólo con veteranos muy crónicos (y emocionalmente embotados) pueden alarmarse cuando empiezan a trabajar con estos pacientes. Es posible que crean que las emociones o la disociación intensa debe estabilizarse o medicarse en primer lugar. Sin embargo, la TPC se desarrolló y probó primero con víctimas de violación que también estaban en una fase muy aguda y muy emocional. En la medida que los pacientes están dispuestos a implicarse en la terapia y comprometerse en contra de las autolesiones y el *'acting out'*, no hay ninguna razón para asumir que necesitan esperar para recibir tratamiento.

### **4. TEPT – Relacionado con la situación de discapacidad**

Los terapeutas con frecuencia expresan preocupación sobre la situación de discapacidad de los pacientes y lo que sucederá con su situación de discapacidad y las ventajas asociadas si el TEPT se trata efectivamente. Para los veteranos de Iraq, la meta es devolverlos al empleo activo y que no estén discapacitados por su TEPT. Al comienzo del tratamiento, estos pacientes pueden no ser capaces de conciliar el sueño de nuevo durante la noche, o sufrir interrupciones por flashbacks, o no tener la concentración suficiente para un empleo. El terapeuta necesita mandar el mensaje claro de que estos síntomas pueden mejorar, para infundir alguna esperanza en el paciente. Sin embargo, los planes específicos del trabajo o cuidado deberían

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

posponerse hasta más tarde en la terapia para ver cuánta remisión se consigue de la sintomatología. Si el veterano tiene daño cerebral durante su despliegue, puede no estar claro cuánto del cuadro clínico se debe al TEPT y cuánto se debe al daño cerebral hasta que los síntomas del TEPT se hayan tratado o resuelto.

Los veteranos más viejos (y sus terapeutas) a veces son reticentes a implicarse en un tratamiento eficaz por miedo a perder las ayudas y no ser capaces de mantenerse a sí mismos. Animamos a los clínicos a consultar la información específica del personal de las Ayudas de la Administración de Veteranos (VBA), sobre la probabilidad de que sea reevaluado su grado de discapacidad. Según nuestra experiencia, hay muchos prejuicios sobre la retirada de las ayudas a los veteranos de la VBA. En nuestros contactos con el personal de la VBA nos han informado de que estaban tan sobrecargados por las reclamaciones que no tenían tiempo de revisar los casos más antiguos a no ser que los veteranos solicitaran un aumento en su discapacidad o hubiera evidencia clara de que el veterano estuviera obteniendo ingresos de un empleo y se supusiera que no pudiera trabajar. Podría haber un caso infame en la AV en el que fueran disminuidos o retirados los derechos, aunque es importante evaluar más adecuadamente con el veterano la probabilidad de que suceda tal situación.

La discapacidad asociada al TEPT parece presentar el mayor desafío si el paciente está buscando activamente un aumento del grado de discapacidad. Animamos a los clínicos a aplazar el comienzo de la TPC con los pacientes en función de si buscan conseguir ayudas relacionadas con el servicio militar. Si están intentando activamente probar que ellos tienen síntomas de TEPT, es lógico pensar que este no es el momento de implicarlos en una terapia que persigue reducir los síntomas. Es mucho mejor retrasar el comienzo de la terapia que ya estaba comprometida desde el principio. Hay muchos veteranos, discapacitados y no discapacitados que no buscan un cambio en el grado de discapacidad, que están en mejor situación para beneficiarse antes de la TPC. Los veteranos en proceso de reclamación pueden buscar una terapia de apoyo o una intervención no centrada en el trauma mientras que esperan al resultado de sus alegaciones.

Si alguien consigue el 100% de discapacidad en el servicio derivado de la TEPT tiene todo el derecho a beneficiarse de la reducción de síntomas para mejorar su calidad de vida. Si el veterano no está considerado discapacitado de forma permanente por su TEPT, entonces el terapeuta debe explicar al paciente que considere el coste y beneficios de la reducción de síntomas y mejora de la calidad de vida si el TEPT mejora, y la probabilidad de que los beneficios relacionados cambien como resultado de una mejora en su TEPT. Los terapeutas deben recordar que tienen la opción de diagnosticar el TEPT en Remisión Parcial en la Hoja de Evolución de la Historia Clínica.

En algunos casos, la situación de discapacidad es un estancamiento que requiere ser desafiado porque tiene una función alternativa (“si no soy un veterano discapacitado, ¿qué soy?”, “si dejo de recibir ayudas eso significa que el gobierno cree que lo que me ha sucedido no es importante”).

### 5. Religión y moralidad

Hay varias formas en que moralidad y religión se cruzan con el TEPT. No es infrecuente que haya cambios en las creencias religiosas (“¿Cómo pudo Dios dejar que esto pasara?”, “¿Está castigándome Dios?”) o estancamientos que se producen por el conflicto entre el acontecimiento traumático y las creencias religiosas previas. Esto puede estar relacionado directamente con “la creencia en un mundo justo” (“¿Por qué a mí?”, “¿Por qué no a mí?”, “¿Por qué murió mi amigo/familia?”), que se enseña directamente en algunas religiones, aunque podrían haber sido inferidas por el paciente y no formar parte de la religión. Podría estar en el contexto de la violación del código ético o moral de uno mismo (“maté a gente mientras que estaba en Iraq”). También podría implicar que otras personas intenten que el paciente se perdone a sí mismo o al agresor.

No deberías evitar estos temas, porque pueden estar en el centro del TEPT de tu paciente. Incluso si tienes unas creencias religiosas diferentes (o eres agnóstico o ateo), no hay ninguna



## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

buena razón para evitar estos temas. Necesitas navegar en las creencias transculturales como parte de tu trabajo, y la religión es una parte importante de la cultura de tu paciente. La creencia en un mundo justo es probablemente la creencia más común que se enseña, no sólo por las religiones, sino también por parte de los padres y profesores. A la gente le gusta creer que si siguen las normas les sucederán cosas buenas y que si alguien incumple las normas será castigado. La gente no aprende que es una afirmación de probabilidad (*“Si sigo las normas, disminuye el riesgo de que algo malo me suceda”*), lo que sería más realista. Si la gente mantiene con mucha convicción la creencia del mundo justo, entonces pueden engancharse en un razonamiento circular. Esto puede llevarles a la conclusión de que si algo malo les sucedió, ellos están siendo castigados. Sin embargo, si ellos no pueden decir lo que hicieron mal, esto les llevará a la injusticia de la situación o de Dios. No hay garantías en la religión de que la buena conducta siempre será recompensada y la mala castigada (aquí en la tierra), por tanto, si tu paciente afirma eso, o bien ha distorsionado su religión o lo aprendió incorrectamente de sus padres o de su sacerdote. Como en cualquier otra profesión, en los sacerdotes hay una variabilidad en cuanto a su formación y ortodoxia. Por favor, asegúrate de diferenciar la religión en sí misma de la práctica individual cuando discutas esos problemas. Tienes que comprobar esto con el creyente, por medio de una búsqueda en la web, o hablar con un clérigo de tu AV, o de tu propio lugar de trabajo.

Cuando alguien no comprende cómo Dios pudo dejar que sucediera un acontecimiento que implica a otra persona (violación, asalto, combate), el concepto de libertad puede resultar muy útil. La mayoría de las religiones occidentales se adhieren al concepto de libre albedrío, de la elección para comportarse de acuerdo a las normas o no (¿o para qué son el cielo y el infierno?). Si Dios da a un individuo la libertad para hacer elecciones, de ahí se sigue que Él no puede quitarle la libertad a otra persona con el fin de castigar al paciente. Aquella persona también tiene el libre albedrío para disparar la pistola o violar, etc. El libre albedrío implica que Dios no intenta detener la conducta de otras personas ni tampoco que fuerce al paciente a seguir las normas o incumplirlas. Además, incluso cuando no está implicada la conducta de otras personas en la elección, no lleva demasiado trabajo la inspección del mundo para encontrar evidencia de que Dios no utiliza los acontecimientos naturales, accidentes o enfermedades, para castigar a las personas malas. Cuando vemos que estos acontecimientos suceden a los niños a o a personas que sabemos que son buenas, individuos caritativos, lo único que podemos pensar en este punto es que “Dios trabaja de una forma misteriosa”. Sin embargo, también podría ser el caso que Dios no interviniera en la vida diaria y que Dios deba utilizarse para el consuelo, la guía moral y de la comunidad.

Si un paciente cree que las vidas están predeterminadas, y que no hay libre albedrío, entonces puedes preguntarle por qué tiene TEPT. ¿Cuál es el conflicto?, ¿Tiene dificultades para aceptar su destino?, ¿O es sólo una cuestión de no ser capaz de procesar las emociones?, Debes preguntar al paciente cómo entiende lo que le sucedió, y qué imágenes y pensamientos mantiene rondando en su cabeza.

La pregunta que lógicamente sigue a *“¿por qué yo?”*, es *“¿por qué no tú?”*. Si alguien se pregunta por qué se salvó cuando los demás murieron (el lenguaje implica propósito), puede procederse con la misma línea de cuestionamiento. ¿Hay lógica en la guerra, en quién muere o quién vive?, cuando alguien es una buena persona ¿le hace inmune a morir en la guerra?. Desafortunadamente, los militares, del mismo modo que las religiones, pueden reforzar el concepto de que si algo malo sucede, alguien ha cometido un error. Entre los militares, después de un suceso, los miembros del servicio pueden ser objeto de un informe sobre la operación para determinar “qué se hizo mal”. Aunque es comprensible que las autoridades militares intenten reducir el riesgo en el futuro, ellos también están sembrando el mensaje de que alguien cometió un error si las cosas salieron tan mal (contrario a la posibilidad de que se produjera una emboscada o fueran superados en una situación concreta).

Los conceptos de autocompasión o el perdón de otros son abordados a veces en la terapia. Si estas cuestiones son conceptos cómodos para un paciente, probablemente no los lleve a la sesión para discutirlos. Por el contrario, normalmente se mencionan porque hay cierto malestar o conflicto con otros temas. Como se ha mencionado antes, respecto a la autocompasión, es muy importante para ti desafiar primero los acontecimientos específicos para ver si tu paciente tiene algo que perdonarse a sí mismo. Dado que es casi siempre axiomático que las personas

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

se culpen a sí misma de los acontecimientos traumáticos, eso no significa que pretendieran el resultado. Sin embargo, culpar y la culpa puede ser inmerecida. Si alguien es víctima de un crimen, sólo es eso, una víctima. No hay nada que pudiera hacer que justificara que eso le sucediera. Porque una mujer se sienta sucia o violada no significa que hiciera nada malo que requiera perdón. Esto sería un ejemplo de razonamiento emocional. Matar a alguien en la guerra no es lo mismo que asesinar a alguien. La persona puede no haber tenido otra opción que lo que ocurrió en ese momento, por tanto, el cuestionamiento socrático necesita establecer la intencionalidad, las opciones disponibles en ese momento, etc. Sólo debemos discutir el auto-perdón cuando se ha establecido que el paciente quería dañar a una persona inocente, y que tenía otras opciones disponibles en el momento, y que deliberadamente eligió esa forma de actuar. Matar a un civil por accidente (p.ej., alguien se queda encerrado en el fuego cruzado) en una guerra es lo mismo que un accidente. Cometer una atrocidad (violar mujeres o niños, torturar a gente) es claramente un daño deliberado. La culpa es una respuesta adecuada tras cometer un crimen o una atrocidad. Un paciente puede necesitar aceptar lo que ha hecho, arrepentirse, y buscar el autoperdón, o si es religioso, buscar el perdón en la iglesia o en otros lugares de oración. Incluso entonces debes trabajar con tu paciente para conceptualizar quién era entonces y qué valores tiene ahora para ayudarlo a darse cuenta de que no es el mismo que cuando ocurrió el suceso. Una vez que todo esto ha sido profundamente procesado y digerido, puede ayudar alguna forma de restitución o servicio comunitario a eliminar su condena permanente de autculpa.

Perdonar a otros aparece a veces en sesión cuando el concepto es prematuro, o forzado por otros. Si una paciente acaba de aceptar que el acontecimiento no ocurrió por su culpa (p.ej., ataque o abuso sexual), puede que esté reconociendo que la otra persona intentó hacerle daño deliberadamente y es culpable del acontecimiento. Puede ser cómodo para la familia, pedir que desaparezca la rabia antes de dejarla seguir su curso, pero este es el mismo tipo de síntoma de TEPT que ya ha ocurrido, evitar el afecto. Puedes preguntar al paciente si el agresor le ha pedido perdón. La mayor parte de iglesias y lugares de culto no confieren el perdón con el impenitente. Si el agresor no ha pedido perdón, el paciente no tiene por qué perdonarle. Incluso si el agresor del acontecimiento traumático pide perdón, el paciente no está obligado a perdonarle. Comprender por qué alguien hizo algo no es lo mismo que excusarle. El paciente puede derivar al agresor a la iglesia o a otros lugares de oración para que pida perdón a Dios. El propósito de conseguir el perdón del paciente no debería ser para que otro crea que todo esté bien así, sino sólo para dar al paciente cierta paz. Si el perdón se fuerza por otros sólo traerá frustración y culpa.

### **6. Trauma sexual militar (TSM)**

Aunque hay muchos tipos diferentes de experiencias traumáticas, cada una es diferente a su manera, las experiencias de trauma sexual con frecuencia elicitán problemas especiales tanto para los pacientes como para los clínicos. Esto es particularmente cierto para lo que en términos de AV se denomina "trauma sexual militar"; esto es, un ataque sexual, o acoso sexual o amenazas repetidas que ocurren mientras el veterano está en el ejército. El ataque sexual es cualquier tipo de actividad sexual entre dos o más personas en la que alguien se ve involucrado en contra de su voluntad. Puede que se utilice o no la fuerza física. La actividad sexual involucrada puede ser muy diversa, como tocamientos no deseados, sexo oral, sexo anal, penetración con un objeto, y/o intercambio sexual. El acoso sexual que encaja con la categoría de TSM implica amenazas verbales o contacto físico de naturaleza sexual, repetido y no solicitado. Ejemplos de esto incluyen amenazas de represalias por no cooperar sexualmente o promoción más rápida, o un tratamiento mejor a cambio de cooperar sexualmente.

Varios estudios han mostrado que las experiencias TSM son extremadamente prevalentes entre los veteranos; los porcentajes son típicamente o incluso más elevados entre los que utilizan el sistema de salud de la AV. Aunque el trauma sexual ocurre con más frecuencia entre las mujeres que entre los hombres, la proporción desproporcionada de hombres frente a mujeres significa que, como clínico que trabaja con veteranos, tienes la misma probabilidad de encontrarte con hombres con TSM que con mujeres. En general, la violación es el trauma que se asocia más probablemente con el TEPT, lo que significa que vas a tener que tratar el trauma sexual con bastante frecuencia en tu trabajo con la TPC.

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

Mientras que hay pocos datos empíricos que comparan las experiencias del TSM con las experiencias del ataque y acoso sexual que ocurre fuera del servicio militar, hay aspectos del TSM que pueden hacer estas experiencias cualitativamente diferentes para las víctimas. Por ejemplo, dado que el trauma sexual asociado al servicio militar ocurre con mucha frecuencia en un ambiente en que la víctima vive y trabaja, muchas víctimas deben continuar interactuando y trabajando cerca de sus agresores de forma continua después del trauma. Esto, con frecuencia incrementa su sentido de desesperanza e impotencia y puede ponerles en riesgo de revictimización. Dada la naturaleza (global) del ambiente militar, esta victimización puede adoptar una gran variedad de formas. Las víctimas pueden necesitar confiar en sus agresores o socios de sus agresores para que les autoricen la atención médica o psicológica o les proporcionen recursos para otras necesidades básicas. También puede haber consecuencias para la carrera profesional de las víctimas en las que los agresores son con frecuencia compañeros o supervisores con poder para influir en las evaluaciones del trabajo y en las decisiones sobre las promociones. Incluso si este no es el caso, las víctimas deben enfrentarse a la difícil elección de continuar su carrera militar donde han sido forzados o han tenido un contacto frecuente con los agresores, o sacrificar sus metas con el fin de protegerse a sí mismos de una futura victimización o re-traumatización.

La mayor parte de grupos militares se caracterizan por una elevada cohesión, particularmente durante el combate. Aunque este nivel de solidaridad es típicamente un aspecto positivo del servicio militar, la dinámica que crea puede amplificar las dificultades de responder a un ataque o acoso sexual en este ambiente. Por ejemplo, el elevado valor que se da a la cohesión de la organización puede convertir en un tabú divulgar cualquier información negativa sobre un compañero soldado. Como resultado, muchas víctimas son reticentes a informar del trauma sexual y pueden luchar incluso contra sí mismos para identificar que lo que ha ocurrido ha sido un ataque. Aquellos que eligen informar de esto a la autoridad con frecuencia sienten que no se les cree, o incluso peor, se sienten culpados por lo que sucedió. Pueden verse animados a mantener silencio y sus informes pueden ser ignorados. Tener este tipo de experiencia invalidante con frecuencia tiene un impacto negativo significativo en el ajuste post-trauma de la víctima.

¿Cómo pueden impactar estos factores en tu trabajo con la TPC con los veteranos?. Primero, confiar (tanto en uno mismo como en otros) puede ser una cuestión particularmente poderosa dado que los agresores son con mucha frecuencia alguien que la víctima conocía y puede haber sido alguien con quien la víctima tenía una relación bastante cercana. Debido a esta relación, las víctimas pueden tener puntos de estancamiento relacionados con la idea de que el ataque o acoso sexual fue consentido, o al menos consentido por su parte; será importante que le recuerdes los aspectos coercitivos del contexto en el que se produjo el trauma. Del mismo modo que en el trauma sexual que ocurre fuera del servicio militar, el estigma asociado al trauma sexual puede significar que tropieces con un gran número de puntos de estancamiento relacionados con la autoestima y la culpa. Los hombres, en particular, pueden expresar preocupaciones sobre su sexualidad, su identidad sexual o su masculinidad. Puede ser duro para ellos reconciliar lo que ha sucedido con las creencias sociales de que los hombres son fuertes y poderosos – reconocer su vulnerabilidad es contradictorio con lo que ellos han aprendido a creer sobre ellos mismos como hombres. Además, los individuos que han sido traumatizados sexualmente, se encuentran especialmente en alto riesgo de experimentar una revictimización sexual posterior. Cuando esto sucede, las víctimas pueden encontrarse a sí mismas atascadas en cuestiones relacionadas con el poder, el control, y la auto-confianza.

Otra cuestión que debemos considerar es que dado que el impulso sexual normalmente ocurre en entornos agradables, la mayoría de personas asumen que la activación sexual es lo mismo que el disfrute. Las víctimas de un ataque sexual pueden concluir erróneamente, que dado que ellos han tenido excitación o incluso orgasmo deben haber disfrutado de la experiencia, que ellos son unos perversos o que sus cuerpos los traicionaron. Todas estas conclusiones son incorrectas. Es bastante posible ser estimulado y experimentar miedo, horror, o angustia en lugar de placer. Los soldados han informado que han experimentado erecciones o incluso orgasmos en combate. Eso no significa que ellos estuvieran disfrutando o que encontraran sensual la experiencia. Ello significa que estaban experimentando una cascada de hormonas en sus cuerpos que estimuló su actividad sexual. Los pacientes con frecuencia son reticentes a

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

Llevar esos temas a la terapia. Pueden sentirse profundamente avergonzados por haber experimentado activación sexual en una situación en la que creen que era inadecuado y pueden verlo como alguna forma de defecto personal. El terapeuta puede ayudar a aliviar esa culpa y vergüenza por medio de la educación, y debe sacar el tema de una forma rutinaria y discreta si el paciente no aborda el tema. Una de las formas más simples para ayudar al paciente a pensar de forma diferente sobre ello, es recordarle que la excitación sexual no es una respuesta voluntaria sino que se produce con unas simples cosquillas. De hecho una buena analogía que podemos utilizar son las cosquillas. Podemos hacer cosquillas a alguien en contra de su voluntad, puede reírse y odiarlo al mismo tiempo. Cuando estimulamos las terminaciones nerviosas, que reaccionen o no, no es una elección consciente. Si ayudamos al paciente a ver que sus reacciones fueron el resultado normal de la estimulación y no una elección moral, experimentará alivio y un descenso de la culpa o vergüenza. Por favor, referir al Libro del Paciente para ejemplos de un Registro ABC, un Registro de Preguntas de Desafío, y un Registro de Discusión de Creencias de TSM.

### **7. Evaluación de síntomas actuales utilizando escalas de Depresión y TEPT**

Se recomienda que el paciente sea evaluado, no sólo antes y después del tratamiento, sino también durante el mismo. Normalmente, damos a los pacientes una escala breve de TEPT y una escala de depresión, tal como el Beck Depresión Inventory (si es un problema la depresión comórbida) una vez a la semana. La versión mensual del PCL-S se administra una vez antes de la primera sesión y evalúa los síntomas del paciente **durante el último mes**. La administración subsiguiente del PCL-S evalúa los síntomas del paciente **durante la última semana, y se administra semanalmente**. Recomendamos que la versión semanal del PCL-S se entregue al paciente mientras que espera para empezar la sesión. Lo más frecuente es que haya una gran disminución de los síntomas cuando se resuelve la asimilación del trauma. Normalmente esto ocurre sobre la quinta o sexta sesión cuando el relato del trauma y la terapia cognitiva se centran en el acontecimiento traumático en sí mismo. A veces esto tarda más pero con la evaluación frecuente, el terapeuta puede monitorizar el progreso, y ver cuándo sucede el cambio. Tanto las versiones semanal y mensual del PCL-S están en la sección de Materiales del Terapeuta del Manual de Materiales.

### **8. Una nota sobre la sesión 2a – Duelo**

En este manual se incluye un módulo para el duelo traumático (sesión 2a). Este módulo no se incluye como una de las doce sesiones, sino que puede añadirse a la terapia. Si la sesión adicional de duelo se añade, el protocolo tiene trece sesiones; la sesión 2a no reemplaza ninguna de las otras sesiones. Recomendamos que la sesión se añada pronto en la terapia, quizás como la tercera sesión. Aunque esperamos que el TEPT remita como resultado del tratamiento, no esperamos necesariamente que remita el duelo. La pena es una reacción normal a la pérdida y no es un trastorno. El duelo puede tener un curso prolongado y variable. La meta de abordar las cuestiones relacionadas con la pena, no es acortar el curso natural del ajuste, sino eliminar bloqueos y barreras (cogniciones distorsionadas, supuestos, expectativas) que interfieren con el duelo normal. Por tanto, el centro de atención es la pena normal, los mitos sobre el duelo, y los puntos de estancamiento que los terapeutas pueden necesitar para centrarse en este campo. Si la sesión de duelo se añade al TPC, una posibilidad es que el paciente escriba dos declaraciones de impacto si ha perdido tanto a un ser querido y tiene TEPT relacionado con algo que le ha sucedido a él directamente. Una afirmación sería sobre lo que significa que el acontecimiento traumático le haya sucedido. La otra afirmación sería sobre lo que significa que el ser querido haya fallecido.

## **|Parte 2:| TPC: Sesión a Sesión**

Se parte de que el terapeuta habrá realizado algún tipo de evaluación sobre el acontecimiento traumático del paciente y sobre los síntomas persistentes, y habrá acordado los términos específicos de la TPC antes de empezar la primera sesión. Debe haber realizado al menos una evaluación breve de los síntomas depresivos y del TEPT. Hay varios cuestionarios breves y escalas del TEPR y de depresión para evaluar los síntomas en el pre-tratamiento y para realizar medidas repetidas durante la terapia con el fin de monitorizar la evolución a lo largo del tratamiento. La PCL-S se incluye en este manual.

Los contenidos de las siguientes páginas contienen resúmenes, explicaciones guiadas de la sesión, ejemplos de las sesiones, y los folletos adicionales para referencia del terapeuta. Las copias reproducibles de los folletos de los pacientes pueden encontrarse en el Manual de Materiales de TPC.

Las sesiones individuales son:

Sesión 1: Introducción y educación

Sesión 2: El significado del acontecimiento

Sesión 2a: Duelo traumático (sesión adicional)

Sesión 3: Identificación de emociones y pensamientos.

Sesión 4: Recuerdo del acontecimiento traumático

Sesión 5: Identificación de los puntos de estancamiento

Sesión 6: Preguntas de desafío

Sesión 7: Patrones de pensamiento problemático

Sesión 8: Cuestiones sobre la seguridad

Sesión 9: Cuestiones sobre la confianza

Sesión 10: Cuestiones sobre el poder/control

Sesión 11: Cuestiones sobre la estima

Sesión 12: Cuestiones sobre la intimidad y el significado del acontecimiento

## **Resumen de la sesión 1 – Fase de introducción y Educación,**

**Administrar la PCL-S (versión mensual) antes del comienzo de la sesión, recopilar los datos y archivar.**

### **1. Establecer la agenda (5 minutos)**

### **2. Explicación del terapeuta al paciente (10 minutos)**

- Síntomas del TEPT: 3 categorías (folleto)
  - Reexperimentación: pensamientos, sueños, flashbacks.
  - Activación: sueño, irritabilidad/ira, concentración, hipervigilancia, sobresaltos.
  - Evitación: pensamientos, lugares/actividades/gente, hechos, falta de interés, distanciamiento, falta de emociones, no futuro. Muchas otras formas de evitación: alcohol, ocuparse tanto como se pueda, síntomas físicos, evitación en la terapia o de las tareas prácticas.
- Recuperación del trauma y respuesta de lucha-huída.
  - Lucha/huída, paralización.
  - Asociación con señales: imágenes, sonidos, olores, etc.
- Teoría cognitiva
  - Estructura de creencias: categorías – mundo justo, las cosas buenas les pasan a las personas buenas, etc.
  - Cambiar recuerdos para que encajen en las creencias (asimilación).
  - Cambiar creencias sobre el mundo (acomodación/sobreacomodación)
- Tipos de emociones
  - Dos tipos de emociones siguen al trauma: naturales y manufacturadas

### **3. Breve revisión del acontecimiento más traumático (cinco minutos)**

### **4. Fundamentación de la terapia – puntos de estancamiento (10 minutos)**

- Metas del tratamiento
  - Reconocer y modificar las viejas emociones y pensamientos que no son de ayuda
  - Aceptar la realidad del acontecimiento
  - Cambiar las creencias lo suficiente para aceptarlo sin pasarse.
  - Sentir nuestras emociones sobre el acontecimiento
- Revisión del folleto de puntos de estancamiento

### **5. Anticipar la evitación y aumentar el cumplimiento (5 minutos)**

### **6. Visión general del tratamiento – Estructura (5 minutos)**

- 12 sesiones, 50 minutos – 1 hora cada una:
  1. Introducción
  2. Significado del acontecimiento
  3. Identificar pensamientos y emociones
  4. Recuerdo del acontecimiento
  5. Identificación de “puntos de estancamiento”
  6. Preguntas de desafío
  7. Pensamiento problemático
  8. Seguridad
  9. Confianza
  10. Poder y control
  11. Estima:
  12. Intimidad y significado
- Comentar la importancia de la asistencia y del cumplimiento con las tareas prácticas

### **7. Asignar práctica y resolución de problemas: cumplimentación (5 minutos)**

- Primera afirmación de impacto

### **8. Comprobar la reacción: reacciones del paciente a la sesión (5 minutos)**

## Sesión 1: Fase de Introducción y Educación

Las metas de la sesión 1 son:

1. Construir el rapport con el paciente
2. Educar al paciente sobre los síntomas del TEPT y la depresión
3. Proporcionar una fundamentación del tratamiento basado en una conceptualización cognitiva del TEPT.
4. Delinear el curso del tratamiento
5. Elicitar el cumplimiento del tratamiento

Es necesario abordar el cumplimiento del tratamiento lo más pronto posible en la terapia dado que la conducta de evitación (la mitad de los síntomas del TEPT) interfieren con los resultados exitosos. Nosotros estamos preocupados por las formas de cumplimiento: asistencia y realización de las tareas prácticas fuera de la sesión. Se recomienda enérgicamente que los pacientes asistan a todas las sesiones y que realicen todas las tareas con el fin de beneficiarse lo más completamente de la terapia. Establecemos la expectativa de que el beneficio de la terapia depende de cuánto esfuerzo invierte el paciente en el cumplimiento de las tareas prácticas y en la práctica de nuevas habilidades. Es de ayuda recordar al paciente que lo que ha estado haciendo no ha funcionado y que será importante enfrentarse a las cuestiones que ha estado evitando. La evitación de la experiencia de expresión afectiva también debe abordarse.

En esta sesión, los pacientes también tienen la oportunidad de preguntar cualquier cuestión que puedan tener sobre la terapia. Algunos puntos de estancamiento de los pacientes se evidencian en las preguntas y preocupaciones que expresan durante esta primera sesión. Y finalmente, como en todas las terapias, la construcción del rapport es crucial para una terapia efectiva. El paciente necesita sentirse escuchado y comprendido porque de otra forma, no volverá.

A veces los pacientes llegan con una necesidad imperiosa de hablar sobre el trauma. Sin embargo, el terapeuta debe impedir que el paciente se enganche en una exposición extensa en la primera sesión. La afectividad intensa y los detalles gráficos de un acontecimiento, expresados antes de que se haya establecido cualquier tipo de rapport o confianza puede conllevar la finalización prematura de la terapia. El paciente parte, probablemente, de que el terapeuta mantiene las mismas opiniones sobre su culpa, vergüenza, o su falta de valía de la que él parte, y puede temer volver a la terapia después de tal auto-apertura.

Otros pacientes serán muy reticentes a discutir el acontecimiento traumático y se sentirán bastante aliviados de no tener que describirlos con detalle durante la primera sesión. En estos casos, el terapeuta puede tener que conseguir del paciente una breve descripción del acontecimiento. Es frecuente la disociación cuando intentamos pensar o hablar sobre el acontecimiento. Una sesión inicial de evaluación garantiza al paciente y al terapeuta conocerse antes de que empiece la terapia y permite al terapeuta proporcionar al paciente una explicación de lo que implica la terapia. En esta primera sesión, es importante que el terapeuta recuerde al paciente que la TPC es una terapia estructurada, y que la primera sesión es algo diferente de las demás, dado que el terapeuta hablará más. El terapeuta empieza con una descripción de los síntomas del TEPT y una formulación cognitiva de ellos.

## Explicaciones del terapeuta al paciente

### 1. Síntomas del TEPT

*“En vista del resultado de nuestras pruebas, hemos encontrado que tienes un TEPT. Los síntomas del TEPT encajan en tres categorías. La primera categoría es la re-experimentación del acontecimiento de alguna manera. Esto incluye pesadillas sobre el acontecimiento u otros sueños espeluznantes; flashbacks, cuando actúas o sientes como si el acontecimiento estuviera*

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

*ocurriendo; recuerdos intrusivos que aparecen súbitamente en tu mente. Puedes tener recuerdos intrusivos cuando hay algo en el entorno que te lo recuerda (incluyendo el aniversario del acontecimiento) o incluso cuando no hay nada que te lo recuerde. Muchas veces tienes esos recuerdos cuando intentas dormir, cuando te relajas, o cuando te aburres. Estos síntomas son normales cuando siguen a un acontecimiento traumático. Tú no te estás volviendo loco. ¿Puedes darme ejemplos en tu propia experiencia desde el acontecimiento?*

*“Un segundo conjunto de síntomas se relacionan con la activación. Como es de esperar, cuando recuerdes el acontecimiento es probable que experimentes emociones muy intensas. Junto con estos sentimientos están las reacciones físicas. Los indicadores de síntomas de activación incluyen el empeoramiento de los problemas o permanecer despierto, irritabilidad o arranques de ira, dificultad para la concentración, reacciones de sobresalto como saltar ante sonidos o si alguien camina detrás de ti, siempre sintiéndote en guardia o inspeccionando por detrás de tu hombro incluso cuando no hay razón para ello. ¿Cuáles de estos síntomas te ocurren?*

*“El tercer grupo de síntomas es la evitación de recuerdos del acontecimiento. Una reacción natural a los recuerdos intrusivos y a las reacciones emocionales intensas es el impulso de empujar estos pensamientos y sentimientos fuera de ti. Puedes evitar lugares o personas que te recuerdan el suceso. Algunas personas evitan mirar ciertos programas de televisión o apagan la televisión. Algunas personas evitan leer el periódico o ver las noticias. Podrías evitar pensar sobre el suceso y dejarte llevar por tus sentimientos en relación al acontecimiento. Podría haber ciertas imágenes, sonidos u olores que tú evites o escapes de ellos porque te recuerdan el acontecimiento. Algunas veces las personas tienen problemas para recordar todo o una parte del acontecimiento. Algunas veces las personas se sienten paralizadas y se aíslan del mundo que les rodea. Este sentimiento de separación o paralización es otra forma de evitación. Algunas veces eso se describe como que ves la vida como si miraras detrás de un vaso de cristal. ¿Qué cosas o pensamientos evitas o de cuáles te escapas? ¿Has sentido paralización o distanciamiento de tus emociones? ¿Te has encontrado a sintiéndote desconectado de otras personas?”*

## 2. Recuperación del trauma y respuestas de lucha-huída

*“Muchas personas se ven expuestas a acontecimientos traumáticos. En el momento que sigue inmediatamente al trauma, la mayor parte de personas tendrán los síntomas del TEPT que ya hemos comentado antes. Sin embargo, con el tiempo, en muchas personas, esos síntomas disminuyen de forma natural, y no se les diagnostica de TEPT. En otras palabras, se recuperan de forma natural del acontecimiento traumático. Algunas personas no se recuperan y son diagnosticadas más tarde de TEPT. Basado en esto, es de ayuda pensar en el TEPT como un problema en la recuperación del trauma. Algo obstaculizó el proceso natural de la recuperación, y trabajando juntos determinaremos qué es y lo cambiaremos para que puedas recuperarte de lo que te sucedió. Trabajaremos juntos para que puedas ‘desprenderte’ de ello.*

*“Hay diferentes razones por las que puedes estar teniendo problemas para la recuperación. Primero, durante el acontecimiento traumático se activó un mecanismo automático que debes tener en cuenta cuando valoras tu respuesta a dicho acontecimiento. Cuando las personas se enfrentan a sucesos muy graves, posiblemente amenazantes para su propia vida, es posible que experimenten reacciones físicas muy intensas, llamadas **reacciones de lucha-huída**. Más recientemente hemos aprendido que hay una tercera posibilidad, las **respuestas de paralización**. En la reacción de lucha-huída, tu cuerpo se prepara para luchar o huir del peligro. La meta aquí es enviar sangre y oxígeno a tus manos, pies, y grupos musculares grandes como tus muslos o antebrazos, de forma que puedas correr o luchar. Para hacer eso rápidamente, la sangre abandona tu estómago o tu cabeza. Podrías sentir como que te han dado una patada en el intestino o como que vas a desmayarte. Tu cuerpo para de luchar contra las enfermedades y detiene la digestión. No piensas sobre tu filosofía de la vida y puedes tener problemas para pensar. Sucede lo mismo con las respuestas de paralización, pero en este caso tu cuerpo intenta reducir el dolor físico y emocional. Puede que hayas dejado de sentir dolor o tener la sensación de que el suceso le estuviera ocurriendo a otra persona, como si fuera una película. Podrías haberte quedado bloqueado emocionalmente e incluso que tuvieras cambios en la percepción, como que estás fuera de tu cuerpo, o que el tiempo se haya enlentecido.*



## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

*“Si piensas ahora en las cosas que podrías haber hecho entonces, podrías necesitar tener en cuenta cuál era tu estado mental durante el acontecimiento. ¿Estuvieron todas las opciones posibles disponibles? ¿Sabías lo que sabes ahora? ¿Tienes diferentes habilidades ahora respecto a ese momento?”*

*“Segundo, las respuestas de lucha-huída que tu experimentaste durante el acontecimiento traumático pueden asociarse rápidamente a claves, o cosas del ambiente, que antes no tenían ningún significado particular. Luego, más tarde, cuando te tropiezas con esas claves, es probable que tengas otra reacción de lucha-huída. Tu sistema nervioso percibe la clave, que podría ser una imagen, un sonido, un olor, o incluso una hora, y entonces tu cuerpo reacciona como si estuvieras en peligro otra vez. Estas reacciones disminuirán su intensidad si no evitas las claves o situaciones. Sin embargo, si evitas las claves de recuerdo, tu cuerpo no aprenderá que estas no son auténticas señales de peligro. Ellas no te señalan demasiado bien si estas realmente en peligro por lo que puedes tener falsas alarmas con mucha frecuencia. Después de un tiempo no confiarás en tus propias sensaciones o juicios sobre lo que es y lo que no es peligroso, y cada vez son más las situaciones que parecen peligrosas frente a las que no.”*

*“Puedes empezar a tener pensamientos sobre la peligrosidad del mundo, de lugares concretos, o de determinadas situaciones que se basan más en tus reacciones que en el peligro real de esas situaciones. Esto nos lleva a examinar cómo tus pensamientos pueden influir en tus reacciones. Además de los pensamientos sobre el peligro, muchos tipos de creencias diferentes sobre nosotros mismos y sobre el mundo pueden verse afectadas por los sucesos traumáticos.”*

### 3. Teoría Cognitiva

*“Conforme creciste aprendiste que el mundo estaba organizado en categorías o creencias. Por ejemplo, cuando eras pequeño, aprendiste que una cosa con respaldo, asiento y cuatro patas es una silla. Al principio llamabas a todas ‘silla’. Puede que incluso hayas llamado a un sofá o taburete silla, porque tenían un respaldo, asiento y cuatro patas. Más tarde, conforme te haces más mayor, a través de la experiencia, aprendiste categorías más complejas, así que puedes haber aprendido que hay sillas de la sala de estar, sillas de astronautas, butaca reclinable, o silla plegable. De la misma forma que con los objetos, también desarrollamos muchas categorías de ideas y creencias sobre otros, nosotros, y sobre el mundo.”*

*“Una creencia común que muchas personas aprenden durante su crecimiento es que ‘las cosas buenas ocurren a las personas buenas y las cosas malas ocurren a las personas malas’. A esto se le llama ‘creencia del mundo justo’. Puedes haber aprendido esto a partir de la religión, de tus padres, de tus profesores, o puedes haber aceptado esta idea como una forma de hacer que el mundo parezca más seguro y más predecible. Tiene más sentido cuando eres joven. Por ejemplo, tus padres no querrían decir, ‘Si haces algo que no debes, puede que te metas en problemas, o puede que no’. Sin embargo, conforme crecemos nos damos cuenta de que el mundo es más complejo que eso, igual que aprendimos que hay diferentes tipos de sillas. Si te han ido algunas cosas mal y dices ¿por qué a mí?, entonces tienes la creencia de un mundo justo. También subscribes la creencia del mundo justo si te preguntas ¿por qué no a mí?, cuando se ha herido a otros o asesinados.”*

*“Cuando ocurre un suceso inesperado que no se ajusta a tus creencias, hay diferentes cosas que puedes hacer para que encaje con ellas. Una de las cosas que puedes hacer es que el suceso y tus creencias encajen cambiando tus recuerdos o interpretaciones del suceso para adaptarlo a tus creencias pre-existentes (**asimilación**). Ejemplos del cambio de recuerdos/interpretaciones del suceso son culparte a ti mismo por no haber evitado el suceso (o haber protegido a un ser querido), tener problemas para aceptar que el suceso ocurriera, ‘olvidar’ que sucedió, u olvidar las partes más horrosas. Cambiar el suceso puede parecer más fácil que cambiar tus creencias sobre el mundo, sobre cómo se comportan las personas, o sobre la seguridad.”*

*“Es posible que en lugar de cambiar el suceso, cambies tus creencias para aceptar lo que sucedió (**acomodación**). Esta es una de las metas de la terapia. Desafortunadamente, algunas*

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

*personas se pasan y cambian demasiado sus creencias, que puede dar lugar a una reticencia para intimar y confiar, y a mayor miedo (**sobreacomodación**). Pensar que uno no puede confiar en los demás o que el mundo es completamente peligroso son ejemplos que reflejan un cambio extremo en las creencias.*

*“Para algunas personas que han tenido previamente experiencias negativas en sus vidas, los sucesos traumáticos pueden reforzar o confirmar las creencias adquiridas previamente. Por ejemplo, antes de haber experimentado un trauma podrías haber creído que no se puede confiar en los demás o que el mundo generalmente es inseguro. Cuando se presenta el acontecimiento traumático, parece confirmar esas creencias. O puede que te dijeran cuando creías que todo lo que ocurría era por tu culpa, así que cuando sucede algo malo, parece confirmar que una vez más, es por tu culpa.*

*“Nuestras metas para la terapia son: 1) ayudarte a aceptar la realidad del suceso, 2) sentir las emociones asociadas al suceso, y 3) ayudarte a desarrollar creencias más equilibradas y realistas sobre el suceso, sobre ti mismo, y sobre los demás”*

### 4. Clases de emociones

*“Hay dos tipos de emociones que siguen a los acontecimientos traumáticos. Las primeras son los sentimientos que naturalmente siguen al suceso y que serían universales: miedo ante un peligro real, ira cuando se es perjudicado intencionadamente, disfrute o felicidad con sucesos positivos, o tristeza con pérdidas. Estas emociones naturales tienen un curso natural. No continuarán para siempre al menos que tú hagas algo para que se mantengan. Es importante sentir estas emociones asociadas al suceso, que puede que no te hayas permitido experimentar, y dejarlas ir de acuerdo a su curso natural.*

*“El segundo tipo de emociones, las manufacturadas, no son una respuesta directa al suceso, sino que están basadas en cómo interpretas el suceso. Si tienes pensamientos tales como ‘debería haber salvado a otras personas’, o ‘si no puedo superarlo soy un fracaso’, entonces te sentirás avergonzado o enfadado contigo mismo. Estas emociones no están basadas en hechos relacionados con el acontecimiento sino con tus interpretaciones. Cuanto más piensas así sobre el suceso, más sentimientos manufacturados vas teniendo. La parte positiva del hecho de que estés produciendo esas emociones es que si tu cambias tus interpretaciones y tus pensamientos, cambiarás tus emociones. Piensa en tus emociones como un fuego en una chimenea. El fuego tiene energía y da calor, igual que tus emociones. Sin embargo, si no lo alimentas continuamente, se reducirá a cenizas. La auto-culpa y los pensamientos de culpabilidad pueden alimentar y mantener indefinidamente el fuego. Quita la leña de tus pensamientos y el fuego se extinguirá rápidamente.”*

### Breve resumen del acontecimiento más traumático

En la primera sesión, el terapeuta y el paciente trabajan juntos para definir el suceso más traumático con el que se trabajará primero. El paciente proporciona una breve descripción del suceso traumático. Es importante que el terapeuta mantenga al paciente contenido y no lo lleve a una exposición del material traumático. La mayor parte de veteranos tienen una ‘versión pública’ del incidente que pueden utilizar y que no elicitó mucho afecto. Sin embargo, si el paciente empieza angustiarse o disociarse, el terapeuta debería plantear preguntas y mantener al paciente conectado con el presente. Si es necesario, el terapeuta puede detener la descripción del paciente. El terapeuta solo necesita los detalles suficientes para empezar a hipotetizar qué cogniciones e interpretaciones problemáticas necesitan ser exploradas.

Empezamos con el peor incidente porque es más probable que se generalice a cogniciones más equilibradas desde el peor suceso a sucesos menos graves que haciéndolo al revés. Asimismo, si el paciente comienza con sucesos menos graves porque cree que no podrá soportar el peor, seguirá creyéndolo después de trabajarlo. Si el paciente es reticente a escribir sobre el peor suceso, el terapeuta necesita hacer terapia cognitiva durante la sesión 2 y que el paciente cumplimente las Hojas de Trabajo ABC sobre sus pensamientos y sentimientos sobre el trabajo

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

con el peor suceso (ver sesión 2 y 3). Puede resultar proporcionar una duración predeterminada a la tarea con el fin de que el paciente perciba que va a ser más corta y menos cargada afectivamente.

*“Para tener un cuadro más claro de lo que trabajaremos al principio, podrías darme una breve descripción durante cinco minutos, del peor suceso traumático...”*

Si el paciente responde que ha sufrido múltiples sucesos traumáticos que le trastornan, haciéndole difícil o imposible elegir el suceso ‘más’ traumático, primero validar el hecho de que tenga múltiples acontecimientos angustiosos. Luego, centrarse en determinar uno que parezca que esté causando la mayor parte de síntomas del TEPT, preguntándole sobre el contenido de los síntomas de re-experimentación. El terapeuta puede preguntar, ‘¿sobre qué es en lo que más piensas o sobre qué tienes más flashbacks?’. También puede servir de ayuda explorar los síntomas conductuales de evitación para determinar el suceso que debería abordarse en primer lugar. Recordar al paciente que trabajar en el acontecimiento elegido muy probablemente tendrá efecto en otros sucesos, y que si no, habrá oportunidades para trabajar en los otros acontecimientos.

### Fundamentación de la terapia – Puntos de Estancamiento

*“Por tanto, una meta de la terapia será ayudarte a reconocer y modificar lo que te dices a ti mismo – en otras palabras, tus pensamientos e interpretaciones sobre el acontecimiento, que pueden haberse automatizado. Estas creencias distorsionadas pueden llegar a ser tan automáticas que es posible que no seas consciente de que las tienes. Incluso aunque no seas consciente de lo que te dices a ti mismo, tus creencias y autoafirmaciones afectan a tu estado de ánimo y a tu conducta. A menudo, las personas no son conscientes de que están teniendo pensamientos sobre lo que están experimentando. Por ejemplo, hoy, aquí, probablemente hayas tenido pensamientos preguntándote cómo sería esta terapia o sobre qué te pediría que me hablaras. ¿Recuerdas lo que pensabas antes de la sesión?*

*“Te ayudaré a identificar qué pensamientos automáticos tienes y cómo influyen en lo que sientes. También te enseñaré formas de discutir y cambiar lo que te dices a ti mismo y lo que crees sobre ti mismo y sobre el acontecimiento. Algunas de tus creencias sobre el suceso serán más equilibradas que otras. Recordarás lo que hemos discutido al principio de esta sesión sobre cómo las personas se estancan en el proceso de recuperación. Nos centraremos en cambiar las creencias que interfieren en el proceso de tu recuperación o que te mantienen estancado. Llamaremos a estas creencias problemáticas ‘puntos de estancamiento’ (se le entrega al paciente el folleto de Puntos de Estancamiento y el Registro de Puntos de Estancamiento. Mantendremos un Registro de Puntos de Estancamiento en tu carpeta para que identifiquemos la ideas problemáticas, nosotros podemos anotarlas abajo. Luego, cuando cambiamos a distintas hojas de trabajo tendrás esta lista para hacer uso de ellas.”*

### Anticipación de la Evitación e Incremento del Cumplimiento

El paciente ha estado evitando pensar sobre el suceso, y de ese modo escapando y evitando las emociones intensas y desagradables. El terapeuta debe desarrollar una fundamentación de la terapia sólida y convincente para que se motive para hacer algo completamente antitético a lo que ha estado haciendo. Es muy importante que entienda en qué consiste la terapia y por qué funcionará. Debería tener la oportunidad de plantear preguntas y de expresar sus preocupaciones. El terapeuta necesita manifestar confianza, calidez y apoyo.

*“No puedo enfatizar bastante cuánto de importante es que no evites, que es lo que normalmente has hecho para afrontar desde el suceso. Este será tu mayor obstáculo (y probablemente lo que más miedo te produce). No puedo ayudarte a experimentar tus sentimientos, o a retar tus pensamientos si no vienes a la terapia o si evitas la realización de tus tareas. Si te encuentras a ti misma queriendo evitar, recuérdate a ti misma que todavía estás luchando con el suceso porque has evitado manejarlo de frente”.*

## Visión General del Tratamiento

El terapeuta debe describir el curso de la terapia (y la naturaleza e importancia del relato del trauma en las sesiones 4 y 5) y la importancia de realizar las tareas prácticas.

*“Hay 168 horas en una semana. No podemos esperar que cambies tus síntomas ni la manera como los has estado afrontando con una o dos horas de terapia a la semana si vas a continuar con la práctica de tus viejas formas de pensar las otras 166 horas de la semana. Es importante que tengas en cuenta lo que estás aprendiendo y lo apliques en tu vida diaria. Tu terapia necesita estar donde vives y donde ocurre el TEPT, no sólo en esta habitación”.*

## Primera Declaración de Impacto

*“Para la siguiente sesión, quiero que empieces a trabajar en cómo piensas y explicas el acontecimiento traumático. También quiero que prestes atención al impacto que tuvo el suceso traumático en la visión de ti misma, de los otros, y del mundo. Quiero que escribas al menos una página sobre 1) por qué este suceso te sucedió a ti, y 2) cómo ha cambiado o ha fortalecido la visión sobre ti misma, sobre otras personas y sobre el mundo en general.*

*“Con el fin de que esta tarea te resulte de más ayuda, te sugiero que empieces con la tarea pronto, así tendrás bastante tiempo para escribir concienzudamente. Escoge un momento y un lugar en el que puedas tener tanta privacidad como sea posible, para que puedas experimentar cualquier sentimiento que surja conforme realices la tarea”.*

Se le da al paciente la hoja de la tarea práctica. La tarea de Afirmación de Impacto tiene que escribirse a mano. Algunos pacientes querrán hacerla con el ordenador. La investigación sugiere que el procesamiento de la palabra puede impedir conectar con la tarea (p.e., estando demasiado atentos a la gramática u ortografía). Por lo tanto, animar a que esta y otras tareas se hagan a mano. Resulta de ayuda recordarle al paciente que tú no calificas su trabajo o que no te interesa la gramática, etc. Más bien, estás interesado en el contenido y en sus emociones. Si el paciente tiene problemas de alfabetización o discapacidades físicas que hacen difícil o imposible escribir, el terapeuta puede sugerir que grabe sus pensamientos en una grabadora.

## Tarea Práctica

*“Por favor, escribe al menos una página sobre por qué crees que te sucedió este acontecimiento traumático. No se te pide que escribas cosas específicas sobre el suceso traumático. Escribe sobre lo que has estado pensando acerca de las causas del peor suceso. Escribe también sobre los efectos que este acontecimiento traumático ha tenido en tus creencias sobre ti mismo, sobre los otros, y sobre el mundo en las siguientes áreas: seguridad, confianza, poder/control, estima, e intimidad. Trae esta tarea a la próxima sesión. Lee también, por favor, el folleto que te he dado sobre los puntos de estancamiento para que entiendas el concepto sobre el que estamos hablando”.*

## Comprobar reacciones: Reacciones del Paciente a la Sesión

Finalizar la sesión preguntando sobre las reacciones a la sesión y sobre si tiene cualquier pregunta sobre el contenido o sobre la tarea asignada. Recordar normalizar cualquier emoción y alabar al paciente por dar este importante paso hacia la recuperación.

## **Ejemplo de nota de evolución de la Sesión 1**

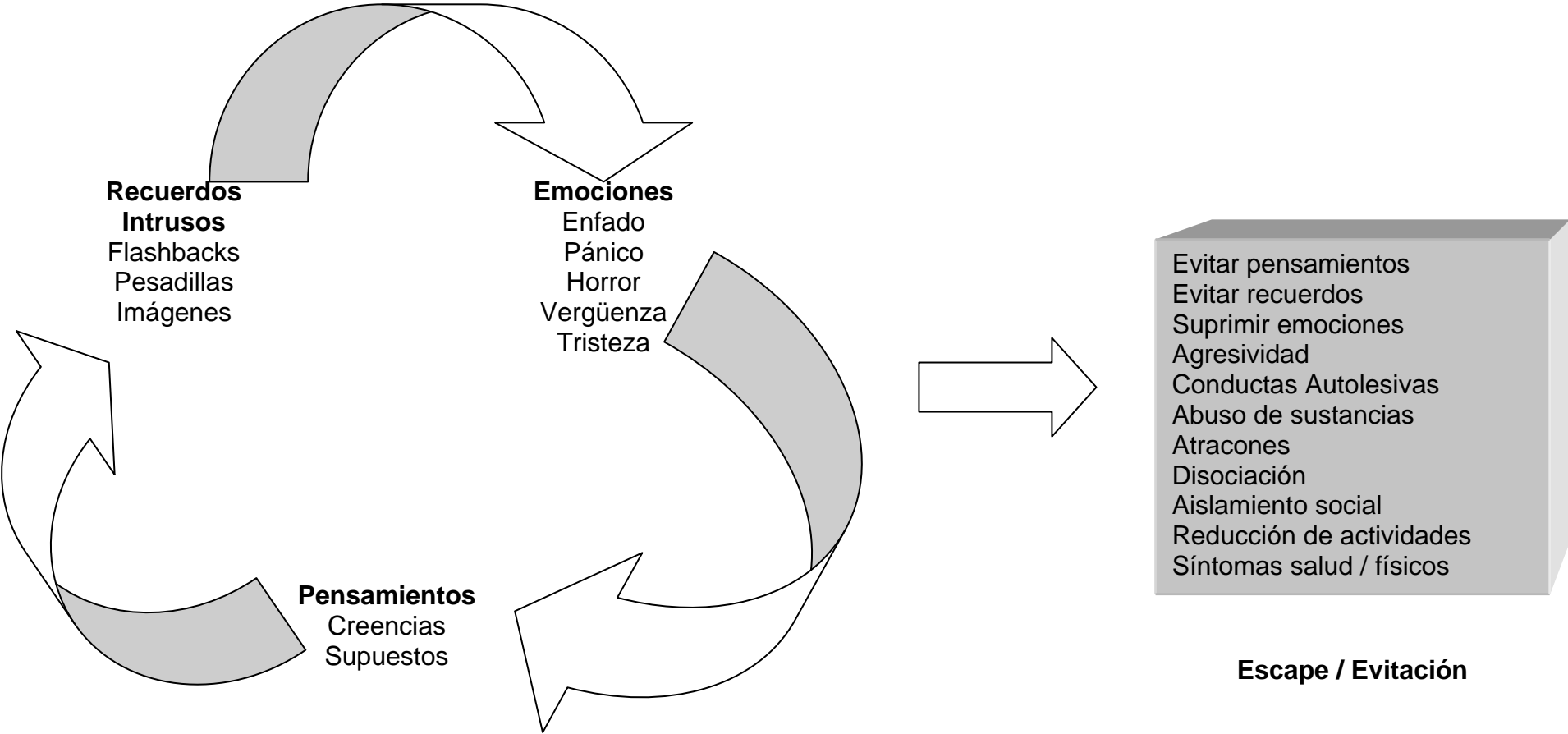
**Duración:** Sesión de psicoterapia de 50 minutos

**Contenido:** El paciente ha terminado la primera sesión de TPC para el TEPT. Se han presentado las ideas generales sobre los síntomas del TEPT y una explicación cognitiva del desarrollo y mantenimiento del TEPT. Se le ha proporcionado una lógica del tratamiento, que incluye el uso de reestructuración cognitiva para mitigar los puntos de estancamiento que impiden el procesamiento emocional más completo de los sucesos traumáticos. El paciente proporcionó una breve descripción del acontecimiento más traumático.

Se ha proporcionado al paciente la tarea práctica de escribir un Relato de Impacto de sus experiencias traumáticas sobre sus emociones y creencias sobre de sí mismo, sobre los otros, y sobre el mundo.

**Plan:** Continuar con la TPC para el TEPT.

### Reacciones al Trauma que llevan al TEPT



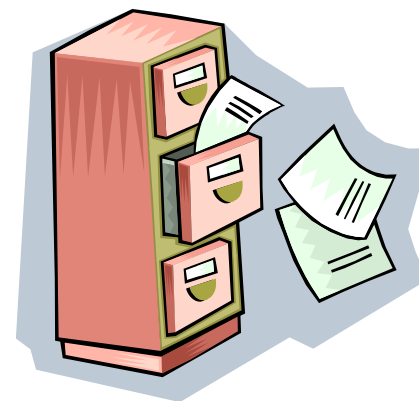
## Puntos de Estancamiento - ¿Qué son?

A lo largo de la terapia hablaremos sobre los puntos de estancamiento y te ayudaremos a identificar los tuyos. Básicamente, los puntos de estancamiento son creencias conflictivas o creencias muy negativas que originan emociones desagradables y problemáticas o conductas insanas. Los puntos de estancamiento pueden formarse de varias maneras distintas:

1. **Los puntos de estancamiento pueden ser conflictos entre las creencias previas y las creencias tras el acontecimiento traumático.**



### ESTANCAMIENTO



#### Creencia previa

Soy capaz de protegerme en situaciones peligrosas

#### Herido durante el servicio militar

Fui herido durante el servicio militar, soy culpable

#### Resultados

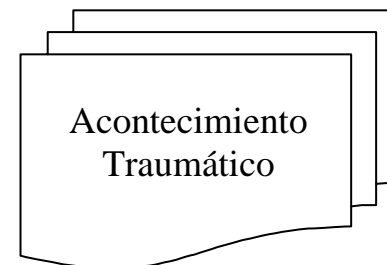
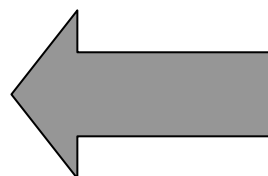
- Si no puedes cambiar tus creencias previas para aceptar lo que te sucedió (e. d., es posible que no pueda protegerme en todas las situaciones) puedes encontrarte diciéndote “Me lo merezco por lo que he hecho o he dejado de hacer. Soy el responsable de lo que ha sucedido.”
- Si te cuestionas tu papel en esa situación, puedes darle sentido diciendo “Malinterpreté lo que sucedió ... No me aclaro.... Actué inadecuadamente ... Debo estar loco, o debo haber hecho algo que lo haya causado ... “
- Si estás atascado aquí, llevará algún tiempo hasta que puedas alcanzar tus emociones sobre el trauma.

#### Meta

- Ayudarte a cambiar la creencia previa a “Puedes no ser capaz de protegerte en todas las situaciones”. Cuando puedas hacer esto, podrás aceptar lo que ha sucedido y seguir adelante desde allí.

**2. Los puntos de estancamiento también pueden formarse cuando tienes creencias negativas previas que ves confirmadas o reforzadas por el acontecimiento**

**ESTANCAMIENTO  
CONFIRMADO**



Creencia Previa

No debemos confiar en la autoridad

Herido durante el servicio militar

Fui herido durante el servicio militar por culpa del jefe

Resultados

- Si ves el trauma como una prueba de que no se puede confiar en la autoridad, crees esto incluso más firmemente.
- Si te estancas aquí, puedes tener reacciones emocionales muy fuertes que interfieran con tu capacidad para tener relaciones satisfactorias con la autoridad. Puede resultarte “seguro” asumir que toda la autoridad es poco fiable, pero esta creencia te mantendrá angustiado, impactará negativamente con tus relaciones, posiblemente te lleve a problemas legales, sociales y laborales.

Meta:

- Ayudarte a modificar tus creencias de forma que no sean tan extremas. Por ejemplo, “Se puede confiar en algunas figuras de autoridad en alguna medida y en algunos aspectos.





## Sesión 2: El significado del acontecimiento

### Resumen de la sesión 2

1. **Administrar la PCL-S (en la sala de espera si es posible), recoger y archivar. Completar la revisión de la tarea y establecer la agenda de la sesión (5 minutos)**
2. **El paciente tiene que leer el Relato de Impacto – empezar a buscar puntos de estancamiento (5 minutos)**
  - Si no se ha escrito la práctica, hacer que le paciente la haga oralmente y reasignarla.
3. **Discutir con el paciente el significado del Relato de Impacto (10 minutos)**
  - Empezar a identificar puntos de estancamiento
  - Revisar las cuestiones importantes para centrarse en ellas en el tratamiento
  - Identificar
    - **Asimilación** (cambiar recuerdos para ajustarlos a las creencias)
    - **Sobreacomodación** (extremar las creencias como resultado del recuerdo)
    - **Acomodación** (cambiar creencias sobre el mundo y sucesos...esto es deseable)
4. **Revisar conceptos (5 minutos)**
  - Síntomas del TEPT, información sobre la teoría del procesamiento, fundamentación del tratamiento, puntos de estancamiento.
5. **Ayudar a identificar y ver conexiones entre acontecimientos, pensamientos y sentimientos (10 minutos)**
  - Seis emociones básicas: enfado, disgusto, vergüenza, tristeza, miedo y felicidad.
  - Combinadas: celos = rabia + miedo
  - Variación de la intensidad: irritado/enfadado/furioso
  - Emociones secundarias: culpa, vergüenza
  - Ejemplos del paciente de sus propios sentimientos, incluyendo sensaciones físicas
  - Interpretación de los acontecimientos/auto-conversaciones que afectan a los sentimientos, alternativas
  - Volver a la Declaración de Impacto para aplicarla al caso individual
6. **Presentar las Hojas de Trabajo ABC y rellenar una juntos (5 minutos)**
7. **Asignar práctica y solución de problemas: finalización (5 minutos)**
  - Registro ABC para empezar a ser consciente de la conexión entre pensamientos, sentimientos y conducta.
  - Al menos un registro ABC cada día (tan próximo al suceso como sea posible)
  - Al menos un registro sobre el peor suceso traumático
8. **Comprobar reacciones: reacciones del paciente a la sesión (5 minutos)**

Nota: si decides añadir la sesión opcional de duelo traumático (sesión 2a), en lugar de introducir el registro ABC (ítem 6 y 7 en este esquema), por favor, discute cómo la pérdida también tuvo un impacto en el pensamiento y emociones del cliente focalizándote en los significados que ha tenido para la seguridad, confianza, poder/control, estima e intimidad. Presenta y asigna el Relato de Impacto sobre el duelo traumático en lugar de la hoja de trabajo ABC como tarea práctica para la siguiente sesión.

## Sesión 2: El significado del acontecimiento

Las metas de la sesión 2 son:

1. Empezar a determinar los puntos de estancamiento del paciente y a formular por qué el paciente no se ha recuperado de forma natural del acontecimiento (Relato de Impacto)
2. Revisar la formulación cognitivo conductual del TEPT y la depresión.
3. Empezar ayudando al paciente a identificar y ver la conexión entre sucesos, pensamientos y emociones. El principal vehículo para la comprensión de lo que el paciente entiende de su propio trauma y sus efectos es a través del Relato de Impacto. Revisar los efectos del trauma en la vida de uno que pueden utilizarse para producir motivación para el cambio.

### Lectura del paciente del Relato de Impacto

El terapeuta debería comenzar la sesión preguntando cómo fue la tarea asignada al paciente para leerla al terapeuta. En la escucha del Relato de Impacto, el terapeuta debería estar en consonancia con los puntos de estancamiento que interfieren con la aceptación del acontecimiento (asimilación) extremo, y las creencias sobregeneralizadas (sobreacomodación). Si el paciente no hiciera sus tareas prácticas, el terapeuta debería discutir la importancia de la cumplimentación de las tareas, revisar el problema de evitación en el mantenimiento de los síntomas, y luego preguntar a la paciente si ella pensó sobre el significado del acontecimiento. **Nunca reforzamos la evitación.** Si el paciente no hace sus tareas o 'olvida traerlas a la sesión' procedemos a su realización durante la sesión. El paciente debería leer esta y todas las tareas en voz alta. Si el terapeuta la leyera, el paciente podría desconectarse. Es otro intento de evitación. La tarea de escribir el Relato de Impacto debería reasignarse si no se termina durante la sesión, pero el terapeuta debería asignar la siguiente tarea también.

El propósito del Relato de Impacto es hacer que el paciente examine el efecto que ese suceso ha tenido en su vida en diversas áreas. Cuando se leen las redacciones, será importante para el terapeuta determinar si se ha conseguido o no la meta. Después de escuchar el Relato de Impacto, el terapeuta debería elogiar al paciente y revisar con el paciente las principales cuestiones que surgieron y que serán abordadas durante el tratamiento. El terapeuta debería normalizar el impacto del suceso pero también empezar a inculcar la idea de que puede haber otras formas de interpretar el acontecimiento o empezar a dar un paso más allá.

### Significado del Relato de Impacto

El terapeuta debe utilizar el Relato de Impacto como marco de trabajo para ayudar al paciente a reconocer que sus afirmaciones reflejan asimilación y sobreacomodación. Por favor, ten en cuenta que no es necesario usar estos términos. Por ejemplo, en respuesta a un paciente que comenta sus pensamientos sobre las diferentes formas en que podría haber manejado la situación traumática, el terapeuta podría decir, *'suena como si desearas haber podido tener más opciones en ese momento. Es duro aceptar el resultado, ¿no?'* El sesgo retrospectivo, la autculpa, y la negación son ejemplos de diversas formas de asimilación o intentos de alterar el suceso para adecuarlo a las creencias previas. Ejemplos de sobreacomodación serían, *'estamos en grave peligro todo el tiempo'*, *'no puedo confiar en mis propios juicios'*, y *'nunca puedo sentirme cerca de nadie de nuevo'*.

El siguiente es un ejemplo de un Relato de Impacto escrito por un hombre de 34 años que sufrió abuso sexual siendo niño y ha vuelto a sufrir varios abusos siendo adulto. Aunque claramente se culpa por los sucesos (asimilación), se siente intimidado por otras personas y ha sobre-generalizado el peligro en el mundo. Sus problemas con la autoestima son también evidentes.

*"El sentimiento general de lo que significa que te hayan agredido es el sentimiento de que debo ser malo o mala persona por algo dado que esto ha ocurrido. Siento que podría suceder otra vez en cualquier momento. Sólo me siento seguro en casa. El mundo me asusta y lo considero inseguro. Siento que todo el mundo es más poderoso que yo. Me veo a mí mismo feo y estúpido. No puede*

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

*dejar que otros se acerquen a mí. Me resultan duros los momentos de comunicación con personas de autoridad, así que es obvio que no he sido capaz de trabajar. Mi novia y yo raramente tenemos sexo, y a veces solo un abrazo me revuelve y me asusto. Siento que si paso demasiado tiempo fuera, en el mundo, volverá a ocurrirme lo que me pasó. Siento odio e ira hacia mí mismo por permitir que esto suceda. Me siento culpable por causar problemas a mi familia (padres divorciados). Me siento sucio la mayor parte del tiempo y creo que es así como me ven otros. No confío en otros cuando me hacen promesas. Encuentro duro aceptar que estos sucesos me hayan pasado a mí”*

El Relato de Impacto inicial también puede utilizarse para aumentar la motivación del paciente para el cambio, además de para ayudar al paciente en la terapia a la identificación de puntos de estancamiento, pensamientos problemáticos, creencias, supuestos, y conflictos. En el proceso de examinar todas las formas como el suceso traumático ha afectado a las creencias del paciente sobre uno mismo y otros, el terapeuta puede ayudar al paciente a ver que el coste de la evitación es muy alto y que es vale la pena arriesgarse a recordar el trauma y sentir las emociones dolorosas. Después de que el terapeuta y el paciente hayan discutido el Relato de Impacto, el terapeuta comienza a ayudar al paciente a identificar y etiquetar pensamientos y emociones; aprender a ver la conexión entre sucesos, pensamientos y emociones; y presentar la idea de que con el cambio de pensamientos se puede cambiar tipo de emociones que experimentamos y su intensidad. El terapeuta, entrega primero al paciente el Folleto de Identificación de Emociones con el que se discute los tipos e intensidad de las emociones.

*“Hoy vamos a trabajar en la identificación de las distintas emociones que hay, y veremos la conexión entre tus pensamientos y sentimientos. Empecemos con algunas emociones básicas – enfadado, disgustado, avergonzado, triste, asustado, o feliz. Estas emociones básicas pueden combinarse para crear otras emociones como los celos (furia + miedo), o pueden variar en la intensidad (por ejemplo, irritado, enfadado, o enfurecido). ¿Puedes darme algún ejemplo de algo que te haga estar furioso?, ¿de cuando te sientes triste?, ¿de felicidad?, ¿Qué te asusta?. ¿Cómo te sientes físicamente cuando te sientes asustado? ¿Cómo diferencias el enfado del miedo? ¿Cómo es la vergüenza?”*

### **Conexiones entre sucesos, pensamientos y sentimientos**

El terapeuta entonces describe cómo las interpretaciones de los sucesos y lo que nos decimos pueden afectar a los sentimientos. El terapeuta puede utilizar como un ejemplo de un conocido que camina por la misma calle que la paciente y no le saluda, o como ejemplo alternativo cuando alguien te dice que te llamará y luego no lo hace. Se le pregunta a la paciente qué sentiría y luego qué se dice a sí misma (p. ej., ‘*me siento dolida, no le gusto*’, o ‘*me pregunto si alguien podría tener pensamientos diferentes sobre su conducta*’). Si la paciente es incapaz de generar afirmaciones alternativas, el terapeuta debería presentar otras autoafirmaciones posibles alternativas (‘*puede que no lleve puestas sus gafas*’, ‘*me pregunto si está enferma*’, ‘*no me ha visto*’, o ‘*¡qué maleducada!*’). Luego el terapeuta le pregunta a la paciente qué sentiría si se dijera a sí misma cualquiera de estas afirmaciones. Luego se puede señalar cómo diferentes autoafirmaciones elicitaban diferentes reacciones emocionales.

*“Ahora vamos a volver al Relato de Impacto que escribiste. Qué tipo de cosas escribiste sobre cuando pensabas lo que significa para ti que \_\_\_\_\_ te ocurriera a ti? ¿Qué sentimientos tuviste cuando lo escribiste?”*

Si la paciente no reconoce sus sentimientos o su conexión con las creencias, ayuda al paciente a relacionar sus pensamientos con sus sentimientos y con la conducta. “*¿Cómo influyen estos pensamientos en tu estado de ánimo? ¿Cómo afectan a tu conducta?*”. El terapeuta debería estar seguro de que la paciente ve la conexión entre sus pensamientos, sentimientos, y conductas. Algunas veces, una simple pregunta como “por qué” puede ayudar a elicitar el pensamiento del paciente.

*T: ¿Por qué estás enfadado?*

*P: Debería haberlo sabido*

*T: Así que tu pensamiento era, “Debería haber sabido lo que iba a ocurrir”.*

*P: Sí*

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

*T: Y tu enfado fue directamente contra ti misma (recordar siempre preguntar sobre la dirección de la ira).*

Este intercambio también permite al terapeuta empezar con algunos desafíos Socráticos para evaluar la flexibilidad del pensamiento de la paciente, y si la paciente ha hecho algunos supuestos simples y sin salida (“*Debería haberlo sabido*”) o si ha utilizado patrones complejos y enrevesados de pensamiento.

*T: No entiendo; ¿cómo podrías haber sabido lo que iba a pasar?*

*P: Tenía un sentimiento extraño esa mañana, como si algo fuera a suceder.*

*T: ¿Has tenido alguna vez esa clase de sentimientos cuando no sucedió nada después?*

*P: Sí, pero era muy intenso. Debería haber hecho algo.*

*T: ¿Tus sentimientos te dijeron qué iba a suceder o cuándo iba a suceder?*

*P: No*

*T: Entonces, ¿qué podrías haber hecho?*

*P: No sé. Sólo sé que debería haber hecho algo.*

*T: ¿Estás segura de tus sentimientos? Has dicho que algunas veces has tenido sentimientos y luego no ha ocurrido nada.*

*P: No, no era posible.*

*T: ¿Así que no confiabas bastante en esos sentimientos y habrías sabido qué hacer incluso estando segura?*

*P: No, pero todavía me siento culpable porque debería haber hecho algo*

*T: Vamos a suponer durante un segundo que tuvieras clara una visión exacta de lo que iba a ocurrir, y exactamente cuándo iba a ocurrir, y sabías exactamente a quién avisar. ¿Cuál crees que hubiera sido su reacción?*

*P: No me creerían. Pensarían que estaba chiflada.*

*T: Y luego ¿cómo te sentirías?*

*P: Me sentiría culpable o enfadada conmigo misma; estaría enfadada con ellos y frustrada por no ser capaz de hacer algo.*

*T: Sí, es frustrante no poder hacer nada para detener un suceso que está fuera de tu control, ¿no?*

*P: Sí, lo odio*

*T: Es muy difícil aceptar que algunos sucesos pueden estar fuera de nuestro control. Pero no es realmente un fallo tuyo que sucediera, ¿no?*

*P: No, supongo que no.*

Si el paciente empieza a discutir con el terapeuta o se atrinchera en sus creencias, el terapeuta deberá dar marcha atrás y únicamente decir algo como, “*Bien, veo que esto es un tema importante y que tendremos que trabajar en ello más tarde en la terapia*”, o únicamente “*volveremos sobre este tema más tarde*”.

Aunque algunos pacientes tendrán un pensamiento muy enrevesado que justifica sus cogniciones problemáticas, con frecuencia el terapeuta no encontrará casi respuestas como resultado de las preguntas socráticas. Por ejemplo, en respuesta a cuestionar la afirmación “*dejé que sucediera*” con “*¿Cómo dejaste que sucediera?*” el paciente puede simplemente decir, “*No lo sé; no lo impedí*”. El terapeuta entonces puede preguntar, “*¿cómo podrías haberlo impedido?*”, y el paciente puede responder “*no lo sé, sólo debería haberlo hecho*”. En estos casos el paciente sólo hace afirmaciones sin salida. Llega a la conclusión de que debería haberlo evitado, lo cree sin cuestionarlo, y nunca lo ha examinado más profundamente. El paciente entonces responde como si la afirmación fuera verdad, únicamente porque él lo dice. Si el paciente empieza a sentirse mal porque no tiene respuestas para las preguntas, el terapeuta puede amablemente asegurarle que trabajarán en eso más adelante en la terapia.

## Introducción a los Registros ABC

Se le dan al paciente varios Registros ABC (suficientes para cada día hasta la siguiente Registro puede escribirse más de un suceso. El terapeuta y el paciente deberían rellenar juntos un registros durante la sesión. Como ejemplo, se debería utilizar un suceso que el paciente ya haya traído a la

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

terapia o algún suceso que ocurriera pocos días atrás. También deberían dársele al paciente ejemplos de Registros ABC que tienen alguna relevancia para la exposición del paciente.

*“Esta práctica con el Registro te ayudará a ver la conexión entre los pensamientos y sentimientos tras un suceso. Cualquier cosa que te suceda o que pienses puede ser el evento activador. Al principio puedes ser más consciente de tus sentimientos que de tus pensamientos. Si es ese el caso, sigue adelante y rellena primero la columna C. Luego vuelve y decide cuál era el suceso (columna A). Luego intenta reconocer lo que estabas diciéndote a ti mismo (Columna B). Intenta rellenar estos Registros lo antes posible después del suceso. Si esperas hasta el final del día (o semana) es menos probable que te acuerdes de lo que te decías a ti mismo. También, los sucesos que registras no tienen que ser sucesos negativos. Tú también tienes pensamientos y sentimientos sobre sucesos agradables y neutrales. Sin embargo, quiero que hagas al menos un registro sobre el suceso traumático”.*

Al final del Registro ABC hay dos cuestiones que presentan la noción de interpretaciones alternativas de los sucesos. El foco principal de los Registros debería ser la identificación por parte del paciente del vínculo entre pensamientos y sentimientos antes de empezar a desafiar las cogniciones. Sin embargo, el terapeuta debería usar su juicio sobre la introducción de estas cuestiones en esta sesión basadas en la comprensión del paciente del proceso básico cognitivo-conductual. Si el paciente completa la sesión espontáneamente con una valoración de que el pensamiento no es realista, puede ser un indicador de que ya esté empezando a desafiar sus propios pensamientos. Si insiste en que el pensamiento extremo es realista, entonces el terapeuta tendrá información importante sobre la rigidez del paciente. Se pueden utilizar además las dos cuestiones del final se pueden utilizar como alternativa a la Registro de Discusión de Creencias si ésta resulta ser demasiado difícil para el paciente debido a su baja inteligencia o por razones de alfabetización (ver sesión 7).

Nota: si optas por utilizar la Sesión 2a, revisa la primera declaración de impacto y termina cualquier material que no se haya finalizado en la sesión anterior. Luego presenta la idea de que la pena y el TEPT son algo diferentes y que pueden complicar la recuperación del suceso traumático. La pena por la pérdida de otras personas puede implicar puntos de estancamiento distintos a los del TEPT. El paciente puede tener problemas con el concepto de que siguen teniendo relación con la persona que ha fallecido (por ejemplo, se relacionan con ellos para la toma de decisiones y reaccionan a los sucesos de la vida y tienen que aceptar que la persona ha fallecido). Asignar la segunda afirmación de impacto en lugar de la hoja de trabajo ABC para la siguiente sesión.

### Asignación de práctica para la sesión 3

*“Por favor, cumplimenta las hojas de trabajo ABC para llegar a ser consciente de la conexión entre los sucesos, tus pensamientos, sentimientos, y conducta. Cumplimenta al menos un registro cada día. Recuerda rellenar el registro tan cerca del suceso como sea posible. Completar al menos uno sobre el peor suceso traumático. Por favor, utiliza también el Folleto de Identificación de Emociones para ayudarte a determinar qué emociones estás sintiendo”.*

## **Ejemplo de nota de evolución de la Sesión 2**

**Duración:** Sesión de psicoterapia de 50 minutos

**Contenido:** Esta ha sido la segunda sesión de TPC para el TEPT. El paciente hizo (o no) la tarea práctica relacionada con escribir una Redacción del Impacto describiendo el impacto de sus experiencias traumáticas y de sus pensamientos y creencias sobre sí mismo, otros y el mundo. Lo discutimos durante la sesión, poniendo énfasis en la identificación de los puntos de estancamiento en los pensamientos que interfieren en su recuperación. Se han revisado las relaciones entre pensamientos, emociones y conductas, y se ha utilizado un ejemplo de su discusión sobre el impacto del trauma en su vida para ilustrar el modelo cognitivo. El paciente está de acuerdo con la cumplimentación diaria de los registros ABC para monitorizar sus pensamientos, emociones y conductas hasta la siguiente sesión.

**Plan:** Continuar con la TPC para el TEPT.

# Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## PCL-S: SEMANAL

### Instrucciones:

Considera la experiencia más estresante que hayas experimentado:

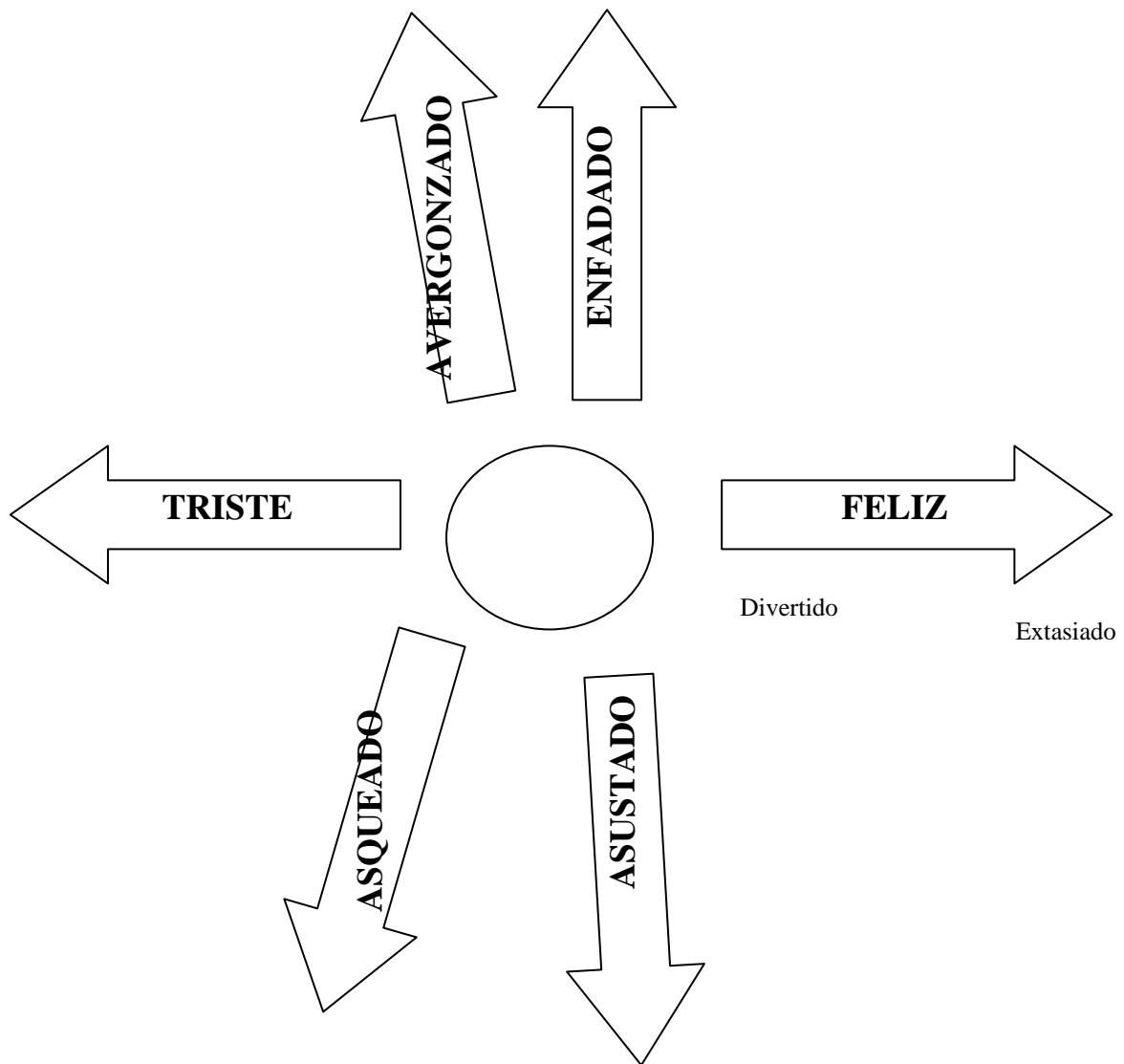
(acontecimiento)

Aquí hay una lista de problemas y quejas que a veces la gente experimenta en respuesta a experiencias vitales estresantes. Por favor, lee cada una cuidadosamente, y luego indica, utilizando los números de la derecha, cuánto te ha preocupado el problema en la última SEMANA.

	Nada	Un poco	Modera- do	Bastante	Extremo
1. Recuerdos repetitivos, inquietantes, pensamientos o imágenes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
2. Sueños repetitivos, inquietantes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
3. Actuaciones o sentimientos repentinos como si la experiencia estresante estuviera ocurriendo otra vez (como si estuvieras reviviendo)	1	2	3	4	5
4. Sentimientos de mucha preocupación cuando algo te ha recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
5. Reacciones físicas (p.ej., palpitaciones, respiración difícil, sudor) cuando algo te ha recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
6. Evitar pensar o hablar sobre la experiencia estresante o evitar sentimientos relacionados con ella	1	2	3	4	5
7. Evitar actividades o situaciones porque te han recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
8. Problemas para recordar partes importantes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
9. Pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban	1	2	3	4	5
10. Sentimiento de distancia o aislamiento de otras personas	1	2	3	4	5
11. Sentimientos de bloqueo emocional o ser incapaz de tener sentimientos de amor hacia personas muy cercanas	1	2	3	4	5
12. Sentir como si tu futuro de alguna manera será corto	1	2	3	4	5
13. Problemas con el sueño	1	2	3	4	5
14. Sentimientos de irritabilidad o explosiones de enfado	1	2	3	4	5
15. Dificultades para la concentración	1	2	3	4	5
16. Estar super alerta o vigilante	1	2	3	4	5
17. Sentirse nervioso, asustado	1	2	3	4	5



### Folleto para Identificar Emociones



## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

**Registro A – B – C**

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Paciente:** \_\_\_\_\_

<b>A</b> <b>ACONTECIMIENTO ACTIVADOR</b> “Algo sucede”	<b>B</b> <b>INTERPRETACIÓN</b> “Me digo algo a mí mismo”	<b>C</b> <b>CONSECUENCIA</b> “Siento algo”

¿Son realistas los pensamientos que he puesto en “B”?

\_\_\_\_\_

¿Qué puedes decirte a ti mismo en esas ocasiones en el futuro?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Registro A – B – C

Fecha: \_\_\_\_\_ Paciente: \_\_\_\_\_

<b>A</b> <b>ACONTECIMIENTO ACTIVADOR</b> “Algo sucede”	<b>B</b> <b>INTERPRETACIÓN</b> “Me digo algo a mí mismo”	<b>C</b> <b>CONSECUENCIA</b> “Siento algo”
"Disparé a una mujer vietnamita mientras combatía"	"Soy una mala persona porque maté a un civil indefenso"	"Me siento culpable y enfadado conmigo mismo"

¿Son realistas los pensamientos que puse en “B”? “No, un error no me hace mala persona. La gente se equivoca, y en situaciones de estrés elevado, como en el frente de combate, se incrementa la probabilidad de tales errores.”

¿Qué puedes decirte a ti mismo en esas ocasiones en el futuro? “He cometido muchos errores en mi vida, pero eso no me hace una mala persona. Puede que haya hecho cosas de las que me arrepiento, pero también he hecho cosas buenas en mi vida.”

**Registro A – B – C**

Fecha: \_\_\_\_\_ Paciente: \_\_\_\_\_

<b>A</b> <b>ACONTECIMIENTO ACTIVADOR</b> "Algo sucede"	<b>B</b> <b>INTERPRETACIÓN</b> "Me digo algo a mí mismo"	<b>C</b> <b>CONSECUENCIA</b> "Siento algo"
"Construí un porche y la valla se cayó"	"Nunca hago nada bien"	"Me enfado y le doy una patada a la valla. También me siento triste y desesperanzado porque no puedo hacer nada bien"

¿Son realistas los pensamientos que puesto en "B"? "No, no podría mantenerlo ante un tribunal, porque yo hago ALGUNAS cosas bien"

¿Qué puedes decirte a ti mismo en esas ocasiones en el futuro? "Hay algunas cosas que hago bien. No es cierto que nunca haga nada bien."

**Registro A – B – C**

Fecha: \_\_\_\_\_ Paciente: \_\_\_\_\_

<p style="text-align: center;"><b>A</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ACONTECIMIENTO ACTIVADOR</b> “Algo sucede”</p>	<p style="text-align: center;"><b>B</b></p> <p style="text-align: center;"><b>INTERPRETACIÓN</b> “Me digo algo a mí mismo”</p>	<p style="text-align: center;"><b>C</b></p> <p style="text-align: center;"><b>CONSECUENCIA</b> “Siento algo”</p>
<p>“Mi comandante da órdenes que nos lle- van a un fuego cruzado”</p>	<p>“La gente con autoridad no es de fiar. El nos coloca en riesgo para protegerse a sí mismo”</p>	<p>“Me siento temeroso y desconfiado. Evito a la gente con autoridad, o discuto sus decisiones cuando tengo que inter- actuar con ellos”</p>

¿Son realistas los pensamientos que puesto en “B”? “No. No todas las figuras de autoridad son necesariamente como mi comandan-  
te.”

¿Qué puedes decirte a ti mismo en esas ocasiones en el futuro? “La gente con autoridad son personas, y no comparten los mismos de-  
fectos ni la mismas virtudes”

## Sesión 3: Identificación de Pensamientos y Sentimientos

### Resumen de la Sesión 3

1. **Administrar la PCL-S (en la sala de espera si es posible), recoger, y archivar. Revisar las tareas prácticas y establecer la agenda de la sesión (5 minutos)**
2. **Revisar los Registros ABC, diferenciar entre pensamientos y sentimientos (15 minutos)**
  - Etiquetar pensamientos vs emociones
  - Reconocer que el cambio de pensamientos puede cambiar la intensidad del tipo de sentimientos.
    - Comenzar desafiando la autculpa y culpa
  - Señalar los malos emparejamientos:
    - ¿Emociones dominantes?
    - ¿Emociones siguen a los pensamientos?
    - ¿Pensamientos dominantes?
    - ¿Se corresponden en intensidad los pensamientos y las emociones?
  - Buscar puntos de estancamiento y emplear el diálogo socrático para ayudar al paciente a identificar hipótesis alternativas.
3. **Discutir las Hojas de Registro ABC relacionadas con el trauma (10 minutos)**
  - Revisarlas oralmente si no se han cumplimentado por el paciente
  - Desafiar los puntos de estancamiento de autculpa utilizando el cuestionamiento socrático
4. **Introducir la Redacción sobre el Trauma (10 minutos)**
  - Cómo escribir la redacción sobre el trauma
  - Terapia cognitiva para cualquier preocupación sobre la tarea de redacción del trauma
5. **Asignar práctica y resolución de problemas: finalización (5 minutos)**
  - Redacción completa del trauma con detalles sensoriales
  - Leer diariamente la Redacción sobre el Trauma
  - Realización diaria del registro ABC
  - Resolución de problemas: practicar es muy importante. Hacer referencia a la fundamentación si es necesario.
6. **Comprobar: reacciones del paciente en la sesión (5 minutos)**

### Sesión 3: Identificación de Pensamientos y Sentimientos

Las metas de la sesión 3 son:

1. Ayudar al paciente a etiquetar pensamientos y emociones en respuesta a sucesos
2. Introducir la idea de que el cambio de pensamientos puede cambiar la intensidad o el tipo de emociones que se experimentan.
3. Comenzar a desafiar la autculpa del paciente y culpa referente al suceso traumático mediante preguntas socráticas
4. Asignar al paciente la tarea de escribir detalladamente el incidente traumático.

(NOTA: si el terapeuta está utilizando el protocolo TPC sin redacciones sobre el trauma, la asignación de tareas será las Hojas de Trabajo ABC otra vez hasta la siguiente sesión).

#### Revisión de los Registros ABC

No cumplimiento de las tareas para casa – si el paciente no escribió el Relato de Impacto inicial de la última sesión, esta sesión debería comenzar con la lectura por parte del paciente del Relato de Impacto e informando de cualquier cambio desde la última sesión. Si el paciente falla en traer el Relato de Impacto otra vez, o las Hojas de Trabajo ABC, el terapeuta debería tener una discusión seria sobre la motivación del paciente hacia el tratamiento en ese momento. Si el paciente continúa sin cumplir con las tareas, la terapia no debería continuar sin un compromiso del paciente. El terapeuta debería considerar si es necesaria otra forma de tratamiento primero (p. ej., terapia dialéctica comportamental, habilidades, tratamiento para el consumo de drogas, tratamiento para el trastorno de pánico) antes de comenzar el tratamiento para el TEPT. Es preferible proponer al paciente volver al tratamiento cuando pueda trabajar en la terapia que fracasar en la recuperación debido a la falta de cumplimiento. Si sucede esto último, será más difícil implementar el protocolo más adelante (“esta terapia no funcionó”, “soy un fracaso”). Recordar al paciente que la evitación conductual es un síntoma, no un método efectivo de afrontamiento. Si el paciente vuelve a comprometerse con el tratamiento, darle el Relato de Impacto y los Registros ABC, pero aplazar las tareas sobre el relato del trauma hasta determinar si va a continuar con la terapia. El terapeuta debería empezar revisando los registros. En esa revisión, el terapeuta debería buscar primero diversos patrones. ¿Hay una emoción en particular que ocurre repetidamente (p. ej. ira consigo mismo)? ¿Hay un pensamiento particular recurrente en diferentes situaciones que podría indicar un esquema distorsionado mayor (“no puedo hacer nada bien”- incompetencia)? ¿Las emociones siguen lógicamente a los pensamientos expresados? ¿Hay una asociación entre pensamientos y la intensidad de las emociones (pequeño suceso, sentimientos desproporcionadamente intensos)?

Generalmente, después de echar un vistazo a las anotaciones, el terapeuta ayuda al paciente a la clasificación de los ítems que fueron problemáticos para el paciente. Frecuentemente ocurren malos emparejamientos entre pensamientos y cualquier tipo o grado de emoción porque el pensamiento que se anotó no es en realidad el último pensamiento en la cadena de pensamientos y emociones. El terapeuta puede señalar suavemente la discrepancia y preguntar qué pensamiento va con el nivel o tipo de emoción que se expresó. Puede, de hecho, haber sido una serie de pensamientos y emociones incrementadas que llevan la emoción final más intensa. El rastreo a través de la secuencia puede ayudar a los pacientes a ver cómo el aumento de las afirmaciones extremas da lugar a depresión, terror, u otras emociones desesperadas.

Frecuentemente, los pacientes etiquetan los pensamientos como emociones. Por ejemplo, una paciente trajo en un registro ABC en que dijo: “*llegué a gritar antes incluso de tomar mi café*” en “A”. “*Lo intento mucho pero nunca me siento recompensada*” en “B”, y “*Siento que estoy luchando en una batalla perdida*” en “C”. El terapeuta enumeró otra vez las emociones básicas para la paciente y le preguntó qué sentimientos se adecuaban mejor a su afirmación. Ella dijo, “triste y enfadada”. El terapeuta señaló que lo que apuntó en “C” en realidad era otro pensamiento que podría haber anotado en “B”. La paciente fue capaz de entender la distinción entre pensamientos y sentimientos. El terapeuta también señaló que empleando las palabras “yo siento...” delante de un pensamiento no hace de ese pensamiento un sentimiento. Se anima a los pacientes a emplear las palabras “pienso que...” o “creo que...” para los pensamientos, y reservar “siento...” para emociones.



## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

(Nota: este uso erróneo de la palabra “sentir” es tan común que el terapeuta también puede caer en la trampa. Es bastante aceptable para el terapeuta, y de hecho mejor, corregirse a sí mismo durante la sesión si ocurre, de ese modo normalizamos la mala utilización del lenguaje hablado.

Es importante para el terapeuta elogiar los esfuerzos del paciente y corregirle de manera discreta, particularmente si la paciente tiene muchos problemas con las auto-evaluaciones negativas (p. ej., “vale, vamos a cambiar de lugar este pensamiento a la columna “B”. Ahora, ¿qué sentimientos van con el pensamiento? Sólo una palabra”).

### Revisar los Registros ABC relacionados con el Trauma

Cuando se revisa el registro del suceso traumático, el terapeuta tiene otra vez una oportunidad para empezar con los desafíos cognitivos con cuestiones socráticas. Considerar la siguiente cuestión sobre el duelo:

*P: En la columna “A” escribí, “no pensé en Jack en todo el día cuando estaba en el trabajo”. Mis pensamientos eran “cómo he podido traicionarle así? Soy despreciable”. En la columna “C” escribí “vergüenza, enfado, y cancelé mis planes par la tarde”.*

*T: ¿Con quién estabas enfadada?*

*P: Conmigo*

*T: No estoy segura de comprender. ¿Por qué es una traición a Jack?*

*P: No lo sé. Es así.*

*T: (el terapeuta espera en silencio)*

*P: Bien, no me parece justo seguir con mi vida cuando él no puede seguir con la suya.*

*T: ¿Pero por qué es una traición? La palabra “traición” suena como que estás diciendo que estabas siendo desleal o traidora. ¿Es eso lo que quieres decir?*

*P: Bien, no traidora, pero sí desleal.*

*T: Antes de que él muriera, ¿tuviste algún día de trabajo sin pensar en él todo el día?*

*P: Sí, muchas veces.*

*T: Entonces, ¿fuiste desleal? ¿Le traicionaste por estar ocupada en el trabajo o concentrada en algo para lo que se te pagaba?*

*P: Bien, no, pero eso era diferente. Él estaba vivo. Asumí que le vería de nuevo al final del día.*

*T: Tú has dicho que no era justo que tú continuaras mientras que él no. Si siguieras con tu trabajo y con tu vida y no pensaras en él todo el día, ¿cómo habrías sido desleal? ¿Por qué es diferente ahora?*

*P: (llora) Temo que no voy a pensar en él, y que eso significa que le estoy olvidando.*

*T: (después de una larga pausa para permitir que la paciente lllore) Cuando él estaba vivo y tú no pensabas en él todo el día, ¿le olvidaste? ¿Podrías haber pensado en él si hubieras querido?*

*P: Por supuesto*

*T: E incluso aunque sepas que no vas a verle al final del día, ¿podrías decidir pensar en él? ¿Puedes recordarle si quieres?*

*P: Eso creo. Solo temo defraudarle. Es casi como que no pienso en él todo el tiempo, que se ha ido.*

*T: Así, que dices que todavía es muy difícil aceptar que él ha muerto.*

*P: Sí*

*(otra pausa)*

*T: Desde que murió, has aprendido algo nuevo sobre Jack?. ¿Alguien te contó alguna historia que no habías oído antes?*

*P: Sí, muchos familiares me contaron historias de cuando Jack era niño, y personas del trabajo me contaron cosas que hizo por las personas que nunca me contó él.*

*T: Así, de alguna manera, incluso aunque él se haya ido, todavía estás aprendiendo cosas de él y sobre quién era.*

*P: Es verdad*

*T: ¿Y tus sentimientos por Jack han continuado?*

*P: Sí, y de alguna manera, se han incrementado. Escuché tantas cosas bonitas que la gente decía que él había dicho y hecho. Era muy altruista y nunca me mencionó estas cosas a mí. Estoy orgullosa de él.*

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

*T: Así, que más que olvidarle, tu relación con él ha continuado y tus sentimientos positivos se han incrementado. Eso no suena como que estés traicionándole. Además, siendo una persona desinteresada, Jack no esperaría que tú dejaras de vivir tu vida porque él haya muerto, ¿no?*

*P: No, él no lo esperaría. Es solo que no me sentía bien conmigo. No sé cómo se supone que tengo que pensar o estar.*

*T: No hay una forma correcta o incorrecta de entristecerse. A pesar de algunos estereotipos, las personas ante la muerte de un ser querido se enfrentan a toda clase de sentimientos de distintas formas y en distintos momentos. No serás muy justa contigo misma si te impones algún estándar y decides que estás haciendo algo mal.*

### Introducción a la Tarea sobre el Trauma

La tarea práctica que tiene que realizar fuera de la sesión para la siguiente semana es escribir una redacción detallada del trauma seleccionado. Se le pide al paciente que escriba exactamente lo que sucedió con tantos detalles como sea posible. Se le debería animar a incluir detalles sensoriales (imágenes, sonidos, olores, etc.) y sus pensamientos y sentimientos durante el acontecimiento. Animar a un relato más profundo y exhaustivo, partir de que la longitud media del relato suele ser de ocho páginas. Si el paciente es incapaz de cumplimentar la tarea de una sola vez o necesita parar durante unos minutos por la intensidad emocional, debe dibujar una línea en el punto que se detuvo. El terapeuta puede determinar algunos de los puntos de estancamiento examinando los puntos en que dejó de escribir. Se debe instruir al paciente a leer el relato para sí mismo cada día hasta la siguiente sesión. (Una vez se ha escrito el relato, leer el relato debería costar unos pocos minutos al día). Animar al paciente a tomarse un tiempo cada día, elegir un lugar en que tenga privacidad y pueda llorar y sentir otras emociones sin ser interrumpido o molestado. Ser directo y desalentar que las tareas se realicen en el trabajo, durante la comida, o en un lugar público. Para quienes consuman drogas, indicarles directamente que no deberían realizar la tarea mientras que consuman. Identificar esto como una conducta de evitación. Además, el relato debería escribirse a mano, y no con ordenador. Como mencionamos previamente, hay evidencia de que escribir la tarea a mano es más evocativo. Escribir con el ordenador el relato da lugar a más objetividad y tiende a que se focalice más en la gramática que en la conexión emocional que es lo que se pretende.

El terapeuta debería añadir *“No es extraño que sientas tus reacciones casi como las sentiste en el momento del incidente. Sin embargo, necesitas recordarte a ti mismo que esto es un recuerdo y que realmente no estás en peligro. Tus sentimientos se han quedado intactos almacenados en tu memoria. Si no te enfrentas a este suceso, tus sentimientos y los detalles del acontecimiento son bastante vívidos cuando finalmente te enfrentas completamente al recuerdo. Las personas tienden a recordar los sucesos traumáticos con mucho más detalle que los sucesos que ocurren diariamente. A lo largo del tiempo si continúas permitiéndote sentir tus emociones sobre el acontecimiento tus sentimientos serán menos intensos y menos agobiantes”*.

La tarea escrita sirve a dos propósitos. Primero, escribir sobre el suceso con mucho detalle ayuda a completar el recuerdo del acontecimiento, incluyendo las emociones naturales que han estado codificadas en la memoria. Recuperar las emociones naturales les permite ser completamente expresadas y disipadas. El recuerdo puede ser almacenado sin tantas emociones intensas codificadas. (Hemos hallado que las emociones naturales principales se disipan rápidamente y no necesitan alargar el trabajo de exposición, a diferencia de teorías que sugieren que la exposición prolongada es necesaria para la habituación). El segundo objetivo es que el terapeuta y el paciente empiecen a buscar juntos los puntos de estancamiento.

### Asignación de Tareas

*“Por favor, empieza la tarea tan pronto como te sea posible. Escribe un relato completo del suceso traumático e incluye tantos detalles sensoriales (imágenes, sonidos, olores, etc) como puedas. También, incluye todos los pensamientos y sentimientos que recuerdes haber tenido durante el acontecimiento. Escoge un momento y lugar para escribir de forma que tengas privacidad y tiempo suficiente. No dejes de sentir tus emociones. Si necesitas parar de escribir en algún punto, por favor, marca una línea en el papel en el lugar donde te detengas. Empieza a escribir otra vez cuando puedas, y continua escribiendo el relato incluso aunque necesites hacerlo en diferentes ocasiones”*.

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

*“Lee el relato completo para ti misma cada día hasta la siguiente sesión. Permítete sentir tus sentimientos. Trae tu relato a la siguiente sesión”.*

*“Continúa también con los registros ABC cada día”*

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

### Ejemplo de Nota de Evolución de la Sesión 3

**Contacto:** 50 minutos de sesión de psicoterapia.

**Contenido:** Esta fue la tercera sesión de TPC para el TEPT. Él (no) cumplimentó el registro ABC diariamente, identificando sus pensamientos, sentimientos y conductas. Estos registros fueron utilizados para ilustrar las relaciones entre pensamientos, sentimientos y conductas para los sucesos diarios. Se han presentado algunos desafíos iniciales de pensamientos disfuncionales. La sesión ha finalizado con la tarea de escribir sobre el suceso más traumático que ha experimentado el paciente y que incluya tantos detalles sensoriales y emocionales como sea posible. Continuar con la monitorización diariamente de los pensamientos, sentimientos y conductas.

**Plan:** Continuar con la TPC

# Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## PCL-S: SEMANAL

### Instrucciones:

Considera la experiencia más estresante que hayas experimentado: \_\_\_\_\_

(acontecimiento)

Aquí hay una lista de problemas y quejas que a veces la gente experimenta en respuesta a experiencias vitales estresantes. Por favor, lee cada una cuidadosamente, y luego indica, utilizando los números de la derecha, cuánto te ha preocupado el problema en la última SEMANA.

	Nada	Un poco	Modera- do	Bastante	Extremo
18. Recuerdos repetitivos, inquietantes, pensamientos o imágenes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
19. Sueños repetitivos, inquietantes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
20. Actuaciones o sentimientos repentinos como si la experiencia estresante estuviera ocurriendo otra vez (como si estuvieras reviviendo)	1	2	3	4	5
21. Sentimientos de mucha preocupación cuando algo te ha recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
22. Reacciones físicas (p.ej., palpitaciones, respiración difícil, sudor) cuando algo te ha recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
23. Evitar pensar o hablar sobre la experiencia estresante o evitar sentimientos relacionados con ella	1	2	3	4	5
24. Evitar actividades o situaciones porque te han recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
25. Problemas para recordar partes importantes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
26. Pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban	1	2	3	4	5
27. Sentimiento de distancia o aislamiento de otras personas	1	2	3	4	5
28. Sentimientos de bloqueo emocional o ser incapaz de tener sentimientos de amor hacia personas muy cercanas	1	2	3	4	5
29. Sentir como si tu futuro de alguna manera será corto	1	2	3	4	5
30. Problemas con el sueño	1	2	3	4	5
31. Sentimientos de irritabilidad o explosiones de enfado	1	2	3	4	5
32. Dificultades para la concentración	1	2	3	4	5
33. Estar super alerta o vigilante	1	2	3	4	5
34. Sentirse nervioso, asustado	1	2	3	4	5

**Registro A – B – C**

Fecha: \_\_\_\_\_ Paciente: \_\_\_\_\_

<b>A</b> <b>ACONTECIMIENTO ACTIVADOR</b> “Algo sucede”	<b>B</b> <b>INTERPRETACIÓN</b> “Me digo algo a mí mismo”	<b>C</b> <b>CONSECUENCIA</b> “Siento algo”

¿Son realistas los pensamientos que puse en “B”?

\_\_\_\_\_

¿Qué puedes decirte a ti mismo en esas ocasiones en el futuro?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **SESION 4: Recuerdo del Acontecimiento Traumático**

- 1 Administrar PCL-S (en la sala de espera si es posible), recoger, y almacenar. Completar la revisión de las tareas prácticas y establecer la agenda (5 minutos)**
- 2 El paciente lee el Relato del Trauma en voz alta con expresión afectiva (10 minutos)**
  - Metas del Relato Escrito:
    - Expresión Afectiva – ¿Oculta sentimientos? ¿Por qué? (analogía de la botella de soda)
    - Identificar Puntos de Estancamiento - ¿Sobreacomodación?
    - Desafiar la autculpa - ¿Asimilación?
  - Permanecer tranquilo durante la lectura (excepto para parar y pedir que se comience de nuevo si no se expresan emociones)
  - Preguntar por sentimientos durante la escritura y lectura
  - Preguntar por áreas donde puede haberse evitado algo
  - Si no se realizó el Relato del Trauma, discutir las razones y luego el paciente la hace durante la sesión y se reasigna como tarea.
- 3 Identificar los puntos de Estancamiento (10 minutos)**
  - Usar la expresión de afecto del paciente o la falta de éste para identificar los puntos de estancamiento.
  - Pedirle que la lea otra vez si inicialmente la leyó sin expresión afectiva o si se necesita clarificación.
  - Estar atentos a los puntos de estancamiento del contenido
  - Anotar los lugares en que el paciente tuvo que detenerse escribiendo y preguntar sobre las emociones, buscar puntos de estancamiento.
- 4 Desafiar los puntos de estancamiento del paciente relacionados con la autculpa y asimilación utilizando el cuestionamiento socrático (10 minutos)**
  - P. e., ¿Qué más podrías haber hecho? Y ¿qué podría haber sucedido luego?
  - Discutir el sesgo retrospectivo.
- 5 Explicar la diferencia entre responsabilidad y culpa (5 minutos)**
- 6 Asignar práctica y resolver problemas (5 minutos)**
  - Re-escribir el Relato del Trauma completo
  - Leer diariamente el Relato del Trauma
  - Complimentar diariamente el Registro ABC
  - Resolver de problemas: practicar (es extremadamente importante si la práctica no se completa en la sesión)
- 7 Comprobar: reacciones del paciente en la sesión (5 minutos)**

## Sesión 4: Recuerdo del Acontecimiento Traumático

Las metas de la Sesión 4 son:

1. Que el paciente lea su tarea, con expresión afectiva.
2. Identificar los puntos de estancamiento del paciente para el suceso
3. Empezar desafiando la autocolpa y otras asimilaciones con cuestiones socráticas
4. Reasignar la tarea con más detalles y con todo lo que salga

### Lectura del paciente de la Tarea del Trauma Completo con Expresión Afectiva

El terapeuta debería empezar la sesión haciendo que el paciente lea el relato del trauma. Si el paciente no hizo la tarea, el terapeuta debería preguntar en primer lugar por qué no realizó la tarea. Discutir el problema de evitación y cómo impide la recuperación. Luego, pedir al paciente que describa el suceso tal como si ella lo hubiera escrito. Asegurarse de ayudar al paciente a identificar sus pensamientos y sentimientos conforme va relatando el suceso, pero no hacer que lo escriba durante la sesión. Si el paciente ha traído la tarea sobre el trauma, hacer que sea el paciente el que lea la tarea, esto ayuda a implicarse con el recuerdo y reduce la probabilidad de disociación u de desconexión emocional de la tarea. Si el paciente expresa emociones, el terapeuta debería permanecer silencioso y no interferir con la expresión de afecto. Las palabras de consuelo o incluso dar al paciente un pañuelo pueden interferir de hecho con la expresión de afecto porque se trae al paciente al presente. Normalmente los pacientes intentan no experimentar sus emociones con tanta fuerza que cualquier cosa que haga el terapeuta puede interrumpir este proceso. Los terapeutas noveles en la terapia para el trauma se preocupan a menudo porque los pacientes van a experimentar una emocionalidad desbordante. Los pacientes también se preocupan frecuentemente por el alcance de las emociones que han estado evitando. Sin embargo, no hemos hallado que sea el caso en la inmensa mayoría de los casos, sino que normalmente están muy agradecidos incluso con una pequeña manifestación de afecto. En los casos raros en los que el terapeuta se preocupe por el alcance de la emoción que el paciente expresa, el terapeuta puede empezar a hacer esas cosas mencionadas más arriba – hablar con el paciente, decir el nombre del paciente, darle un pañuelo, preguntarle – para contener el afecto.

Es importante que el terapeuta permita y anime al paciente a expresar sus emociones sobre el suceso y le ayude a identificar sus pensamientos y sentimientos. Se debe animar al paciente a discutir sus sentimientos y pensamientos mientras hace la tarea, así como durante el incidente. *“¿cuál fue la parte que más te asustó?” “¿Hay algún aspecto de incidente que te espante recordar?”* Este ejercicio puede ayudar al paciente y al terapeuta a identificar sus puntos de estancamiento. El terapeuta debería darse cuenta de los puntos en que el paciente se detuvo escribiendo y preguntarle si son puntos especialmente difíciles de su recuerdo, y por qué. *“¿qué sentías en el momento en que dejaste de escribir?”* A menudo estos puntos provocan ansiedad porque fueron los más amenazantes para el paciente o el momento en que percibió una pérdida de control sobre la situación.

Dependiendo de la duración y complejidad del suceso, la longitud media del relato del trauma es de alrededor de ocho páginas manuscritas. Sin embargo, algunos sucesos particularmente cortos pueden no requerir tantas hojas. Otros son tan largos y complejos que pueden necesitarse algunas sesiones de escritura para terminar la tarea. Algunos pacientes escribirán extensamente sobre detalles irrelevantes para luego restar importancia a los elementos más traumáticos y cruciales. El terapeuta necesita escuchar cuidadosamente, no sólo lo que el paciente lee sino también lo que deja fuera. Si el terapeuta se da cuenta o sospecha que un aspecto importante de la tarea se ha evitado, se debería preguntar al paciente por más detalles sobre la parte de la experiencia después de la finalización de la lectura completa de la tarea.

Si el paciente lee o recuenta el suceso sin ninguna emoción, el terapeuta debería detener al paciente al principio de la tarea y preguntarle si está reprimiendo sus sentimientos y por qué. El terapeuta puede necesitar discutir la cuestión de la pérdida de control y el miedo del paciente a sentirse sobrepasado por sus emociones (*“me volveré loco para siempre”*). Normalmente utilizamos la analogía de la botella de soda que se ha agitado. Cuando se quita el tapón, hay una salida impetuosa, pero es temporal, y eventualmente la soda se aplaca. Si el paciente pusiera rápidamente el tapón, la



## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

soda retendría su efervescencia. La soda, bajo presión, tenía energía, pero no puede seguir manteniendo esa energía cuando se ha quitado el tapón. Las emociones naturales pueden ser vistas de la misma manera. El paciente siente la fuerza de las emociones y las mantiene tapadas, pensando que continuarán indefinidamente. En este punto, el terapeuta puede pedir al paciente que recuerde momentos en que ha experimentado sentimientos tales como tristeza o ira y qué sucedió después de que se permitiera sentir sus emociones. También puede ser de ayuda que el terapeuta le recuerde que el suceso actual ha terminado y que no está ante un peligro inminente. Los sentimientos intensos vienen de un recuerdo. Después de afrontar esta cuestión, el terapeuta debe resumir el relato y preguntar al paciente lo que estaba sintiendo en ese momento. Otra vez, cuando un paciente empieza a experimentar emociones, es importante que el terapeuta se siente tranquilamente y no las interrumpa, ni las minimice, ni interfiera de ninguna manera.

Algunas veces, el paciente no evita el afecto pero experimenta las emociones solo como se experimentaron en el momento. Si el paciente se disoció, puede disociarse otra vez conforme evoque sus recuerdos del suceso. Si los pacientes sintieran náuseas o asco, podrían sentirlo de la misma manera como ellos recuerdan el suceso en detalle la primera vez. Típicamente las emociones cambian después de la primera tarea y el paciente empieza a experimentar más emociones actuales, no sólo las que codificaron en el momento del suceso.

### Identificación de los Puntos de Estancamiento

Finalmente, se debe preguntar al paciente sobre los puntos de estancamiento que pueden no estar en su tarea sobre el trauma (p. ej., *¿qué pensó que debería haber hecho?*). A menudo los pacientes tienen remordimientos más tarde porque creen que deberían haber evitado un suceso, porque no lucharon lo suficiente, o porque hicieron o no hicieron algo que afectó a otros. Algunas veces los puntos de estancamiento surgieron porque otras personas al escuchar el suceso respondieron cuestionando a posteriori la conducta del paciente. Puede que el terapeuta tenga que discutir con una visión perfecta el sesgo retrospectivo y aquí lo fácil es decir cómo se debería haber comportado después de que algo ya haya ocurrido. Este puede ser un punto de estancamiento particularmente difícil si los comentarios de las otras personas reflejan lo que el paciente creía previamente sobre cómo debería actuar en tal situación. Nadie sabe cómo responderá en una situación particular. Algunas veces los pacientes saltan a la conclusión falsa de que si ellos de alguna forma hubieran actuado de una manera diferente, el suceso habría ocurrido de forma diferente. Por supuesto, las fantasías de las personas normalmente acaban bien. Ellos no consideran otros resultados negativos posibles. En este sentido, las cuestiones socráticas sobre el rango de resultados posibles de las alternativas de acción resultan de gran ayuda.

### Puntos de estancamiento específicamente relacionados con la autculpa y otras asimilaciones utilizando el cuestionamiento socrático

Cuando el paciente recuerda el suceso en la terapia, con frecuencia se tropieza pronto con la autculpa. Esta forma de asimilación ocurre porque el paciente busca las formas en que podría haber prevenido o parado el resultado específico que obtuvo. Incluso tras desastres que están claramente fuera del control del paciente, la autculpa y culpa son frecuentes. Las personas imaginan la forma en que podrían haber cambiado las consecuencias personales; sienten remordimientos por no haber salvado a otros; sienten culpa por las cosas que hicieron y por las que no llegaron a hacer, y sobre los sentimientos que sintieron o los que no experimentaron durante o después del suceso. Este tipo de pensamiento "si sólo" sirve como asimilación en un intento de reparar el suceso en retrospectiva. Normalmente al paciente nunca se le ocurre que el "si solo" podría no haber funcionado. Algunas personas se bloquean en supuestos sobre cómo se debería reaccionar o cuánto tiempo debería costar recuperarse, y luego se sienten culpables porque no lo están haciendo bien. Algunas personas incluso se sienten culpables porque están afrontando bien cuando a su alrededor otros no lo hacen.

Es importante que el terapeuta ayude al paciente a contextualizar el suceso traumático. Por ejemplo, si un veterano se culpa a sí mismo por matar a alguien en Vietnam y tiene flashbacks viendo la cara de la persona, puede que no aprecie completamente el contexto de la situación. Ir a través del relato ayudará al paciente a ver que estaba en una guerra, que la otra persona estaba disparándole, y que no tenía otra opción mejor en ese momento (o quizás tenía una opción peor). Parte del contexto también incluiría la edad de la persona (y su nivel de desarrollo) en el momento del suceso y

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

sus creencias sobre las guerras y el mundo militar en ese momento. Puede que estuviera privado de sueño, hambriento, aterrorizado y disociado en ese momento. Es importante para el paciente entender que las acciones que pensó que podía hacer más tarde, pero no en el momento del suceso, no fueron opciones. El trabajo del terapeuta es guiar al paciente, utilizando preguntas socráticas, para que se dé cuenta de que los sucesos ocurren a pesar de los mejores esfuerzos de uno. Los planes mejor hechos no siempre tienen resultados positivos.

Si el acontecimiento clave del paciente era abuso físico o sexual, puede estar especialmente confundido por el concepto de castigo. Puede asumir que el suceso ocurrió como una forma de castigo, una idea que puede haber sido reforzada por el agresor. Los traumas más tardíos se asumen como una forma de castigo. Dado que los pacientes no pueden entender en qué se equivocaron o qué podrían haber hecho para merecer tal castigo, pueden concluir que fue porque ellos eran malas personas. La meta última del terapeuta es ayudar al paciente a ver que el abuso no tiene nada que ver con él como persona, sino únicamente con el agresor y sus elecciones.

Puesto que la violación es un suceso muy personal, los pacientes que lo han experimentado también pueden creer que significa algo sobre ellos como personas. De nuevo, el terapeuta necesitará guiar al paciente para que vea que fue la ocasión para el agresor (a ella le convenía o había factores de alto riesgo como que era pequeña o beber alcohol) pero no fue la causa del suceso. El perpetrador es completamente responsable del suceso y se le culpa por él, y ningún factor de riesgo puede forzar a alguien a cometer un abuso. De hecho, algunos factores de riesgo elicitaban conductas de protección en las personas buenas (p. ej., intoxicación de alcohol, tamaño pequeño). Culpa y fallos son palabras que sólo deberían utilizarse cuando la intención estuviera presente (p. ej., cuando el paciente dice que ella es culpable del suceso, el terapeuta puede preguntarle si intentó que esto sucediera. Cuando ella dice que no, el terapeuta puede explicar que la culpa y el fallo se aplica sólo a actos intencionados).

### **Diferenciar entre responsabilidad y culpa**

En esta etapa de la TPC nos centramos en la asimilación, es importante que el terapeuta eduque al paciente sobre la diferencia entre culpa y responsabilidad. La responsabilidad relaciona la acción de uno en una situación que contribuye a un cierto resultado. Lo que determina la culpa es una combinación de responsabilidad e intencionalidad. Si no hay intención de dañar, entonces no es apropiado hablar de culpa. Las personas son capaces de hacer distinciones en los niveles de culpa responsabilidad. Un ejemplo de eso es la distinción del que las personas pueden hacer entre un accidente (no responsabilidad, no intencionalidad), un homicidio involuntario por negligencia (responsabilidad, pero no intencionalidad) y asesinato (responsabilidad e intención de matar).

### **Un comentario sobre la perpetración**

Aparte de los actos de guerra y de matar en ese contexto, es posible que el paciente describa un suceso en que ella cometió lo que podría considerar asesinato (en la guerra matar intencionadamente a una persona no armada o no amenazante) o un abuso sexual. El terapeuta necesita primero hacer preguntas con el fin de determinar si la autculpa del paciente es una forma de la asimilación descrita antes. Si de hecho se produjo un daño intencionado y no provocado contra una persona inocente, el terapeuta debería determinar si esta conducta ha continuado después de que la persona dejara el ejército o si sólo ocurrió en el contexto de la guerra. Si se da el primer caso, entonces necesitamos cambiar el foco de la terapia para valorar si alguien está actualmente en peligro, y detener la conducta. En este caso, puede ser necesario parar el protocolo de la TPC para centrarse en la cuestión más básica como es la seguridad de otros. Si estamos en el segundo caso, que la conducta ocurrió durante el combate y no después de él, el terapeuta puede necesitar ayudar al paciente a contextualizar y diferenciar quién era entonces y quién es ahora. Con demasiada frecuencia las personas caen presas de errores de atribución y no valoran los factores contextuales que determinan la conducta. Hacen atribuciones a su carácter que pueden no basarse en una revisión de su conducta.

Por último, el terapeuta debe afirmar con claridad de que el paciente no es culpable de cosas sobre las que no tenía control y que no causó, pero tiene responsabilidad por los actos intencionados. El terapeuta y el paciente pueden discutir qué valores tiene el paciente ahora y esforzarse por el auto-

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

perdón en esas situaciones por las que él tiene responsabilidad. También puede querer implicarse en algún tipo de compensación para la sociedad si no es posible hacer algo por la víctima.

### Traumatización vicaria

De forma colateral, el terapeuta puede experimentar traumatización vicaria leyendo o escuchando los relatos gráficos y puede necesitar procesar sus propias reacciones al escuchar estos relatos (McCann & Pearlman, 1990a). Si un terapeuta empieza a estar incómodo escuchando el relato de un paciente, es posible que el terapeuta pueda enviar señales sutiles al paciente de que ninguno de los dos puede manejar el suceso. Por ejemplo, entregar inmediatamente un pañuelo al paciente le transmite al paciente que se retraiga (y se seque). Cortar al paciente es un error fatal por parte del terapeuta. Para que el paciente sea capaz de aceptar e integrar el suceso y tolerar sus emociones, el terapeuta también debe ser capaz de hacerlo. Los terapeutas están particularmente en riesgo si trabajan mucho con el trauma. En estas circunstancias, el terapeuta debería asegurarse una supervisión y apoyo para continuar el trabajo de forma efectiva y no sufrir excesivamente. El terapeuta también debería revisar sus propios supuestos y pensamientos para asegurarse de que no se desequilibran. Los principios en que se apoya la TPC se aplican tanto a los pacientes como a los terapeutas.

### Asignación de Tareas

Para la tarea práctica, el terapeuta le pide al paciente que escriba otra vez la tarea entera por lo menos una vez más. Si el paciente ha sido incapaz de terminarla la primera vez, se le debería animar a escribir más que la última vez. A menudo, lee la primera versión como un informe policial únicamente con hechos. Se debería animar al paciente a añadir más detalles sensoriales y más pensamientos y sentimientos que experimentó durante el incidente. El terapeuta debería añadir eso en esta ocasión, también se le pide al paciente que escriba sus pensamientos y sentimientos actuales, qué está pensando y sintiendo cuando escribe la tarea, entre paréntesis (p. ej., *“me estoy enfadando mucho”*). El trauma también puede abarcar mucho más que las circunstancias restringidas al suceso. Los procedimientos policiales o militares, los tratamientos médicos, los funerales, o rechazo de los seres queridos pueden formar parte del trauma y, a todos los efectos, deben considerarse como parte del suceso. Deben incluirse en las tareas escritas y discusiones los recuerdos de estos sucesos y los puntos de estancamiento relacionados. Si el paciente experimenta distintos pensamientos y sentimientos de los de la primera tarea, puede escribir luego sus pensamientos o sentimientos actuales en el margen o paréntesis, p. e., *“en ese momento estaba totalmente aterrorado (ahora siento enfado)”*

Se debe recordar al paciente que lea la tarea diariamente hasta la siguiente sesión:

*“Escribe el incidente completo otra vez lo antes que puedas. Si fuiste incapaz de terminar la tarea la primera vez, por favor, escribe más que la última vez. Añade más detalles sensoriales, así como pensamientos y sentimientos durante el incidente. También escribe los pensamientos y sentimientos que experimentas en este momento entre paréntesis (p.ej., me siento muy enfadado). Recuerda leer la tarea todos los días antes de la siguiente sesión”.*

*“Continua también con el registro ABC todos los días”*

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

### Ejemplo de Nota de Evolución de la Sesión 4

**Contacto:** 50 minutos de sesión de psicoterapia.

**Contenido:** Esta ha sido la cuarta sesión de TPC para el TEPT. El paciente cumplió con la tarea de escribir un relato detallado del suceso más traumático y con la monitorización diaria de pensamientos, emociones y conductas. El paciente se ha angustiado durante la sesión cuando se ha discutido los pensamientos y emociones del suceso traumático, pero ha sido capaz de tolerar estas emociones. La meta de esta intervención es incrementar el acceso a la expresión de estas emociones y permitir la resolución natural de ellas. El terapeuta utilizó estrategias de la terapia cognitiva para desafiar las interpretaciones disfuncionales sobre el suceso. La sesión ha concluido con la tarea de escribir otra vez el suceso más traumático que el paciente haya experimentado y ahondar en los detalles sensoriales y emocionales. Se ha mostrado de acuerdo con incluir sus pensamientos y emociones mientras que escribe la tarea y leer la tarea diariamente.

**Plan:** Continuar con la TPC

## PCL-S: SEMANAL

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:**

Considera la experiencia más estresante que hayas experimentado: \_\_\_\_\_

(acontecimiento)

Aquí hay una lista de problemas y quejas que a veces la gente experimenta en respuesta a experiencias vitales estresantes. Por favor, lee cada una cuidadosamente, y luego indica, utilizando los números de la derecha, cuánto te ha preocupado el problema en la última SEMANA.

	Nada	Un poco	Modera- do	Bastante	Extremo
35. Recuerdos repetitivos, inquietantes, pensamientos o imágenes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
36. Sueños repetitivos, inquietantes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
37. Actuaciones o sentimientos repentinos como si la experiencia estresante estuviera ocurriendo otra vez (como si estuvieras reviviendo)	1	2	3	4	5
38. Sentimientos de mucha preocupación cuando algo te ha recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
39. Reacciones físicas (p.ej., palpitaciones, respiración difícil, sudor) cuando algo te ha recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
40. Evitar pensar o hablar sobre la experiencia estresante o evitar sentimientos relacionados con ella	1	2	3	4	5
41. Evitar actividades o situaciones porque te han recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
42. Problemas para recordar partes importantes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
43. Pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban	1	2	3	4	5
44. Sentimiento de distancia o aislamiento de otras personas	1	2	3	4	5
45. Sentimientos de bloqueo emocional o ser incapaz de tener sentimientos de amor hacia personas muy cercanas	1	2	3	4	5
46. Sentir como si tu futuro de alguna manera será corto	1	2	3	4	5
47. Problemas con el sueño	1	2	3	4	5
48. Sentimientos de irritabilidad o explosiones de enfado	1	2	3	4	5
49. Dificultades para la concentración	1	2	3	4	5
50. Estar super alerta o vigilante	1	2	3	4	5
51. Sentirse nervioso, asustado	1	2	3	4	5

**Registro A – B – C**

Fecha: \_\_\_\_\_ Paciente: \_\_\_\_\_

<b>A</b> <b>ACONTECIMIENTO ACTIVADOR</b> “Algo sucede”	<b>B</b> <b>INTERPRETACIÓN</b> “Me digo algo a mí mismo”	<b>C</b> <b>CONSECUENCIA</b> “Siento algo”

¿Son realistas los pensamientos que he puesto en “B”?

\_\_\_\_\_

¿Qué puedes decirte a ti mismo en esas ocasiones en el futuro?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **SESION 5: Segundo Relato del Trauma**

- 1 Administrar PCL-S (en la sala de espera si es posible), recoger, y archivar. Completar la Revisión de la Tarea Práctica de la Sesión 5 y establecer la agenda (5 minutos).**
- 2 Leer el segundo Relato del Trauma en voz alta: ayudar a identificar diferencias entre el primer y el segundo relato (15 minutos).**
  - Metas:
    - ¿Añade cosas nuevas (o las elimina)?
    - ¿Evoluciona la expresión afectiva y la autculpa/culpa?
    - Continuar la terapia cognitiva sobre los puntos de estancamiento.
    - Presentar las Preguntas de Desafío.
  - Discutir:
    - Sentimientos cuando sucedió y ahora
    - Diferencias y similitudes: en el momento del suceso, ahora
    - Sentimientos después de escribirla la segunda vez vs la primera vez – ¿menos intenso?
- 3 Implicar al paciente en el desafío de los supuestos y conclusiones que el paciente había hecho después de procesar el afecto, centrándose particularmente en la autculpa (10 minutos)**
  - Utilizar algunas de las cuestiones de desafío para ayudar a introducir el siguiente registro, el Registro de Desafío de Creencias, para continuar la terapia cognitiva en los puntos de estancamiento del peor suceso traumático.
  - Ayudar al paciente a reducir el uso de la palabra culpa, que implica intencionalidad.
- 4 Introducir el Registro de Cuestiones de Desafío para ayudar al paciente a desafiar puntos de estancamiento (10 minutos)**
  - Revisar el registro de preguntas en blanco
  - Revisar los registros de ejemplo
  - Elegir un punto de estancamiento del paciente para empezar a abordarlo con estas cuestiones (centrarse en la asimilación puede resultar de ayuda en este punto de la terapia).
- 5 Asignar práctica y resolver de problemas: finalización (5 minutos)**
  - Un punto de estancamiento por día, utilizando el Registro de cuestiones de desafío
  - Continuar con las tareas del trauma si no se terminaron, y leerlas diariamente.
- 6 Revisar: reacciones del paciente en la sesión (5 minutos)**

## **Sesión 5: Identificación de Puntos de Estancamiento**

Las metas de la sesión 5 son:

- 1) Hacer que el paciente lea y discuta la versión más nueva del Relato del Trauma
- 2) Discutir las nuevas adiciones (u omisiones)
- 3) Comprobar el progreso de la expresión afectiva y auto-culpa / culpa y otras formas de asimilación.
- 4) Continuar con la terapia cognitiva en los puntos de estancamiento del suceso.
- 5) Introducir el Registro de las Cuestiones de Desafío de manera que el paciente pueda empezar con el diálogo socrático por sí mismo.
- 6) Asignar Registros de Desafío de Creencias y un relato para otro suceso traumático si es necesario.

### **Lectura del paciente del Segundo Relato del Trauma centrándonos en las diferencias entre el primer y el segundo relato.**

El terapeuta debe empezar la sesión revisando la nueva versión de la tarea. Se ayuda al paciente a analizar sus emociones entonces y ahora. El paciente debe discutir las similitudes y diferencias entre cómo se sintió en el momento del suceso y cómo se sintió cuando escribió sobre él. Se debe preguntar al paciente cómo se sintió después de escribir y leer sobre el suceso una segunda vez en comparación con la primera. Es probable que la intensidad de las emociones sea menor la segunda vez si se permitió sentir las la primera vez. El terapeuta debería señalar la diferencia como un ejemplo de cómo los sentimientos llegarán a ser menos intensos a lo largo del tiempo (o como fueron temporalmente incrementados si evitó sus sentimientos durante la primera tarea).

### **Conclusiones y Desafío de Supuestos centrados en la Autoculpa**

El terapeuta debe continuar con el uso de las preguntas socráticas, particularmente las cuestiones anotadas en el Registro de Cuestiones de Desafío con el fin de seguir ayudando al paciente a examinar la asimilación, la autoculpa, y otras formas de sesgos retrospectivos. Mediante la inclusión de las preguntas que se presentarán al paciente empezará a familiarizarse con los conceptos. Es de esperar que mucha de la autoculpa habrá disminuido, dado que el paciente ha terminado los dos relatos y ha re-situado el suceso en su contexto. Como en la sesión 3 y en la 4, es importante para el terapeuta tener en cuenta que a menudo la autoculpa y la asimilación ocurren porque el paciente no recuerda cómo pensó, sintió o afrontó cuando se produjo el suceso. El paciente puede asumir que él tenía o debería haber tenido habilidades o conocimientos que no tenía y por consiguiente juzgarse con dureza a sí mismo por no haberse comportado de forma diferente. Normalmente, cuando el terapeuta pone al paciente en el contexto completo de la situación, el paciente ve que el suceso (o sus partes integrantes) no era evitable y por lo tanto, no es culpable.

El terapeuta puede ayudar al paciente a reducir el uso de palabras tales como 'culpa' o "fallo" señalándolas cada vez que el paciente usa esas palabras. Una vez que el terapeuta y el paciente han establecido que el paciente no pretendía ese resultado y que no podía evitarlo, es importante cambiar el lenguaje que se emplea para describir el suceso. Como se discutía en la sesión 4 "culpa" implica intencionalidad. Si el paciente acuerda que él no pretendía el resultado, entonces las palabras culpa o fallo no serán apropiadas para dicha situación.

### **Introducción al Registro de Preguntas de Desafío.**

La lista de preguntas de desafío se introduce durante esta sesión. La lista puede utilizarse para cuestionar y confrontar autoafirmaciones desadaptativas y puntos de estancamiento. Con el fin de ayudar a los pacientes a comprender la tarea hemos hecho un folleto que guía al paciente paso a paso en el trabajo con un punto de estancamiento. El terapeuta debe reiterar que los puntos de estancamiento son conflictos entre las viejas creencias y la realidad del acontecimiento, o creencias negativas que aparentemente se ven confirmadas por el suceso. En cualquier caso, las creencias no funcionan porque llevan a la autoculpa, la culpa, la ira contra mismo o contra otros, etc. El terapeuta puede utilizar una afirmación que haya realizado el paciente durante la sesión y emplear las preguntas para empezar confrontando la validez de la creencia. En esta etapa de la terapia, es par-



## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

Particularmente valioso centrar la atención en los puntos de estancamiento que indican asimilación y auto-culpa. Mientras que el paciente no pueda aceptar que no es culpable o no sea capaz de aceptar la realidad de los resultados, será difícil trabajar en otras cuestiones. Si hay tiempo en la sesión, puede resultar útil que el paciente y el terapeuta hagan un registro juntos. Debe señalarse que no todas las cuestiones serán relevantes para cada pensamiento.

Para incrementar el cumplimiento con las tareas fuera de la sesión, también resulta de ayuda determinar varios puntos de estancamiento que el paciente pueda abordar con los Registros de Cuestiones de Discusión.

### **Tarea Práctica**

*“Por favor, elige un punto de estancamiento cada día y responde a las preguntas del Registro de Cuestiones de Desafío respecto a cada uno de los puntos de estancamiento. Hay copias adicionales de registros de Cuestiones de Desafío, para que puedas trabajar con múltiples puntos de estancamiento.*

*Si no has finalizado el relato del suceso traumático por favor sigue trabajando en él. Léelos antes de la próxima sesión y trae todos tus registros y relatos sobre el trauma a la siguiente sesión”*

## **Ejemplo de Nota de Evolución de la Sesión 5**

**Contacto:** 50 minutos de sesión de psicoterapia

**Contenido:** Esta ha sido la quinta sesión de terapia de TPC para el TEPT. El paciente realizó la tarea relacionada con la re-escritura de su acontecimiento traumático, con una mayor elaboración e incluyendo sus pensamientos y sentimientos actuales. Fue capaz de experimentar las emociones asociadas, y la angustia relacionada a ellas disminuyó en comparación con la última sesión. Las cogniciones sobre autculpa/culpa se abordaron específicamente mediante re-estructuración cognitiva. Además, se introdujeron "cuestiones de desafío" para ayudar al desafío de sus propias creencias disfuncionales y erróneas. Se revisó la noción de puntos de estancamiento (p. ej., conflictos entre creencias existentes y sucesos traumáticos, o creencias que fueron confirmadas como resultado de los sucesos traumáticos), y el paciente acordó identificar un punto de estancamiento cada día para desafiarlo con la ayuda del Registro de Cuestiones de Desafío.

**Plan:** Continuar con la TPC.

# Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## PCL-S: SEMANAL

### Instrucciones:

Considera la experiencia más estresante que hayas experimentado: \_\_\_\_\_

(acontecimiento)

Aquí hay una lista de problemas y quejas que a veces la gente experimenta en respuesta a experiencias vitales estresantes. Por favor, lee cada una cuidadosamente, y luego indica, utilizando los números de la derecha, cuánto te ha preocupado el problema en la última SEMANA.

	Nada	Un poco	Modera- do	Bastante	Extremo
52. Recuerdos repetitivos, inquietantes, pensamientos o imágenes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
53. Sueños repetitivos, inquietantes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
54. Actuaciones o sentimientos repentinos como si la experiencia estresante estuviera ocurriendo otra vez (como si estuvieras reviviendo)	1	2	3	4	5
55. Sentimientos de mucha preocupación cuando algo te ha recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
56. Reacciones físicas (p.ej., palpitaciones, respiración difícil, sudor) cuando algo te ha recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
57. Evitar pensar o hablar sobre la experiencia estresante o evitar sentimientos relacionados con ella	1	2	3	4	5
58. Evitar actividades o situaciones porque te han recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
59. Problemas para recordar partes importantes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
60. Pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban	1	2	3	4	5
61. Sentimiento de distancia o aislamiento de otras personas	1	2	3	4	5
62. Sentimientos de bloqueo emocional o ser incapaz de tener sentimientos de amor hacia personas muy cercanas	1	2	3	4	5
63. Sentir como si tu futuro de alguna manera será corto	1	2	3	4	5
64. Problemas con el sueño	1	2	3	4	5
65. Sentimientos de irritabilidad o explosiones de enfado	1	2	3	4	5
66. Dificultades para la concentración	1	2	3	4	5
67. Estar super alerta o vigilante	1	2	3	4	5
68. Sentirse nervioso, asustado	1	2	3	4	5

## PREGUNTAS DE DISCUSIÓN

Abajo hay una lista de preguntas para ayudarte a desafiar tus creencias problemáticas o poco adaptativas. No todas las cuestiones serán apropiadas para las creencias que elijas desafiar. Responde tantas cuestiones como puedas para la creencia que hayas elegido desafiar abajo.

Creencia: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es la evidencia a favor y en contra de esa idea?

**A FAVOR:**

**EN CONTRA:**

2. ¿Tu creencia es un hábito o está basada en hechos?
3. ¿Tus interpretaciones están demasiado alejadas de la realidad para ser verdaderas?
4. ¿Tu pensamiento está expresado en términos de “todo o nada”?
5. ¿Estás utilizando palabras o frases exageradas o muy extremas (p. e., siempre, para siempre, nunca, necesito, debo, no puedo, cada vez)?
6. ¿Estás sacando la situación fuera de contexto y centrándote solo en un aspecto del suceso?
7. ¿Es fiable la fuente de información?
8. ¿Estás confundiendo la baja probabilidad con la alta probabilidad?
9. ¿Están tus juicios basados en emociones más que en hechos?
10. ¿Te estás centrando en factores irrelevantes?

## PREGUNTAS DE DISCUSIÓN

Abajo hay una lista de preguntas para ayudarte a desafiar tus creencias problemáticas o poco adaptativas. No todas las cuestiones serán apropiadas para las creencias que elijas desafiar. Responde tantas cuestiones como puedas para la creencia que hayas elegido desafiar abajo.

Creencia: *Yo dejé que sucediera el accidente*

1. ¿Cuál es la evidencia a favor y en contra de esa idea?

**A FAVOR:** *Me quedé parado y vi cómo sucedía el accidente.*

**EN CONTRA:**

1. *No era el que debía hacer la guardia.*  
2. *No estaba de guardia*  
3. *Otros también estaban allí y tampoco hicieron nada.*
2. ¿Tu creencia es un hábito o está basada en hechos?  
*Yo soy lo que me he dicho desde que hablo durante 39 años. Lo tomo como un hecho. Es difícil cambiar mi creencia después de haberme hablado así durante tanto tiempo. Es como un molde en el alma. Por otro lado, el hecho es que yo estaba allí. Pero otros también.*
3. ¿Tus interpretaciones están demasiado alejadas de la realidad para ser verdaderas?  
*No creo que esté distorsionando lo que sucedió. Únicamente es duro lo que pasó. Es como un gran desacuerdo conmigo mismo. Siempre he recordado lo malo, y en esta ocasión me he dejado llevar.*
4. ¿Tu pensamiento está expresado en términos de “todo o nada”?  
*El hecho de que esto sucediera y hubiera podido impedirlo tampoco es blanco o negro. Me equivoqué y hubo una persona que pagó el precio. Tampoco le detuve o le dejé ir. Lo sabía, no como excusa, y dejarle ir fue muy duro.*
5. ¿Estás utilizando palabras o frases exageradas o muy extremas (p. e., siempre, para siempre, nunca, necesito, debo, no puedo, cada vez)?  
*Sí; ¡no puedo creer que permitiera que sucediera esta tragedia! Daño, angustia mental, permanente, muerte, pérdida para siempre.*
6. ¿Estás sacando la situación fuera de contexto y centrándote solo en un aspecto del suceso?  
*Creo que sí, estoy viendo el lado negativo – totalmente. Tengo completa responsabilidad.*
7. ¿Es fiable la fuente de información?  
*Presenciado por mí mismo*
8. ¿Estás confundiendo la baja probabilidad con la alta probabilidad?  
*Tiene una alta probabilidad porque sucedió. Incluso aunque todavía necesite dejarlo pasar.*
9. ¿Están tus juicios basados en emociones más que en hechos?  
*El hecho es que no pude cambiar el accidente*
10. ¿Te estás centrando en factores irrelevantes?  
*Las creencias están basadas en hechos*

## PREGUNTAS DE DISCUSIÓN

Abajo hay una lista de preguntas para ayudarte a desafiar tus creencias problemáticas o poco adaptativas. No todas las cuestiones serán apropiadas para las creencias que elijas desafiar. Responde tantas cuestiones como puedas para la creencia que hayas elegido desafiar abajo.

Creencia: Tomo antidepresivos, por lo que debe faltarme un tornillo

11. ¿Cuál es la evidencia a favor y en contra de esa idea?

**A FAVOR:** *Opiniones de otras personas*

**EN CONTRA:** *Me siento mejor cuando los tomo. Me ayuda a tomar mejores decisiones*

12. ¿Tu creencia es un hábito o está basada en hechos?

*Hábito – Escuchas a otros y parece como que todo el mundo toma prozac*

13. ¿Tus interpretaciones están demasiado alejadas de la realidad para ser verdaderas?

*Necesito la medicación para sentirme mejor*

14. ¿Tu pensamiento está expresado en términos de “todo o nada”?

*Me digo a mí mismo que si no lo tomo hoy perderé un tornillo*

15. ¿Estás utilizando palabras o frases exageradas o muy extremas (p. e., siempre, para siempre, nunca, necesito, debo, no puedo, cada vez)?

*Uso palabras como “estás loco”*

16. ¿Estás sacando la situación fuera de contexto y centrándote solo en un aspecto del suceso?

*N/A*

17. ¿Es fiable la fuente de información?

*No – Es mi creencia. Los profesionales creen que la necesito. Otras personas me dicen que no vale una mierda.*

18. ¿Estás confundiendo la baja probabilidad con la alta probabilidad?

*Sí, podría llegar a un punto en que no las necesitara*

19. ¿Están tus juicios basados en emociones más que en hechos?

*Sentimientos son lo que otros piensan*

20. ¿Te estás centrando en factores irrelevantes?

*Muchos – Realmente me ayuda. La persona que deje la medicación probablemente la necesite también.*

## PREGUNTAS DE DISCUSIÓN

Abajo hay una lista de preguntas para ayudarte a desafiar tus creencias problemáticas o poco adaptativas. No todas las cuestiones serán apropiadas para las creencias que elijas desafiar. Responde tantas cuestiones como puedas para la creencia que hayas elegido desafiar abajo.

Creencia: *Soy responsable de la muerte de mi madre*

21. ¿Cuál es la evidencia a favor y en contra de esa idea?

**A FAVOR:** *Creo que hay evidencia circunstancial*

**EN CONTRA:** *No hay evidencia concreta de esta creencia*

22. ¿Tu creencia es un hábito o está basada en hechos?

*Ha llegado a ser un hábito*

23. ¿Tus interpretaciones están demasiado alejadas de la realidad para ser verdaderas?

*Me culpo a mí mismo y no doy a mi madre la responsabilidad de las acciones que llevó a cabo*

24. ¿Tu pensamiento está expresado en términos de “todo o nada”?

*Por supuesto, era todo o nada; me sentí responsable, culpable principal. Pero ahora estoy procesando los sucesos, y no es todo por mi culpa.*

25. ¿Estás utilizando palabras o frases exageradas o muy extremas (p. e., siempre, para siempre, nunca, necesito, debo, no puedo, cada vez)?

*Soy responsable. Es todo por mi culpa. Debería haber manejado esa noche de forma diferente*

26. ¿Estás sacando la situación fuera de contexto y centrándote solo en un aspecto del suceso?

*Mi madre murió por sus acciones*

27. ¿Es fiable la fuente de información?

*Todavía me siento como si tuviera que ver algo con ello*

28. ¿Estás confundiendo la baja probabilidad con la alta probabilidad?

*Mi madre no estaba emocionalmente estable y en este punto yo tampoco*

29. ¿Están tus juicios basados en emociones más que en hechos?

*Emociones*

30. ¿Te estás centrando en factores irrelevantes?

*Sí, estoy centrado más en mí que en su rol.*

## SESIÓN 6: Preguntas de Discusión

1. **Administrar la PCL-S (en la sala de espera si es posible), recogerla y archivarla. Revisar la tarea práctica de la sesión 6 y determinar la agenda de la sesión (5 minutos)**
2. **Revisar los Registros de Preguntas de Discusión (10 minutos)**
  - Ayudar al paciente a responder a las cuestiones con las que haya tenido dificultades
  - Ayudar al paciente a analizar y confrontar los puntos de estancamiento (sesgos retrospectivos)
  - Empezar a cambiar el foco a la sobreacomodación, conforme se resuelve la autculpa
  - Re-leer el relato sobre el trauma (se aplica esto sólo si se necesita y es clínicamente relevante leerla en la sesión).
3. **Continuar la terapia cognitiva para los puntos de estancamiento (10 minutos)**
4. **Introducir el Registro de Patrones de Pensamiento Problemático (15 minutos)**
  - Revisar los folletos en blanco
  - Examinar el ejemplo
  - Cuestiones para considerar o afrontar:
    - ¿Tiene el paciente tendencia a patrones de pensamiento problemático específicos?
    - Describir cómo estos patrones llegan a convertirse en automáticos, ocasionando emociones negativas (utilizar un ejemplo) o causando que las personas se enganchen en conductas de autoderrota (utilizar un ejemplo).
    - ¿A qué otros sucesos de tu vida ha afectado esta clase de pensamiento?
    - ¿Sobreacomodación?
  - Ayudar al paciente a generar más posibles ejemplos de patrones de pensamiento problemático, relacionados y no relacionados con el trauma, empleando el Registro de Patrones de Pensamiento Negativos
  - Cambiar al paciente al diálogo socrático; dar apoyo, asesorar.
5. **Asignar tareas práctica y resolver problemas (5 minutos)**
  - Identificar puntos de estancamiento y hallar ejemplos de cada Registro de Patrones de Pensamiento Problemático. Darse cuenta y escribir ejemplos nuevos experimentados cada día. Buscar patrones. Buscar la forma en que están afectadas tus reacciones a los acontecimientos por tus malas experiencias pasadas y los patrones habituales que has desarrollado subsiguientemente.
  - Continuar leyendo las tareas sobre el trauma si todavía tienes emociones intensas sobre ellas
  - Si el paciente tuvo dificultades con los Registros de Preguntas de Desafío, asignar otro, así como Patrones de Pensamiento Problemático.
6. **Comprobar en sesión: reacciones del paciente a la sesión (5 minutos)**



## Sesión 6: Preguntas de Discusión

Las metas de la Sesión 6 son:

1. Revisar los Registros de Preguntas de Discusión
2. Ayudar al paciente a responder las preguntas con las que tuvo dificultades
3. Continuar con la terapia cognitiva para los puntos de estancamiento del paciente que esté intentando desafiar
4. Introducir y asignar como práctica el Registro de Patrones de Pensamiento Problemático

A no ser que el paciente necesite que el terapeuta escuche una nueva tarea, la escritura y lectura de otra tarea sobre el trauma puede realizarse fuera de la sesión. Sin embargo, el terapeuta querrá comprobar el progreso y preguntará al paciente sobre los puntos de estancamiento que necesita que se resuelvan.

Si en este punto del tratamiento no han disminuido las puntuaciones del paciente en la escala de TEPT, puede ser una señal de que no se ha resuelto el conflicto clave sobre el suceso. El terapeuta debería continuar dedicando una parte de la sesión a trabajar en el trauma con los Registros de Preguntas de Discusión y con preguntas Socráticas. En ese punto el terapeuta debería examinar la escala del TEPT para valorar qué síntomas son todavía los más problemáticos. Si el paciente todavía evita pensar o sentir emociones sobre una parte del suceso, sería adecuado pedirle que escriba una tarea más detallada de esa parte o confirmar que está leyendo la tarea fuera de la sesión tal como se indicó. Si el paciente comenta que tiene pesadillas o flashbacks continuados, el terapeuta debería examinar el contenido de los mismos. El contenido podría dar claves sobre la parte del suceso en que todavía está estancado. Por otro lado, el terapeuta puede volver a prestar atención a las creencias de sobreacomodación en el presente y en el futuro si se observa una reducción significativa en las puntuaciones en la escala del TEPT.

### Revisar el Registro de Preguntas de Discusión

La sesión comienza con la tarea práctica y revisando las respuestas del paciente al Registro de Preguntas de Discusión. El terapeuta ayuda al paciente a analizar y confrontar sus puntos de estancamiento. La mayor parte de los pacientes hacen un trabajo extraordinario respondiendo a las preguntas. Los problemas más comunes que encontramos es que los pacientes intentarán utilizar otros pensamientos como evidencia de apoyo a sus creencias problemáticas. Por ejemplo, en la discusión del punto de estancamiento “*debería haberme comportado de otra forma durante el suceso*” un paciente afirma que la evidencia es que “*debería haber prevenido el suceso*”. La segunda afirmación no es evidencia de la primera. El terapeuta puede ayudar a definir la evidencia como acciones que son “*aceptadas como pruebas en un juicio*”, en otras palabras, acciones observables con las que personas razonables podrían estar de acuerdo. En este caso, la única evidencia que podría apoyar la afirmación tendría que ser alguna prueba de negligencia o conducta dañina intencional.

Ocasionalmente, el paciente perderá de vista el hecho de que está respondiendo a una cuestión, y divagará utilizando las Preguntas de Discusión para discutir pensamientos diferentes en lugar de un pensamiento concreto. Otras veces el paciente puede considerar un punto de estancamiento que es demasiado vago y ser incapaz de responder a las preguntas. Se pueden evitar estos problemas si se dan los registros de ejemplo al paciente, y si el terapeuta y el paciente señalan algunos puntos de estancamiento bien especificados para trabajar con ellos. En esta etapa de la terapia lo más probable es que los puntos de estancamiento giren alrededor de la autculpa y sesgos retrospectivos, como que el suceso podría haberse manejado de forma diferente. En el caso de traumas que incluyen muertes de otros alrededor del paciente, también es probable que en el superviviente se produzca culpa. El terapeuta debería estar seguro de que se han identificado las atribuciones subyacentes, expectativas, y otras cogniciones conflictivas. Debería señalarse la relevancia de algunas cuestiones que el paciente es incapaz de reconocer.

En esta etapa de la terapia debería haber un cambio en la conducta del terapeuta. Hasta ahora el terapeuta ha estado preguntando cuestiones socráticas para ayudar al paciente a preguntarse sus supuestos. Con la introducción de las Preguntas de Discusión, los pacientes empiezan a preguntar-

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

se y responder esas cuestiones ellos mismos. El terapeuta empieza a tener un rol más de apoyo y consulta. El intercambio puede ser más interactivo y el terapeuta puede sugerir otras posibles respuestas a las preguntas. El terapeuta necesitará volver a las preguntas socráticas sólo cuando el paciente se estanque.

Las primeras cinco o seis sesiones de la terapia se centran en fomentar que el afecto natural siga su curso y modificar las cogniciones desadaptativas sobre el suceso a través del cuestionamiento socrático del terapeuta. Una vez se ha resuelto la asimilación (evidenciada por la autculpa, y frases que empiezan por “si solo”, y negación o amnesia funcional), la atención se vuelve a la sobreacomodación. Debido a las interpretaciones del paciente sobre las causas del suceso, se esbozan conclusiones sobre sí mismo y el mundo para sentirse más seguro y sentir más control, como si pudiera prevenir que otros sucesos negativos sucedieran. Por ejemplo, las personas que han sido atacadas por alguien que conocían es probable que experimenten alteraciones en la confianza. Pueden desarrollar problemas sobregeneralizados con la confianza en si sus seres queridos les abandonarán como consecuencia del suceso. Si un paciente opina que por su criterio permitió que sucediera el acontecimiento, él no confiará en su criterio en otras situaciones. Si alguien concluye que la autoridades fueron responsables del suceso, desconfiará de las autoridades. Tales creencias sobregeneralizadas y sobreacomodadas son un intento de sentirse más seguro pero producen que se alteren las relaciones, conductas de miedo, pobre autoestima, o suspicacia.

### Introducción a los Patrones de Pensamiento Problemático

Después de discutir las cuestiones, se introduce el Patrón Problemático de Pensamiento. Este registro es diferente del Registro de Preguntas de Discusión en que se centra en los patrones de pensamiento y no en creencias específicas. Más que centrarse en un solo pensamiento o creencia, se le pide al paciente que se de cuenta de si tiene tendencias a particulares patrones contraproducentes de pensamiento. El terapeuta debería describir cómo estos patrones llegan a ser automáticos, cómo crean sentimientos negativos y cómo causan que las personas tengan conductas de derrota (p.ej. evitando relaciones porque la conclusión es que no pueden confiar). El terapeuta debería utilizar ejemplos de sesiones previas o intentar que el paciente de un ejemplo de un suceso reciente.

### Tarea Práctica

Para la asignación de tareas, el paciente debería considerar sus puntos de estancamiento y ejemplos finales para cada patrón de pensamiento relevante. Conforme experimente los sucesos los siguientes días, debería darse cuenta y registrar cualquier patrón que identifique. Debería pedírsele que busque formas específicas en que sus reacciones al suceso podrían haberse visto afectadas por estos patrones habituales. Algunos de estos patrones de pensamiento pueden ser previos al suceso, o podrían haberse desarrollado en respuesta a él. Para que los pacientes entiendan estos patrones de pensamiento mejor, les daremos un registro con ejemplos con frases en negrita para que los completen. Si el paciente tuvo dificultades con el Registro de Preguntas de Discusión se le asignará otra además del Registro de Patrones de Pensamiento Problemático.

*“Considera los puntos de estancamiento que has identificado hasta este momento y busca ejemplos para cada uno de los patrones de pensamiento problemático en el registro diario (o a lo largo de la próxima semana). Busca la forma en que tus reacciones al suceso traumático pueden haberse visto afectadas por esos patrones habituales. Continúa leyendo tus tareas si todavía tienes emociones intensas en ellas”*

## **Muestra de Notas de Progreso de la Sesión 6**

**Contacto:** 50 minutos de sesión de psicoterapia

**Contenido:** Esta ha sido la sexta sesión de TPC para el TEPT. El paciente ha realizado sus tareas de discusión de puntos de estancamiento diariamente con ayuda del Registro de Preguntas de Discusión. Los puntos de estancamiento se han relacionado con la autculpa y se han abordado sesgos retrospectivos. Los patrones de pensamiento problemático contribuyen a que continúe el afrontamiento de los puntos de estancamiento. El paciente tiene más habilidades para discutir sus creencias disfuncionales erróneas con sus puntos de estancamiento. Se introducen los patrones problemáticos de pensamiento (p.ej., minimización\_/exageración, o pensamiento de todo o nada), y para ilustrar estos patrones se han utilizado ejemplos del pensamiento del paciente sobre el suceso traumático, y la vida en general. Acordó identificar ejemplos de cada patrón de pensamiento problemático antes de la siguiente sesión.

**Plan:** continuar con la TPC

# Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## PCL-S

### Instrucciones:

Considera la experiencia más estresante que hayas experimentado: \_\_\_\_\_

(acontecimiento)

Aquí hay una lista de problemas y quejas que a veces la gente experimenta en respuesta a experiencias vitales estresantes. Por favor, lee cada una cuidadosamente, y luego indica, utilizando los números de la derecha, cuánto te ha preocupado el problema en la última SEMANA.

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremo
69. Recuerdos repetitivos, inquietantes, pensamientos o imágenes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
70. Sueños repetitivos, inquietantes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
71. Actuaciones o sentimientos repentinos como si la experiencia estresante estuviera ocurriendo otra vez (como si estuvieras reviviendo)	1	2	3	4	5
72. Sentimientos de mucha preocupación cuando algo te ha recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
73. Reacciones físicas (p.ej., palpitaciones, respiración difícil, sudor) cuando algo te ha recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
74. Evitar pensar o hablar sobre la experiencia estresante o evitar sentimientos relacionados con ella	1	2	3	4	5
75. Evitar actividades o situaciones porque te han recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
76. Problemas para recordar partes importantes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
77. Pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban	1	2	3	4	5
78. Sentimiento de distancia o aislamiento de otras personas	1	2	3	4	5
79. Sentimientos de bloqueo emocional o ser incapaz de tener sentimientos de amor hacia personas muy cercanas	1	2	3	4	5
80. Sentir como si tu futuro de alguna manera será corto	1	2	3	4	5
81. Problemas con el sueño	1	2	3	4	5
82. Sentimientos de irritabilidad o explosiones de enfado	1	2	3	4	5
83. Dificultades para la concentración	1	2	3	4	5
84. Estar super alerta o vigilante	1	2	3	4	5
85. Sentirse nervioso, asustado	1	2	3	4	5

## Registro de Patrones de Pensamiento Problemático

En la lista de abajo hay algunos tipos de patrones problemáticos de pensamiento que las personas utilizan en diferentes situaciones de la vida. A menudo, estos patrones llegan a ser automáticos, pensamientos habituales que nos causan conductas de auto-derrota. Considerando tus propios puntos de estancamiento, halla ejemplos para cada uno de estos patrones. Escribe debajo de los puntos de estancamiento el patrón apropiado y describe cómo es de adecuado ese patrón. Piensa en cómo te afecta el patrón.

1. **Saltar a las conclusiones** cuando en ausencia de evidencia o es incluso contradictoria
2. **Exageración o minimización** de una situación (desproporcionando la forma en que ocurren las cosas o minimizando su importancia inadecuadamente).
3. **Desatender aspectos importantes** de una situación
4. **Sobresimplificación** de cosas como buenas/malas, o bien/mal
5. **Sobregeneralización** de un incidente simple (se ve un suceso negativo como un patrón que nunca termina)
6. **Lectura de la mente** (asumes que las personas piensan negativamente sobre ti cuando no hay evidencia de eso)
7. **Razonamiento emocional** (tienes un sentimiento y asumes que debe haber alguna razón)

## Registro de Patrones de Pensamiento Problemático

En la lista de abajo hay algunos tipos de patrones problemáticos de pensamiento que las personas utilizan en diferentes situaciones de la vida. A menudo, estos patrones llegan a ser automáticos, pensamientos habituales que nos causan conductas de auto-derrota. Considerando tus propios puntos de estancamiento, halla ejemplos para cada uno de estos patrones. Escribe debajo de los puntos de estancamiento el patrón apropiado y describe cómo es de adecuado es ese patrón. Piensa en cómo te afecta el patrón.

1. **Saltar a las conclusiones** cuando no hay evidencia o incluso esta es contradictoria (*Víctima de asalto sexual/veterano de combate*) *Si un hombre está solo con un niño, el hombre hará daño al niño*
2. **Exageración o minimización** de una situación (desproporcionando la forma en que ocurren las cosas o minimizando su importancia inapropiadamente).  
*Ví un cuerpo muerto y disturbios pero no fui herido, otras personas lo imaginaron peor, así que mi reacción a la situación fue mala. Fui débil.*
3. **Desatender aspectos importantes** de una situación  
Olvido que el agresor tenía un cuchillo, lo que es información importante sobre el control que tenía en la situación.
4. **Sobresimplificación** de cosas como buenas/malas, o bien/mal  
No estuvo bien por mi parte huir del cuerpo muerto y esconderme cuando estaba en Cuba.
5. **Sobregeneralización** de un incidente simple (se ve un suceso negativo como un patrón que nunca termina)  
Sufrí abusos por parte de mi abuelo, así que cuando veo a un hombre mayor que se parece a él creo que debe ser como él.
6. **Lectura de la mente** (asumes que las personas piensan negativamente sobre ti cuando no hay evidencia de eso)  
Mi padre está gritando, así que asumo que debe estar enfadado. Pero no es así muchas de las veces, ya que algunas veces grita porque está sordo de un oído y se está quedando sordo del otro oído. Grita porque no sabe que está gritando.
7. **Razonamiento emocional** (tienes un sentimiento y asumes que debe haber alguna razón)  
Lloré y me sentí culpable cuando mi padre me gritó cuando me hice una herida, así que debo haber hecho algo mal.

## Registro de Patrones Problemáticos de Pensamiento

En la lista de abajo hay algunos tipos de patrones problemáticos de pensamiento que las personas utilizan en diferentes situaciones de la vida. A menudo, estos patrones llegan a ser automáticos, pensamientos habituales que nos causan conductas de auto-derrota. Considerando tus propios puntos de estancamiento, halla ejemplos para cada uno de estos patrones. Escribe debajo de los puntos de estancamiento el patrón apropiado y describe cómo se adecua ese patrón. Piensa en cómo te afecta el patrón.

1. **Saltar a las conclusiones** cuando no hay evidencia o incluso esta es contradictoria (veterano de combate) Hice un mal trabajo. No salvé a mi amigo y otras personas también murieron en la batalla. Pero lo hice lo mejor que pude y no había manera de haber salvado a todo el mundo, eso no es realista. Contribuí a la lucha y haciéndolo puede que haya salvado a algunos de mis amigos. Me salvé a mí también. Supongo que no hay evidencia de haber hecho un “mal” trabajo. Supongo que hay evidencia de haber hecho mi trabajo, de haber hecho un buen trabajo,
2. **Exageración o minimización** de una situación (desproporcionando la forma en que ocurren las cosas o minimizando su importancia inapropiadamente).  
Solía decir que si no hubiera estado dormido no hubiera ocurrido la emboscada, y no hubiera muerto nadie. Ahora diría que he minimizado la gravedad y la impredecibilidad de la guerra.
3. **Desatender aspectos importantes** de una situación  
Siempre me he sentido culpable porque maté a personas. Me he sentido mal conmigo mismo y me he creído una calamidad durante años. No he pensado sobre la realidad de la situación; era la guerra. Tenía que matar. Esa es la naturaleza de la guerra. Puede que ahora no esté de acuerdo con la guerra, o creer en la guerra, pero el hecho es que estaba en la guerra y que para sobrevivir tenía que disparar. Era mi deber disparar y defender mi regimiento. Sintiéndome culpable y asumiendo que yo era malo, estaba desconsiderando un importante factor de la situación – estaba desconsiderando que estaba en una guerra.
4. **Sobresimplificación** de cosas como buenas/malas, o bien/mal  
Nadie es bueno o malo. Puedo haber hecho algunas cosas en mi vida que no eran buenas, pero eso no me hace mala persona.
5. **Sobregeneralización** de un incidente simple (se ve un suceso negativo como un patrón que nunca termina)  
La emboscada fue un suceso en la guerra, y no un suceso en mi vida. Porque sea un suceso espantoso no quiere decir que no sepa manejar las cosas. No significa que haga mal todo.
6. **Lectura de la mente** (asumes que las personas piensan negativamente sobre ti cuando no hay evidencia de eso)  
Siempre asumí que había defraudado a todos. Asumí que ellos pensaban que yo había permitido que ocurriera la emboscada. Pero ahora me doy cuenta de que sólo imaginé eso – realmente no sabía lo que ellos estaban pensando; desde que he escrito a algunos de los compañeros y ninguno de ellos pensó que era mi culpa. Muchacho, supongo que estaba leyendo la mente.
7. **Razonamiento emocional** (tienes un sentimiento y asumes que debe haber alguna razón)  
Desde que me siento culpable asumí que soy culpable. Pero sentir algo es muy diferente de la verdad. Me sentí culpable porque se hería a personas, pero eso no significa que fuera por mi culpa.

## **SESION 7: Patrones de Pensamiento Problemático**

- 1. Administrar la PCL-S (en la sala de espera si es posible), recoger, y archivar. Revisar las Tareas Prácticas y establecer la agenda de la sesión (5 minutos)**
- 2. Revisar el Registro de Patrones Problemáticos de Pensamiento y resolver los puntos de estancamiento relacionados con el trauma (10 minutos)**
  - Cuestiones a considerar o resolver:
    - El paciente ¿tiene fuertes tendencias a patrones particulares?
    - Discutir cómo esos patrones pueden afectar a sus reacciones al trauma
    - Sustituir por otras cogniciones más adaptativas
- 3. Introducir el Registro de Discusión de Creencias con un ejemplo (15 minutos)**
  - Señalar lo que se repite de registros previos
    - Grado de intensidad de la creencia (0-100%)
    - Grado de intensidad de la emoción (0-100%)
    - Utilizar el Registro de Preguntas de Discusión
    - Utilizar el Registro de Patrones Problemáticos de Pensamiento
    - Generar nuevas afirmaciones, equilibradas y basadas en la evidencia
- 4. Introducir la primera de las cinco áreas problema: cuestiones de seguridad relacionadas con uno mismo y otros (10 minutos).**
  - Cinco temas: seguridad, confianza, poder/control, estima, intimidad.
  - Antes/Después: Cómo afectó el trauma a creencias sobre \_\_\_\_\_ para uno mismo? ¿Para otros?
  - Puntos de Estancamiento
  - Necesidad de reconocer cómo influyen las creencias en la conducta/evitación
  - Ayudar al paciente a introducir autoafirmaciones más moderadas.
  - Practicar con el Registro de Discusión de Creencias introduciéndose en un punto relacionado con la seguridad (que puede ser completado por la práctica)
- 5. Asignar tareas prácticas y solución de problemas (5 minutos)**
  - Identificación diaria de puntos de estancamiento – relacionándolos con la seguridad y confrontarlos utilizando el Registro de Discusión de Creencias. Buscar formas específicas en que tus reacciones al suceso traumático pueden haberse visto afectadas por estos patrones habituales. Intentar utilizar esto para un suceso angustioso reciente también.
  - Hacer que el paciente continúe leyendo los Relatos del Trauma si todavía tiene emociones intensas.
- 6. Comprobar: reacciones del paciente a la sesión (5 minutos)**



## **SESION 7: Patrones de Pensamiento Problemático**

Las metas de la sesión 7 son:

- 1 Revisar el Registro de Patrones Problemáticos de Pensamiento
- 2 Ayudar al paciente a determinar si tiene fuertes tendencias a cualquier patrón contraproducente.
- 3 Introducir el Registro de Discusión de Creencias que se empleará durante el resto de la terapia
- 4 Introducir el Folleto del Módulo de Seguridad

(**NOTA:** Si el terapeuta está utilizando la TPC sin hacer referencia al trauma, esta sesión se dividirá y el Módulo de Seguridad se introducirá en la siguiente sesión. En esta sesión se introducirá el Registro de Discusión de Creencias, y el paciente trabajará desde el algoritmo de sus puntos de estancamiento)

### **Revisión de los Patrones Problemáticos de Pensamiento para Afrontar los Puntos de Estancamiento Relacionados con el Trauma**

Las sesiones deberían empezar con la revisión de las tareas sobre lo Patrones Problemáticos de Pensamiento. El terapeuta ayuda al paciente a confrontar las autoafirmaciones automáticas y reemplazarlas por otras cogniciones más adaptativas. El terapeuta debería discutir con el paciente cómo estos patrones pueden haber afectado a sus reacciones al o los sucesos traumáticos. Hay un número de patrones problemáticos de pensamiento que se ven frecuentemente en esta población. Por ejemplo, un paciente que habitualmente salta a las conclusiones, que cree que los resultados negativos son por su culpa, incrementa la probabilidad de autculpa después del suceso. La lectura de la mente es muy común. El paciente asume que otras personas piensan y sienten de la misma manera que ella y reacciona como si este fuera el caso, dando lugar a la alienación de otros. El razonamiento emocional sobre la seguridad y la culpa se observan frecuentemente. Por sentir miedo, la paciente asume que está en peligro. Si una persona siente vergüenza o culpa, asume que significa que esto es una prueba de que debe haber hecho algo mal.

La sobregeneralización de un único incidente y el pensamiento extremo blanco y negro también son muy comunes. Incluso aunque no lo crea totalmente al comienzo, convencer al paciente para que cambie el uso de su lenguaje puede tener un efecto inmediato en la intensidad de las emociones secundarias (maufacturadas. Una vez que el terapeuta puede establecer un mínimo de confianza en que es posible confiar de alguna manera en algunas personas (incluso solo una persona), el terapeuta puede continuar recordando al paciente que “todo” no es exacto. Cuando el paciente empieza a decir “no se puede confiar en algunas personas” las emociones que les acompañan son menos intensas que decir “todas” (ver ejemplos en las siguientes dos páginas)

### **Introducción al Registro de Discusión de Creencias con un Ejemplo de Trauma**

En este punto el terapeuta debería introducir el Registro de Discusión de Creencias (Adaptado de Beck y Emery, 1985,p.205). La introducción de este registro es muy importante a fin de que el paciente no se abrume por la complejidad de esto. El registro trae juntas todas las habilidades que se han enseñado en los registros utilizados durante la terapia e introduce la noción de pensamientos y sentimientos alternativos. El Registro de Discusión de Creencias se utilizará durante el resto de las sesiones. El registro ABC se incorpora en las dos columnas de la izquierda. Sin embargo, en este punto se pregunta al paciente que valore el grado en que cree sus afirmaciones (0-100%) y cuál es la intensidad de sus emociones (0-100%). Para discutir la creencia, el paciente comienza examinando las preguntas de discusión y respondiendo a la mayoría de las pertinentes. Luego examina el Registro de Patrones Problemáticos de Pensamiento para ver si ha caído en un patrón de pensamiento contraproducente. Luego, para la primera vez, se pide a la paciente que genere otras afirmaciones más equilibradas y basadas en la evidencia. En este punto es importante enfatizar que la meta de la terapia no es necesariamente volver a sus creencias previas. Si alguien tuviera creen-

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

cias extremas antes del suceso, la meta sería desarrollar creencias más equilibradas, más adaptativas. Por ejemplo, si alguien tendía a creer que podía creer en todo el mundo, no sería realista y podría ser de alto riesgo volver a esa creencia. O si alguien creía que siempre es importante acabar con las emociones, no querríamos que volviera a esa creencia. Las personas con una larga historia de trauma, particularmente con comienzo en la infancia, son propensas a creencias extremas que pueden estar muy arraigadas. Las tareas consistirán en analizar los puntos de estancamiento u otras reacciones al trauma y confrontar y cambiar las creencias problemáticas con el Registro de Discusión de Creencias. Como ejemplo, debería ser utilizado un punto de estancamiento que se identificó desde la tarea inicial del Relato de Impacto o de las sesiones precedentes. El terapeuta y paciente deberían rellenar un registro juntos en la sesión. El terapeuta debería ayudar al paciente a elegir al menos un punto de estancamiento para trabajar cada día durante la siguiente semana, pero debería animarle a utilizar los registros para sucesos que ocurren durante la semana.

### **Introducción a Cuestiones de Seguridad Relacionadas con uno Mismo y Otros**

El terapeuta debería introducir los primeros cinco temas específicos que se discutirán durante las siguientes cinco sesiones.

*“Para las siguientes cinco sesiones empezaremos a considerar temas específicos que pueden ser áreas de creencias en tu vida que se vieron afectadas por el suceso traumático. En cada sesión te pediré que consideres cuál de tus creencias tenías previamente al suceso y que consideres cómo te afectó. Si decidimos juntos que ninguna de estos temas representa puntos de estancamiento para ti, te pediré que hagas los registros sobre ellas para que empieces a cambiar lo que te dices a ti misma. Los cinco temas generales son la seguridad, confianza, poder y control, estima, e intimidad. Pueden considerarse cada uno de esos temas desde dos puntos de vista, cómo te ves a ti misma y cómo ves a otros.”*

*“El primer tema que discutiremos será la seguridad. Si previamente al suceso pensabas que estabas bastante segura (que otros no eran peligrosos) y que tú podías protegerte a ti misma, es probable que estas creencias se hayan alterado por el suceso. Por otro lado, si tuviste experiencias previas que te llevaron a pensar que otros era peligrosos o que probablemente te harían daño, o creencias de que no eras capaz de protegerte a ti misma, el suceso serviría para confirmar o fortalecer esas creencias. ¿Cuando creciste tuviste alguna experiencia que te hiciera creer que estabas insegura o en riesgo? ¿Estuviste protegida? ¿Creíste que eras invulnerable a sucesos traumáticos?”*

Después de que el paciente describa sus creencias previas, el terapeuta debería ayudarle a determinar si sus creencias previas se alteraron o reforzaron por el suceso traumático. El terapeuta y el paciente deberían determinar si continúa teniendo creencias negativas relativas a la seguridad de otros o su habilidad para protegerse del daño. Deberían discutir cómo las creencias negativas elicitaban reacciones de ansiedad (p. ej., “algo malo me sucederá si salgo sola en mi coche”). El paciente necesitará reconocer cómo estas creencias y emociones afectan a su conducta (evitación). Miedos sobregeneralizados llevan a algunos pacientes a evitar grupos enteros de gente que se asocian a un conflicto particular. Un veterano de Vietnam informó que siempre estaba incómodo con personas asiáticas, mientras que un veterano de Iraq dijo que siempre estaba en guardia cuando estaba cerca de alguien que parecía de Oriente Medio. En ambos casos, los pacientes dijeron que no podían decir a un amigo del enemigo en la guerra, que habían aprendido a estar recelosos de la mayor parte de personas que les recordaban de alguna manera sus experiencias. En el comienzo de la terapia no veían diferencias entre sucesos de baja probabilidad y alta probabilidad, y creían que corrían el mismo riesgo en Iraq como en su propia ciudad. Cualquier posibilidad de daño era demasiado para tolerarlo. El terapeuta discutió mediante preguntas cuántas veces le habían disparado desde que llegó a su casa. Cuando el veterano afirmaba que estaba seguro porque protegía los alrededores de casa cada noche y patrullaba gran parte de la tarde, el terapeuta le preguntó cuántas veces fueron atacados los vecinos y las personas del siguiente bloque en sus propias casas y suavemente se le pidió que se preguntara

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

si tenía alguna evidencia de que estaba en otro peligro que no fuera su propio miedo (razonamiento emocional).

Puede ser necesario que el terapeuta tenga que ayudar al paciente a diferenciar prácticas de seguridad prudente, de cualquier evitación basada en el miedo al final de la sesión o durante la siguiente sesión. El paciente puede reducir la probabilidad de ser una víctima a partir de medidas de seguridad incrementadas (p. ej., cerrar puertas, pero no comprobarlas repetidamente) sin sentir miedo y pánico o caer en excesivas conductas de evitación. Sin embargo, algunos sucesos son tan impredecibles e inevitables que no hay manera de reducir su riesgo (p. ej. el ataque al World Trade Center). El miedo generalizado no va a prevenir sucesos traumáticos y sólo servirá para prevenir la recuperación. A lo largo de estas líneas, algunos pacientes han focalizado tanta atención en algunos factores asociados con el trauma que ellos se focalizan en toda su seguridad planificando en los factores excluyendo otras fuentes de peligro de alto riesgo. Por ejemplo, a una paciente le atacaron en su propia ciudad. Durante años más tarde empleó gran cantidad de tiempo y dinero en sistemas de alarma y medidas de seguridad en su propia casa. Por otro lado, salía a bares y a emborracharse con sus amigos de forma regular. Fue incluso víctima de una violación en una cita en que pusieron droga en su bebida para dejarla inconsciente y violarla. Todavía se centraba únicamente en la probabilidad de ser atacada en su casa mientras que ignoraba otros riesgos altos.

El terapeuta debería ayudar a la paciente a reconocer sus autoafirmaciones y empezar a introducir autoafirmaciones alternativas, más moderadas, y menos elicitoras de miedo (p. ej., cambiar “estoy segura de que va a suceder otra vez” por “es improbable que suceda otra vez”). Algunas veces los pacientes creen que si el suceso ocurre una vez, volverá a suceder. Puede ser necesario que el terapeuta proporcione al paciente algunos datos estadísticos y recordarle que este suceso no ocurrió diariamente, semanalmente, o incluso anualmente. De hecho, es un suceso de baja probabilidad. Aunque el terapeuta no puede prometer que no ocurrirá otra vez, puede ayudar al paciente a ver que no tiene que comportarse como si fuera un suceso de alta frecuencia. El terapeuta puede señalar que el paciente salta a las conclusiones sin evidencia de apoyo.

### Asignación de Tareas

Se debería dar al paciente el Módulo de Seguridad para recordarle estas cuestiones. Los módulos sobre seguridad y otras cuestiones se basan en el trabajo de McCann & Pearlman<sup>11</sup> (1990a). Si las cuestiones de autoseguridad u otras cuestiones de seguridad son evidentes en las afirmaciones o conducta del paciente, debería hacer al menos un registro sobre seguridad antes de la siguiente sesión. Si no, se debería animar al paciente a cumplimentar los registros sobre otros puntos de estancamiento y sucesos recientes relacionados con el trauma que hayan sido angustiosos.

*“Utiliza el Registro de Discusión de Creencias para analizar y confrontar al menos uno de tus puntos de estancamiento cada día. Por favor, lee sobre el módulo de seguridad y piensa sobre cómo tus creencias previas se vieron afectadas por el suceso. Si tienes cuestiones de seguridad relacionadas contigo misma u otros, haz al menos un registro para confrontar esas creencias. Utiliza los registros restantes para otros puntos de estancamiento o para sucesos angustiantes que te hayan ocurrido recientemente”*

## Notas de Progreso Sesión 7

**Contacto:** 50-minutos sesión de psicoterapia

**Contenido:** Ha sido la séptima sesión de TPC para TEPT. La paciente realizó sus tareas relacionadas con la identificación de patrones de pensamiento problemático. Se ha introducido el Registro de Discusión de Creencias como un método de reestructuración cognitiva autoguiado. Se ha utilizado un ejemplo de punto de estancamiento para ilustrar el uso del registro. Es más capaz de discutir su propio pensamiento desadaptativo. Se han introducido los cinco temas restantes del tratamiento, con el centro de atención en la seguridad, lo que se explorará en la siguiente sesión. La paciente está de acuerdo con cumplimentar el Registro de Discusión de Creencias cada día sobre puntos de estancamiento antes de la siguiente sesión y leer el material relacionado con los puntos de estancamiento de seguridad.

**Plan:** Continuar con la TPC

# Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## PCL-S

### Instrucciones:

Considera la experiencia más estresante que hayas experimentado: \_\_\_\_\_

(acontecimiento)

Aquí hay una lista de problemas y quejas que a veces la gente experimenta en respuesta a experiencias vitales estresantes. Por favor, lee cada una cuidadosamente, y luego indica, utilizando los números de la derecha, cuánto te ha preocupado el problema en la última SEMANA.

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremo
86. Recuerdos repetitivos, inquietantes, pensamientos o imágenes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
87. Sueños repetitivos, inquietantes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
88. Actuaciones o sentimientos repentinos como si la experiencia estresante estuviera ocurriendo otra vez (como si estuvieras reviviendo)	1	2	3	4	5
89. Sentimientos de mucha preocupación cuando algo te ha recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
90. Reacciones físicas (p.ej., palpitaciones, respiración difícil, sudor) cuando algo te ha recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
91. Evitar pensar o hablar sobre la experiencia estresante o evitar sentimientos relacionados con ella	1	2	3	4	5
92. Evitar actividades o situaciones porque te han recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
93. Problemas para recordar partes importantes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
94. Pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban	1	2	3	4	5
95. Sentimiento de distancia o aislamiento de otras personas	1	2	3	4	5
96. Sentimientos de bloqueo emocional o ser incapaz de tener sentimientos de amor hacia personas muy cercanas	1	2	3	4	5
97. Sentir como si tu futuro de alguna manera será corto	1	2	3	4	5
98. Problemas con el sueño	1	2	3	4	5
99. Sentimientos de irritabilidad o explosiones de enfado	1	2	3	4	5
100. Dificultades para la concentración	1	2	3	4	5
101. Estar super alerta o vigilante	1	2	3	4	5
102. Sentirse nervioso, asustado	1	2	3	4	5

*Registro de Discusión de Creencias*

<b>A. Situación</b>	<b>B. Pensamientos</b>	<b>D. Desafío de Pensamientos</b>	<b>E. Patrones Problemáticos</b>	<b>F. Pensamientos Alternativos</b>											
Describe el suceso, pensamiento o creencia que lleva a las emociones desagradables	Escribe los pensamientos relacionados con la Columna A.  Grado de creencia de cada pensamiento de debajo de 0-100% (¿Cuánto crees este pensamiento?)	Utiliza las Cuestiones de Desafío para determinar tus pensamientos automáticos de la Columna B  EL pensamiento ¿es equilibrado, basado en hechos, o es extremo?	Utiliza el Registro de Patrones de Pensamiento Problemático para decidir si este es uno de tus patrones de pensamiento problemáticos	¿Qué más puedo decir en lugar de la Columna B? ¿Qué más puedo interpretar sobre el suceso en lugar de la Columna B?  Grado de creencia en el pensamiento alternativo de 0-100%											
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td data-bbox="450 507 786 938"></td> <td data-bbox="786 507 1263 938">                             Evidencia a favor:                               Evidencia en contra                               ¿Hábito o hecho?                               ¿Interpretaciones no exactas?                               ¿Todo o nada?                               ¿Extremo o exagerado?                               ¿Fuera de contexto?                         </td> <td data-bbox="1263 507 1646 938">                             Salto a conclusiones:                                Exageración o minimización:                                Desconsideración de aspectos importantes:                               Sobresimplificación:                         </td> <td data-bbox="1646 507 2051 938"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="450 938 786 1010" style="text-align: center;"><b>C. Emociones</b></td> <td data-bbox="786 938 1263 1010">                             ¿Fuente poco fiable?                         </td> <td data-bbox="1263 938 1646 1010">                             Sobregeneralización:                         </td> <td data-bbox="1646 938 2051 1010" style="text-align: center;"><b>G .Re-evaluar pensamientos antiguos</b></td> </tr> <tr> <td data-bbox="450 1010 786 1313">Especificar tristeza, enfado, etc, y valorar la intensidad con la que sientes cada emoción de 0-100%</td> <td data-bbox="786 1010 1263 1313">                             ¿Baja vs alta probabilidad?                               ¿Basado en sentimientos o hechos?                               ¿Factores irrelevantes?                         </td> <td data-bbox="1263 1010 1646 1313">                             Lectura de mente:                                Razonamiento emocional:                         </td> <td data-bbox="1646 1010 2051 1313">                             Valora cuánto crees ahora en los pensamientos de la Columna B de 0-100%   <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td data-bbox="1646 1185 2051 1225" style="text-align: center;"><b>H. Emociones</b></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1646 1225 2051 1313">¿Qué sientes ahora? 0 – 100%</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>		Evidencia a favor:  Evidencia en contra  ¿Hábito o hecho?  ¿Interpretaciones no exactas?  ¿Todo o nada?  ¿Extremo o exagerado?  ¿Fuera de contexto?	Salto a conclusiones:   Exageración o minimización:   Desconsideración de aspectos importantes:  Sobresimplificación:		<b>C. Emociones</b>	¿Fuente poco fiable?	Sobregeneralización:	<b>G .Re-evaluar pensamientos antiguos</b>	Especificar tristeza, enfado, etc, y valorar la intensidad con la que sientes cada emoción de 0-100%	¿Baja vs alta probabilidad?  ¿Basado en sentimientos o hechos?  ¿Factores irrelevantes?	Lectura de mente:   Razonamiento emocional:	Valora cuánto crees ahora en los pensamientos de la Columna B de 0-100%  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td data-bbox="1646 1185 2051 1225" style="text-align: center;"><b>H. Emociones</b></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1646 1225 2051 1313">¿Qué sientes ahora? 0 – 100%</td> </tr> </table>	<b>H. Emociones</b>	¿Qué sientes ahora? 0 – 100%
	Evidencia a favor:  Evidencia en contra  ¿Hábito o hecho?  ¿Interpretaciones no exactas?  ¿Todo o nada?  ¿Extremo o exagerado?  ¿Fuera de contexto?	Salto a conclusiones:   Exageración o minimización:   Desconsideración de aspectos importantes:  Sobresimplificación:													
<b>C. Emociones</b>	¿Fuente poco fiable?	Sobregeneralización:	<b>G .Re-evaluar pensamientos antiguos</b>												
Especificar tristeza, enfado, etc, y valorar la intensidad con la que sientes cada emoción de 0-100%	¿Baja vs alta probabilidad?  ¿Basado en sentimientos o hechos?  ¿Factores irrelevantes?	Lectura de mente:   Razonamiento emocional:	Valora cuánto crees ahora en los pensamientos de la Columna B de 0-100%  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td data-bbox="1646 1185 2051 1225" style="text-align: center;"><b>H. Emociones</b></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1646 1225 2051 1313">¿Qué sientes ahora? 0 – 100%</td> </tr> </table>	<b>H. Emociones</b>	¿Qué sientes ahora? 0 – 100%										
<b>H. Emociones</b>															
¿Qué sientes ahora? 0 – 100%															

*Registro de Discusión de Creencias*

<b>A. Situación</b>	<b>B. Pensamientos</b>	<b>D. Desafío de Pensamientos</b>	<b>E. Patrones Problemáticos</b>	<b>F. Pensamientos Alternativos</b>
Describe el suceso, pensamiento o creencia que lleva a las emociones desagradables	Escribe los pensamientos relacionados con la Columna A.  Grado de creencia de cada pensamiento de debajo de 0-100% (¿Cuánto crees este pensamiento?)	Utiliza las Cuestiones de Desafío para determinar tus pensamientos automáticos de la Columna B  El pensamiento ¿es extremo y actual o es extremo?	Utiliza el Registro de Patrones de Pensamiento Problemático para decidir si este es uno de tus patrones de pensamiento problemáticos	¿Qué más puedo decir en lugar de la Columna B? ¿Qué más puedo interpretar sobre el suceso en lugar de la Columna B?  Grado de creencia en el pensamiento alternativo de 0-100%
Tengo que viajar en avión	Viajar en avión es peligroso – 75%  Podrían matarme – 50%	Evidencia a favor: Otras personas han sido asesinadas  Evidencia en contra. Se ha incrementado la seguridad en los aeropuertos ¿Hábito o hecho?  ¿Interpretaciones no exactas? ¿Todo o nada?  ¿Extremo o exagerado? ¿Fuera de contexto?	Salto a conclusiones:  Exageración o minimización:  Desconsideración de aspectos importantes: Sobresimplificación:  Sobregeneralización:  Lectura de mente:  Razonamiento emocional: Me siento muy pequeño. Me herirán o matarán en el vuelo – 95%	Las posibilidades de que me maten o hieran son muy pequeñas durante el vuelo – 95%  Incluso si el avión explotara, no podría hacer nada – 80%
	<b>C. Emociones</b>			<b>G .Re-evaluar pensamientos antiguos</b>
	Especificar tristeza, enfado, etc, y valorar la intensidad con la que sientes cada emoción de 0-100% Miedo – 100% Ansiedad – 75% Indefensión – 75%	¿Fuente poco fiable?  ¿Baja vs alta probabilidad? ¿Basado en sentimientos o hechos?  Creo esto porque me siento asustado y no porque sea realista  ¿Factores irrelevantes?		Valora cuánto crees ahora en los pensamientos de la Columna B de 0-100% 15%, 10%
				<b>H. Emociones</b>  ¿Qué sientes ahora? 0 – 100%  Miedo – 40%    Ansiedad – 10% Indefensión – 5%

Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT				
A. Situación	B. Pensamientos	D. Desafío de Pensamientos	E. Patrones Problemáticos	F. Pensamientos Alternativos
Describe el suceso, pensamiento o creencia que lleva a las emociones desagradables	<p>Escribe los pensamientos relacionados con la Columna A.</p> <p>Grado de creencia de cada pensamiento de debajo de 0-100% (¿Cuánto crees este pensamiento?)</p>	<p>Utiliza las Cuestiones de Desafío para determinar tus pensamientos automáticos de la Columna B</p> <p>El pensamiento ¿es extremo y actual o es extremo</p>	<p>Utiliza el Registro de Patrones de Pensamiento Problemático para decidir si este es uno de tus patrones de pensamiento problemáticos</p>	<p>¿Qué más puedo decir en lugar de la Columna B? ¿Qué más puedo interpretar sobre el suceso en lugar de la Columna B?</p> <p>Grado de creencia en el pensamiento alternativo de 0-100%</p>
Llevé a mi compañía a una emboscada y murieron muchos de mis hombres	<p>Debería haberlo visto venir – 100%</p> <p>Debería haberlo prevenido – es por mi culpa por lo que esas personas murieron</p>	<p>Evidencia a favor: Hubo personas asesinadas</p> <p>Evidencia en contra: No había forma de saber lo que iba a ocurrir en la emboscada – esa es la naturaleza de una emboscada. Pensar que debía haber sabido lo que iba a ocurrir es ignorar el hecho de que era una emboscada</p> <p>¿Hábito o hecho?</p> <p>¿Interpretaciones no exactas?</p> <p>¿Todo o nada? Nadie hubiera llevado a su compañía a una emboscada</p> <p>¿Extremo o exagerado?</p> <p>¿Fuera de contexto?</p> <p>¿Fuente poco fiable?</p> <p>¿Baja vs alta probabilidad?</p> <p>¿Basado en sentimientos o hechos?</p> <p>¿Factores irrelevantes?</p>	<p>Salto a conclusiones:</p> <p>Exageración o minimización:</p> <p>Desconsideración de aspectos importantes: No he prestado atención al hecho de que era una emboscada. No había forma de poderlo saber.</p> <p>Sobresimplificación:</p> <p>Sobregeneralización:</p> <p>Lectura de mente:</p> <p>Razonamiento emocional: Porque siento culpa soy culpable</p>	<p>No había manera de verlo venir en el momento -85%</p> <p>Lo hice lo mejor que pude dadas las circunstancias – 90%</p> <p>No es mi culpa que las personas fueran asesinadas en la emboscada – 75%</p>
	<b>C. Emociones</b>			<b>G .Re-evaluar pensamientos antiguos</b>
	<p>Especificar tristeza, enfado, etc, y valorar la intensidad con la que sientes cada emoción de 0-100%</p> <p>Culpa –100% Indefensión 100%</p> <p>Ansioso – 75%</p>			<p>Valora cuánto crees ahora en los pensamientos de la Columna B de 0-100%</p> <p>15%, 10%</p>
				<b>H. Emociones</b>
				<p>¿Qué sientes ahora? 0 – 100%</p> <p>Culpa – 40% Inefensión – 80%</p> <p>Ansioso – 40%</p>



## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT				
<b>A. Situación</b>	<b>B. Pensamientos</b>	<b>D. Desafío de Pensamientos</b>	<b>E. Patrones Problemáticos</b>	<b>F. Pensamientos Alternativos</b>
Describe el suceso, pensamiento o creencia que lleva a las emociones desagradables	<p>Escribe los pensamientos relacionados con la Columna A.</p> <p>Grado de creencia de cada pensamiento de debajo de 0-100% (¿Cuánto crees este pensamiento?)</p>	<p>Utiliza las Cuestiones de Desafío para determinar tus pensamientos automáticos de la Columna B</p> <p>El pensamiento ¿es extremo y actual o es extremo?</p>	<p>Utiliza el Registro de Patrones de Pensamiento Problemático para decidir si este es uno de tus patrones de pensamiento problemáticos</p>	<p>¿Qué más puedo decir en lugar de la Columna B? ¿Qué más puedo interpretar sobre el suceso en lugar de la Columna B?</p> <p>Grado de creencia en el pensamiento alternativo de 0-100%</p>
Si expreso ira estaré fuera de control	<p>La ira no está bien, así que está mal – 50%</p> <p>Las personas enfadadas dan miedo. No quiero ser de esa manera – 90%</p> <p>Si me dejo llevar seré destructivo – 85%</p>	<p>Evidencia a favor: Sentir mi ira me asfixia porque no la dejo salir</p> <p>Evidencia en contra. Incluso Jesús se enfadó. Nunca he sido destructivo cuando me he enfadado</p> <p>¿Hábito o hecho?</p> <p>¿Interpretaciones no exactas?</p> <p>¿Todo o nada?</p> <p>¿Extremo o exagerado? Mis frases y palabras para describir la ira son exageradas</p> <p>¿Fuera de contexto?</p> <p>¿Fuente poco fiable?</p> <p>¿Baja vs alta probabilidad?</p> <p>¿Basado en sentimientos o hechos?</p> <p>¿Factores irrelevantes?</p>	<p>Salto a conclusiones:</p> <p>Exageración o minimización: La ira es furia en lugar de lo que es - desagradable</p> <p>Desconsideración de aspectos importantes:</p> <p>Sobresimplificación:</p> <p>Sobregeneralización:</p> <p>Lectura de mente:</p> <p>Razonamiento emocional: Por la ira me siento mal, eso es malo, así debo ser yo también</p>	<p>La ira es apropiada en algunas situaciones – 100%</p> <p>La ira puede expresarse sin agresión – 60%</p> <p>La ira es una emoción como la tristeza. Me dejo sentir eso y no es incontenible – 60%</p>
	<b>C. Emociones</b>			<b>G. Re-evaluar pensamientos antiguos</b>
	<p>Especificar tristeza, enfado, etc, y valorar la intensidad con la que sientes cada emoción de 0-100%</p> <p>Enfado -50%</p> <p>Miedo – 95%</p>			<p>Valora cuánto crees ahora en los pensamientos de la Columna B de 0-100%</p> <p>20%, 75%, 50%</p> <p><b>H. Emociones</b></p> <p>¿Qué sientes ahora? 0 – 100%</p> <p>Enfado – 50%</p> <p>Miedo – 70%</p>

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT <b>A. Situación</b>	<b>B. Pensamientos</b>	<b>D. Desafío de Pensamientos</b>	<b>E. Patrones Problemáticos</b>	<b>F. Pensamientos Alternativos</b>	
Describe el suceso, pensamiento o creencia que lleva a las emociones desagradables	Escribe los pensamientos relacionados con la Columna A.  Grado de creencia de cada pensamiento de debajo de 0-100% (¿Cuánto crees este pensamiento?)	Utiliza las Cuestiones de Desafío para determinar tus pensamientos automáticos de la Columna B  El pensamiento ¿es extremo y actual o es extremo?	Utiliza el Registro de Patrones de Pensamiento Problemático para decidir si este es uno de tus patrones de pensamiento problemáticos	¿Qué más puedo decir en lugar de la Columna B? ¿Qué más puedo interpretar sobre el suceso en lugar de la Columna B?  Grado de creencia en el pensamiento alternativo de 0-100%	
Una amiga quiere fijar una cita para mí con alguien que conoce	No puedo implicarme con nadie porque desde esta agresión tengo demasiado miedo de dejar que alguien se acerque a mí lo suficiente como para que pueda ver cuánto se ha restringido mi vida -75%	Evidencia a favor: Una persona a la que le conté la agresión mientras que estábamos quedando, fue muy apoyadora en ese momento, pero llegó a estar cada vez más distante después de eso, y finalmente dejamos de llamarnos.  Evidencia en contra ¿Hábito o hecho?  ¿Interpretaciones no exactas? ¿Todo o nada? La mayor parte de personas sanas no huirían de una relación  ¿Extremo o exagerado?	Salto a conclusiones:  Exageración o minimización: Porque en una cita pueda haber habido problemas no quiere decir que otras serán así.  Desconsideración de aspectos importantes: Esa persona no estaba bien o segura  Sobresimplificación: Si le digo a alguien que no puedo manejarlo, no es malo necesariamente, porque podría encontrar algo importante en la relación	Una cita podría decirme que no quieren hacer nada conmigo porque estoy afrontando haber sido agredida – 60%	
	<b>C. Emociones</b>	¿Fuera de contexto?			<b>G .Re-evaluar pensamientos antiguos</b>
	Especificar tristeza, enfado, etc, y valorar la intensidad con la que sientes cada emoción de 0-100% Miedo – 50% Tristeza – 80% Ira – 50%	¿Fuente poco fiable? Viene de la experiencia negativa pasada y de una persona no sana ¿Baja vs alta probabilidad?  ¿Basado en sentimientos o hechos?  ¿Factores irrelevantes?			Sobregeneralización:  Lectura de mente:  Razonamiento emocional:



## Módulo de Cuestiones de Seguridad

**Creencias relacionadas con UNO MISMO:** La creencia de que puedes protegerte del daño y tener algún control sobre los sucesos.

### Experiencia Previa

Negativo	Positivo
Si te expones de forma repetida al peligro y a situaciones vitales incontrolables, puedes desarrollar creencias negativas sobre tu habilidad para protegerte a ti misma del daño. Los sucesos traumáticos sirven para confirmar esas creencias	Si tienes experiencias positivas previas puedes desarrollar la creencia de que tienes el control sobre la mayor parte de sucesos y protegerte del daño. El suceso traumático produce la alteración de esta creencia.

### Síntomas Asociados a Creencias Negativas sobre la Propia Seguridad

- Ansiedad persistente y crónica
- Pensamientos intrusivos sobre temas de peligro
- Irritabilidad
- Respuestas de sobresalto o arousal físico
- Miedos intensos relacionados con la futura victimización

### Resolución

Si previamente creías que...	Autoafirmación puede ser...
"No puede pasarme a mí," necesitarás resolver el conflicto entre esta creencia y la experiencia de victimización	"Es improbable que suceda otra vez, pero existe la posibilidad".
"Puedo controlar lo que me sucede y protegerme de cualquier daño", necesitarás resolver el conflicto entre creencias previas y la experiencia de victimización.	"No tengo el control sobre todo lo que me sucede, pero puedo tomar precauciones para reducir la posibilidad de futuros sucesos traumáticos".
No tenías el control sobre los sucesos y no podías protegerte, el suceso traumático confirmará estas creencias. Las creencias nuevas que se desarrollan reflejan la realidad y sirven para incrementar tus creencias sobre el control y la habilidad para protegerte a ti misma.	"Tengo algo de control sobre los sucesos y puedo tomar medidas para protegerme del daño. No puedo controlar la conducta de otras personas, pero puedo tomar medidas para reducir la posibilidad de encontrarme en una situación en que el control no estará en mis manos"

**Creencias relacionados con OTROS:** La creencia sobre la peligrosidad de otras personas y expectativas sobre la intención de otras personas de causar daño, lesión o pérdida..

### Experiencia Previa

Negativo	Positivo
Si al comienzo de tu vida experimentaste a los demás como peligrosos o lo creíste como una norma cultural, el suceso traumático confirmará estas creencias.	Si experimentaste a los demás como algo seguro al comienzo de tu vida puedes esperar que otros te den seguridad y no te causen daño, lesiones o pérdidas. Los sucesos traumáticos causan una alteración de esta creencia.

Síntomas Asociados a Creencias Negativas sobre la Propia Seguridad
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Evitación o respuestas fóbicas</li> <li>➤ Aislamiento social</li> </ul>

### Resolución

Si previamente creías que...	Posibles autoafirmación pueden ser...
"Otras personas están fuera para hacerme daño y espero que me hagan daño, me produzcan perjuicios, o pérdidas", necesitarás adoptar nuevas creencias para ser capaz de continuar sintiéndote cómoda con las personas que conoces y ser capaz de empezar relaciones nuevas con otras personas.	"Fuera hay algunas personas que son peligrosas, pero no todos están ahí para hacerme daño de alguna manera"
"No me harán daño otras personas", necesitarás resolver el conflicto entre esta creencia y la victimización	"Puede haber algunas personas que harán daño a otras, pero no es realista esperar que todos con los que me encuentre me querrán hacer daño".

## RESUMEN DE LA SESION 8 – CUESTIONES DE SEGURIDAD

- 1 **Administrar la escala PCL-S (en la sala de espera si es posible, recoger y archivar). Revisar las tareas y establecer la agenda (5 minutos)**
- 2 **Revisar el Registro de Desafío de Creencias para afrontar puntos de estancamiento de seguridad (10 minutos)**
  - Ayudar al paciente a realizar la práctica si es necesario
  - Discutir el éxito o problemas para el cambio de cogniciones
  - Ayudar al paciente a confrontar las cogniciones problemáticas que fue incapaz de cambiar por sí mismo.
- 3 **Ayudar al paciente a confrontar las cogniciones problemáticas y a generar creencias alternativas utilizando el Registro de Desafío de Creencias**
  - Revisar el Módulo de Seguridad; centrarse en problemas de seguridad del paciente consigo mismo-otros
  - Probabilidad: baja vs. alta = realidad vs. miedo
  - Calcular porcentajes
- 4 **Introducir la segunda de las cinco áreas problema: problemas de confianza relacionados con uno mismo y otros (10 minutos)**
  - Autoconfianza = creencia en que uno puede confiar en las propias percepciones y criterio
  - Después del trauma, muchos comienzan a anticipar su criterio sobre
    - Estar allí en primer lugar: “¿Hice algo para que ocurriera?”
    - La propia conducta durante el suceso: “¿Por qué no hice \_\_\_\_\_ cuando ocurría?”
    - Habilidad para juzgar el carácter: “Debería haber sabido \_\_\_\_\_ sobre él”
  - La confianza en otros frecuentemente se altera después del trauma
    - Traición si se confió en el agresor
    - Traición si otros no te creen o no te dan apoyo
    - Rechazo si otros no toleran lo que ocurrió y te aislan
  - Comparar la confianza en uno mismo y otros antes/después
  - Revisar el módulo
- 5 **Asignar tareas y resolver problemas (5 minutos)**
  - El paciente debe discutir los puntos de estancamiento con el Registro de Discusión de Creencias, con uno relacionado con la confianza y confrontarlo utilizando el Registro de Discusión de Creencias diariamente.
  - Pedir al paciente que continúe leyendo los Relatos sobre el Trauma si todavía tiene emociones intensas.
- 6 **Comprobar las reacciones del paciente en la sesión (5 minutos)**



## SESION 8: Cuestiones de Seguridad

Los objetivos principales de la sesión son:

1. Examinar los registros de discusión de creencias y ayudarle a rellenar los registros
2. Revisar el módulo de seguridad y centrar la atención en las cuestiones de seguridad relacionadas con uno mismo u otros para los que el paciente debería rellenar registros.
3. Introducir el Módulo de Confianza y los conceptos sobre la confianza en uno mismo y otros

### Revisión de los Registros de Discusión de las Creencias para abordar los puntos de estancamiento de la seguridad

El terapeuta debería comenzar la sesión revisando los registros y discutiendo el éxito del paciente o los problemas para cambiar cogniciones (y emociones subsecuentes). El terapeuta y el paciente deberían utilizar las Cuestiones de Discusión para ayudar al paciente a confrontar las cogniciones problemáticas que fue incapaz de modificar por sí mismo. Como ejemplo, un paciente estaba en un ascensor que cayó 20 pisos y luego paró justo al llegar al fondo. Aparte de tener pesadillas y flash-backs se sintió incapaz de entrar en un ascensor otra vez. Su pensamiento era “los ascensores son inseguros”, y “la siguiente vez moriré”. En un registro el paciente anotó que la evidencia era correcta de que los ascensores son inseguros y que sabía que moriría la siguiente vez porque esta vez sobrevivió. No se daba cuenta de que estaba exagerando o llegando a conclusiones en ausencia de evidencia, ni de que respondía basado en un razonamiento emocional. Al final del registro su valoración no cambió.

### Confrontación de Cogniciones Problemáticas y Generación de Creencias alternativas utilizando el Registro de Discusión de Creencias

Desafortunadamente, el ejemplo de arriba es típico algunas veces en los formularios cumplimentados por los pacientes la primera vez. Algunas veces los pacientes están tan atrincherados en sus creencias que no pueden ver otras formas alternativas. Para este paciente (y para muchos con cuestiones de seguridad) el terapeuta empezó centrándose en la probabilidad de estar en el ascensor y que se cayera otra vez. El terapeuta necesita recordar al paciente que, aunque la mayoría de personas experimentan un suceso traumático grave durante su vida, en la vida diaria los sucesos traumáticos tienen una probabilidad baja. Aún así, continúa comportándose como si la probabilidad fuera extremadamente alta. Por ejemplo, en el caso de arriba, el terapeuta preguntó al paciente con qué frecuencia había subido a un ascensor antes. El paciente explicó al terapeuta que en la finca de su apartamento y del trabajo, y estimaba que había subido en ellos de seis a ocho veces por día durante los últimos veinte años. El terapeuta le preguntó si había estado en un ascensor que se accidentara antes y cuando el paciente dijo “no” le preguntó si conocía a alguien que hubiera estado alguna vez en un accidente (también respondió “no”).

En ese punto el terapeuta sacó una calculadora y dijo:

*“Eso sería alrededor de 58.000 veces durante los últimos 20 años. Para tí, eso significa que si todo siguiera igual y estos sucesos ocurrieran en la misma proporción, y tú empezaras a subir en ascensores otra vez, podrías tener 1 de 58.000 posibilidades de tener un accidente y 57.999 de 58.000 de no tenerlo en los próximos 20 años. ¿Tiene sentido que estés aterrizado todo el tiempo y que evites los lugares donde podrías necesitar utilizar el ascensor? ¿Quieres que esos breves momentos de terror se adueñen del resto de tu vida y te dicten lo que puedes o no puedes hacer?”*

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

El terapeuta también señala al paciente que probablemente tiene mayor probabilidad de tener un accidente de coche, sin embargo no evitó conducir y no ha estado sufriendo un miedo perpetuo de tener un accidente. El paciente está de acuerdo con estas afirmaciones y comienza a repensar sus creencias. El paciente y el terapeuta hicieron el registro por segunda vez. Bajo la columna "preguntas de desafío" anotaron "Confundir un acontecimiento de baja probabilidad con uno de alta" Bajo la columna de "Patrones de pensamiento problemático" rodearon con un círculo "Saltar a las conclusiones, y/o razonamiento emocional". Entonces reevalúan el miedo como 40% La semana siguiente informó que había ido en un ascensor unas cuantas plantas y no estaba tan asustado. La idea de que la siguiente vez podría morir también se desafió con éxito. Una vez que el paciente tiene un registro en el que desafía con éxito un punto de estancamiento, se le debe animar a releer el registro regularmente de forma que el razonamiento sea más cómodo.

### **Introducción a los problemas de confianza en uno mismo y en los demás.**

Durante el resto de la sesión el terapeuta debe presentar y discutir el tema de la confianza (auto-confianza y confianza en los demás):

*“La auto-confianza se refiere a la creencia de que uno puede confiar o fiarse de sus propias percepciones y juicios. Tras acontecimientos traumáticos, muchas personas comienzan a dudar de sí mismos y a cuestionarse sus propias valoraciones sobre la situación que les llevó al acontecimiento, su conducta durante el mismo, o sobre su capacidad para valorar si, en el caso de un ataque, el atacante era un conocido. La confianza en los demás también se altera tras los acontecimientos traumáticos. Junto al sentimiento obvio de traición que aparece cuando el trauma lo causa intencionalmente alguien en el que el paciente pensaba que podía confiar, a veces los pacientes se sienten traicionados por la gente a las que pidieron ayuda o apoyo durante, o después del trauma. Por ejemplo, si un paciente pensaba que alguien le había fallado durante la batalla, podría decidir que es adecuado y no confiar en nadie. A veces los pacientes arrastran esta creencia durante décadas sin saber si la otra persona o grupo realmente les traicionaron o si hay una explicación alternativa de su conducta.*

*“A veces la gente no puede afrontar las emociones de los pacientes y se alejan o intentan minimizar el acontecimiento o su impacto. Este alejamiento puede ser visto por los pacientes como rechazo, y pueden llegar a pensar que no pueden fiarse del apoyo de los demás. A veces, cuando el acontecimiento traumático afecta a más de un miembro de una familia, como en la muerte traumática de un ser querido, los miembros de la familia se desconectan unos de otros. Uno quiere hablar y necesita consuelo justo cuando la otra se encierra en sí misma porque ha soportado todas las emociones que podía soportar durante un tiempo. Sin una comunicación clara, el ciclo de dolor y de aislamiento puede malinterpretarse como falta de apoyo y puede dar lugar a interpretaciones problemáticas de la situación.*

*“Antes del acontecimiento, ¿Cómo te sentías con tus propios criterios? ¿Confías en otras personas? ¿De qué forma? ¿Cómo influyó tu experiencia vital en tu confianza? ¿Cómo afectó \_\_\_\_\_ a tus sentimientos de confianza en tí mismo o en otros?*

El terapeuta y el paciente deben revisar brevemente el Módulo de Confianza. Para practicar, el paciente debe analizar y confrontar los temas de seguridad y confianza utilizando los registros.

### **Tarea Práctica**

*“Por favor, lee el Módulo de Seguridad y piensa sobre tus creencias antes de experimentar el acontecimiento y en cómo el acontecimiento cambió o reforzó esas creencias. Utiliza el Registro de Desafío de Creencias para continuar analizando tus puntos de estancamiento. Presta atención a las cuestiones de autoconfianza y de confianza en los otros, así como a la seguridad si continúan siendo un punto de estancamiento importante para tí.”*

## **Ejemplo de Nota de Evolución de la Sesión 8**

**Contacto:** Sesión de 50 minutos de psicoterapia.

**Contenido:** Esta es la octava sesión de TPC para el TEPT. El paciente realizó su tarea práctica de cumplimentación del Registro de Discusión de Creencias. Se han revisado ejemplos de este registro para la reestructuración cognitiva y se han dado los últimos retoques a los registros. Se han fijado como objetivo los puntos de estancamiento relacionados con la seguridad. Se han introducido los puntos de estancamiento relacionados con la confianza, y él estaba de acuerdo con la lectura de material relacionado con este tema. También estaba de acuerdo con realizar los Registros de Discusión de Creencias de cada punto de estancamiento cada día, antes de la siguiente sesión.

**Plan:** continuar con la TPC

# Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## PCL-S

### Instrucciones:

Considera la experiencia más estresante que hayas experimentado: \_\_\_\_\_

(acontecimiento)

Aquí hay una lista de problemas y quejas que a veces la gente experimenta en respuesta a experiencias vitales estresantes. Por favor, lee cada una cuidadosamente, y luego indica, utilizando los números de la derecha, cuánto te ha preocupado el problema en la última SEMANA.

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremo
103. Recuerdos repetitivos, inquietantes, pensamientos o imágenes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
104. Sueños repetitivos, inquietantes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
105. Actuaciones o sentimientos repentinos como si la experiencia estresante estuviera ocurriendo otra vez (como si estuvieras reviviendo)	1	2	3	4	5
106. Sentimientos de mucha preocupación cuando algo te ha recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
107. Reacciones físicas (p.ej., palpitaciones, respiración difícil, sudor) cuando algo te ha recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
108. Evitar pensar o hablar sobre la experiencia estresante o evitar sentimientos relacionados con ella	1	2	3	4	5
109. Evitar actividades o situaciones porque te han recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
110. Problemas para recordar partes importantes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
111. Pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban	1	2	3	4	5
112. Sentimiento de distancia o aislamiento de otras personas	1	2	3	4	5
113. Sentimientos de bloqueo emocional o ser incapaz de tener sentimientos de amor hacia personas muy cercanas	1	2	3	4	5
114. Sentir como si tu futuro de alguna manera será corto	1	2	3	4	5
115. Problemas con el sueño	1	2	3	4	5
116. Sentimientos de irritabilidad o explosiones de enfado	1	2	3	4	5
117. Dificultades para la concentración	1	2	3	4	5
118. Estar super alerta o vigilante	1	2	3	4	5
119. Sentirse nervioso, asustado	1	2	3	4	5

Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

<b>A. Situación</b>	<b>B. Pensamientos</b>	<b>D. Desafío de Pensamientos</b>	<b>E. Patrones Problemáticos</b>	<b>F. Pensamientos Alternativos</b>
Describe el suceso, pensamiento o creencia que lleva a las emociones desagradables	<p>Escribe los pensamientos relacionados con la Columna A.</p> <p>Grado de creencia de cada pensamiento de debajo de 0-100% (¿Cuánto crees este pensamiento?)</p>	<p>Utiliza las Cuestiones de Desafío para determinar tus pensamientos automáticos de la Columna B</p> <p>EL pensamiento ¿es equilibrado, basado en hechos, o es extremo?</p>	Utiliza el Registro de Patrones de Pensamiento Problemático para decidir si este es uno de tus patrones de pensamiento problemáticos	<p>¿Qué más puedo decir en lugar de la Columna B? ¿Qué más puedo interpretar sobre el suceso en lugar de la Columna B?</p> <p>Grado de creencia en el pensamiento alternativo de 0-100%</p>
	<p><b>C. Emociones</b></p> <p>Especificar tristeza, enfado, etc, y valorar la intensidad con la que sientes cada emoción de 0-100%</p>	<p>Evidencia a favor:</p> <p>Evidencia en contra</p> <p>¿Hábito o hecho?</p> <p>¿Interpretaciones no exactas?</p> <p>¿Todo o nada?</p> <p>¿Extremo o exagerado?</p> <p>¿Fuera de contexto?</p> <p>¿Fuente poco fiable?</p> <p>¿Baja vs alta probabilidad?</p> <p>¿Basado en sentimientos o hechos?</p> <p>¿Factores irrelevantes?</p>	<p>Salto a conclusiones:</p> <p>Exageración o minimización:</p> <p>Desconsideración de aspectos importantes:</p> <p>Sobresimplificación:</p> <p>Sobregeneralización:</p> <p>Lectura de mente:</p> <p>Razonamiento emocional:</p>	<p><b>G .Re-evaluar pensamientos antiguos</b></p> <p>Valora cuánto crees ahora en los pensamientos de la Columna B de 0-100%</p> <p><b>H. Emociones</b></p> <p>¿Qué sientes ahora? 0 – 100%</p>

## Módulo Problemas de Confianza

**Creencias relacionadas con UNO MISMO:** la creencia de que puedes confiar o depender de tu propia percepción o criterios. Esta creencia es una parte importante del autoconcepto y tiene una función de autoprotección.

### Experiencia Previa

Negativo	Positivo
Si tuviste experiencias previas en las que te culparon por los sucesos negativos, puedes desarrollar creencias negativas sobre tu habilidad para tomar decisiones o criterios sobre las situaciones, o personas. El suceso traumático sirve para confirmar estas creencias	Si tuviste experiencias previas que te llevaron a creer que tenías buen criterio, el suceso traumático puede alterar esta creencia

### Síntomas Asociados a Creencias Negativas sobre la Confianza

- Sentimientos de auto-traición
- Ansiedad
- Confusión
- Cautela excesiva
- Incapacidad para tomar decisiones
- Dudas sobre sí mismo o exceso de autocrítica

### Resolución

Si previamente creías que...	Una posible autoafirmación puede ser...
Si no podías confiar en tus propias percepciones o criterios el suceso traumático puede haber reforzado tu creencia de "no puedo confiar en mi criterio". Para entender que el suceso traumático no fue por tu culpa y que tus criterios no causaron el suceso traumático, necesitas adoptar creencias más adaptativas	"Todavía puedo confiar en mi buen criterio incluso aunque no sea perfecto", "incluso si me equivocara en la valoración de una persona o situación, me doy cuenta de que no siempre puedo saber de forma realista lo que otros harán o si una situación puede resolverse como espero"
...Tenías un criterio perfecto, el suceso traumático puede hacer pedazos esta creencia. Son necesarias nuevas creencias que reflejen la posibilidad de que puedes cometer errores pero que todavía tienes un buen criterio.	Nadie tiene un criterio perfecto. Lo hice lo mejor que pude en una situación impredecible, y todavía puedo confiar en mi habilidad para tomar decisiones incluso aunque no sea perfecto

**Creencias relacionados con OTROS:** Confiar es la creencia en la fiabilidad de las promesas de otras personas o grupos respecto a su conducta futura. Una de las tareas más tempranas durante la infancia es el desarrollo de confianza vs. desconfianza. Una persona necesita aprender un equilibrio sano de confiar y desconfiar y de cuándo es apropiado

### Experiencia Previa

Negativo	Positivo
Si te traicionaron en etapas tempranas de tu vida puedes desarrollar la creencia generalizada de que “uno no puede ser confiado”. El suceso traumático sirve para confirmar esta creencia, especialmente si te hizo daño un conocido	Si tuviste buenas experiencias mientras que creciste, puedes haber desarrollado la creencia de que “se puede confiar en todas las personas”. El suceso traumático hace pedazos esta creencia.

### Experiencia Postraumática

Si tras el suceso traumático las personas que conocías y en quien confiabas te culparon, se distanciaron, o no te apoyaron, tus creencias en su fiabilidad pueden haberse hecho añicos

#### Síntomas Asociados a Creencias Negativas sobre la confianza en otros

- Sentido persistente de desilusión y de decepción con otros
- Miedo a la traición o al abandono
- Ira y furia hacia los que han traicionado
- Si uno es traicionado reiteradamente, las creencias negativas pueden llegar a ser tan rígidas que incluso puede verse con suspicacia a personas que son fiables
- Miedo a las relaciones cercanas, particularmente cuando se confía en el inicio de la relación, ansiedad activa y miedo a ser traicionado
- Huir de las relaciones



### Resolución

Si previamente creías que...	Posibles autoafirmación pueden ser...
<p>Si creciste creyendo que “no se puede confiar en nadie”, y fue confirmado por el suceso traumático, necesitas adoptar creencias nuevas que te permitirán comprometerte con nuevas relaciones en lugar de aislarte porque crees que otras personas no son fiables</p>	<p>“Aunque puedo encontrarme con algunas personas que no son fiables, no puedo asumir que todo el mundo es de esa forma”. “Confiar no es un concepto de todo o nada. Unas personas pueden ser más fiables que otras”. “Confiar en otras personas supone algún riesgo, pero puedo protegerme creando lentamente la confianza y teniendo en cuenta lo que voy aprendiendo sobre esa persona conforme le conozco”</p>
<p>“Se puede confiar en todo el mundo”, el suceso traumático hará pedazos esta creencia. Para evitar estar suspicaz de la fiabilidad de otros, incluyendo a las personas en las que confiabas, necesitarás entender que la confianza no es con cualquiera</p>	<p>“Puedo no ser capaz de confiar en todo el mundo, pero eso no significa que deje de confiar en las personas en las que confiaba”</p>
<p>Si tus creencia sobre la confianza en el apoyo de otros se ha destrozado, será necesario afrontar los problemas generales antes de que asumas que no puedes confiar en el sistema de apoyo que tenías. Es de central importancia considerar sus reacciones y las razones por las que ellos pueden haber reaccionado con falta de apoyo. Muchas personas simplemente no saben cómo responder y pueden reaccionar con ignorancia. Algunas personas responden con miedo o negación porque lo que te ha sucedido les hace sentirse vulnerables y pueden destrozarse sus propias creencias. Practicar cómo pedir lo que necesitas de ellos puede ser un paso en la evaluación de su fiabilidad</p>	
<p>Si tus intentos de discutir el suceso traumático con ellos te deja sentimientos de falta de apoyo, puedes utilizar autoafirmaciones tales como “puede haber algunas personas en las que no puedas confiar al hablar con ellos sobre el suceso traumático, pero puedes confiar en ellos para apoyarte en otras áreas”. Si esa persona continua culpándote y haciendo valoraciones negativas sobre ti, puedes decidir que esa persona no es fidedigna. Desafortunadamente, aunque algunas veces sucede que descubres que algunas personas de las que creías que eran amigos no resultan ser verdaderos amigos después de un trauma. Sin embargo, también puedes sorprenderte agradablemente al encontrarte con personas que reaccionan mejor de lo que esperabas</p>	

## **SESION 9 – PROBLEMAS DE CONFIANZA**

- 1. Administrar la PCL-S (en la sala de espera si es posible), recoger y archivar. Revisar las tareas prácticas para la sesión 9, y establecer la agenda (5 minutos).**
- 2. Revisar el Registro de Discusión de Creencias para discutir los puntos de estancamiento de confianza relacionados con el trauma y generar creencias alternativas (10 minutos)**
- 3. Revisar juicios que surgen a partir de los puntos de estancamiento relacionados con la confianza (15 minutos)**
  - La confianza es un continuo, no “todo o nada”.
  - Diferentes tipos de confianza: con dinero vs con un secreto
  - Diagrama “estrella”
  - Discutir sobre los sistemas de apoyo social del paciente (familia y amigos): para ellos puede servir como protector de de emociones/desesperanza/vulnerabilidad, inadecuación/ignorancia – no rechazo
- 4. Introducir la tercera de las cinco áreas problema: problemas de poder/control relacionados con uno mismo y otros (10 minutos)**
  - Autoeficacia
  - Las personas esperan poder resolver los problemas y encontrar nuevos desafíos
  - Las personas traumatizadas a menudo intentan controlar todo – para estar seguros
  - La ausencia DE CONTROL TOTAL puede experimentarse como NO CONTROL
  - Poder sobre otros:
    - La necesidad de controlar puede afectar a las relaciones, arruinando las antiguas y obstaculizando las nuevas
- 5. Asignar tareas y resolver problemas (5 minutos):**
  - Identificar puntos de estancamiento, uno relacionado Poder/Control (y seguridad o confianza como necesidad), y confrontarlos utilizando el Registro de Discusión de Creencias.
  - Hacer que el paciente continúe leyendo las Redacciones sobre el Trauma si todavía tiene emociones intensas con la tarea.
- 6. Comprobar las reacciones del paciente a la sesión (5 minutos)**

## Sesión 9: Problemas relacionados con la Confianza

Las metas de la sesión 9 son:

1. Revisar los registros sobre la confianza en él mismo y en otros.
2. Revisar otros registros sobre los puntos de estancamiento del paciente
3. Introducir el modelo y conceptos sobre poder y control.

### Revisión del Registro de Discusión de Creencias sobre los puntos de estancamiento relacionados con la confianza y generar creencias alternativas

Como en las otras sesiones, el terapeuta debería empezar revisando las tareas prácticas asignadas y discutir el éxito del paciente o las dificultades con el cambio de cogniciones. Aunque en general la confianza es frecuentemente un problema para el paciente con TEPT, es particularmente un problema para aquellos que han sido victimizados por conocidos (por ejemplo, en situaciones de trauma sexual en el ejército). A menudo creen que deberían haber sido capaces de adivinar que esa persona podría dañarles y, como resultado, empiezan a preguntarse en quién pueden o no pueden confiar. Al volver al suceso, muchas personas buscan claves o indicadores que podían haber indicado que este suceso iba a suceder. Ellos se juzgan como que han fallado en la prevención de lo que ellos determinaron que era un suceso prevenible (o al menos el resultado era evitable para ellos, como en el caso de un desastre)

### Discusión de Juicios que surgen de los puntos de estancamiento de la confianza

La desconfianza puede generalizarse incluso a otras áreas de funcionamiento, y el paciente puede tener dificultades para tomar decisiones en su vida diaria. Más que encajar en un continuo, la confianza llega a ser un concepto de todo o nada, en el que las personas tienden a no ser confiadas, a no ser que haya evidencia aplastante para lo contrario. Como resultado, tienden a evitar involucrarse en las relaciones o a aislarse de ellas.

El terapeuta necesita presentar la idea de que la confianza se valora en un continuo y es multidimensional. Algunas veces las personas deciden que si no se puede confiar en alguien de alguna forma, no puede confiarse en ellos en nada.

*T: A lo largo de distintos niveles de confianza, también hay distintos tipos de confianza. ¿Has conocido a alguien en quien confiarías para dejarle 20 € pero no querrías confiarle un secreto?*

*P: Sí*

*T: Puedo imaginar en alguien en quien confiaría mi vida, pero no podría esperar que me devolviera los 20 €.*

*P: Yo conozco a alguien así.*

*T: Sé de alguien más en quien no confiaría mi opinión sobre el tiempo. Encontraría la forma de insultarme. Sin embargo, requiere tiempo determinar las formas en que puedes y no puedes confiar en alguien.*

*P: Esa es la razón por la que creo que es más seguro no confiar que confiar.*

*T: El problema con eso es que esas personas siempre están intentando sacarte de un agujero profundo. ¿Cuándo será suficiente? ¿Y no estabas diciendo que te sentías solo y deseas tener más amigos?*

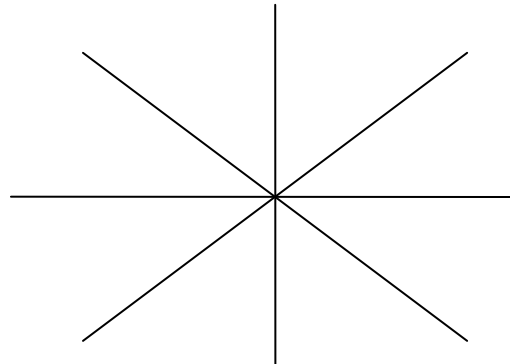
*P: Sí, pero si empezara a confiar en todos podrían herirme.*

*T: Es verdad. Estoy de acuerdo con el supuesto de que confiar en todos sería arriesgado. ¿Cómo podrías empezar a hacerlo de otra forma que no sea extrema?*

*P: ¿Qué quieres decir?*

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

*T: Bien, si nosotros llamáramos al punto medio entre confianza total y total desconfianza "0", ¿significa que no tenemos información? Y más que una línea sencilla con un punto medio como una balanza, podríamos pensar que hay líneas en muchas direcciones (el terapeuta dibuja líneas en un papel para que lo vea el paciente)*



*Así que podrías tener una línea para la confianza de un secreto, y otra línea para la confianza de dinero, y todavía otra línea para no mostrar tus debilidades y así no ser herido, y para mostrarlas. Conforme obtienes información sobre la persona, ellos podrían moverse fuera de las líneas. Si todas ellas se dirigen en la dirección positiva eso significa que puedes confiar más en algunas cuestiones. Si algunas líneas van en una dirección y otras en dirección distinta, quizás no tendrías que confiarle tus secretos más profundos o prestarles los ahorros de tu vida, pero aún podrías mantenerlos en tu vida. Conocerías cuáles son sus limitaciones. Alguien que siempre puntúa de forma negativa es alguien que quieres que permanezca alejado.*

*P: Tiene sentido. Pero da miedo pensar que estaría dando a alguien una oportunidad para hacerme daño.*

*T: Bien, no empieces con lo más importante. Empieza con pequeñas cosas y fíjate en cómo las manejan. Escucha qué dicen otras personas sobre ellos y cuáles son sus experiencias. Ellos también pueden proporcionar información.*

Respecto a la confianza en familiares y amigos, puede servir de ayuda para el terapeuta explicar por qué otras personas algunas veces reaccionan negativamente – como una defensa contra sus propios sentimientos de desesperanza y vulnerabilidad, o su propia necesidad de retener la creencia del mundo justo. Algunas veces otras personas reaccionan negativamente o aislándose porque no saben cómo reaccionar o qué decir, y el paciente interpreta sus reacciones como rechazo. Algunas veces el paciente incluso no puede reconocer la preocupación de sus familiares por lo que le sucedió. No es inusual que el paciente diga “¿Pero por qué podrían estar preocupados? Me sucedió a mí”. El terapeuta puede discutir con el paciente cómo pedir el apoyo que necesita a otras personas (p. ej., “No necesito consejo; sólo necesito que me escuches y comprendas lo que estoy pasando”).

Respecto a la auto-confianza, es importante para el terapeuta señalar que es probable que otras personas no hayan captado las claves de que el suceso tampoco iba a ocurrir, y que nadie puede estar seguro de que el resultado de sus conductas acabará en una emergencia (o qué resultado habría ocurrido si ella hubiera hecho otra cosa). Además, aunque podría ser mejor, nadie sabe cómo van a comportarse otras personas en el futuro. Sin embargo, estando demasiado suspicaz con todos el paciente puede perder a muchas personas que son, de hecho, fidedignas. Al final se sentirá aislada y alienada de otras personas que podrían proporcionarle un apoyo genuino e intimidad.

## **Introducción a problemas de Poder/Control relacionados con ellos mismos y con otros**

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

El tema de poder y control se introduce después como tema de la siguiente sesión. Se da al paciente el Módulo de Poder/Control para leer y trabajar con él en la siguiente sesión. La auto-eficacia se refiere a las expectativas de la persona de que puede resolver problemas y encontrar nuevos desafíos. Porque el suceso estaba fuera de su control, las personas traumatizadas a menudo intentan tener el control en otras situaciones y sobre sus emociones. Estas personas pueden adoptar una creencia no realista de que deben controlar todo o estarán completamente fuera de control. Otra vez, hay una tendencia a engancharse en el pensamiento. A la inversa, si alguien sobregeneraliza y cree que no tiene el control sobre nada, puede rechazar tomar decisiones o no ser proactiva con su vida porque cree que no nada funcionará. Como la confianza, el control también es multidimensional, así que es apropiado que el terapeuta diga, “¿Control respecto a qué?, ¿tus emociones?, ¿tus gastos?, ¿tus hábitos nerviosos?” No es infrecuente para los pacientes con TEPT que creen que si no frenan sus emociones irán al otro extremo y perderán el control completamente.

El poder respecto a otros incluye la creencia de que uno puede o no controlar los resultados futuros de las relaciones interpersonales. Las personas que han sido víctimas de violencia en relaciones interpersonales, particularmente en relaciones cercanas, intentan tener el control completo en cualquier relación nueva que puedan empezar después del trauma y tienen dificultades para permitir a otros que tengan algo de control. Como resultado, las relaciones pre-existentes pueden alterarse, o tener muchas dificultades en el establecimiento de nuevas relaciones, y posiblemente evitar la situación de estar todos juntos. Este problema es normalmente asociado a la confianza en otros y deberían explorarse los puntos de estancamiento.

El terapeuta debería describir cómo las experiencias previas afectan a estas creencias y cómo los sucesos traumáticos pueden confirmar las creencias negativas o alterar las positivas. Para la práctica, el paciente debería continuar utilizando los registros para analizar y confrontar estas creencias.

### Tareas Prácticas

*“Utiliza el Registro de Discusión de Creencias para continuar centrándote en los puntos de estancamiento. Después de leer el Módulo de Poder/Control y pensar sobre ello, rellena los registros sobre este tema”*

## **SESION 9: Notas de Progreso**

**Contacto:** 50 minutos

**Contenido:** esta ha sido la novena sesión de TPC para el TEPT. El paciente realizó las tareas prácticas relacionadas con el Registro de Discusión de Creencias diariamente. Se han revisado ejemplos de estos registros para realizar reestructuración cognitiva y matizar algunas cuestiones de los registros. Se han introducido los puntos de estancamiento relacionados con el poder/control, y estuvo de acuerdo con leer el material relacionado con este tema. También estuvo de acuerdo con rellenar el Registro de Discusión de Creencias cada día sobre los puntos de estancamiento, antes de la siguiente sesión.

**Plan:** Continuar con la TPC

# Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## PCL-S

### Instrucciones:

Considera la experiencia más estresante que hayas experimentado: \_\_\_\_\_

(acontecimiento)

Aquí hay una lista de problemas y quejas que a veces la gente experimenta en respuesta a experiencias vitales estresantes. Por favor, lee cada una cuidadosamente, y luego indica, utilizando los números de la derecha, cuánto te ha preocupado el problema en la última SEMANA.

	Nada	Un poco	Modera- do	Bastante	Extremo
120. Recuerdos repetitivos, inquietantes, pensamientos o imágenes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
121. Sueños repetitivos, inquietantes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
122. Actuaciones o sentimientos repentinos como si la experiencia estresante estuviera ocurriendo otra vez (como si estuvieras reviviendo)	1	2	3	4	5
123. Sentimientos de mucha preocupación cuando algo te ha recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
124. Reacciones físicas (p.ej., palpitaciones, respiración difícil, sudor) cuando algo te ha recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
125. Evitar pensar o hablar sobre la experiencia estresante o evitar sentimientos relacionados con ella	1	2	3	4	5
126. Evitar actividades o situaciones porque te han recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
127. Problemas para recordar partes importantes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
128. Pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban	1	2	3	4	5
129. Sentimiento de distancia o aislamiento de otras personas	1	2	3	4	5
130. Sentimientos de bloqueo emocional o ser incapaz de tener sentimientos de amor hacia personas muy cercanas	1	2	3	4	5
131. Sentir como si tu futuro de alguna manera será corto	1	2	3	4	5
132. Problemas con el sueño	1	2	3	4	5
133. Sentimientos de irritabilidad o explosiones de enfado	1	2	3	4	5
134. Dificultades para la concentración	1	2	3	4	5
135. Estar super alerta o vigilante	1	2	3	4	5
136. Sentirse nervioso, asustado	1	2	3	4	5

Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

<b>A. Situación</b>	<b>B. Pensamientos</b>	<b>D. Desafío de Pensamientos</b>	<b>E. Patrones Problemáticos</b>	<b>F. Pensamientos Alternativos</b>
Describe el suceso, pensamiento o creencia que lleva a las emociones desagradables	<p>Escribe los pensamientos relacionados con la Columna A.</p> <p>Grado de creencia de cada pensamiento de debajo de 0-100% (¿Cuánto crees este pensamiento?)</p>	<p>Utiliza las Cuestiones de Desafío para determinar tus pensamientos automáticos de la Columna B</p> <p>EL pensamiento ¿es equilibrado, basado en hechos, o es extremo?</p>	Utiliza el Registro de Patrones de Pensamiento Problemático para decidir si este es uno de tus patrones de pensamiento problemáticos	<p>¿Qué más puedo decir en lugar de la Columna B? ¿Qué más puedo interpretar sobre el suceso en lugar de la Columna B?</p> <p>Grado de creencia en el pensamiento alternativo de 0-100%</p>
	<p><b>C. Emociones</b></p> <p>Especificar tristeza, enfado, etc, y valorar la intensidad con la que sientes cada emoción de 0-100%</p>	<p>Evidencia a favor:</p> <p>Evidencia en contra</p> <p>¿Hábito o hecho?</p> <p>¿Interpretaciones no exactas?</p> <p>¿Todo o nada?</p> <p>¿Extremo o exagerado?</p> <p>¿Fuera de contexto?</p> <p>¿Fuente poco fiable?</p> <p>¿Baja vs alta probabilidad?</p> <p>¿Basado en sentimientos o hechos?</p> <p>¿Factores irrelevantes?</p>	<p>Salto a conclusiones:</p> <p>Exageración o minimización:</p> <p>Desconsideración de aspectos importantes:</p> <p>Sobresimplificación:</p> <p>Sobregeneralización:</p> <p>Lectura de mente:</p> <p>Razonamiento emocional:</p>	<p><b>G .Re-evaluar pensamientos antiguos</b></p> <p>Valora cuánto crees ahora en los pensamientos de la Columna B de 0-100%</p> <p><b>H. Emociones</b></p> <p>¿Qué sientes ahora? 0 – 100%</p>



## Módulo de Problemas de Poder/Control

**Creencias relacionadas con UNO MISMO:** La creencia o expectativa de que puedes resolver problemas y afrontar desafíos. El poder se asocia con tu capacidad de autocrecimiento.

### Experiencia Previa

Negativo	Positivo
<p>Si creciste experimentando sucesos negativos de los que no pudiste escapar, puedes desarrollar la creencia de que no puedes controlar los sucesos o resolver los problemas incluso cuando son controlables o solucionables. A esto se le llama indefensión aprendida. Más tarde los sucesos traumáticos pueden confirmar las creencias previas de indefensión.</p>	<p>Si creciste creyendo que tenías el control sobre los sucesos y que podías resolver problemas (posiblemente creencias positivas no realistas), el suceso traumático puede alterar estas creencias</p>

Síntomas Asociados a Creencias negativas sobre el poder / control
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sentimientos de entumecimiento</li> <li>➤ Evitación de emociones</li> <li>➤ Pasividad crónica</li> <li>➤ Desesperanza y depresión</li> <li>➤ Patrones autodestructivos</li> <li>➤ Atacas a otros cuando te enfrentas con sucesos que están fuera de tu control o personas que no se comportan como te gustaría</li> </ul>

### Resolución

Si previamente creías que...	Una autoafirmación puede ser...
<p>El sobre-control es importante para entender que nadie puede tener el control completo sobre sus emociones o conducta durante todo el tiempo. Mientras, tú eres capaz de influir en sucesos externos es imposible controlar todos los sucesos externos o la conducta de otras personas. Ninguno de estos hechos es un signo de debilidad, sino que sólo significa que eres humano y puedes admitir que no tienes el control de todo lo que te sucede ni de tus reacciones</p>	<p>“No tengo el control total sobre mis reacciones, sobre otras personas, o sucesos durante todo el tiempo. No soy impotente, sin embargo tengo algo de control sobre mis reacciones a los sucesos, o puedo influir en la conducta de otros, o en el resultado de algunos sucesos”</p>
<p>La indefensión o impotencia – para recuperar el sentido de control y disminuir</p>	<p>“No puedo controlar todos los sucesos fuera de mí mismo, pero tengo algo de</p>

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

los síntomas acompañantes de depresión y pérdida de autoestima que a menudo están junto a la creencia de que estás indefenso, necesitarás reconsiderar la habilidad para controlar los sucesos	control sobre lo que me sucede y mis reacciones a los sucesos"
--	--

**Creencias relacionadas con OTROS:** La creencia de que puedes controlar los resultados futuros en las relaciones interpersonales o que tienes algo de poder, incluso en la relación con otros

### Experiencia Previa

Negativo	Positivo
Si tuviste experiencias previas con otros que te hicieron creer que no tenías control en tus relaciones, o que no tenías poder en la relación con personas fuertes el suceso traumático te confirmará estas creencias	Si has tenido experiencias positivas previas en tu relación con otras personas y en relación con personas poderosas puedes creer que puedes influir en los otros. El acontecimiento traumático destruiría esta creencia porque eres incapaz de ejercer suficiente control, a pesar de tus mejores esfuerzos para evitarlo

Síntomas Asociados a Creencias de control / poder negativas
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pasividad</li> <li>➤ Sumisión</li> <li>➤ Falta de asertividad que puede llegar a generalizarse a todas las relaciones</li> <li>➤ Inhabilidad para mantener relaciones porque no permites a la persona ejercer ningún control en las relaciones (incluyendo llegar a enfurecerte si otras personas intentan ejercer un mínimo control)</li> </ul>

### Resolución

Si previamente creías que...	Posibles autoafirmaciones pueden ser...
Impotencia – para evitar que abusen de ti en las relaciones ya que no tienes el control, necesitarás aprender creencias adaptativas, equilibradas sobre tu influencia en otras personas	“Incluso aunque no puedas conseguir todo lo que quieres en una relación, tienes la habilidad para influir en otros, y de ser consistente con tus derechos pidiendo lo que quieres
Sobrecontrol – Es importante darse cuenta	“Incluso aunque puede que no consiga todo

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

<p>de que las relaciones sanas incluyen compartir el poder y el control. Las relaciones en que una persona tiene todo el poder tienden a ser abusivas (incluso si eres tú la que tiene el poder)</p>	<p>lo que quiero o necesito de una relación puedo pedirlo asertivamente. Una buena relación es aquella en la que el poder está equilibrado entre ambas personas. Si no se me permite ningún control, puedo ejercer mi control en esta relación finalizándola si es necesario”</p>
--	---

## **SESION 10 – PROBLEMAS DE PODER/CONTROL**

- 1. Administrar la PCL-S (en la sala de espera si es posible), recoger, y archivar. Realizar la Revisión de Tareas Prácticas de la sesión 10, y establecer la agenda (5 minutos)**
- 2. Discutir la conexión. Establecer la agenda entre poder/control y autoculpa, y ayudar a discutir las cogniciones problemáticas relacionadas utilizando el Registro de Discusión de Creencias (10 minutos)**
  - Ayudar al paciente a conseguir una visión equilibrada de poder/control
    - Ni como control total, ni como indefensión total
  - Abordar problemas con la ira
    - Sobreactivación, falta de sueño, reacciones de sobresalto incrementadas
    - “Stuffed” cuando es incapaz de expresar la ira en el momento del suceso
    - Ira vs agresión (no es lo mismo) – puede aflorar con la familia
    - Ira consigo mismo “Debería haber hecho”
    - Inocencia/responsabilidad/intencionalidad
    - Descrito por otros como un “control anormal”
- 3. Revisar las formas de dar y tener poder utilizando el folleto (10 minutos)**
- 4. Introducir la cuarta de las cinco áreas problema: problemas de estima relacionado con uno mismo y los otros (15 minutos)**
  - Revisar el Módulo de Estima; uno mismo y otros
  - Explorar la autoestima del paciente antes del suceso
- 5. Asignar tareas y resolver problemas (5 minutos)**
  - Identificar los puntos de estancamiento diarios, uno relacionado con problemas de estima, y confrontarlos utilizando el Registro de Discusión de Creencias
  - Practicar dando y recibiendo cumplidos diariamente
  - Hacer al menos una cosa agradable para otro cada día
  - Hacer que el paciente continúe con el Relato del Trauma si todavía tiene emociones intensas
- 6. Comprobar las reacciones del paciente a la sesión (5 minutos)**

## SESION 10 – Problemas de Poder /Control

Las metas de la sesión son:

1. Revisar los Registros de Discusión de Creencias del paciente sobre control y poder
2. Introducir el Módulo de Estima para la discusión de problemas de estima consigo mismo y otros
3. Asignar al paciente tareas prácticas de dar y recibir cumplidos
4. Pedir al paciente que haga al menos una cosa agradable para él mismo cada día (programación de sucesos agradables)

### Conexión entre poder/control y autoculpa

La sesión debería empezar discutiendo los intentos del paciente de cambiar las cogniciones sobre control/poder. El terapeuta necesita ayudar al paciente a recobrar una visión equilibrada del poder y control. Siendo realistas, nadie tiene el control de todos los sucesos que le ocurren, o sobre la conducta de otras personas. Por otro lado, las personas no están completamente indefensas. Pueden influir en el curso de los acontecimientos, y pueden controlar sus propias reacciones en esos sucesos. Si el paciente cree que no tiene el control sobre su vida, el terapeuta puede dirigirse hacia un miembro del servicio (militar) y focalizar la atención en su día, en todas las decisiones que ha tomado, o asignarle la monitorización de decisiones durante un día entero. Normalmente cuando el paciente realiza las tareas, se da cuenta de cuántos cientos de decisiones toma en un día, del tiempo que supone arreglarse, de vestirse y comer, de qué ruta tomar hacia el trabajo, etc. Muy a menudo los pacientes culpan a alguna pequeña decisión de cada día de ponerles en el lugar y circunstancias del suceso traumático. El terapeuta puede recordarle que si el suceso traumático no hubiera ocurrido, nunca habría recordado las decisiones que tomó ese día. Sólo si el resultado fue tan catastrófico las personas vuelven e intentan cuestionarse todas las decisiones que tomaron ese día, y mentalmente intentan arreglar esas decisiones.

Por ejemplo, una paciente llegó a creer que estaba indefensa y era incompetente en muchas áreas de su vida por su indefensión durante el suceso traumático. Como resultado del sentimiento de incompetencia, ella no se hacía valer cuando tenía la oportunidad. Creía que tales esfuerzos serían fútiles. Estaba estancada en un trabajo que no era satisfactorio y se sentía indefensa para influir en las demandas no razonables de su jefe. Cuando el terapeuta empezó a ayudarla a ver sus opciones, empezó a ver que no estaba totalmente indefensa. Como empezó a solicitar y realizar entrevistas para otros trabajos, se sintió más comfortable siendo más asertiva con su jefe. Aunque eventualmente dejó ese trabajo por otro mejor, sus últimos meses en el primer trabajo fueron más satisfactorios y fue capaz de ver que podía producir un cambio en otras personas.

Otro paciente creía estar en completo control o totalmente fuera de control. Su pensamiento automático era “si no tengo el control, ¿quién soy? No puedo decidir nada si no tengo el control, y no tengo elección si alguien más controla la situación”. Periódicamente, en reacción al control hermético sobre sus emociones e intentos de controlar todo y a todos, él perdería el control totalmente con el alcohol hasta el punto de la inconsciencia. En este caso, para el terapeuta fue necesario ayudar al paciente a ver el control como un fallo en el continuo. El pensamiento alternativo del paciente era “no tengo que tener el control sobre todas las cosas para tener el control sobre la mayor parte de mis decisiones”.

Los problemas con el control son evidentes en las personas que exhiben conductas compulsivas tales como comprobar y recomprobar, orden compulsivo, atracones y purgas, etc. Estos pacientes necesitan comprender cómo intentan controlar sus emociones con su conducta, cómo sirve como escape o evitación. De hecho, conforme las compulsiones se incrementan con el tiempo, el paciente está controlado eventualmente por ellas más que otra cosa. Redefinir la conducta como una conducta fuera de control puede ayudar al paciente a cambiar el pensamiento sobre la efectividad de la conducta compulsiva. La prevención de respuesta de la conducta y la tolerancia del afecto es la manera de tratarla, quizás después de terminar el protocolo de TPC en caso de que la conducta continúe siendo un problema significativo.

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

El tema de la ira frecuentemente surge en el tratamiento de veteranos. Parte de la ira se relaciona con síntomas de hiperactivación de TEPT tales como irritabilidad del arousal fisiológico, falta de sueño, y reacciones de sobresalto. También es importante recordar que mientras el miedo se asocia con la respuesta de lucha-huída, así es la ira. Las claves ambientales pueden disparar la ira asociada a respuestas de lucha que no pararon cuando el peligro inminente paró. De hecho, en el entrenamiento militar se animan las respuestas de lucha y de ira. Desafortunadamente, no hay tiempo equivalente para entrenar a desenchufar “la mente de la batalla” cuando el miembro del servicio vuelve a casa.

Mientras que algunos veteranos y muchas víctimas de crimen explican que no experimentaron ira durante el suceso, muchas personas encuentran sentimientos de ira que surgen como consecuencia. Sin embargo, porque la persona o personas que fueron dañadas pueden no ser capaces de expresar su ira (o es demasiado peligroso expresar la ira), algunas veces la ira es expresada sin un objetivo y se experimenta como indefensión ante la ira. Algunas personas vuelven su ira hacia las personas cercanas, familia y amigos. A muchas personas nunca se les ha enseñado a discriminar entre ira y agresión y creen que la agresión es la salida apropiada para la ira.

A menudo surge la ira dirigida a uno mismo, cuando las personas traumatizadas piensan obsesivamente en todas las cosas que deberían haber hecho para prevenir el suceso o defenderse. Muchas personas que empiezan una terapia están enfadados con ellos por esta razón. Una vez que son capaces de ver que un cambio en su conducta puede no haber prevenido el suceso, pueden dirigir su ira hacia alguien que perciben que les han quitado su control y creado sentimientos de indefensión. La ira puede dirigirse a la sociedad, al gobierno, o a otros individuos que pueden ser responsables de no haber prevenido el suceso de alguna manera. Como en el caso de la culpa, para el terapeuta puede ser necesario ayudar al paciente a discriminar la inocencia, responsabilidad, e intencionalidad. Sólo se debería culpar a un agresor con intención de que ocurran sucesos. Otros pueden ser responsables por incrementar inadvertidamente el riesgo para el miembro del servicio, pero deberían no tener la misma culpa e ira.

Una paciente en la terapia expresó ira hacia sí misma porque sentía que no era competente para manejar el suceso. En este caso, su punto de estancamiento era que debería haber sido capaz de recuperarse de este suceso rápidamente por sí misma. Empezó a cuestionar su competencia en muchas áreas de su vida. En este caso, el terapeuta necesitó recordar al paciente que la mayor parte de personas tienen dificultades después de traumas graves y que algunos sucesos en la vida son demasiado grandes para afrontarlos uno solo.

### Formas de dar y tener el poder

Dar al paciente el folleto sobre las formas de dar y tomar el poder.

*Hay muchas formas como las personas dan y toman su poder. Puedes hacer esto apropiada o inapropiadamente y esto nos da algunos ejemplos. Por ejemplo, si dices a tu pareja que no tendrás relaciones sexuales, él\_/ella hace XYZ, tú tiene el poder de forma negativa. O, si tú basas tus acciones o conductas sólo en las reacciones que esperas de otros, estás dando el poder fuera de ti. Si por otro lado, haces algo (o no haces algo) porque quieres algo para sentirte bien, estás tomando el poder apropiadamente.*

*¿Puedes darme un ejemplo de cosas que haces para adecuarte a cada una de las categorías de abajo? ¿Son estas las conductas que te gustaría cambiar? ¿qué puntos de estancamiento se mantienen y no dejan que hagas los cambios que te gustaría hacer?*

### Introducción a problemas de estima relacionados con uno mismo y otros

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

El resto de la sesión debería dedicarse al tema de la estima. Brevemente el terapeuta revisa el Módulo de Estima con el paciente y describe cómo la autoestima y estima hacia otros puede alterarse por un suceso traumático. Se debería explorar la autoestima del paciente antes del suceso traumático.

### Tareas Prácticas

Para la práctica, alrededor del Módulo de Estima, el paciente realiza los Registros de Discusión de Creencias sobre los puntos de estancamiento sobre la autoestima y estima de otros. Además, se asignan al paciente tareas de dar y recibir cumplidos durante la semana y hacer al menos algo agradable para ellos mismos cada día sin ninguna condición o condición asociada (p.ej., ejercicio, leer una revista, llamar a un amigo). Estas tareas se le dan al paciente para ayudarlo a sentirse más cómodo con la idea de que es merecedor de cumplidos y sucesos agradables sin tener que ganárselos o negárselos. Las tareas se dan al paciente también para que tenga contactos sociales porque las personas con TEPT tienden a aislarse. Una agenda de sucesos agradables puede servir de ayuda para quienes sufren depresión y pueden ayudar para la prevención de recaídas.

“Después de Leer el Módulo de Estima, utiliza los registros para confrontar los puntos de estancamiento respecto a la autoestima y estima de otros”

“Además, de los registros, practica dando y recibiendo cumplidos durante la semana y haz al menos una cosa agradable para ti misma cada día (sin tener que ganártela). Escribe en este registro lo que hiciste para ti y a quién dijiste algún cumplido”

## **Ejemplo de Nota de Evolución de la Sesión 10**

**Contacto:** sesión de 50 minutos

**Contenido:** Esta ha sido la décima sesión de la TPC para el TEPT. EL paciente realizó las tareas relacionadas con el Registro de Discusión de Creencias diariamente. Se han revisado los ejemplos de estos registros para profundizar en la reestructuración cognitiva y matizar los registros. Se han abordado los puntos de estancamiento específicos relacionados con el Poder/control. Se han introducido los puntos de estancamiento relacionados con la estima, y el paciente estaba de acuerdo con leer el material relacionado con este tema. También ha estado de acuerdo con rellenar los Registros de Discusión de Creencias sobre los puntos de estancamiento y dar o recibir un cumplido cada día antes de la siguiente sesión. También ha estado de acuerdo con hacer algo agradable para sí mismo diariamente.

**Plan:** continuar con la TPC.



# Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## PCL-S

### Instrucciones:

Considera la experiencia más estresante que hayas experimentado: \_\_\_\_\_

(acontecimiento)

Aquí hay una lista de problemas y quejas que a veces la gente experimenta en respuesta a experiencias vitales estresantes. Por favor, lee cada una cuidadosamente, y luego indica, utilizando los números de la derecha, cuánto te ha preocupado el problema en la última SEMANA.

	Nada	Un poco	Modera- do	Bastante	Extremo
137. Recuerdos repetitivos, inquietantes, pensamientos o imágenes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
138. Sueños repetitivos, inquietantes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
139. Actuaciones o sentimientos repentinos como si la experiencia estresante estuviera ocurriendo otra vez (como si estuvieras reviviendo)	1	2	3	4	5
140. Sentimientos de mucha preocupación cuando algo te ha recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
141. Reacciones físicas (p.ej., palpitaciones, respiración difícil, sudor) cuando algo te ha recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
142. Evitar pensar o hablar sobre la experiencia estresante o evitar sentimientos relacionados con ella	1	2	3	4	5
143. Evitar actividades o situaciones porque te han recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
144. Problemas para recordar partes importantes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
145. Pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban	1	2	3	4	5
146. Sentimiento de distancia o aislamiento de otras personas	1	2	3	4	5
147. Sentimientos de bloqueo emocional o ser incapaz de tener sentimientos de amor hacia personas muy cercanas	1	2	3	4	5
148. Sentir como si tu futuro de alguna manera será corto	1	2	3	4	5
149. Problemas con el sueño	1	2	3	4	5
150. Sentimientos de irritabilidad o explosiones de enfado	1	2	3	4	5
151. Dificultades para la concentración	1	2	3	4	5
152. Estar super alerta o vigilante	1	2	3	4	5
153. Sentirse nervioso, asustado	1	2	3	4	5

Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

<b>A. Situación</b>	<b>B. Pensamientos</b>	<b>D. Desafío de Pensamientos</b>	<b>E. Patrones Problemáticos</b>	<b>F. Pensamientos Alternativos</b>
Describe el suceso, pensamiento o creencia que lleva a las emociones desagradables	<p>Escribe los pensamientos relacionados con la Columna A.</p> <p>Grado de creencia de cada pensamiento de debajo de 0-100% (¿Cuánto crees este pensamiento?)</p>	<p>Utiliza las Cuestiones de Desafío para determinar tus pensamientos automáticos de la Columna B</p> <p>EL pensamiento ¿es equilibrado, basado en hechos, o es extremo?</p>	<p>Utiliza el Registro de Patrones de Pensamiento Problemático para decidir si este es uno de tus patrones de pensamiento problemáticos</p>	<p>¿Qué más puedo decir en lugar de la Columna B? ¿Qué más puedo interpretar sobre el suceso en lugar de la Columna B?</p> <p>Grado de creencia en el pensamiento alternativo de 0-100%</p>
	<p><b>C. Emociones</b></p> <p>Especificar tristeza, enfado, etc, y valorar la intensidad con la que sientes cada emoción de 0-100%</p>	<p>Evidencia a favor:</p> <p>Evidencia en contra</p> <p>¿Hábito o hecho?</p> <p>¿Interpretaciones no exactas?</p> <p>¿Todo o nada?</p> <p>¿Extremo o exagerado?</p> <p>¿Fuera de contexto?</p> <p>¿Fuente poco fiable?</p> <p>¿Baja vs alta probabilidad?</p> <p>¿Basado en sentimientos o hechos?</p> <p>¿Factores irrelevantes?</p>	<p>Salto a conclusiones:</p> <p>Exageración o minimización:</p> <p>Desconsideración de aspectos importantes:</p> <p>Sobresimplificación:</p> <p>Sobregeneralización:</p> <p>Lectura de mente:</p> <p>Razonamiento emocional:</p>	<p><b>G .Re-evaluar pensamientos antiguos</b></p> <p>Valora cuánto crees ahora en los pensamientos de la Columna B de 0-100%</p> <p><b>H. Emociones</b></p> <p>¿Qué sientes ahora? 0 – 100%</p>

## SESION 10

### MODULO DE PROBLEMAS DE ESTIMA

**Creencias relacionadas con uno mismo:** la autoestima es la creencia de tu propio valor, es una necesidad humana básica. Para el desarrollo de la autoestima es básico ser entendido, respetado, y tenido en cuenta.

#### Experiencia Previa

Negativo	Positivo
<p>Si tuviste experiencias previas que supusieron una violación de tu propio sentido de ti misma, es probable que desarrolles creencias negativas sobre tu propia valía. El suceso traumático puede parecer confirmar estas creencias. Las experiencias vitales previas que se asocian a creencias negativas sobre uno mismo es probable que sean causadas por:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Creer las actitudes negativas de otras personas sobre ti.</li><li>▪ Ausencia de empatía y sensibilidad por parte de otros</li><li>▪ La experiencia de ser devaluado, criticado, o culpado por otros.</li><li>▪ La creencia de que habías violado tus propios ideales o valores.</li></ul>	<p>Si tuviste experiencias previas que sirvieron para mejorar tus creencias sobre tu valía personal, el suceso traumático puede alterar esas creencias (tu autoestima)</p>

#### Ejemplos de Creencias Negativas sobre la Autoestima

- Soy malo, destructivo o cruel
- Soy responsable por ser malo, destructivo o actos crueles
- Soy básicamente imperfecto y defectuoso
- Soy despreciable y merezco la infelicidad y el sufrimiento

#### Síntomas Asociados a las Creencias de Autoestima Negativa

- Depresión
- Culpa
- Vergüenza
- Posible conducta autodestructiva

## RESOLUCION

Si previamente creías que...	Una autoafirmación posible puede ser...
<p>Eres despreciable (o cualquiera de las creencias anotadas arriba) por tu experiencia previa, el suceso traumático confirma esta creencia. También puede ocurrir si tuviste poco apoyo social después del suceso. Para mejorar tu autoestima y reducir los síntomas que a menudo le siguen, necesitarás reevaluar tus creencias sobre tu propia valía y ser capaz de reemplazar las creencias desadaptativas por otras más realistas, creencias positivas.</p>	<p>“algunas veces ocurren cosas malas a las personas buenas. Solo porque alguien diga algo malo sobre mí no lo convierte en verdad. Nadie merece esto, y eso me incluye a mí también. Incluso si hubiera cometido errores en el pasado, eso no me hace mala persona ni merecedor de infelicidad o sufrimiento (incluyendo el suceso traumático)”</p>
<p>Si tenías creencias positivas sobre tu autovalía antes del suceso traumático, podrías haber creído que “nada malo me sucederá porque soy buena persona”. El suceso puede alterar tales creencias, y puedes pensar que eres mala persona porque ha ocurrido este suceso, o buscar razones por las que sucedió y por las que lo mereciste (puede que esté siendo castigado por algo que hice o porque soy mala persona). Para recuperar tus creencias positivas previas sobre tu autovalía, necesitarás hacer algunos ajustes de forma que no se vea alterado tu sentido de valía cada vez que algo inesperado y malo te ocurra. Cuando puedes aceptar que podrían sucederte cosas malas (como que ocurren a todos de vez en cuando), dejas de culparte a ti mismo por los sucesos que no causaste</p>	<p>“Algunas veces ocurren cosas malas a las personas buenas. Sólo porque alguien diga algo malo sobre mí no lo hace cierto. Nadie merece esto, y eso me incluye. Incluso si he cometido errores en el pasado no me hace mala persona, merecedora de infelicidad o sufrimiento (incluyendo el suceso traumático)”</p>

**Creencias relacionadas con OTROS:** Estas son creencias sobre cuánto valoras a otras personas. Además, un punto de vista realista sobre otros es importante para la salud psicológica. En las personas menos sanas psicológicamente estas creencias son estereotipadas, rígidas, y relativamente inmodificables por la información nueva.

### Experiencia previa

Negativo	Positivo
<p>Si tuviste muchas experiencias malas con personas en el pasado o tuviste dificultades para considerar información nueva sobre las personas que conocías (particularmente información negativa), puedes haberte sentido sorprendido, herido y traicionado. Puedes haber concluido que otras personas no son buenas o no son consideradas. Puedes haber</p>	<p>Si tus experiencias previas con otras personas han sido positivas, y los sucesos negativos en el mundo no se aplican a tu vida, es probable que el suceso aplastara la creencia. Las creencias previas sobre la bondad básica de otros pueden estar particularmente alteradas si las personas a las que se consideraban de apoyo, no esta-</p>

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

<p>generalizado esta creencia a todo el mundo (incluso a aquellos que son básicamente buenos y considerados). El suceso traumático puede confirmar estas creencias sobre las personas.</p>	<p>ban ahí, contigo, después del suceso</p>
--	---

### Ejemplos de Creencias Negativas de la Estima de Otros

- Creencia de que las personas básicamente son poco compasivas, indiferentes, y sólo se consideran a sí mismos.
- Creencia de que las personas son malas, crueles o maliciosas
- Creencia de que la raza humana entera es mala, cruel, o maliciosa

### Síntomas Asociados alas Creencias Negativas sobre la Estima de Otros

- Ira crónica
- Desprecio
- Amargura
- Cinismo
- Incredulidad cuando es tratado con compasión genuina (“¿qué quieren?”)
- Aislamiento de otros
- Conducta antisocial justificada por la creencia de que las personas sólo piensan en sí mismas.

## RESOLUCIÓN

	Autoafirmaciones posibles pueden ser...
<p>Será importante para ti reconsiderar la creencia automática de que las personas no son buenas, y considerar cómo ha afectado esa creencia a tu conducta y vida social en general</p>	
<p>Cuando conoces a alguien, es importante no formar juicios porque estos tienden a basarse en estereotipos que generalmente no son ciertos para la mayoría de personas que conocerás. Está bien adoptar una actitud de “esperar y ver”, que te permite flexibilidad en el desarrollo de tus percepciones sobre la otra persona y no penalizar a la persona que estás intentando conocer.</p>	
<p>Si a lo largo del tiempo esta persona te hace sentir molesta, o hace cosas que tú no apruebas, eres libre de parar de intentar mantener la relación y de finalizarla. Sin embargo, sé consciente de que todas las personas cometen errores, y considera los motivos de tus reglas para la amistad o relaciones íntimas. Si confrontas con la persona con la que hace algo que te hace sentir molesta, puedes utilizar la reacción de la persona para pedirle que tome una decisión sobre lo que quieres de esa persona en el futuro (p.ej., la persona</p>	<p>“Aunque hay personas que no respeto ni deseo conocer, no puedo asumir eso sobre todas las personas que conozco. Puedo llegar a esta conclusión más tarde, pero será después de haber aprendido más sobre esta persona”</p>

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

<p>pide disculpas y hace un esfuerzo genuino para evitar cometer el mismo error, luego podrías querer seguir conociendo a esa persona. Si la persona es insensible a tu petición o te menosprecia de alguna otra forma, puedes querer finalizar la relación). El punto importante es que necesitas tiempo para conocer a las personas y formarte una opinión sobre ellas. Es importante que adoptes una visión de otros que sea equilibrada y que permita los cambios.</p>	
<p>Si de los que esperabas apoyo te abandonaron, no rechaces a estas personas del todo. Habla con ellos de cómo te sientes y sobre lo que esperas de ellos. Utiliza sus reacciones para valorar a dónde quieres ir con estas relaciones</p>	<p>“A veces las personas cometen errores. Intentaré averiguar si ellos entienden que fue un error o si refleja una característica negativa de esa persona, que puede hacer finalizar la relación para mí si es algo que no puedo aceptar”</p>

### Formas de Dar y Recibir Poder

	DAR PODER	RECIBIR PODER
<b>POSITIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ser altruista (ayudar a otros sin esperar nada a cambio)</li> <li>▪ Ayudar a otros en crisis o si lo necesitan</li> <li>▪ Compartir con otras personas como parte de dar y recibir en las relaciones</li> </ul> <p><b>Ejemplo:</b> Vas camino a la tienda cuando un amigo te pregunta si le puedes llevar al médico, y decides llevarle</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ser asertivo</li> <li>▪ Establecer límites con otros</li> <li>▪ Ser honesto contigo mismo y con otros</li> </ul> <p><b>Ejemplo:</b> decir a alguien que no puedes ayudarlo ahora, pero que le reservarás un momento más adelante cuando encuentres un hueco en tu agenda</p>
<b>NEGATIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Basándote sólo en tus reacciones o conductas que esperas de otros</li> <li>▪ Colocar siempre las necesidades de otros por encima de las tuyas</li> <li>▪ Permitir a otros un fácil acceso a tus puntos flacos para hacer que te preocupes</li> </ul> <p><b>Ejemplo:</b> tener una reacción negativa intensa que claramente está manipulando lo que sientes de alguna forma</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dar ultimátums</li> <li>▪ Probar los límites</li> <li>▪ Preocupar intencionalmente a otros para un beneficio personal</li> <li>▪ Comportarse agresivamente</li> </ul> <p><b>Ejemplo:</b> decir a tu pareja que no tendrás sexo con ella hasta que no haga lo que quieres</p>

## **SESION 11 – PROBLEMAS DE ESTIMA**

- 1. Administrar la PCL-S (en la sala de espera si es posible), recoger, y archivar. Revisar las Taras Prácticas y establecer la agenda (5 minutos)**
- 2. Discutir las reacciones del paciente para dar y recibir cumplidos y realización de actividades agradables (5 minutos)**
  - Reforzar - ¿Cómo va?
  - Cumplidos/ Actividades Agradables
- 3. Ayudar al paciente a identificar problemas con la estima y supuestos, y desafiarlos utilizando el registro de Desafío de Creencias (20 minutos)**
  - ¿ El paciente cree que está permanente dañado como resultado del trauma?
  - ¿Perfeccionista? ¿Cree el paciente que cometió un error?
  - Estima hacia otros - ¿sobregeneraliza la indiferencia hacia grupos enteros?
- 4. Introducir la quinta de cinco áreas problema: problemas de intimidad relacionados con uno mismo y otros (10 minutos)**
  - ¿Cómo han sido afectadas las relaciones por el trauma?
  - Intimidad. Habilidad para calmarse y relajarse
  - ¿cómo eran estas antes y después?
  - Algunos problemas: p.ej., ¿alcohol?, ¿alimentación?, ¿gastos?
- 5. Tareas prácticas y resolución de problemas**
  - El paciente debería identificar los puntos de estancamiento, uno de los cuales se relaciona con problemas en la intimidad, y confrontarlos con el Registro de Desafío de Creencias
  - Escribir el Relato de Impacto (discutir el propósito de esta tarea)
  - Continuar haciendo y recibiendo cumplidos
  - Continuar haciendo al menos una actividad agradable cada día
  - Hacer que el paciente continúe leyendo las tareas sobre el Trauma si todavía tiene emociones intensas
- 6. Comprobar las reacciones del paciente en la sesión (5 minutos)**



## SESION 11- PROBLEMAS DE ESTIMA

Las metas de la sesión son:

1. Revisar los cumplidos y actividades agradables que el paciente haya realizado para sí mismo
2. Revisar el Registro de Discusión de Creencias en estima y otros temas
3. Introducir los conceptos de auto-intimidad y otros-intimidad
4. Asignar Registros de Discusión de Creencias
5. Asignar un nuevo Relato de Impacto

### Dar y recibir cumplidos

El terapeuta debería reforzar los esfuerzos del paciente de dar y recibir cumplidos y por la realización de actividades agradables para sí misma. ¿Fue capaz de escuchar cumplidos sin rechazarlos inmediatamente? (T: "sólo decir gracias y pensar sobre lo que dijiste"). ¿Qué sucedió cuando ella hizo cumplidos? ¿los receptores parecían agradados? ¿Continuaron hablando con la paciente?. Se le pregunta a la paciente cómo se sintió haciendo algo agradable para sí misma (p.ej., ¿sintió que no se lo merecía?, o ¿se sintió culpable?). Se le debería animar a continuar haciendo actividades agradables para sí misma, practicar dando y recibiendo cumplidos diariamente, y permitirse a sí misma disfrutarlos. El terapeuta puede ayudar al paciente generar autoafirmaciones para la mejora de su autoestima si hace comentarios de menosprecio hacia sí misma.

### Identificación de Cuestiones sobre la Estima y Supuestos

La paciente y el terapeuta discuten los Registros de Discusión de Creencias sobre la estima. Un punto de estancamiento común en este tema de la autoestima es que el paciente está dañado de alguna manera por el suceso. Por haber estado sufriendo flashbacks, pesadillas, reacciones de sobresalto, etc, el paciente puede haber llegado a la conclusión de que está loco o dañado permanentemente. La percepción de uno mismo como dañado, creer que uno tiene un criterio pobre, o creer que otros le culpan por cosas que hizo o no en el suceso desgasta la percepción global de uno mismo sobre la autoestima. En el caso de crímenes interpersonales (tales como abuso sexual militar) la víctima también puede concluir que debe haber algo erróneo en ella para haber sido objeto de la agresión. Si la paciente hace comentarios negativos globales sobre sí misma, el terapeuta puede empezar concretando que el paciente es autocrítico. Como la confianza, la estima es un constructo global que es multidimensional.

Algunas veces sirve de ayuda abordar los problemas del perfeccionismo aquí. A menudo los pacientes tienen opiniones pobres sobre sí mismos porque ellos se juzgan con dureza cuando cometen un error. Esta sobregeneralización sigue a la creencia del paciente de que cometió errores antes, durante, o después del suceso traumático. Para el terapeuta puede ser útil recordar al paciente que la injusticia básicamente la practica con ella misma.

*T: ¿Qué pensarías de un profesor que dijera, "si no consigues el 100% de respuestas correctas, suspenderás (obtendrás una F)?"*

*P: Diría que es injusto*

*T: Bien. Esa valoración tendría dos grados. A para perfecto, F para todo lo demás. Normalmente una A, un grado de sobresaliente, es para valorar a las personas que puntúan 90% o más. Eso permite un 10% de errores y todavía se considera como sobresaliente, el 80% es un promedio medio, y el 70% es la media. Vamos a la valoración de ayer. Dices que fuiste mala y que realmente te hizo polvo cuando no manejaste la llamada de teléfono en el trabajo tan bien como te hubiera gustado. Suena como que te diste a ti misma una F.*

*P: Sí*

*T: ¿Cuántas cosas hiciste ayer? ¿cuántas decisiones tomaste? ¿cuál es el porcentaje correcto que obtuviste durante el día?*

*P: Bien, cuando lo puse de esa manera...supongo que lo hice bien. Ayer no hice nada tan importante como el error que cometí en el trabajo.*

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

*T: Seguro. No todas las cosas tienen la misma importancia. En el colegio algunos de tus trabajos también consiguieron más puntos que otros. ¿Era la actividad más importante del día?*

*P: Sí, eso creo*

*T: ¿Fue el suceso más importante o la actividad más importante de la semana?*

*P: No, dos días antes le entregué un importante informe a mi jefe en el que había estado trabajando durante semanas. Ella estaba muy contenta con lo que había hecho.*

*T: Así que si te puntuas sólo durante el día conllevaría más puntos, pero si te diera una valoración para la semana entera, ¿no sería muy importante?*

*P: No, me daría a mí misma una A para la semana.*

*T: Pensándolo de esa manera, ¿sientes que tus emociones ahora son menos intensas que cuando dijiste por primera vez que eras un fracaso y que no podías hacer nada bien?*

*P: (risas) YA. Es un hábito tan malo hacer esas afirmaciones extremas.*

*T: Y creéte las cuando las dices*

*P: Sí, en el momento lo siento como correcto y verdadero*

*T: Seguro. Te sientes bien porque has estado practicando durante mucho tiempo. Es un hábito más que un hecho. Sólo porque te sientas bien no lo hace verdadero.*

Respecto a la estima de otros, no es infrecuente que el paciente sobregeneralice su indiferencia hacia el perpetrador del suceso traumático hacia un grupo entero (p.ej., asiáticos o iraquíes). En estos casos, cuando el paciente calumnia a toda la humanidad o a algún subgrupo de la población, es importante ayudarlo a marcharse del extremo y descender al continuo. El paciente necesitará buscar y reconocer las excepciones a su esquema sobregeneralizado para acomodarse al esquema de forma más realista.

Otra manera en que las creencias humanas de “bondad/maldad” se ven afectadas tras el suceso traumático es a través de la atención selectiva. Por ejemplo, antes de ser victimizado criminalmente, muchas personas prestan poca atención a las noticias sobre crímenes en los medios de comunicación. Después de ser victimizadas, empiezan a darse cuenta de la frecuencia con la que sale en las noticias, en programas de televisión, o en revistas. Porque están prestando atención al crimen, les parece que el crimen está en todas partes y que todas las personas son malas. Olvidan que estos sucesos son publicados porque son “noticias” y que la mayor parte de personas no son victimizadas diariamente. Como el crimen, otros sucesos devastadores tales como los desastres naturales, guerras, accidentes de aviones, y actividades terroristas pueden no provocar mucha atención hasta que ocurren cerca de casa. Estos sucesos repentinamente llegan a ser muy reales y muy personales. Y las víctimas a menudo sobregeneralizan la culpa de otros (tanto como la de ellos mismos) para recuperar la sensación de control. No es del todo inusual para los pacientes con TEPT que sobregeneralicen a la población en su conjunto del país en el que estuvo en guerra y asumir que todos tienen actitudes idénticas hacia los americanos y hacia la guerra. El paciente puede expresar gran desprecio hacia todos los habitantes del país, incluso hacia los que viven en Estados Unidos durante generaciones.

Otro tema que surge frecuentemente con los pacientes como otro problema de estima es un punto de vista sobreacomodado del “gobierno”. Justo con palabras como “verdad” o “control”, “gobierno” es un término demasiado general. De hecho, algunos pacientes con TEPT utilizan su agravio contra el gobierno como una estrategia de evitación. En lugar de centrarse en sucesos traumáticos específicos, algunos pacientes con TEPT intentarán cambiar el foco de atención a políticos y al gobierno (evitación por retórica o diatriba). Para el terapeuta es importante traer pronto a la terapia la discusión poniendo el índice en el suceso y no permitir al paciente dominar la sesión con valoraciones. Y el terapeuta puede preguntar “¿Verdad con respecto a qué?”, él o ella también pueden preguntar, ¿qué quieres decir con gobierno?, ¿te refieres al gobierno federal?, ¿qué administración o qué sección del gobierno?, ¿te refieres al gobierno estatal o local?, ¿son todos lo mismo?, cuando dices que el gobierno no es bueno, ¿quiere decir que cuando llamas al 112 no contestará nadie a tu llamada?”. Como con otros muchos términos vagos, es importante para el paciente irse al extremo y ver los distintos tipos y categorías que podría juzgar de una forma más graduada. Aunque este problema podría surgir pronto en la terapia, podría resurgir con el tema de la estima y puede ser desafiante otra vez.

## **Problemas de intimidad relacionados con uno mismo y con otros**

El tema de la intimidad se introduce hacia el final de la sesión, y brevemente, el terapeuta y el paciente discuten cómo pueden haberse visto afectadas las relaciones por el suceso. La intimidad con otros (o la ausencia de intimidad) serán más fácil para identificar que la autoestima. Sin embargo, es importante que aquí el foco de atención esté en la intimidad no sexual tanto como en la intimidad sexual. La autointimidad es la habilidad de relajarse y calmarse a uno mismo. Y estar solo sin sentir soledad o vacío. La autointimidad va más allá de la autoestima e incluye un sentido intenso de autoeficacia y confort con la propia compañía. Se anima al paciente a reconocer cómo la intimidad con uno mismo y otros estaba antes del suceso y cómo se vio afectada por el suceso. EL terapeuta y paciente deberían discutir cualquier problema con intentos externos inapropiados de autorrelajación (p.ej., alcohol, comida, gastos, etc) que probablemente se discutieron antes en la terapia pero que aquí deberían reforzarse. El paciente debería utilizar otra vez el Registro de Desafío de Creencia para confrontar las autoafirmaciones desadaptativas y generar afirmaciones más confortantes.

## **Tareas Prácticas**

Finalmente, para evaluar cómo han cambiado las creencias del paciente desde el inicio del tratamiento se le pide que escriba un nuevo Relato de Impacto, reflejando lo que significa para él el suceso en este momento, y qué creencias actuales con los cinco temas de seguridad, confianza, poder/control, estima, e intimidad. Es importante insistir al paciente que debería escribir sobre sus pensamientos actuales y no cómo puede haber pensado en el pasado.

*“Utiliza el Módulo de Intimidad y el Registro de Discusión de Creencias para confrontar los puntos de estancamiento respecto a la autointimidad e intimidad con otros. Continua realizando el registro sobre los temas previos que todavía son problemáticos”.*

*“Por favor, escribe ahora una página sobre lo que piensas ahora de por qué te ocurrió el suceso traumático. Considera también lo que piensas ahora de ti misma, otros, y el mundo, en las siguientes áreas: seguridad, confianza, poder/control, estima, e intimidad”.*

:

## **Ejemplo de Nota de Evolución de la SESION 11**

**Contacto:** 50 minutos

**Contenido:** esta ha sido la onceava sesión de TPC para el TEPT. La paciente realizó sus tareas, ha rellenado el Registro de Discusión de Creencias diariamente, dando/recibiendo un cumplido cada día, y ha hecho algo agradable para ella misma cada día. Se han revisado ejemplos de los registros para hacer más reestructuración cognitiva y matizar el contenido de los registros. La sesión se ha centrado específicamente en los puntos de estancamiento relacionados con la estima. Se han introducido los puntos de estancamiento relacionados con la intimidad, y se ha mostrado de acuerdo con leer el material relacionado con este tema. También ha estado de acuerdo con rellenar el Registro de Discusión de Creencias sobre los puntos de estancamiento diarios para escribir otro Relato de Impacto en que describa sus pensamiento y creencias actuales sobre sí misma, otros, y el mundo, relacionado con sus experiencias traumáticas.

**Plan:** Concluir la TPC en la siguiente sesión

# Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## PCL-S

### Instrucciones:

Considera la experiencia más estresante que hayas experimentado: \_\_\_\_\_

(acontecimiento)

Aquí hay una lista de problemas y quejas que a veces la gente experimenta en respuesta a experiencias vitales estresantes. Por favor, lee cada una cuidadosamente, y luego indica, utilizando los números de la derecha, cuánto te ha preocupado el problema en la última SEMANA.

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremo
154. Recuerdos repetitivos, inquietantes, pensamientos o imágenes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
155. Sueños repetitivos, inquietantes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
156. Actuaciones o sentimientos repentinos como si la experiencia estresante estuviera ocurriendo otra vez (como si estuvieras reviviendo)	1	2	3	4	5
157. Sentimientos de mucha preocupación cuando algo te ha recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
158. Reacciones físicas (p.ej., palpitaciones, respiración difícil, sudor) cuando algo te ha recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
159. Evitar pensar o hablar sobre la experiencia estresante o evitar sentimientos relacionados con ella	1	2	3	4	5
160. Evitar actividades o situaciones porque te han recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
161. Problemas para recordar partes importantes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
162. Pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban	1	2	3	4	5
163. Sentimiento de distancia o aislamiento de otras personas	1	2	3	4	5
164. Sentimientos de bloqueo emocional o ser incapaz de tener sentimientos de amor hacia personas muy cercanas	1	2	3	4	5
165. Sentir como si tu futuro de alguna manera será corto	1	2	3	4	5
166. Problemas con el sueño	1	2	3	4	5
167. Sentimientos de irritabilidad o explosiones de enfado	1	2	3	4	5
168. Dificultades para la concentración	1	2	3	4	5
169. Estar super alerta o vigilante	1	2	3	4	5
170. Sentirse nervioso, asustado	1	2	3	4	5

Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

<b>A. Situación</b>	<b>B. Pensamientos</b>	<b>D. Desafío de Pensamientos</b>	<b>E. Patrones Problemáticos</b>	<b>F. Pensamientos Alternativos</b>
Describe el suceso, pensamiento o creencia que lleva a las emociones desagradables	<p>Escribe los pensamientos relacionados con la Columna A.</p> <p>Grado de creencia de cada pensamiento de debajo de 0-100% (¿Cuánto crees este pensamiento?)</p>	<p>Utiliza las Cuestiones de Desafío para determinar tus pensamientos automáticos de la Columna B</p> <p>EL pensamiento ¿es equilibrado, basado en hechos, o es extremo?</p>	Utiliza el Registro de Patrones de Pensamiento Problemático para decidir si este es uno de tus patrones de pensamiento problemáticos	<p>¿Qué más puedo decir en lugar de la Columna B? ¿Qué más puedo interpretar sobre el suceso en lugar de la Columna B?</p> <p>Grado de creencia en el pensamiento alternativo de 0-100%</p>
	<p><b>C. Emociones</b></p> <p>Especificar tristeza, enfado, etc, y valorar la intensidad con la que sientes cada emoción de 0-100%</p>	<p>Evidencia a favor:</p> <p>Evidencia en contra</p> <p>¿Hábito o hecho?</p> <p>¿Interpretaciones no exactas?</p> <p>¿Todo o nada?</p> <p>¿Extremo o exagerado?</p> <p>¿Fuera de contexto?</p> <p>¿Fuente poco fiable?</p> <p>¿Baja vs alta probabilidad?</p> <p>¿Basado en sentimientos o hechos?</p> <p>¿Factores irrelevantes?</p>	<p>Salto a conclusiones:</p> <p>Exageración o minimización:</p> <p>Desconsideración de aspectos importantes:</p> <p>Sobresimplificación:</p> <p>Sobregeneralización:</p> <p>Lectura de mente:</p> <p>Razonamiento emocional:</p>	<p><b>G .Re-evaluar pensamientos antiguos</b></p> <p>Valora cuánto crees ahora en los pensamientos de la Columna B de 0-100%</p> <p><b>H. Emociones</b></p> <p>¿Qué sientes ahora? 0 – 100%</p>

## SESION 11

### MODULO DE CUESTIONES SOBRE LA INTIMIDAD

**Creencias relacionadas con UNO MISMO:** una importante función para la estabilidad es la habilidad para relajarse y calmarse a uno mismo. Esta autointimidad se refleja en la habilidad para estar solo sin sentimientos de estar solo o vacío. Cuando ocurre un trauma las personas reaccionan de forma diferente dependiendo de sus expectativas de cómo lo afrontarán

#### Experiencia previa

Negativo	Positivo
Si tuviste experiencias previas (o modelos pobres) que te llevaron a creer que eras incapaz de afrontar los sucesos vitales negativos, puedes haber reaccionado al suceso traumático con creencias negativas de que eras incapaz de relajarte, confortarte, o de alimentarte por ti mismo	Una persona estable y con autointimidad positiva puede experimentar el suceso traumático como menos traumático por la expectativa y habilidad de búsqueda de recursos internos. Sin embargo, si el suceso está en conflicto con creencias tempranas de autointimidad, la persona puede sentirse abrumada o desbordada por la ansiedad.

#### Síntomas Asociados a las Creencias Negativas sobre la Autointimidad

- Inhabilidad para confortarse y relajarse
- Miedo a estar solo
- Experimentar vacío interior o falta de vida
- Períodos de gran ansiedad o pánico si se recuerda el trauma cuando se está solo
- Puede buscarse recursos externos de confort – comida, drogas, alcohol, medicación, gastar dinero, o sexo.
- Necesitado de relaciones

#### RESOLUCION

Nuevas Creencias	Una autoafirmación posible puede ser...
Entender las reacciones típicas al trauma puede ayudarte a sentir menos nervioso sobre lo que estás experimentando. La mayor parte de personas no pueden recuperarse del suceso traumático más importante sin el apoyo de otros. Los recursos externos de confort, tales como el alcohol o comida, son muletas de apoyo, que en lugar de ayudar a la recuperación, pueden prolongar tus reacciones. Pueden confortarte a corto plazo porque los utilizas para evitar y suprimir tus sentimientos. Sin embargo, los sentimientos no desaparecen, y tienes que manejar las consecuencias del exceso de comida, gastos, alcohol, etc que agravan el problema.	“No sufriré para siempre. Puedo aliviarme utilizando las habilidades que he aprendido para afrontar estos sentimientos negativos. Puedo necesitar ayuda para manejar mis reacciones, pero eso es normal. Incluso aunque mis sentimientos sean bastante intensos y desagradables, sé que son temporales y que perderán intensidad con el tiempo. Las habilidades que he estado desarrollando me ayudarán a afrontar mejor otras situaciones estresantes en el futuro”

**Creencias relacionadas con OTROS:** el anhelo de intimidad, conexión y cercanía es una de las necesidades humanas más básicas. La capacidad para conectar íntimamente con otras personas es frágil. Puede ser dañada fácilmente o destruída por respuestas de otros insensibles, hirientes, o respuestas no empáticas.

### Experiencia previa

Negativo	Positivo
Las creencias negativas pueden llevar a la pérdida traumática de conexiones íntimas. El suceso puede parecer confirmar tu creencia de inhabilidad para estar cercana a otra persona	Si previamente tuviste relaciones íntimas satisfactorias con otras personas, puede que el suceso (especialmente si fue cometido por un conocido) pueda llevarte a creer que nunca podrías intimar con nadie de nuevo.

Experiencia Postraumática
También puedes experimentar una alteración de tu creencia sobre la habilidad de intimar con otros si fuiste culpada o rechazada por esos que tú pensabas que serían tu apoyo.

Síntomas Asociados alas Creencias Negativas sobre la Estima de Otros
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soledad persistente</li> <li>▪ Vacío o aislamiento</li> <li>▪ Fallo en experimentar conexión con otros incluso en las relaciones de amor e íntimas genuinas</li> </ul>

### RESOLUCIÓN

Nuevas Creencias	Autoafirmaciones posibles pueden ser...
Para que tengas relaciones íntimas otra vez con otros, necesitarás adoptar nuevas creencias más adaptativas, sobre la intimidad. Las relaciones íntimas requieren tiempo para desarrollarse y esfuerzo de ambas personas. No eres solamente responsable del fallo de relaciones previas. El desarrollo de relaciones incluye riesgos, y es posible que puedas ser herida otra vez. No acercarse a las relaciones por esta razón, es probable que te lleve a sentirte vacía y sola.	(Nuevas relaciones) "Incluso aunque una antigua relación no funcionara, no significa que no pueda tener relaciones íntimas satisfactorias en el futuro. No puedo continuar creyendo y comportándome como que todos me traicionarán. Necesitaré arriesgarme en el desarrollo de relaciones en el futuro, pero si lo hago despacio, tendré más opciones de decir si esa persona puede ser de confianza"
Intentar resolver los problemas con las personas que te han hecho daño pidiéndoles lo que necesitas y permitiéndoles conocer cómo te sientes por lo que ellos hicieron o dijeron. Si son incapaces de ajustarse a tu petición y son incapaces de darte lo que necesitas, puedes decidir no estar cercana a esas personas más tiempo. Puedes encontrarte, sin embargo, con que respondieron como resultado de ignoran-	(Relaciones existentes) "Todavía puedo estar cercana a las personas, pero no soy capaz (o quiero) intimar con todos los que conozco. Puedo perder previas o futuras relaciones íntimas con otros que no pueden hacer confesiones mutuas, pero esto no es por mi culpa"



## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

<p>cia o miedo. Como resultado de tus esfuerzos, la comunicación puede mejorar y puedes acabar sintiéndote más cerca de ellos que antes del suceso traumático.</p>	<p>o debido al hecho de que no lo intentara”</p>
--	--

## **SESIÓN 12 – PROBLEMAS DE INTIMIDAD Y SIGNIFICADO DEL SUCESO**

- 1. Administrar la escala PCL-S (en la sala de espera si es posible), recoger y archivarla. Revisar las tareas prácticas de la sesión 12 y establecer la agenda ( minutos)**
- 2. Ayudar al paciente a identificar los problemas de intimidad, supuestos, y cualquier punto de estancamiento restante, y desafiarlos utilizando los Registros de Discusión de Creencias (15 minutos)**
  - Centrarse en el desarrollo y mantenimiento de relaciones
  - Estar atento a los déficits en autocuidado (¿comida?, ¿alcohol?, ¿gastos?)
  - Intimidad
    - Intimidad Interpersonal- aislamiento de otros
    - Intimidad sexual – clave física
- 3. Lectura del Relato de Impacto (15 minutos)**
  - El paciente lee el Relato de Impacto final y se analiza su significado
  - El terapeuta lee el Relato de Impacto original
  - Comparar los dos
  - Anotar cómo han cambiado las creencias por el trabajo de la terapia en un corto período de tiempo.
  - Reforzar el progreso del paciente como resultado del trabajo realizado.
  - ¿Distorsiones o creencias problemáticas que se mantienen?
- 4. Revisar con el paciente el curso del tratamiento y su progreso**
  - Revisar conceptos y habilidades
  - Reflejar en el paciente su propio trabajo, progreso, y cambios producidos
  - Dar confianza al paciente para afrontar y manejarse con la dificultad y el suceso traumático
  - La continuación del éxito depende de que el paciente continúe con la práctica de habilidades aprendidas
- 5. Ayudar al paciente a identificar las metas para el futuro y delinear estrategias para enfrentarse con ellos (5 minutos)**
  - Recordar también al paciente que está asumiendo las funciones como terapeuta y ahora debería continuar utilizando las habilidades que ha aprendido

## **SESION 12: CUESTIONES SOBRE LA INTIMIDAD Y SIGNIFICADO DEL SUCESO**

Las metas de la sesión son:

1. Revisar los Registros de Discusión de Creencias relacionados con la intimidad y trabajar en resolver cualquier punto de estancamiento que pudiera interferir con el desarrollo o mantenimiento de relaciones con uno mismo y otros.
2. Hacer que el paciente lea el Relato de Impacto final
3. Leer el primer Relato de Impacto y comparar los dos relatos
4. Revisar el curso del tratamiento
5. Identificar las metas para el futuro
6. Recordar a los pacientes que están asumiendo funciones como terapeuta y que deberían continuar practicando las habilidades que han aprendido.

### **Identificar cuestiones sobre la intimidad y supuestos**

La sesión final empieza con la revisión de los Registros de Discusión de Creencias sobre la intimidad. El propósito de esta sesión es ayudar al paciente a identificar los puntos de estancamiento relacionados con la intimidad. La meta para el paciente es trabajar en estos puntos de estancamiento a lo largo del tiempo con las nuevas habilidades que ha aprendido en terapia.

La autointimidad es la habilidad de alguien para involucrarse en el afrontamiento, autocontrol, y en el autocuidado apropiado sin utilizar métodos externos para calmarse. Los problemas con la autointimidad son evidentes si el paciente ha consumido tóxicos, incluyendo comida, o gastos compulsivos o juego, o es tan dependiente de otros que no cree que pueda cuidar de sí misma. Cuando se le da la tarea de escribir sobre los sucesos traumáticos, un paciente anunció que tendría que comer un helado y fumar dos paquetes de tabaco para conseguirlo. Para el terapeuta esta fue una buena clave de que tenía problemas con el autocófort. Este problema se abordó a lo largo del curso de la terapia y particularmente durante estas últimas dos sesiones. Estos problemas de autocalma a menudo se relacionan con problemas de control, así que el consumo de drogas frecuentemente se aborda pronto durante el tratamiento. Animamos al paciente a utilizar un registro más que la comida, tabaco, alcohol, o la tarjeta de crédito; pensar a partir de lo que ellos se decían a sí mismos; y calmarlos con autoafirmaciones y conductas más apropiadas. Sin embargo, si el paciente tiene problemas graves con drogas, se debería tratar este problema antes o simultáneamente con la TPC. Normalmente no empiezan la TPC a menos que los pacientes prometan abstenerse de consumir drogas mientras que están en tratamiento. Aunque podemos plantar semillas, lo adecuado es incluir estos problemas en el tratamiento y tratarlos lo antes posible, no nos centramos en la autointimidad como tema hasta el final de la terapia cuando trabajamos la prevención de recaídas.

Respecto a la intimidad con otros, a menudo se presentan dos tipos de problemas de intimidad: cercanía con la familia/amigos e intimidad sexual. Muchas personas con TEPT se aíslan de las personas que podrían apoyarles y evitan estar cercanos a otros, como una forma de protección de ellos mismos de posible rechazo, culpa, o daño.

Frecuentemente se disuelven las relaciones y los pacientes traumatizados evitan desarrollar nuevas relaciones. Como resultado, muchos de estos pacientes se sienten aislados y solos durante su recuperación del suceso traumático. La intimidad sexual puede ser un problema en particular con personas que han sufrido violencia sexual, aunque el funcionamiento sexual puede ser interrumpido también en respuesta a otros tipos de trauma. Los síntomas de TEPT y depresión pueden interferir con el funcionamiento sexual normal, particularmente con el deseo sexual. Sin embargo, en las víctimas de ataques sexuales, la conducta sexual llega a ser amenazante porque el acto sexual llega a ser una clave asociada con el ataque, y porque el nivel de confianza y vulnerabilidad es necesario para la intimidad sexual. Los pacientes se aíslan de otros, sin embargo, están en conflicto directo con sus necesidades de confort y de apoyo de otros. Estos problemas de intimidad a menudo son entre mujeres con problemas de confianza que todavía pueden estar sin resolver y suponen la atención continuada del paciente. Aunque la TPC no se entiende como terapia sexual, este tipo de terapia puede ser útil para identificar y corregir cogniciones problemáticas que pueden interferir con el fun-

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

cionamiento sexual. Sin embargo, se deberían tratar disfunciones más graves con otros protocolos de terapia diseñados específicamente para este propósito.

### Lectura del paciente de un nuevo Relato de Impacto

El terapeuta y paciente deberían examinar el nuevo Relato de Impacto sobre el significado del suceso. El paciente debería leer primero el nuevo Relato de Impacto al terapeuta. Abajo hay un ejemplo de un nuevo Relato de Impacto escrito por "Chazz" un veterano de Iraq que había sido forzado a disparar a un coche que no hizo caso a las señales de parar en un punto de control. Una mujer y un niño murieron.

*"No hay duda de que este suceso traumático impactó profundamente en mí. Mis pensamientos sobre mí mismo, otros, y el mundo estaban cambiados, y cambiaron otra vez. Cuando empecé la terapia creí que era un asesino. Me culpaba a mí completamente. Ahora creo que disparé a una familia, pero que no les asesiné. Me dí cuenta de que tenía que hacer lo que hice en ese momento, y que otros alrededor mío también eligieron disparar porque teníamos que hacerlo. Nunca sabré lo que ese hombre o incluso la familia estaban intentando hacer, pero ahora sé que no tenía elección para detenerlos. Respecto a la seguridad, solía pensar que había personas que estaban fuera para atraparme, pero ahora me doy cuenta de que la probabilidad de eso es débil. Ahora me preocupo por las cosas que preocupan a todos sobre los conductores locos, la enfermedad, o algún accidente. También solía preocuparme por lo que iba a pasar y dañar a mi familia. No creo que haga eso porque nunca he hecho eso antes y básicamente este trauma desbarajustó mi cabeza sobre la probabilidad de herir a alguien. Confío más en mí en términos de las decisiones que tomo, y tengo algo más de fe y confianza en mi gobierno ahora que me doy cuenta de que realmente era necesario disparar en esa situación. Creo que siempre puedo luchar por tener poder y controlar las cosas, pero estoy trabajando en no tener el control sobre todo. El hecho de que no tenga el control incluso aunque me guste pensar que lo hago. Mi autoestima está mejorando. Tengo que recordar que no todo lo malo que sucede es por mi culpa y que merezco ser feliz incluso si no lo creo completamente todavía. Una de las cosas más grandes que parecen estar cambiando es que estoy siendo más cercano a mi mujer y a mi nueva hija. Solía evitar a mi mujer porque creía que no merecía ser feliz y que podría herirle a ella y a mi hija. Lentamente me estoy dando cuenta de que no es muy probable que les hiera, o al menos herirles. Mi mujer parece mucho más feliz ahora. Quiero agarrarme a este momento de mi vida, y proporcionar una buena vida a mi hija y a mi mujer. Soy feliz sabiendo que mi hija no va a conocer a alguien que pensó que había un francotirador fuera para dispararle, ansioso, y evitando todo. Suena estúpido, pero estoy contento por llegar a esto porque creo que voy a ser mejor por ello".*

El terapeuta lee al paciente el Relato de Impacto original que el terapeuta guarda desde la segunda sesión (o en la sesión que fuera si no se trajo a la segunda) de forma que el paciente puede ver cuánto cambio ha tenido lugar en un período más corto. Normalmente hay un cambio remarcable en el segundo Relato de Impacto que en el primero, y un paciente típico comenta "¿pensaba eso realmente?". Se debería animar al paciente a examinar cómo ha cambiado su creencia como resultado del trabajo que ha hecho en la terapia. El terapeuta debería buscar las distorsiones restantes o creencias problemáticas que pueden necesitar más intervención.

### Revisión del curso del tratamiento y del progreso del paciente

El resto de la sesión se emplea para revisar todos los conceptos y habilidades que se han introducido a lo largo de la terapia. Se recuerda al paciente que su éxito en la recuperación dependerá de su persistencia en la práctica de las nuevas habilidades y resistirse a volver a antiguos patrones de pensamiento problemático. Deberían identificarse los puntos de estancamiento restantes y deberían reiterarse las estrategias de confrontación. Se pide a los pacientes que reflexionen sobre el progreso y cambios que se hayan producido durante el curso de la terapia y se les anima a enfrentarse y manejar el suceso difícil y muy traumático.

### **Metas del paciente para el futuro**

Se discuten las metas para el futuro. Con los pacientes con problemas de pérdidas traumáticas no se debería esperar que superen su dolor pero debería animárseles para que se permitan continuar con el proceso de trabajo para reconstruir su vida. Se debería recordar a los pacientes que si tienen recuerdos y tienen flashbacks, pesadillas, o recuerdos repentinos a los que no tuvieron acceso antes, eso no significa que estén recayendo. En respuesta a estas experiencias intrusivas, se debería animar al paciente a escribir un relato si fuera necesario o para utilizarlo con sus registros. Se le debería animar a experimentar sus emociones naturales y comprobar sus pensamientos para estar seguros de no ser extremos.

Un tema que surge a veces entre las personas con TEPT durante décadas es la cuestión de que ellos ya no tienen o no tendrán TEPT. Si alguien tiene un diagnóstico durante muchos años y ha organizado su vida en torno a la evitación y manejando los flashbacks y otros síntomas, puede preguntarse ahora quién es. Para algunos veteranos del Vietnam hemos introducido el concepto de "Retirada del TEPT". Recordamos a los pacientes que las personas cambian sus roles, y algunos cambian su identidad en diferentes puntos de sus vidas, incluyendo el retiro, y muchos de sus compañeros se preguntan las mismas cuestiones, por el retiro del trabajo. ¿Qué haré cuando me retire?, ¿Cómo gastaré mi tiempo?, ¿Quién estará en mi vida? El terapeuta debería ayudar al paciente a ver que estas cuestiones son normales, que en lugar de temer al futuro, ahora tiene la oportunidad de explorar y decidir cómo quiere pasar su tiempo. Muchos adultos más mayores cambian los cuidadores o el trabajo parte del tiempo. Realizan nuevas actividades de ocio y tiempo libre o se hacen voluntarios. Pasan mucho tiempo con sus nietos. El terapeuta debería guiar al paciente a ver estos cambios en términos de trabajos y cuidadores, también en las relaciones con y con su familia. La reducción de los síntomas del TEPT puede ayudar a estos pacientes a volver a desarrollar su trayectoria, y debería normalizarse este proceso. Esos que han experimentado daño permanente necesitarán alguna ayuda para considerar trabajos alternativos a esos que podría haber considerado.

### **Una nota para después del tratamiento**

Recomendamos que después de terminar el protocolo, si se llevaba a cabo con una o dos sesiones por semana, que el terapeuta establezca un seguimiento durante uno o dos meses. Se debería animar al paciente a continuar utilizando los Registros de Discusión de Creencias para los puntos de estancamiento restantes. Se deberían incluir en las sesiones de seguimiento las mismas medidas de evaluación que se emplearon durante el tratamiento y pueden utilizarse para conseguir que el paciente vuelva a su trayectoria o reforzar los logros. Esta práctica también es útil para inculcar en el paciente la noción de episodios de cuidado. Se les anima a trabajar como su propio terapeuta en sus puntos de estancamiento y sucesos diarios que surjan, y que se presenten al tratamiento cuando tengan dificultades para resolver un punto de estancamiento o suceso reciente. Se puede orientar al paciente hacia una meta y luego animarle a emplear sus habilidades aprendidas en la terapia.

## **Ejemplo de Nota de Evolución de la SESION 12**

**Duración:** minutos

**Contenido:** ha sido la doceava y sesión final de tratamiento de TPC para el TEPT. El paciente ha realizado las tareas relacionadas con los Registros de Discusión de Creencias diariamente y ha escrito su Relato de Impacto final. Se han revisado los ejemplos de los registros y se ha realizado más reestructuración cognitiva, especialmente dirigida al desarrollo y mantenimiento de sus relaciones. Se han comparado los Relatos de impacto inicial y el final, lo que ha llevado a la discusión sobre el curso de la terapia. Se han establecido las metas para el futuro, y se ha animado al paciente a continuar utilizando las habilidades adquiridas y para compartir las experiencias del tratamiento referentes al clínico (p.ej., qué funcionó, cómo podría utilizar las habilidades en una terapia futura).

**Plan:** Fin de la terapia. La sesión de seguimiento se planifica para un mes más tarde.

# Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## PCL-S

### Instrucciones:

Considera la experiencia más estresante que hayas experimentado: \_\_\_\_\_

(acontecimiento)

Aquí hay una lista de problemas y quejas que a veces la gente experimenta en respuesta a experiencias vitales estresantes. Por favor, lee cada una cuidadosamente, y luego indica, utilizando los números de la derecha, cuánto te ha preocupado el problema en la última SEMANA.

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremo
171. Recuerdos repetitivos, inquietantes, pensamientos o imágenes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
172. Sueños repetitivos, inquietantes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
173. Actuaciones o sentimientos repentinos como si la experiencia estresante estuviera ocurriendo otra vez (como si estuvieras reviviendo)	1	2	3	4	5
174. Sentimientos de mucha preocupación cuando algo te ha recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
175. Reacciones físicas (p.ej., palpitaciones, respiración difícil, sudor) cuando algo te ha recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
176. Evitar pensar o hablar sobre la experiencia estresante o evitar sentimientos relacionados con ella	1	2	3	4	5
177. Evitar actividades o situaciones porque te han recordado la experiencia estresante	1	2	3	4	5
178. Problemas para recordar partes importantes de la experiencia estresante	1	2	3	4	5
179. Pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban	1	2	3	4	5
180. Sentimiento de distancia o aislamiento de otras personas	1	2	3	4	5
181. Sentimientos de bloqueo emocional o ser incapaz de tener sentimientos de amor hacia personas muy cercanas	1	2	3	4	5
182. Sentir como si tu futuro de alguna manera será corto	1	2	3	4	5
183. Problemas con el sueño	1	2	3	4	5
184. Sentimientos de irritabilidad o explosiones de enfado	1	2	3	4	5
185. Dificultades para la concentración	1	2	3	4	5
186. Estar super alerta o vigilante	1	2	3	4	5
187. Sentirse nervioso, asustado	1	2	3	4	5

## CUESTIONES DE DESAFIO

Abajo hay una lista de preguntas para ayudarte a desafiar tus creencias problemáticas o poco adaptativas. No todas las cuestiones serán apropiadas para las creencias que elijas desafiar. Responde tantas cuestiones como puedas para la creencia que hayas elegido desafiar abajo.

Creencia: \_\_\_\_\_

31. ¿Cuál es la evidencia a favor y en contra de esa idea?

**A FAVOR:**

**EN CONTRA:**

32. ¿Tu creencia es un hábito o está basada en hechos?

33. ¿Tus interpretaciones están demasiado alejadas de la realidad para ser verdaderas?

34. ¿Tu pensamiento está expresado en términos de “todo o nada”?

35. ¿Estás utilizando palabras o frases exageradas o muy extremas (p. e., siempre, para siempre, nunca, necesito, debo, no puedo, cada vez)?

36. ¿Estás sacando la situación fuera de contexto y centrándote solo en un aspecto del suceso?

37. ¿Es fiable la fuente de información?

38. ¿Estás confundiendo la baja probabilidad con la alta probabilidad?

39. ¿Están tus juicios basados en emociones más que en hechos?

40. ¿Te estás centrando en factores irrelevantes?





Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

<b>A. Situación</b>	<b>B. Pensamientos</b>	<b>D. Desafío de Pensamientos</b>	<b>E. Patrones Problemáticos</b>	<b>F. Pensamientos Alternativos</b>
Describe el suceso, pensamiento o creencia que lleva a las emociones desagradables	<p>Escribe los pensamientos relacionados con la Columna A.</p> <p>Grado de creencia de cada pensamiento de debajo de 0-100% (¿Cuánto crees este pensamiento?)</p>	<p>Utiliza las Cuestiones de Desafío para determinar tus pensamientos automáticos de la Columna B</p> <p>El pensamiento ¿es extremo y actual o es extremo?</p>	Utiliza el Registro de Patrones de Pensamiento Problemático para decidir si este es uno de tus patrones de pensamiento problemáticos	<p>¿Qué más puedo decir en lugar de la Columna B? ¿Qué más puedo interpretar sobre el suceso en lugar de la Columna B?</p> <p>Grado de creencia en el pensamiento alternativo de 0-100%</p>
		<p>Evidencia a favor:</p> <p>Evidencia en contra</p> <p>¿Hábito o hecho?</p> <p>¿Interpretaciones no exactas?</p> <p>¿Todo o nada?</p> <p>¿Extremo o exagerado?</p>	<p>Salto a conclusiones:</p> <p>Exageración o minimización:</p> <p>Desconsideración de aspectos importantes:</p> <p>Sobresimplificación:</p>	
	<b>C. Emociones</b>	¿Fuera de contexto?		<b>G .Re-evaluar pensamientos antiguos</b>
	Especificar tristeza, enfado, etc, y valorar la intensidad con la que sientes cada emoción de 0-100%	<p>¿Fuente poco fiable?</p> <p>¿Baja vs alta probabilidad?</p> <p>¿Basado en sentimientos o hechos?</p>	<p>Sobregeneralización:</p> <p>Lectura de mente:</p>	<p>Valora cuánto crees ahora en los pensamientos de la Columna B de 0-100%</p>
		¿Factores irrelevantes?	Razonamiento emocional:	<b>H. Emociones</b>
				¿Qué sientes ahora? 0 – 100%

## REFERENCIAS SOBRE TPC

Ahrens, J., & Rexford, L. (2002). Cognitive processing therapy for incarcerated adolescents with PTSD. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 6, 201–216.

Chard, K. M. (2005). An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 965–971.

Chard, K. M., Resick, P. A., & Wertz, J. J. (1999). Group treatment of sexual assault survivors. In B. H. Young & D. D. Blake (Eds.), *Group treatments for post-traumatic stress disorders: Conceptualization, themes, and processes* (pp. 35–50). Philadelphia: Brunner/Mazel.

Chard, K. M., Weaver, T. L., & Resick, P. A. (1997). Adapting cognitive processing therapy for child sexual abuse survivors. *Cognitive and Behavioral Practice*, 4, 31–52.

Clarke, S.B., Rizvi, S.L., & Resick, P.A. (2008). Borderline personality characteristics and treatment outcome in cognitive-behavioral treatments for PTSD in female rape victims. *Behavior Therapy*, 39, 72-78.

Difede, J., & Eskra, D. (2002). Cognitive processing therapy for PTSD in a survivor of the World Trade Center bombing: A case study. *Journal of Trauma Practice*, 1, 155–165.

Ellis, L. F., Black, L. D., & Resick, P. A. (1992). Cognitive-behavioral treatment approaches for victims of crime. In P. A. Keller & S. R. Heyman (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book* (pp. 11, 23–38). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Davis, J., & Gallagher, N. G. (2001). Treatment of posttraumatic stress disorder with comorbid panic attacks: Combining cognitive processing therapy with panic control treatment techniques. *Group Dynamics*, 5(4), 252–260.

Falsetti, S. A., Resnick, H. S., & Lawyer, S. R. (2006). Combining cognitive processing therapy with panic exposure and management techniques. In L. A. Schein, H. I. Spitz, G.

M. Burlingame, P. R. Muskin, & S. Vargo (Eds.) *Psychological effects of catastrophic disasters: Group approaches to treatment* (pp. 629–668). New York: Haworth Press.

Galovski, T.E. & Resick, P.A. (2008). Cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder secondary to a motor vehicle accident: A single-subject report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 287-295.

Hall, C. A., & Henderson, C. M. (1996). Cognitive processing therapy for chronic PTSD from childhood sexual abuse: A case study. *Counseling Psychology Quarterly*, 9(4), 359–371.

House, A. S. (2006). Increasing the usability of cognitive processing therapy for survivors of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15, 87–103.

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

Kaysen, D., Lostutter, T. W., & Goines, M. A. (2005). Cognitive processing therapy for acute stress disorder resulting from an anti-gay assault. *Cognitive and Behavioral Practice, 12*, 278–289.

Messman-Moore, T. L., & Resick, P. A. (2002). Brief treatment of complicated PTSD and peritraumatic responses in a client with repeated sexual victimization. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, 89–99.

Monson, C. M., Price, J. L., & Ranslow, E. (2005, October). Treating combat PTSD through cognitive processing therapy. *Federal Practitioner, 75–83*.

Monson, C. M., Schnurr, P. P., Resick, P. A., Friedman, M. J., Young-Xu, Y., & Stevens, S. P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 898–907.

Nishith, P., Nixon, R. D. V., & Resick, P. A. (2005). Resolution of trauma-related guilt following treatment of PTSD in female rape victims: A result of cognitive therapy targeting comorbid depression? *Journal of Affective Disorders, 86*, 259–265.

Nishith, P., Resick, P. A., & Griffin, M. G. (2002). Pattern of change in prolonged exposure and cognitive processing therapy for female rape victims with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 880–886.

Owens, G. P., Pike, J. L., & Chard, K. M. (2001). Treatment effects of cognitive processing therapy on cognitive distortions of female child sexual abuse survivors. *Behavior Therapy, 32*(3), 413–424.

Petrak, J. (1996). Current trends in the psychological assessment and treatment of victims of sexual violence. *Sexual and Marital Therapy, 11*, 37–45.

Resick, P. A. (1992). Cognitive treatment of crime-related post-traumatic stress disorder. In R. D. Peters, R. J. McMahon, & V. L. Quinsey (Eds.), *Aggression and violence throughout the life span* (pp. 171–191). Newbury Park, CA: Sage Publications.

Resick, P. A. (2001). Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 15*(4), 321–329.

Resick, P.A., Galovski, T.A., Uhlmansiek, M. O., Scher, C.D., Clum, G. A., & Young-Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 243-258.

Resick, P.A., Monson, C.M., & Rizvi, S.L. (2007). Posttraumatic stress disorder. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders (4<sup>th</sup> ed.): A step-by-step treatment manual* (pp. 65-122). New York: Guilford Press.

Resick, P. A., Nishith, P., & Griffin, M. G. (2003). How well does cognitive-behavioral therapy treat symptoms of complex PTSD? An examination of child sexual abuse survivors within a clinical trial. *CNS Spectrums, 8*, 340–355.

## Terapia de Procesamiento Cognitivo para el TEPT

Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive processing therapy, prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 867–879.

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(5), 748–756.

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Schulz, P. M., Huber, L. C. & Resick, P. A (2006). Practical adaptations of cognitive processing therapy for treating PTSD with Bosnian refugees: General implications for adapting practice to a multicultural clientele. *Cognitive and Behavioral Practice, 13*, 310-321.

Schulz, P. M., Resick, P. A., Huber, L. C., & Griffin, M. G. (2006). The effectiveness of cognitive processing therapy for PTSD with refugees in a community setting. *Cognitive and Behavioral Practice, 13*, 322-321.

Westwell, C. A. (1998). Cognitive processing therapy in the treatment of marital rape. *Psychotherapy in Private Practice, 17*(2), 63–77.