

Abordaje Cognitivo Conductual del Trastorno por Estrés Postraumático

Marcela Spinetto*

Introducción:

El presente artículo intenta definir desde la escuela Cognitivo- Conductual (CC) el concepto de Trauma y el abordaje terapéutico del Estrés Postraumático (EPT). Se abordarán someramente algunos conceptos relacionados al Estrés y/o ansiedad en el aparato mental para luego ahondar el abordaje del Trastorno de Ansiedad por Estrés Postraumático.

Trauma vs disfuncionalidad

El cognitivismo a lo largo de los últimos años se ha dedicado a revisar, complejizar y ampliar, conceptos clásicos de psicología y de los abordajes terapéuticos. La noción de aparato mental, de trauma, de memoria entre otros, son modificados, redefinidos y/o ampliados a la luz de nuevos aportes de la psicología, etología y neurociencia.

Las nuevas concepciones no ponen foco en la sexualidad infantil como agente etiológico y no consideran al trauma como agente fundacional de la dinámica psíquica.

Se habla más de funcionalidad o disfuncionalidad en el procesamiento de información del aparato mental que de patología y trauma.

No obstante ello el cognitivismo al operar sobre la clínica habla de trastornos de ansiedad y entre ellos de Estrés Postraumático y propone una explicación para el surgimiento del mismo y una vía de abordaje.

Procesamiento disfuncional

En los inicios de la corriente cognitiva bastaba con referirse a pensamientos erróneos y vías de modificación y corrección de los mismos (línea racional dentro del cognitivismo) para determinar el origen y permanencia de un funcionamiento patológico; en la actualidad se habla de pensamiento o procesamiento disfuncional a diferencia de erróneo o patológico, ya que se tiene en cuenta que la forma en que el sujeto está procesando la información genera síntomas o disfunción en él y podría no generarla en otro. Por ende no se trata de corregir los pensamientos erróneos sino de ampliar y hacer más compleja la visión del sujeto, para que la nueva visión no dé lugar al malestar.

Esto se hace presente luego de un trauma, ya que además de surgir nuevos significados y cogniciones antes inexistentes; algunas cogniciones que antes no generaban síntomas o padecimiento (del estilo de “nadie tiene la vida comprada” o “hoy estamos y mañana no”) comienzan a generar parálisis, mentismo y evitaciones (“ya que lo peor puede pasar y no hay garantías de nada, tengamos cuidado excesivo y hagamos lo menos posible”).

Pero no es suficiente centrarse en el procesamiento disfuncional particular que realiza el sujeto para explicar la formación y permanencia de un trastorno; ya que la noción de implícito o inconsciente cognitivo es indispensable y permite adentrarnos en la génesis de las reacciones emocionales de la persona y en su particular respuesta a los diferentes estresores.

Al agregar la noción de implícito, el cognitivismo incorpora tanto la emoción como el funcionamiento del aparato mental, las diferentes estructuras neurológicas involucradas en dicho procesamiento. El sujeto por ende no solo procesa disfuncionalmente, sino que tiene un funcionamiento implícito -con clara apoyatura biológica- que determina los procesos de asimilación del medio en el aparato mental. Se le imprime a los estímulos una modificación (proceso de asimilación) que está dada por la necesidad de preservación del sujeto, de su definición del sí mismo y del mundo y por necesidades económicas.

Por lo tanto estructuras como el hipocampo y la amígdala pasan a tener relevancia en procesos intelectuales y emocionales, ya no se habla de forma hipotética ni con meras especulaciones teóricas sino que la etología, la neurología y la fisiología aportan una apoyatura científica, basada en diferentes trabajos de investigación, que permiten explicar el cómo y dónde del funcionamiento disfuncional y de la circuitería emocional.

Vida afectiva y trauma

Desde hace unos años a esta parte el cognitivismo toma en cuenta y le otorga un lugar preponderante a la vida afectiva del sujeto para explicar y entender la evolución de la mente y el surgimiento de la patología, a diferencia de lo que sucedía en los comienzos de la corriente cognitiva, cuando sus pioneros, Beck (1979) y Ellis (1985), se centraban únicamente en la reestructuración cognitiva. Actualmente se considera que la cognición está compuesta por afecto, pensamiento y tendencia a la acción, siendo impensable no hacer referencia a este triple inter juego.

El estudio de la vida afectiva nos ayuda a profundizar el concepto de inconsciente cognitivo. Recientemente, la evidencia neuropsicobiológica (Panksepp 2006) plantea que las emociones básicas están constituidas por circuitos primitivos genéticamente preprogramados, encargados del procesamiento implícito o inconsciente. Este cerebro visceral participa a su vez en la regulación de la información de las áreas cognitivas superiores del córtex (procesamiento consciente o explícito). En comparación, estas últimas tienen solo un modesto control de feedback (James 1976) sobre los circuitos emocionales subyacentes, que actuarían en el ámbito implícito (Greenberg 1996).

Este tipo de afectos, que no requieren complejos procesos inferenciales, constituyen mecanismos de control de la acción evolutivamente más antiguos que los corticales, con resultados rápidos y eficaces. Operan automáticamente y nuestro sistema perceptivo puede, por tanto, registrar información sin participación de la conciencia, haciendo que la persona sienta algo hacia un sujeto o situación sin saber la razón (Greenberg, 1996). Por lo tanto las personas responden rápidamente a la información que llevaría, de otro modo, demasiado tiempo procesar (Pascual-Leone, 1991).

En este mismo sentido LeDoux (LeDoux, 1999) plantea que el cerebro puede comenzar a evaluar el significado emocional de un estímulo antes de que los mecanismos de la percepción hayan acabado de procesar el mismo. Es posible que el sujeto reaccione a un eventual peligro o posible agente traumático, antes que la mente reconozca exactamente de qué se trata. Por lo tanto el hecho de que el aprendizaje emocional dependa de vías que no entran en el neocórtex sugiere que las respuestas emocionales pueden producirse sin la participación de los mecanismos cerebrales superiores de procesamiento, que se suponen responsables del pensamiento, el razonamiento y la conciencia.

El procesamiento de información a la luz de lo antedicho tendría dos fuentes: un proceso conceptual, reflexivo, deliberado y consciente (pensamiento) y un proceso emocional esquemático, directo, y automático (más propio de activarse durante un peligro o trauma).

Apego y estrés

Las *nociones de apego* se encuentran muy relacionadas a la vida afectiva y a la forma en que se moldeará la reacción y/o la vulnerabilidad al estrés en la vida adulta.

Repetidas experiencias de apego se codifican en la memoria implícita y generarán las formas de vínculo afectivo futuro. (Bowers, 1993)

En el estadio evolutivo más básico, el comportamiento de apego ayuda al infante a sobrevivir y en relación con la mente, establece vínculos interpersonales que operan en el ámbito implícito y ayudan al cerebro inmaduro a beneficiarse de las funciones maduras de sus padres para establecer y organizar sus propios procesos mentales (Hofer, 1994)

El potencial genético es expresado gracias a la influencia de los otros significativos y a las características particulares de apego que se generen entre el infante y los otros. Estas experiencias influyen directamente en cómo las neuronas se conectan entre sí. Por lo tanto podría decirse que “la conexión humana crea la conexión neuronal” (Siegel, 1999).

La imposibilidad de cumplir con patrones de apego seguro puede ser generadora de traumas / disfuncionalidades y de dificultades en el manejo de la ansiedad. Algunos estudios del cognitivismo y de la neurobiología indican que habría un periodo crítico para la formación de estos patrones de apego en el niño y que de producirse fallas severas, las hormonas que reaccionan frente al estrés (cortisol) generarían cambios estructurales a nivel del hipocampo, reduciendo su espesor y generando estados de “vulnerabilidad al estrés” o disfuncionalidad. Siegel (1999) afirma que diferentes patrones de apego ponen en funcionamiento diferentes grupos neuronales que luego tendrán mayor posibilidad de activarse (concepto de facilitación neuronal).

Ciertas experiencias de apego refuerzan preferentemente el desarrollo de un hemisferio cerebral por sobre el otro generando disfunciones. Por ejemplo la relación de apego evitativa activa funciones del hemisferio izquierdo (modo de comunicación lineal, lógico y lingüístico) por sobre el derecho. Este tipo de personas tendrían dificultades en la comunicación emocional no verbal con otros semejantes.

El tipo de apego que cada sujeto genere con sus otros significativos, influirá en la regulación emocional futura, la cercanía social tolerada, la capacidad para el acceso a la memoria autobiográfica y el desarrollo de la narrativa personal. Es decir generará una vía facilitada de expresión de lo vivido, traumático/disfuncional o no.

Procesamiento selectivo y estrés

El procesamiento funcional y adaptativo de la información en la edad adulta presupone un equilibrio entre la información que ingresa al aparato mental y la forma de asimilarla y decodificarla por parte del mismo.

El aparato mental sesga la información que ingresa (*procesamiento selectivo*) para que está sea coherente con lo que el sujeto concibe de sí mismo..

El concepto de *procesamiento selectivo* se relaciona a su vez, con el de proacción (Feixas, 2002) que explica que aún antes de que la información ingrese en el aparato mental, éste, de acuerdo a los esquemas previos, la modifica a fin de lograr coherencia y permanencia. Es decir que el proceso de selección y transformación

opera desde las vías de entrada (Fernández Álvarez, 1993) y es lo que explica por ejemplo que distintos sujetos frente a un mismo estímulo perciban cosas diferentes como sucede con algunas pruebas proyectivas como el test de Rorschach. Cada sujeto percibe algo diferente, coherente con que piensa de si mismo.

Por otra parte, el mecanismo selectivo tiene fines prácticos y económicos. Es decir que es una respuesta adaptativa a la discrepancia que existe entre las capacidades seriales y finitas de procesamiento de la memoria de trabajo o la conciencia y la información infinita que brinda el contexto. Por ende parte de la información se pierde desde el inicio, parte se pierde una vez ingresada a la conciencia/ memoria de trabajo y parte se almacena. La selección en este sentido organiza la información y facilita el comportamiento dirigido a objetivos (Stein, 1997).

La noción de procesamiento selectivo, se relaciona también con la de *asimilación* de Piaget, ya que desde el cognitivismo se dice que los esquemas son altamente asimilativos. Esto quiere decir que, transforman la realidad para poder asimilarla. En el proceso de incorporación de nueva información prevalece la asimilación sobre la acomodación. Es decir, hay mayor transformación y movimiento del medio que del sujeto que asimila dicha información (Piaget, 1989).

El objetivo es preservar al sistema de un monto grande de incertidumbre y no tener que estar redefiniendo continuamente los esquemas nucleares del *sí mismo* (Horowitz, 1998). Por ende el objetivo final es la preservación de la noción propia de identidad, del mundo y de los otros tal como la ha ido construyendo el sujeto. Se ve que priman en el aparato tanto razones económicas como psicológicas.

A su vez el procesamiento selectivo funciona con “intencionalidad” evitando generar disfuncionalidad o desborde ansioso. Existen investigaciones que demuestran que las palabras con un alto contenido estresante o traumático requieren más tiempo de exposición que las palabras no estresantes para ser interpretadas. De esta manera el aparato mental se estaría protegiendo al aumentar el tiempo de asimilación de información externa con alto componente emocional.

Recientes investigaciones sobre percepción implícita muestran que sujetos expuestos subliminalmente a palabras relacionadas con una situación traumática por ellos vivida, responden con cambios en la conductancia dérmica aun sin tener recolección consciente de la palabra que se les ha mostrado, fenómeno que da cuenta de una respuesta emocional-fisiológica en ausencia de conciencia (Corteen y Wood 1972). Por ende luego de padecer un trauma, un sujeto puede demorar implícitamente el tiempo de percepción y reacción a un estímulo relacionado con lo sucedido en pro de preservarse y cuidarse.

Por lo tanto si la información entra en contradicción con lo que pensamos y definimos de nosotros mismos o si excede la capacidad de procesamiento y/o al almacenamiento surge el trauma y/o disfuncionalidad

Abordaje Cognitivo Conductual del Estrés Postraumático:

Una vez vistos ciertos conceptos del cognitivismo relacionados al trauma y/o manejo de estrés, me adentraré en el abordaje terapéutico del mismo.

Una de las patologías que más ponen sobre relieve la presencia de un procesamiento disfuncional de la ansiedad y el procesamiento del trauma es el Trastorno por Estrés Postraumático (EPT).

En los últimos años numerosos estudios sobre la Terapia Cognitivo-Conductual demostraron su efectividad para tratar los síntomas del TEPT.

Antes de meternos en el tratamiento de este Trastorno de Ansiedad específicamente, me parece importante expresar los principios básicos de la Terapia Cognitivo-Conductual:

- Se focaliza en el comportamiento y la cognición
- Está orientada hacia el presente
- Utiliza mayormente terapias a corto plazo
- Pone énfasis en la cuantificación de las conductas por medio de escalas de tratamiento, evaluación y seguimiento
- La relación terapeuta paciente se basa en el Empirismo Colaborativo
- Tiende a fomentar la independencia del paciente (brinda técnicas de manejo)
- Está centrada en los síntomas y su resolución
- Rechaza el principio de Sustitución Sintomática
- Pone énfasis en el cambio
- Desafía por medio de Disputas Racionales las creencias del paciente que sostienen la disfunción
- Se centra en la resolución de problemas
- Utiliza estrategias terapéuticas de tratamiento (planificación del proceso psicoterapéutico)
- Propone una continuidad temática entre las entrevistas (trabajo con agenda)
- Tiene dos bases de trabajo bien definidas: trabajo sobre ideas y trabajo sobre conductas

Abordaje Cognitivo Conductual del Estrés Postraumático- Etapa Diagnóstica:

La escuela Cognitivo – Conductual utiliza a la hora de diagnosticar, los criterios diagnósticos del Manual Psiquiátrico que evalúa las enfermedades mentales (DSM IV)
El DSM IV define como criterio diagnóstico de dicha entidad:

A) la persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido: 1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su propia integridad física o la de los demás,
2) la persona ha respondido con un temor o una desesperanza o un horror intensos

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

- 1) recuerdos recurrentes e intrusivos del acontecimiento
- 2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar
- 3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo nuevamente
- 4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C) Evitación persistente de estímulos asociados al trauma:

- 1) esfuerzos por evitar pensamientos, sentimientos, o conversaciones sobre el suceso traumático
- 2) esfuerzos por evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
- 3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

- 4) reducción acusada del interés por participar en actividades significativas
- 5) sensación de desapego
- 6) restricción de la vida afectiva
- 7) Sensación de un futuro desolador

D) Síntomas persistentes de aumento de la activación:

- 1) dificultades para conciliar o mantener el sueño
- 2) irritabilidad o ataques de ira
- 3) dificultad para concentrarse
- 4) hipervigilancia
- 5) respuestas exageradas de sobresalto

E) Estas alteraciones se prolongan por más de un mes

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

Tomando como referencia los criterios diagnósticos para el EPT del DSM IV relataré el caso clínico de Paula.

A) Paula sufrió un robo a mano armada con violencia física, al volver a su casa desde su puesto de trabajo, dos meses antes de la consulta. La paciente se encontraba por ingresar a su auto cuando dos personas de aproximadamente unos 20 años de edad le arrebatan la cartera y la intiman a golpe de puño a entrar a su auto. Paula temiendo ser violada o secuestrada, se resiste, los sujetos la golpean más fuertemente, ella comienza a gritar y escucha como uno de ellos le grita al otro "Liquidala a la perra" mientras el otro gatilla dos veces sin que logre salir el disparo del arma. Acto seguido los sujetos huyen con las pertenencias de Paula.

B) El acontecimiento traumático luego de sucedido es experimentado persistentemente por la paciente a través de:

- 1) recuerdos persistentes de la pistola sobre su cabeza gatillándose, de las caras de los asaltantes, de los gritos y de los golpes
- 2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, de los que despierta bañada en sudor
- 3) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C) Paula evita persistentemente:

- 1) conversaciones sobre el suceso traumático y si tiene que hablar del hecho, el llanto y temblor no le permiten hacerlo
- 2) esfuerzos por evitar ir a su trabajo o zonas cercanas
- 7) sensación de un futuro desolador "nada va a ser igual", "no voy a poder volver a moverme sola en la calle", "no voy a poder volver a trabajar"

D) Presenta síntomas persistentes de aumento de la activación:

- 1) dificultades para conciliar o mantener el sueño
- 2) irritabilidad o ataques de ira
- 3) dificultad para concentrarse
- 4) hipervigilancia
- 5) respuestas exageradas de sobresalto si alguien se acerca a ella en la calle, camina cerca de ella o se dirige a ella para hacerle una pregunta

E) Estas alteraciones se prolongan por dos meses

F) Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo y deterioro social y laboral.

Todo paciente atraviesa una o dos entrevistas diagnósticas donde se evalúa, además del diagnóstico, la estrategia a seguir. En la etapa diagnóstica se administraron una escala de ETP y una de personalidad. El objetivo de dicha evaluación es corroborar la naturaleza y severidad de los síntomas en cuestión, la comorbilidad con otros posibles trastornos de eje I y los rasgos de personalidad preexistentes que moldearán y le darán tipicidad al cuadro clínico.

En el caso que nos convoca se utilizó específicamente:

1) Escala para evaluar presencia y severidad de Estrés Postraumático de Edna Foa: Consiste en cuatro partes: la primera tiene como objetivo determinar la totalidad de traumas sufridos por la persona, la segunda apunta a detectar el trauma de mayor relevancia o el que es motivo de consulta, la tercera registra los síntomas (reexperimentaciones, activaciones, evitaciones y disociaciones) y les otorga un puntaje (de 1 a 3) de intensidad en relación a la frecuencia de los mismos, concluyéndose de este apartado una intensidad de los síntomas leve, moderada, moderada/severa y severa y por último la parte cuatro mide el deterioro que ha sufrido el paciente en relación a diferentes áreas de su vida (sexual, laboral, recreación y tiempo libre, etc.).

El apartado de mayor relevancia para el trabajo que nos convoca, es el tercero, donde Paula obtiene un puntaje bruto que la ubica en el grupo sintomático de moderado a severo.

Los síntomas que se obtienen de la escala de evaluación del EPT son:

- Reexperimentaciones de lo sucedido en pensamientos, imágenes y sueños
- Activaciones al hablar del hecho o enfrentarse a situaciones temidas como ser: taquicardia, sudoración y mareos.
- Evitaciones como ser: no salir sola a la calle, no frecuentar la zona del accidente, no hablar con gente en la calle, no subirse a autos ni otros medios de transporte y evitar hablar de lo sucedido

2) La entrevista clínica para el DSM IV, SCID II (First 1996) es la otra técnica que se administró en este caso: Consiste en una Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del manual de psiquiatría DSM IV. Es una entrevista diagnóstica para la evaluación de 10 trastornos de la personalidad, así como el Trastorno Depresivo de la personalidad y el Trastorno Pasivo-Agresivo de la personalidad (incluidos en el Apéndice B del DSM IV). La SCID-II puede usarse para formular diagnósticos del eje II, de forma tanto categorial (presente o ausente) como dimensional (anotando el número de criterios de trastorno de la personalidad para cada diagnóstico que han sido codificados como "3" ó presente). Para cada módulo o desorden de personalidad se requiere de una cantidad de respuestas 3 para concluir la presencia del trastorno en cuestión

Consiste en 119 ítems o criterios que han sido organizados en módulos, donde cada módulo corresponde a un trastorno de personalidad diferente. Los ítems se puntúan como: 1 o ausente, 2 o sub umbral y 3 presente o umbral.

Puede utilizarse tanto en el marco de la investigación como de la práctica clínica.

Es importante aclarar que la escala diferencia los comportamientos limitados temporalmente (episodios o patología de eje I) del funcionamiento propio de la

personalidad a largo plazo. Evitando de esta forma confundir lo sincrónico (eje I) con el funcionamiento diacrónico del sujeto a evaluar (eje II). El enunciado de las preguntas diferencia explícitamente el funcionamiento actual del habitual en caso de que el sujeto presente sintomatología de eje I.

Paula no presenta criterios diagnósticos de ningún Trastorno de Personalidad específico pero presenta rasgos sub umbral fóbicos y obsesivos.

La paciente responde afirmativamente a las siguientes preguntas del apartado Fóbico:

- Evito trabajos o tareas que implican tener que tratar con mucha gente
- Evito entablar relaciones con personas, a menos que esté segura que les caeré bien
- Me da miedo intentar cosas nuevas

A su vez responde afirmativamente a las siguientes preguntas del apartado obsesivo:

- Es usted la clase de persona que se fija en los detalles , el orden y la organización
- Tiene usted unos valores muy estrictos sobre lo que está bien y mal
- Esta a menudo tan segura de tener razón que no le importa lo que digan los demás

Se concluye entonces de la fase diagnóstica que Paula presentaba un Trastorno por Estrés Postraumático de naturaleza Moderada/Severa con síntomas de evitación, reexperimentación y activación en una persona con rasgos de personalidad de predominancia fóbicos y obsesivos.

Abordaje Cognitivo Conductual del Estrés Postraumático- Etapa de Tratamiento

El abordaje Cognitivo Conductual propone un trabajo con agenda (el terapeuta sabe qué se trabajará en la entrevista e indica tareas inter sesión que se monitorean telefónicamente o vía mail y se retoman en la entrevista siguiente), activo (propone los temas de trabajo, guía la interacción discursiva en relación al foco de tratamiento y la estrategia terapéutica), directivo (dirige el proceso de cambio hacia una meta), trabajando desde el empirismo colaborativo (se realizan cambios sobre la realidad en colaboración mutua), propone un paciente en conocimiento de su padecer (psicoeducación) y del abordaje en cuestión.

El tratamiento del EPT requiere una fase de Psicoeducación, una de trabajo Cognitivo y una de trabajo Conductual. Si bien estas distinciones no son rígidas ni tajantes, a los fines prácticos las abordaré en tres apartados.

Abordaje Cognitivo Conductual del Estrés Postraumático- Etapa de Tratamiento: Fase Psicoeducativa

La Psicoeducación en los Trastornos de ansiedad ha adquirido mucho relieve y especificidad en los últimos años (Foa, 1998), ya no es sinónimo de contarle al paciente lo que le pasa o abrir el DSM IV y leerle los criterios del Trastorno en cuestión al paciente. Se puede hablar de Psicoeducación antes, durante y promediando el tratamiento y cada etapa tiene su especificidad y forma de manejo.

El "Antes" tiene que ver con que todo paciente que ingresa a un dispositivo CC es informado de su patología, los síntomas de la misma, la forma de trabajo terapéutico asociada a su malestar, lo que se espera de él y lo que puede esperar del terapeuta. Beck llamaba a este período Socialización del Tratamiento y daba material de lectura o su libro a los pacientes. Muchas veces aún antes de comenzado el tratamiento y las entrevistas.

El “Durante” tiene que ver con la explicación sobre el concepto de ideas o cogniciones disfuncionales y su influencia sobre la conducta, sobre las características y el fundamento de las exposiciones a las situaciones evitadas.

Es la fase Psicoeducativa propiamente dicha y la mayoría de las veces se trabaja con ejercicios, autorregistros de detección de ideas, situaciones, emociones y la generación de pensamientos alternos.

Para finalizar, al promediar el tratamiento el terapeuta trabaja sobre la diferencia entre normalidad y patología, las estrategias de afrontamiento aprendidas, las posibles recaídas y el manejo de las mismas por parte del paciente y el cuándo y ante qué situaciones volver a consultar. Esta es la fase que más atención requirió en los últimos años en cuanto a lo que Trastornos de Ansiedad se refiere.

Abordaje Cognitivo Conductual del Estrés Postraumático- Etapa de Tratamiento: Fase Cognitiva

El abordaje Cognitivo consiste en el trabajo sobre las ideas disfuncionales que contribuyen al sostenimiento del Trastorno y por ende del malestar.

Se consideran ideas disfuncionales (Beck 1967, Ellis 1996) a aquellos pensamientos que se activan automáticamente durante el procesamiento mental y que tienen ciertos sesgos o errores. La persona analiza el mundo, el sí mismo y las interacciones con el afuera de forma sesgada y atendiendo selectivamente a ciertos estímulos que confirmen u abonen su manera de pensar.

El aparato mental (como se desarrolló anteriormente) es asimilativo y proactivo esto es, desde las vías de entrada sesga la información que ingresa de forma tal que sea coherente con lo que piensa de sí mismo y el mundo. Quiere evitar la disonancia e intentará moldear el afuera conforme a su construcción interna.

Luego del padecimiento de una situación traumática es esperable que el sujeto elabore cogniciones disfuncionales relacionadas con lo sucedido. Dichas cogniciones generan emociones y conductas que le generan malestar e infelicidad. El terapeuta las detecta, las señala, le enseña al paciente a identificarlas y trabajarlas.

Muchas de esas cogniciones han sido elaboradas a lo largo de la vida del sujeto sin generar malestar hasta el momento actual y otras surgen del procesamiento del trauma. Las cogniciones más históricas o nucleares son más cercanas a la identidad del sujeto y más difíciles de conmovir, mientras que otras que se manifiestan en pensamientos automáticos, son más superficiales y más fáciles de complejizar vía maniobras terapéuticas.

Una vía de manifestación de las ideas disfuncionales son los pensamientos automáticos. Estos son pensamientos o imágenes que pasan por la cabeza del individuo durante una situación determinada y que provocan una reacción emocional específica. Son generalmente reconocidos por las personas, son espontáneos, idiosincráticos y raramente cuestionados por el paciente

Paula, luego de lo sucedido, manifestaba ideas disfuncionales del estilo de “ El mundo no es un lugar seguro”, “No es justo lo que me pasó , uno se mata trabajando y pasa esto”, “Todo lo peor va a sucederme”, “Si me suceden situaciones adversas tengo menos capacidad de manejarlas que el resto”, “Tengo que controlar todo para que nada me pase”, “Tengo que tener garantías de que nada sucederá”, “Si hablo de esto voy a atraer la desgracia”, “Si voy sola por la calle no voy a poder defenderme y estoy en riesgo”, “Mejor hacer y salir de casa lo mínimo” y “La taquicardia y el sudor que siento al recordar o salir a la calle van a generarme un desmayo o la muerte”.

Todas estas ideas sostienen las evitaciones a salir a la calle, a enfrentarse de nuevo al mundo, a relajarse y dejar los síntomas de ansiedad y activación de lado y a trabajar las reexperimentaciones e ideas relacionadas con el suceso.

Muchas de estas cogniciones eran previas y conformaban su personalidad (remitirse a la escala SCID II donde se ven rasgos fóbicos y obsesivos de personalidad) y muchas se acentuaron y/o surgieron luego del siniestro.

Las técnicas de reestructuración cognitiva son un recurso para detectar dichas ideas y los esquemas asociados a las mismas (autoestima, seguridad, confianza, intimidad, etc.). Mediante esta metodología de trabajo los pacientes se vuelven como detectives de su procesamiento mental.

El terapeuta analiza estas ideas y las trabaja. Muchas de las ideas citadas involucran errores cognitivos del tipo: Pensamiento a Todo o Nada (“Todo lo peor va a sucederme”), Personalización (“Si me suceden situaciones adversas tengo menos capacidad de manejarlas que el resto”) o Pensamiento Mágico (“Si hablo de esto voy a atraer la desgracia”). Una vez identificadas, se las debate vía Disputa Racional, generando alternativas y complejizándolas para lograr una reestructuración cognitiva que no dé lugar al malestar y a los síntomas. Es decir generando un cambio en los significados que se le atribuyen a las situaciones de forma tal de generar complejidad y nuevas vías más sanas de pensar y por consiguiente actuar y sentir.

Además de detectar los tipos de procesamiento disfuncional se trabaja sobre las cogniciones más nucleares que involucran entre otras cosas las ideas de cómo debe ser el mundo, las garantías necesarias para actuar y la posibilidad de controlar las variables.

Las ideas relacionadas con cosmovisiones del estilo de que el mundo debería ser justo, seguro, que uno debería tener garantías de que nada malo suceda antes de dar un paso, deben ser trabajadas para generar un cambio de significación.

Se trata entonces de que los pacientes, con ayuda del terapeuta, revisen sus pensamientos que generan malestar y tienen valor de dogma. El paciente pasa a verlos como hipótesis a ser testeadas. Para ello Hollon y Garber (1990) proponen tres grupos de preguntas:

- A- Preguntas basadas en la evidencia: el terapeuta deberá repasar, junto con el paciente, las evidencias que sustentan y las que cuestionan dichos pensamientos (¿Cuál es la evidencia de que tenés menos suerte y menos recursos para afrontar lo que te pase que el resto de la gente?).
- B- Preguntas dedicadas a generar pensamientos alternativos: el terapeuta orienta al paciente a generar y considerar una explicación alternativa al evento, distinta a la propuesta inicial (¿hay alguna otra explicación posible del mismo hecho?)
- C- Preguntas dirigidas a verificar la veracidad que el paciente les otorga a sus creencias (¿Qué evidencias tenés de que lo que pensás es realmente así?)

Antes de poder exponer conductualmente a un paciente a sus pensamientos e imágenes relacionados al trauma y de llevarlo a enfrentarse gradualmente a la calle, a otras personas, a moverse solo, etc., el terapeuta debe trabajar los pensamientos que obturan la exposición mental y real con lo sucedido. En este tramo el trabajo con cogniciones que presuponen que la ansiedad los matará si se exponen a sus recuerdos y/o situaciones concretas relacionadas con el evento traumático, es indispensable. El paciente trabaja sobre los circuitos de ansiedad, cuándo y cómo surge, la duración de la misma, técnicas de control vía relajación, la necesidad de enfrentarla para manejarla, la forma en que operan las exposiciones y la necesidad de enfrentarse a lo temido para re dimensionarlo, modificarlo y/o elaborarlo. Es en esta instancia donde el trabajo Psicoeducativo y Cognitivo confluyen,

En el caso de Paula se intensificó el trabajo cognitivo teniendo en cuenta los rasgos fóbicos de la paciente que la llevaban a estar en un equilibrio precario en su vinculación con la gente y el abordaje de situaciones nuevas previo al siniestro, y que con posterioridad al trauma generaron pensamientos automáticos del tipo: “Si voy sola, no voy a poder defenderme y estoy en riesgo” y “Mejor hacer y salir de casa lo mínimo”. Por consiguiente, Paula presentaba rasgos de evitación y ansiedad previos a lo sucedido, pero estos se mantenían en límites tolerables previo al trauma y podía lidiar en la diaria con ellos. Si bien evitaba lugares con mucha gente y enfrentar sola situaciones nuevas, sin la compañía y contención de su marido, esto no le generaba mayores problemas.

A su vez, los rasgos obsesivos de control también eran aspectos destacados de su personalidad, que la llevaron a intensificar aún más las ideas de que uno debe tener garantías y control de todo para operar en el mundo. El control también intentaba ejercerlo sobre sus imágenes y pensamientos del siniestro, generando así una intensificación de los mismos y una imposibilidad de habituarse y trabajarlos.

El terapeuta expone al paciente gradualmente a los recuerdos de lo sucedido para elaborarlo ya que el paciente al intentar cambiar el foco de atención le otorga mayor vigor a las ideas disfuncionales y no habilita el trabajo de las mismas.

Por lo tanto el trabajo Cognitivo consiste en la detección de las cogniciones que sostienen el sentir y el actuar y habilita el trabajo conductual que lleva al paciente a restablecer su nivel de funcionamiento basal previo al siniestro.

Abordaje Cognitivo Conductual del Estrés Postraumático- Etapa de Tratamiento: Fase Conductual

Es esperable que el paciente intente evitar concreta y psicológicamente lo asociado al momento traumático, por incapacidad para manipular las variables asociadas a dichas situaciones, o para evitar mayor sufrimiento y la presencia de recuerdos y afectos asociados al trauma. Por ende, es frecuente y esperable la aparición de una intensa tendencia a la huida o el rechazo del sujeto de situaciones, lugares, pensamientos, sensaciones o conversaciones relacionadas con el evento traumático.

Por último, es esperable también que la mente traiga -por medio de reexperimentaciones- lo vivido de forma disruptiva y/o como forma de digerirlo y darle significado.

El abordaje que propone la corriente terapéutica Cognitivo Conductual del TEP, es la exposición al trauma y a las evitaciones mentales y reales asociadas al mismo (Foa, 1998).

La exposición consta de diferentes etapas (Foa y Rothbaum, 1998):

- Explicar psicoeducativamente las razones teóricas que sustentan este procedimiento
- Introducir al paciente en el armado de escalas de ansiedad
- Diseñar una exposición en vivo con la situación que se está trabajando
- Trabajar sobre las indicaciones inter sesión relacionadas con el punto de la escala que se está trabajando
- Brindar herramientas para la exposición

El paciente se expone a lo sucedido en presencia del terapeuta, quien lo contiene y lo guía activamente en el proceso funcionando como figurada de Modelado, generando coaching y adaptando la exposición al paciente. De esta manera va restableciendo su nivel de funcionamiento anterior por medio de la exposición gradual

(Desensibilización Sistemática) a las situaciones que comenzó a evitar por temor a enfrentarlas ya que han quedado condicionadas al suceso traumático.

Se busca el surgimiento de la “Habitación”, mediante el cual el paciente al exponerse reiteradas veces a las situaciones temidas, se “acostumbraría” (habituaria) a ellas, generándose entonces una disminución en los niveles de ansiedad, que se han disparado luego del trauma.

La Desensibilización Sistemática (Richards, 1994) es la vía de exposición más utilizada e implica enfrentarse con la situación temida de manera real (exposición en vivo) o imaginaria y de forma gradual. La gradualidad consiste en el enfrentamiento del evento que menos dificultades y temores le causen al paciente, al de mayor problemática y evitación.

Para ello, terapeuta y paciente arman una lista de situaciones evitadas y les otorgan un puntaje en relación al temor o ansiedad que genera cada una de ellas en el paciente al momento actual (Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad o SUDS). Luego son trabajadas, una a una, por medio de diversas técnicas (relajación, ensayos cognitivos, rol playing, etc) que le permiten al terapeuta ir evaluando los recursos del paciente y su capacidad de afrontamiento (Meichenbaum, 1994) y brindarle al paciente herramientas para la futura exposición.

Paula evitaba salir sola a la calle, hecho que generaba una gran complejidad familiar porque tanto su marido como su madre debían faltar a sus compromisos laborales para asistirle a ella y trasladar a su hijo de 6 años al colegio y demás menesteres diarios. Al salir y aún antes de estar en la calle comenzaban síntomas de activación ansiosa (taquicardia, sudoración y mareos) y de anticipación catastrófica (“voy a estar en peligro”), que continuaban hasta retornar nuevamente a su casa donde se sentía segura.

Para lograr enfrentarla a Paula a movilizarse sola se armó una escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad donde las situaciones de menor a mayor complejidad fueron las siguientes:

- 1 Salir sola al Kiosco (2 cuadras de distancia)--60 puntos de ansiedad
- 2 Salir sola al almacén (6 cuadras de distancia) para compra chica (6 productos) --70 puntos de ansiedad
- 3 Salir sola al almacén para compra grande (más de 12 productos) --75 puntos de ansiedad
- 4 Llevar al hijo al colegio (6 cuadras y charlar con madres durante algunos minutos) --80 puntos de ansiedad
- 5 Ir al supermercado (gente aglomerada y colas) --85 puntos de ansiedad
- 6 Ir a cobrar a su empresa (lugar cercano al siniestro) --90 puntos de ansiedad
- 7 Manejar el auto sola en las inmediaciones de su casa -- 95 puntos de ansiedad

La escala debe constar de unas 7 escenas (bien concretas y detalladas) aproximadamente, ranqueadas de 0 a 100 en relación al grado de discomfort o temor que le genera a la paciente enfrentar cada una de ellas. Una vez construida se comienza a trabajar la primera, se la desmenuza de forma tal de tener bien claros todos los temores asociados a ir sola al kiosco, todas las reacciones corporales que teme tener y todos los imponderables que pueden surgir. Se realizan ensayos cognitivos, el terapeuta o acompañante terapéutico realiza el trayecto con la paciente, luego la acompaña a distancia, luego la espera en el lugar, en la casa y finalmente lo chequea telefónicamente.

Si no hace falta semejante monitoreo o si por el contrario se necesita más, se adaptan las situaciones o los recursos del paciente.

Los dos últimos puntos ameritaron la construcción de dos escalas SUDS separadas de exposición gradual.

Una vez que la paciente domina el primer punto se avanza gradualmente sobre los restantes. De ser necesario se involucra a familiares o a otros auxiliares terapéuticos, a quienes se los entrena para acompañar y/o asistir a la paciente.

Los temores anticipatorios se los trabaja cognitivamente, los síntomas corporales de ansiedad se los trabaja cognitivamente y desde diferentes técnicas de relajación que la paciente realizará durante la exposición (de ser necesario) y habrá practicado en su casa diariamente y en ámbitos distendidos.

Además de la exposición a todas las evitaciones fóbicas acentuadas por el trauma, la paciente trabaja con el terapeuta las reexperimentaciones y recuerdos del suceso y todas las ideas asociadas al mismo (Otto 1996). El terapeuta invita al paciente una y otra vez, a hablar sobre las imágenes y pensamientos que se agolpan compulsivamente en su mente y que esta trata de anular, de forma tal de entenderlas, atribuirles nuevos significados y quitarles la carga emocional disruptiva que presentan.

Se espera entonces que por medio de las exposiciones reiteradas a las situaciones y a los recuerdos se culmine en una habituación, para que se puedan procesar las situaciones y recordarlas, sin las intensas respuestas emocionales y que a su vez la paciente pueda recuperar su nivel de funcionamiento previo al trauma.

Conclusión:

El trauma y la patología asociada al mismo, el Estrés Postraumático nos permite introducirnos en la ciencia Cognitiva y en la Escuela Cognitivo –Conductual.

Hoy en día la Ciencia Cognitiva es amplia y compleja y se nutre de diversos aportes a la hora de entender el EPT, como ser la Neurociencia, la Psicología Evolutiva, el Psicoanálisis y la Etología.

Para abordar el aparato mental y como este maneja los estresores del ambiente, el cognitivismo debió gestar un nuevo concepto de aparato mental sobre el que hoy en día se sigue trabajando.

Por último el abordaje terapéutico CC del EPT consiste en el esfuerzo conjunto de trabajar sobre las ideas disfuncionales surgidas de lo sucedido y la exposición a lo temido. Por ende es el trabajo sobre el pensamiento y la conducta.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders(4thed.)Washington,DC
- Anderson, RC & Pichet, JW. (1978). Recall of previously unrecallable information following a shift in perspective . *Journal of Verbal Learning and Verbal Behaviour* 17:1-12
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York, Harper & Row.
- Beck AT (1979). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Editorial Meridian . Estados Unidos
- Beck AT, Freeman A(1992). *Terapia de los trastornos de personalidad*. Editorial Paidos. Buenos Aires.
- Blaney, P.H (1986). Affect and memory . *A review, Psychological Bulletin*, 99, 229-246.
- Bowers, D & Bauer, R (1993). The Nonverbal affect lexicon: Theoretical perspectives from neuropsychological studies of affect perceptions . *Neuropsychology* ,7, 433-444.
- Coorten, RS & Wood, B (1972). Autonomic responses to shock associated threat words. *J Exp Psychol* 94: 308-313.
- Coorten, RS & Wood, B (1972). Autonomic responses to shock associated threat words. *J Exp Psychol* 94: 308-313.
- Damasio, RD (2000). *A Second Chance for Emotion*. Cognitive Neuroscience of Emotion. New York, Series in Affective Science.
- DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado, Barcelona: Masson.
- Ellis, A (1985). *Overcoming resistance: Rational- emotive therapy with difficult clients*, New York, Springer.
- Ellis, A (1996). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Siglo XXI España ediciones.
- Feixas, G; Geldschläger, H & Neimeyer, R (2002).Content Analysis of Personal Constructs. *Journal of Constructivist Psychology*, Vol. 15 Issue 1, p1-19.
- Fernandez Alvarez, H (1992) . *Fundamentos de un Modelo Integrativo en Psicoterapia*. Buenos Aires, Ed Paidos.
- First, M.B; Spitzer, R.L y col. *Structured Clinical Interview for DSM IV*. New York: New York state Psychiatric institute , Biomedics Research.
- Foa, E. (1995). *PDS (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale)*. Manual. Minneapolis: Computer Syst.
- Foa, E., Riggs, D & Rothbaum, B (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post- traumatic stress disorder. *Journal of traumatic Stress*, 6 459-473
- Foa, E & Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the Trauma of Rape: Cognitive –Behavioral Therapy for PTSD*, Guilford Press.
- Greenberg, L & Rice, L & Elliot, R (1996). *Facilitando el cambio emocional. El proceso terapéutico punto por punto*. Buenos Aires, Ed Paidos.
- Hofer, MA (1994). Hidden regulators in attachment, separation , and loss. *Psychosomatic Medicine*, 58, 570-581.
- Hollon, SD; Garber, J. (1990). Cognitive Therapy for depression: A social cognitive perspective. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16, 58-73
- Horowitz, M (1998). *Cognitive Psychodynamics. From Conflict to Character*. New York, Wiley.

- James, J (1976). The origin of consciousness in the breakdown of the bicameral mind. Boston: Houghton Mifflin.
- Le Doux, J (1999). El cerebro emocional. Buenos Aires, Ed. Planeta.
- Meichenbaum, D. (1994) A clinical handbook/ practical therapist manual for assessing and treating adults with PTSD. lInstitute Press, Canada.
- Otto, M (1996). Naturaleza y tratamiento del EPT: Perspectiva Cognitiva-Conductual, conferencia dictada durante las 2 jornadas argentinas de Trastornos de Ansiedad, Buenos Aires.
- Panksepp, J (2006) Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry Vol. 30 Issue 5, p774-784
- Pascual Leone, J (1991). Emotions, development, and psychotherapy: A dialectical-constructivist perspective. New York Guildford.
- Piaget, J (1989). La Construcción de lo real en el niño. Buenos Aires, Ed. Crítica.
- Richards, D.A ; Lovel, K & Marks J.M (1994) . Post- traumatic stress disorder :evaluation of a behavioral treatment program, J Trauma Stress, 7, 669-680.
- Shulman Bernard H (1985) La terapia cognitiva y la psicología individual de Adler. En Mahoney MJ y Freeman AF : Cognición y Psicoterapia, Barcelona, Paidós.
- Siegel, J (1999). The Developing Mind : Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience. New York, Guilford.
- Stein, J (1997). Cognitive Science and the Unconscious. Washington, American Psychiatry Press, Inc.
- Terr, L (1991). Childhood traumas: an outline and overview. Am J Psychiatric 148: 10-20.
- Van den Bergh, O & Eelen , P (1990). Letters from the heart : affective categorization of letter combination in typists and no typists . J Exp Psychol Learn Mem Cogn 16. 1153-1161.
- Wolpe, J (1988). Panic disorder: a product of classical cognition. Behavior Reasearch and Therapy, núm 26, pp. 441-450.

- **Marcela Spinetto**

Coordinadora del area de Diagnóstico y tratamiento del Centro de Estrés Postraumático (CEPT)
Docente del Master de Psicología Cognitiva de la Universidad de la Plata a cargo del Dr. Herbert Chapa
Docente del Curso de posgrado de tratamiento del EPT de la Asociación de Medicina del Trabajo
Spinettom@fibertel.com.ar