

**Aplicación de la terapia de exposición narrativa (NET) en un caso de estrés postraumático
(TEPT) y depresión**



Proyecto presentado por

JULIETH PAOLA GONZÁLEZ ACEVEDO

Para optar al título de especialista en psicología clínica

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de ciencias sociales

Facultad de Psicología

Bucaramanga, 2020

**Aplicación de la terapia de exposición narrativa (NET) en un caso de estrés postraumático
(TEPT) y depresión**



Proyecto presentado por

JULIETH PAOLA GONZÁLEZ ACEVEDO

Para optar al título de especialista en psicología clínica

Director del proyecto

CLAUDIA PATRICIA BUENO CASTELLANOS, Ph.D.

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de ciencias sociales

Facultad de Psicología

Bucaramanga, 2020

Agradecimientos

Al consultante por su disposición y compromiso

A mi supervisora Claudia Bueno por guiarme y compartirme sus saberes

Al centro de atención y reparación integral a víctimas (CAIV) por permitirme el espacio y la confianza de poner en práctica mis conocimientos

A mis compañeros(as) del grupo de Neurociencias y comportamiento UIS-UPB por las orientaciones y los espacios de discusión

A David por su paciencia, su incondicionalidad y su apoyo moral

Tabla de contenido

	Pág.
Resumen.....	8
Introducción	10
Método	21
Diseño	21
Objetivos.....	21
Instrumentos.....	21
Consideraciones éticas	25
Procedimiento	26
Formulación del caso	27
Participante:	27
Motivo de consulta.....	27
Descripción del caso	27
Evaluación.....	29
Hipótesis clínica.....	32
Impresión diagnóstica:	34
Intervención	34
Línea de vida.....	34
Sesiones terapéuticas	36

Resultados	40
Resultados de las actividades.....	40
Resultados pre y post	42
Discusión.....	47
Conclusiones	53
Referencias.....	54
Anexos	60
Anexo A. Consentimiento informado	60
Anexo B. Ficha de ingreso.....	62
Anexo C. Pruebas aplicadas.....	63
Anexo D. Evidencia	79

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1. Exposición a eventos potencialmente traumáticos	42
Tabla 2. Evento más traumático.....	42
Tabla 3. Gravedad de síntomas del TEPT según el DSM-5	43
Tabla 4. Síntomas ansiosos y depresivos.....	45
Tabla 5. Agresividad, resiliencia y tono hedónico.....	45

Índice de figuras

	Pág.
Figura 1. Línea de vida	36

Resumen

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO:	Aplicación de la terapia de exposición narrativa (NET) en un caso de estrés postraumático (TEPT) y depresión
AUTOR(ES):	Julieth Paola González Acevedo
PROGRAMA:	Esp. en Psicología Clínica
DIRECTOR(A):	Claudia Patricia Bueno Castellanos, Ph.D.

RESUMEN

En este estudio de caso único se presenta la evaluación, formulación y plan de intervención diseñado para el tratamiento de un paciente adulto exmilitar con trastorno de estrés postraumático (TEPT) y comorbilidad con depresión, a partir de la terapia de exposición narrativa (NET), el cual se llevó a cabo en 15 sesiones. En la evaluación se valoró la exposición a violencia, los síntomas de estrés postraumático, síntomas disociativos, ansiosos y depresivos, agresividad reactiva y apetitiva, resiliencia y tono hedónico. A los 3 meses de seguimiento después de finalizado el tratamiento, se disminuyeron los síntomas del TEPT, incluyendo los síntomas disociativos, síntomas depresivos, ansiosos y agresividad. Asimismo, los puntajes de resiliencia aumentaron en el consultante. Lo que sugiere que la NET es eficaz en el tratamiento de personas con alta exposición a violencia, incluso cuando su entorno sigue siendo inseguro.

PALABRAS CLAVE:

Terapia de exposición narrativa, trastorno de estrés postraumático, depresión, exmilitar

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Application of narrative exposure therapy (NET) in a case of posttraumatic stress (PTSD) and depression

AUTHOR(S): Julieth Paola González Acevedo

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Claudia Patricia Bueno Castellanos, Ph.D.

ABSTRACT

This study presents a posttraumatic stress disorder PTSD and depression case formulation in a former military male adult. Clinical formulation and treatment were based on the narrative exposure therapy model (NET), the intervention was carried out in 15 sessions. Assessment included the evaluation of violence exposition, posttraumatic stress disorder symptoms, dissociative symptoms, anxiety, depression, reactive and appetitive aggression, resilience and hedonic tone. Three months after intervention was concluded, the changes obtained during the therapeutic process persisted; evaluation showed a reduction in the dissociative, depressive, anxious and aggressive symptoms. Likewise, scores in resilience measures increased. Therefore, it is possible to assert that NET is an effective treatment for patients with high violence exposure, even if they remain in unhealthy environments.

KEYWORDS:

narrative exposure therapy, posttraumatic stress disorder, depression, former military

Introducción

No sería exagerado decir que la violencia hace parte de la memoria colectiva de todos los colombianos (Rueda, Ortega y Orozco, 2007), y coherente con esta afirmación, según el Registro único de víctimas (RUV), Colombia presenta cifras preocupantes de personas víctimas del conflicto armado. Para el corte del 11 de febrero de 2020 se habían registrado más de 8 millones de personas, es decir, de cada 100 colombianos, 18 han sufrido experiencias con potencial de trauma. En Santander 209.463 y específicamente en Bucaramanga 47.764 (Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas CAIV, 2019); cifra acumulativa desde el año 1985 a la fecha de corte, sin tener conocimiento de aquellas personas que pueden ser víctimas sin acudir al registro.

La cantidad de víctimas registradas a la fecha no difiere en género (mujeres 50,1%, hombres 48,9%). De este total, el 25,7% han vivido la violencia entre los 0-17 años, un 60,4% de los 18-60 y el restante teniendo más de 61 años. Entre los principales hechos victimizantes se encuentra el desplazamiento forzado, el homicidio, la amenaza, desaparición forzada, la pérdida de bienes, los actos terroristas, atentados, combates, (respectivamente), entre otros (CAIV, 2019).

A nivel mundial los hallazgos muestran que las personas víctimas de desastres, de guerras, de violencia de cualquier tipo: organizada, familiar, se ven afectadas no sólo en cuanto a su salud física si no también su salud mental (Schauer, Elbert & Neuner, 2011). Taylor, Magnussem y Amundson (2001) aseveran que en las personas víctimas de maltrato es muy frecuente encontrar trastornos funcionales como colon irritable, problemas gastrointestinales, dolor crónico, etc. No obstante, suelen ser más graves los problemas psicológicos como síntomas depresivos,

sentimientos de ineficacia, constante hiperactivación y re experimentación de sus vivencias, pensamientos recurrentes de autoinculpación y distorsiones cognitivas.

Acorde a esto, la encuesta nacional de salud mental en Colombia señala que los desenlaces después de vivir una experiencia traumática incluyen cambios en el afecto, en el comportamiento, en las relaciones e, incluso, en el aprendizaje (Ministerio de salud, 2015).

En los casos en que el evento resulta altamente estresante, superando o rompiendo las estrategias de afrontamiento del individuo puede generar un trauma, que también representa un corte en el alma como resultado de una experiencia horrorosa (Schauer et al., 2011). La exposición al evento traumático puede darse de forma directa, en el que la persona la experimenta, o indirecta, cuando es testigo o le ocurre a alguien cercano (Ministerio de salud, 2015).

El trauma psicológico es la experiencia e impacto psicológico de eventos que amenazan la vida o que incluyen peligro o daño tan grave que la persona está horrorizada, siente indefensión y experimenta una respuesta de alarma psicofisiológica durante la experiencia y poco después de esta (Schauer et al., 2011). Esta respuesta de estrés es adaptativamente normal y justificable bajo la situación de amenaza, sin embargo, sucede que muchas de estas personas atendidas en las instituciones delegadas para realizar la reparación de los daños causados por los hechos victimizantes, nunca reciben un tratamiento ni oportuno, ni idóneo para sus síntomas y consecuentemente, permanecen años, incluso décadas con estos síntomas. O en muchos casos debido a dificultades económicas o a que residen lejos de la ciudad o se cambian constantemente de residencia, asisten por las ayudas humanitarias, las indemnizaciones, pero no vuelven a acercarse a las instituciones estatales para recibir reparación psicológica.

Sumado a lo anterior, Echeburúa, del Corral y Amor (2002), plantean variables que median el daño psicológico que un evento traumático pueden producir: la gravedad del suceso, el carácter inesperado del acontecimiento, el daño físico o grado del riesgo sufrido, la mayor o menor vulnerabilidad de la víctima, la concurrencia de otros problemas actuales de tipo familiar, laboral, económico u otros, problemas pasados que refiere a la historia de victimización, el apoyo existente y los recursos de afrontamiento disponibles.

Por estas razones y por demás diversos factores como los planteados por Echeburúa, et al. (2002), es posible que las consecuencias psicológicas (síntomas) tengan una mayor intensidad y adquieran un valor psicopatológico cuando comprometen la funcionalidad de los sujetos que las padecen. En este orden de ideas, la entidad más estudiada en el contexto de la vivencia de un trauma es el trastorno de estrés postraumático (TEPT) según lo descrito en la encuesta anteriormente mencionada (Ministerio de salud, 2015).

El TEPT es un trastorno mental clasificado dentro del grupo de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. En este grupo también se encuentra el trastorno de apego reactivo, el trastorno de relación social desinhibida, el trastorno de estrés agudo y los trastornos de adaptación, compartiendo como criterio la exposición a un evento traumático o estresante (Asociación americana de psiquiatría APA, 2013). No obstante, cabe resaltar que en versiones anteriores del Manual diagnóstico para los trastornos mentales estaba ubicado en el grupo de trastornos de ansiedad, reflejando la relación entre estos diagnósticos.

Los criterios diagnósticos para el diagnóstico del TEPT según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5 (APA, 2013) son textualmente los siguientes:

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

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente).

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

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

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

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

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).

3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras

áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Adicionalmente, se debe especificar si se presentan síntomas disociativos tales como despersonalización, que son experiencias de irrealidad, con relación a sus pensamientos, sentimientos, sensaciones del cuerpo o las acciones de uno mismo y desrealización, que consiste en experimentar el mundo de forma distorsionada, como irreal, como en un sueño. Sin que se puedan atribuir tales síntomas a una sustancia u afección médica.

En cuanto al diagnóstico, finalmente se debe especificar si se presenta una expresión retardada del cuadro, que sucede cuando la totalidad de los criterios no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento.

En resumen, la exposición a un evento traumático puede originar un aprendizaje emocional que tiene como fin proteger al individuo frente a nuevas situaciones similares, pero que va a ocasionar toda una serie de síntomas agrupados en cuatro tipos diferentes: reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas, activación y alerta.

Asimismo, a raíz de experimentar sucesos traumáticos de forma prolongada, reiteradas y graves (p. ej., el abuso infantil, la tortura), el individuo puede experimentar además problemas para regular las emociones o para mantener unas relaciones interpersonales estables, o síntomas disociativos (APA, 2013). Esta tesis es coherente con los diferentes estudios internacionales que han informado que a una mayor exposición a hechos potencialmente traumáticos y/o a la presencia de altos niveles de TEPT se relacionan con la experimentación de altos índices disociativos (Steuwe, Lanius & Frewen 2012; Weber et al., 2008; Werner & Griffin, 2012)

Los síntomas disociativos son una respuesta del organismo cuando huir o luchar no es posible para enfrentar el hecho potencialmente traumático. Estos síntomas pueden ocurrir como una desactivación funcional, parálisis motora, cambios de la conciencia, pérdida de la percepción, producción del habla. Acarreando una fragmentación de los recuerdos pasados y futuros y, por lo tanto, dificulta la superación de las experiencias traumáticas (Schauer & Elbert, 2010).

Un reciente estudio estima que la prevalencia del TEPT a nivel internacional es del 3,9% en población general y 5,6% en personas expuestas a traumas (Koenen et al., 2017). Según el DSM-5 (APA, 2013) en países de América Latina la prevalencia de TEPT está entre el 0,5% y el 1,0% en población civil. En Colombia, la reciente encuesta nacional de salud mental (Ministerio de salud, 2015) no indicó cifras específicas respecto a la prevalencia del TEPT en población general. Empero, algunos estudios cifran distintos valores de prevalencia de TEPT en víctimas de desplazamiento: 21% para el cuadro completo y cerca de un 43% en niveles subclínicos en 851 adultos de Bucaramanga (Rueda et al., 2007); 97,27% de 110 víctimas de desplazamiento de la localidad de Ciudad Bolívar Bogotá (Sinisterra, Figueroa, Moreno, Robayo & Sanguino, 2010); 50, 5% de 93 personas pobres y desplazadas de Boyacá (Juárez y Guerra, 2011) y 48% de 95 víctimas de Bucaramanga (Botelho & Conde, 2011), valores significativamente más altos de lo indicado por (Koenen et al., 2017).

Bonilla y Villalobos (2017) indican que los índices de estrés postraumático son más altos en personas cuya profesión tiene un riesgo de exposición traumática elevado y veteranos, donde las tasas más altas se encuentran entre los supervivientes a violaciones, combates militares, cautiverio e internamiento y genocidio. Asimismo, se afirma que algunos de los factores que incrementan el riesgo de desarrollar este trastorno mental son tener un bajo nivel educativo, hacerle daño físico o matar a otra persona (particularmente si es un civil), ser menor de 25 años y

haber sufrido o haber sido testigo de abusos en la infancia. Con respecto a la violencia sexual, Sarasua, Zubizarreta, Corral y Echeburúa (2013) encontraron que un 44.6% las víctimas de abuso sexual en la infancia padecían TEPT.

Dados los orígenes socioeconómicos y las vivencias de la mayoría de los soldados en el mundo, lo anterior hace que estos sean propensos a desarrollar el TEPT y a que la prevalencia en este grupo sea, en la mayoría de casos, por lo menos dos veces mayor que la de los civiles. En concordancia con esta hipótesis, González-Penagos, Moreno-Bedoya, Berbesi-Fernández y Segura-Cardona (2013), realizaron un estudio en la ciudad de Medellín, Colombia, en el que identificaron una prevalencia del TEPT del 52.2% en personal militar.

Con respecto a problemas relacionados, las personas con diagnóstico de TEPT son un 80% más propensos a presentar síntomas que cumplen con los criterios diagnósticos de al menos, otro trastorno mental. Por lo que, suelen tener comorbilidad con otros trastornos, principalmente con depresión, ansiedad generalizada, fobia simple, fobia social, trastorno de pánico, agorafobia, abuso/dependencia de alcohol y drogas y problemas de conducta (APA, 2013).

Estos trastornos asociados pueden ocurrir independientemente como un resultado de la experiencia traumática, no obstante, con mayor frecuencia, el trastorno es en realidad una extensión de los síntomas principales del TEPT. Asimismo, la probabilidad de desarrollar TEPT incrementa con la experiencia acumulativa de tipos de eventos traumáticos, lo llamado “efecto en bloque”, que quiere decir básicamente que, a mayor cantidad de eventos potencialmente traumáticos vividos, mayor es la vulnerabilidad de desarrollar un trastorno psicológico (Schauer et al., 2011).

Es así, que por la alta exposición a violencia que han vivido las víctimas, asociado a factores precipitantes contextuales o de la personalidad de cada quien, es muy probable que en muchas personas su afectación sea alta, llegando incluso a ser incapacitante o en los peores casos fatal. Igualmente, se estima que hay una alta probabilidad de que las personas que presentan TEPT y que no reciben un tratamiento terapéutico, con el tiempo se van haciendo crónicos sus síntomas (Ministerio de salud, 2015).

Lo anterior, hace necesario una atención psicológica, tal como lo establece la ley 1448 de 2011, donde se indica que las víctimas tienen derecho a recibir atención de manera oportuna en salud y aspectos psicosociales, pues la atención e intervención es primordial en el proceso de reparación.

He aquí, que la psicología clínica se encarga de intervenir diferentes problemáticas, incluyendo problemas vitales y aquellos eventos que llegan a convertirse en traumáticos. A partir de diversos modelos se puede abordar el trauma principalmente desde dos enfoques: terapias centradas en el trauma y terapias no centradas en el trauma.

Dentro de las terapias no centradas en el trauma se resalta la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR, por sus siglas en inglés) que combina la exposición con movimientos de los ojos (Navarro et al, 2018).

Por otro lado, uno de los elementos más útiles dentro de las terapias que devienen del trauma, es la narrativa. La narrativa, como lo define J. Holmes, en Historias Curativas (Schauer et al., 2011), es la experiencia cruda más el significado. La presencia de la influencia emocional en el procesamiento cognitivo de los hechos victimizantes se ve reflejada en las narrativas que son usadas como testimonios. Allí es posible ver también elementos reconocibles como parte del

cuadro del TEPT. Las respuestas fisiológicas, los pensamientos intrusivos y la represión de la información son unos de los más notables (Díaz & Serrano, 2016).

Uno de los protocolos más adecuados para intervenir en la población víctima (en especial en la que su trauma deriva en un TEPT) es la terapia de exposición narrativa (NET: Narrative Exposure Therapy), la cual es una terapia a corto plazo desarrollada originalmente para su uso en países en vía de desarrollo (Robjant & Fazel, 2010). Esta terapia implica la exposición emocional a los recuerdos de eventos traumáticos y la reorganización de estos recuerdos en una narración cronológica coherente, es decir, se lleva al paciente a hablar de cada evento traumático en detalle, mientras reexperimenta las emociones y cogniciones (Schauer et al., 2011).

Robjant y Fazel (2010) hicieron un metaanálisis de 9 estudios donde la NET fue implementada en refugiados de países de Rumania, Uganda, Ruanda, Alemania, Noruega y Somalia y adicionalmente, Lambert y Alhassoon (2015) revisaron 5 estudios realizados en Europa Occidental y EEUU, países donde también ha habido conflicto. Los resultados de estos estudios, demostraron superioridad de la NET en la reducción de los síntomas de TEPT en comparación con otros enfoques terapéuticos. La mayoría de los ensayos demostraron mejoras adicionales en los seguimientos, lo cual sugiere cambios sostenidos.

Desde su desarrollo hace menos de una década la NET ha mostrado ser un tratamiento efectivo para personas traumatizadas por sus experiencias, mejorando su funcionamiento en todos los niveles, incluso cuando sus entornos siguen siendo volátiles e inseguros (Lambert & Alhassoon, 2015, Robjant & Fazel, 2010). Pues argumenta que, curando el trauma, se reduce el dolor y, asimismo, esto capacita a las personas para tener vidas constructivas, disminuyendo la probabilidad de violencia en las víctimas y por tanto la continuación de un ciclo de violencia (Schauer et al., 2011).

Método

Diseño

Estudio de caso único, diseño intrasujeto pretest posttest.

Objetivos

Intervenir a partir de la terapia de exposición narrativa (NET) a un hombre adulto exmilitar con trastorno de estrés postraumático (TEPT) y depresión

Objetivos específicos.

- Determinar la exposición a violencia y su afectación
- Evaluar la presencia y gravedad de los síntomas
- Identificar los factores de predisposición, adquisición, detonadores, mantenedores y protectores de la problemática
- Disminuir la sintomatología presente en el consultante
- Activar red de apoyo

Instrumentos

Entrevista clínica

Entrevista individual donde se evalúa el estado mental del paciente, motivo de consulta, problemáticas relacionadas, exploración de áreas de afectación y funcionamiento, factores de riesgo y protectores. Igualmente se indagan algunos datos sociodemográficos a través de una ficha de ingreso (Anexo B).

Lista de eventos potencialmente traumáticos: Enfocada en violencia y conflicto armado

Pretende evaluar la exposición a violencia a través de 43 eventos que según los criterios del DSM-5 pueden ser potencialmente traumáticos. Evalúa la presencia de los eventos mediante tres tipos de experiencias (experiencia directa, testigo directo y testigo por referencia), que se califican de forma sumatoria, tanto de cada una de las experiencias como del total.

Adicionalmente, evalúa de los eventos vividos cual fue el de mayor angustia o mayor traumático, se pregunta la edad en la que lo vivió, si fue una única vez o reiterado y una breve descripción de lo sucedido. Este instrumento actualmente está en proceso de validación.

A los siguientes instrumentos se le asignó una valoración igual de 0 a 3 a las opciones de respuesta, las cuales miden la frecuencia de los síntomas mediante una escala Likert, donde 0 es nada 1 = una vez por semana o menos/poco, 2 = De 2 a 4 veces por semana/ Bastante y 3 = 5 o más veces por semana / Mucho (Tal cual como el EGS-R). El puntaje total depende de la cantidad de ítems de la prueba y se obtiene mediante la sumatoria de los puntajes de cada ítem. Esto se realizó con el propósito de facilitar al participante entender y responder los ítems de las diferentes pruebas.

Escala de gravedad de síntomas revisada (EGS-R) del trastorno de estrés postraumático según el DMS-5

Entrevista estructurada que evalúa mediante 21 ítems la presencia, frecuencia y gravedad de los cuatro núcleos sintomáticos del TEPT: reexperimentación, evitación conductual/cognitiva, alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo, y, síntomas asociados a un aumento de la activación y reactividad psicofisiológica. Además, indaga la presentación demorada del trastorno y evalúa la disfuncionalidad en la vida cotidiana relacionada con el suceso traumático. En población hispanohablante, el rango de puntaje de la escala oscila de 0 a 63, con un punto de corte de 20 para determinar el diagnóstico del trastorno. Presenta una alta consistencia interna ($\alpha = .91$) y, una buena validez discriminante ($g = 1.27$) y convergente ($r_{bp} = .78$ con el diagnóstico), propiedades psicométricas que garantizan la eficacia diagnóstica de la escala, permitiendo ser implementada en aplicaciones clínicas e investigativas (Echeburúa et al., 2016).

Shutdown dissociation scale (SHUT-D) Versión español

Entrevista estructurada que consta de 13 ítems, con los cuales se miden las respuestas disociativas causadas por los recuerdos del estrés traumático durante los últimos 6 meses, o desde el acontecimiento del evento traumático. Está basada en el modelo psicofisiológico de la cascada de defensa, por lo cual evalúa los síntomas biológicos asociados con las respuestas de congelación, lucha / huida, susto y debilidad. Se presenta como una herramienta útil tanto a nivel clínico como investigativo, no diagnóstica, pero apropiada para identificar personas con alta vulnerabilidad a las respuestas disociativas al trauma (Schalinski & Teicher, 2015; Schalinski, Schauer & Elbert, 2015).

Hopkins symptom checklist (HSCL-25) Validación Uruguay

Autoinforme breve que mide problemas internalizantes: síntomas ansiosos (11 items) y depresivos (14 items). Se evalúa tanto la escala total como las subescalas. El resultado de los análisis de componentes realizados en un estudio de validación del instrumento en adolescentes uruguayos indicó valores de Alpha de Chronbach satisfactorios (.90 para la escala total; .90 y .75 para las subescalas) (Mels, & Trías, 2014).

Appetitive and facilitative aggression scale (AFAS)

Cuestionario de 30 ítems, estructurado en 2 dimensiones de 15 ítems cada una para evaluar agresión reactiva y agresión apetitiva. La primera se refiere a los comportamientos que se dan como respuesta de supervivencia defensiva a la amenaza, mientras que la segunda corresponde a las conductas relacionadas con el placer de atacar y pelear. Esta prueba se encuentra en proceso de traducción al español y para el presente estudio se aplicará la versión en español derivada de tal proceso. La versión original en inglés presenta buenas propiedades psicométricas en una muestra de refugiados de la República Democrática del Congo en Uganda con una consistencia interna de $\alpha = .78$ para la subescala de agresión reactiva y un $\alpha = .90$ para la subescala de agresión apetitiva (Hecker, Fetz, Ainamani & Elbert, 2015).

Escala de resiliencia de Connor-Davidson (10-item CD-RISC)

Cuestionario breve de autoreporte que mediante 10 ítems evalúa el nivel de resiliencia, definida como la capacidad de recuperarse del impacto inicial de un evento estresante, adecuarse a los cambios y mantener una conducta adaptativa (Soler, Meseguer de Pedro & García, 2016).

En su versión en español ha demostrado poseer adecuadas propiedades psicométricas; en un estudio con población universitaria mostró un Alpha de Cronbach = 0.85, mientras que el Análisis factorial confirmatorio identificó un solo factor, tal como en la versión original (Notario-Pacheco et al., 2011).

Escala de placer Snaith-Hamilton para anhedonia (SHAPS)

Es un Instrumento psicométrico que pretende evaluar el nivel en el cual un individuo es capaz de sentir placer o anticipar una experiencia placentera en los últimos 7 días, a través de 14 enunciados de respuestas hedónicas que están presentes en situaciones placenteras, organizados en 4 dominios, experiencia sensorial, intereses y pasatiempos, comidas y bebidas e interacción social (Fresán & Berlanga, 2013; Leventhal, Chasson, Tapia, Miller & Pettit, 2006). Por el cambio del valor en las opciones de respuesta, un menor un puntaje indica una mayor incapacidad para experimentar placer.

Consideraciones éticas

El estudio se rige por la Resolución 8430 de 1993, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia. Según las normas para la investigación con seres humanos, se cataloga como un estudio con riesgo mayor que el mínimo, dado que se intervinieron las memorias traumáticas del individuo.

Se resalta que el participante debió leer y firmar el consentimiento informado (Anexo A), el cual es un documento en el cual se le notificó sobre los objetivos, procedimientos, riesgos, beneficios y pautas de confidencialidad del estudio, con la finalidad de obtener la expresa aprobación del sujeto para su participación en la investigación.

Procedimiento

Inicialmente se realizó el proceso de recepción y evaluación de la problemática del consultante y de la intensidad de sus síntomas. Esto se realizó en las dos primeras sesiones junto con la psicoeducación. En la tercera sesión se abordó la problemática actual de pareja. Posteriormente se inició la intervención con la línea de vida (cuarta sesión), en las siguientes sesiones se abordaron los eventos más importantes de la vida del paciente en el orden cronológico en que sucedieron (ver línea de vida, figura 1). De la quinta a la novena sesión, se trataron los 5 primeros eventos dolorosos, estresantes, angustiantes, también llamados piedras según la NET; se pensaba continuar con el 6 y último evento doloroso, sin embargo, la décima sesión se centró en la situación de abandono de su hija por parte de su ex pareja con remisión a orientación con consultoría jurídica. Para la onceava sesión se prefirió abordar un evento gratificante (flor), para disminuir la carga negativa antes de continuar con el último evento doloroso. En la doceava sesión se trató el ultimo evento doloroso y en la treceava, una vela (evento de pérdida) donde también se trabajó sobre prevención de recaídas y por último se realizó el cierre en la catorceava sesión. Cabe resaltar que los temas tratados en la tercera y decima sesión estaban inicialmente fuera del plan de intervención, pero se abordaron pese a que fueron dos situaciones actuales apremiantes para el paciente.

El procedimiento en total tuvo una duración de 8 meses y medio, con un total de 15 sesiones cada una de hora y media, incluyendo la del seguimiento. Las primeras 5 sesiones se realizaron una vez por semana, luego cada 15 días. Finalmente, el seguimiento se realizó a los 3 meses después del cierre, donde se volvió a aplicar todas las pruebas psicométricas aplicadas inicialmente.

Formulación del caso

Participante

DA es un hombre exmilitar de 32 años, víctima del conflicto armado, con una discapacidad en su brazo derecho, estado civil soltero, padre de una niña de 3 años. Actualmente trabaja independiente como domiciliario y vive con su madre con quien mantiene un vínculo distante y conflictivo.

Motivo de consulta

DA llega a la institución buscando apoyo psicológico refiriendo: “No duermo, no como, me siento muy mal, mi mujer me abandonó”.

Descripción del caso

Análisis descriptivo.

DA estudio hasta sexto bachillerato, fue soldado profesional durante 6 años, tenía una relación sentimental con una mujer con quien llevaba 10 años de conserse y 7 años de convivir en unión libre. Refiere que ella lo abandonó hace 4 días, llevándose sus hijas, la mayor de 10 años que él había criado pero no es biológicamente su hija y la menor que es hija de los dos de 3 años. Asimismo, manifiesta que no puede dormir bien hace más de 3 años, indicando que estuvo en tratamiento farmacológico, pero que tuvo que suspenderlo porque permanecía con sueño todo el día.

Manifiesta tener dificultades para conciliar el sueño, para mantenerlo y para que resulte reparador. Refiere estar durmiendo aproximadamente 2 a 3 horas diarias. Adicionalmente cuando

duerme, relata tener pesadillas en las que corre por su vida y por la de su hija, entierra personas y se sueña prestando guardia como lo hacia en el ejercito, le disparan pero nunca se muere. En los momentos en que no puede dormir, refiere ponerse a pensar y revivir experiencias pasadas de dolor (rumiación).

DA es un hombre alto y de contextura grande, sin embargo, se evidencia delgado, refiere pérdida del apetito desde la ruptura amorosa. Manifiesta comer una sola vez al dia y sentirse cansado todo el dia.

Sumado a lo anterior, DA narra que sufre de dolor crónico e intenso en el brazo derecho (en el cual presenta discapacidad), en la espalda y en la cabeza, debido a un accidente de transito grave que sufrió hace tres años. Indica que pese a las altas dosis de medicamento para el dolor que le inyectaron cuando estuvo hospitalizado, se volvió alérgico a tales medicamentos y ahora solo puede tomar acetaminofem.

Como antecedentes familiares refiere que su padre atacó a su mamá cuando él tenía 14 años causandole 7 puñaladas. La relación con su madre es conflictiva y distante y con su padre distante, de quien indica consumo elevado de alcohol. DA tiene 3 hermanos, uno mayor y dos menores pero manifiesta no relacionarse con ellos.

DA indica no tener amigos ni personas en quien confiar, afirma que cuando ha tenido situaciones de crisis ha tenido que valerse por sí mismo. Manifiesta que siempre quiso ser del ejército, hasta que lo amenazaron y tuvo que darse de baja, que esa época también fue muy dura y triste para él (refiere haber experimentado sintomas similares de tristeza, falta de energia, hiperoxia para esa época, pero haberse sobrepuesto de ellos).

Con relación al estado de ánimo, el consultante manifiesta sentirse muy triste la mayor parte del tiempo, llorar constantemente y sentirse muy solo. No tiene ideación suicida pero si tiene pensamientos de que estaría mejor muerto, que de no ser por su hija que lo necesita ya lo estaría.

Economicamente indica no encontrarse en las mejores condiciones pues solo trabaja cuando le salen domicilios y hay días que es muy pesado el trabajo por el esfuerzo físico y el dolor asociado. También menciona que esta manejando y de repente siente que algo malo va a pasar o escucha un ruido fuerte y le da miedo intenso, llegando incluso a caerse de la motocicleta por los lapsus de distracción.

Evaluación

Examen mental

El paciente llega a sesión caminando por sus propios medios, aunque cojeando y teniéndose el brazo derecho asociado al dolor. Se encuentra orientado alopsíquica y autopsíquicamente, se comunica con un lenguaje pausado, un tono de voz bajo, llora fácilmente y su postura corporal se mantiene disminuida, se evidencia que la ropa le queda holgada, él expresa que es debido a su pérdida de peso, igualmente se observa cansancio y pesadez en el movimiento. Su actitud es colaboradora y receptiva, sigue indicaciones y llega puntual a las sesiones.

Evaluación psicológica

Según la evaluación realizada mediante la lista de eventos potencialmente traumáticos: enfocada en violencia y conflicto, DA ha experimentado una alta exposición a violencia a lo largo de su vida, violencia general, doméstica, sexual, relacionada al conflicto tanto como víctima y victimario. Estas experiencias las vivió directamente y como testigo de hechos que le

sucedieron a personas cercanas a él. Entre las principales se destacan violación sexual en la niñez, ataques con armas entre los miembros de su familia, situación de cautiverio (cárcel militar), accidentes de tránsito graves, vivencias de amenazas, atentados, combates y desplazamiento forzado.

Con respecto a la sintomatología de estrés postraumático DA evidencia síntomas graves de reexperimentación (pensamientos intrusivos, sueños desagradables, sensaciones de estar viviendo de nuevo experiencias pasadas) obteniendo la puntuación máxima de grupo de síntomas (15), presenta síntomas de evitación conductual y cognitiva (5), sin embargo no son tan altos con relación a los demás; con respecto a las alteraciones cognitivas y el estado de ánimo, presenta culpabilidad, estado de ánimo negativo, disminución del interés, distanciamiento emocional y se muestra limitado para expresar emociones positivas (15). En cuanto a la activación y la reactividad fisiológica también presenta puntuaciones elevadas, tales como conductas de riesgo, hipervigilancia, sobresaltos, dificultades de concentración y para conciliar-mantener el sueño (15). Una puntuación total de 50, siendo 20 el punto de cohorte para el TEPT. Asimismo, revisando los criterios descritos por el DSM-5 (APA, 2013), también cumple el diagnóstico. Refiere que los síntomas aparecieron alrededor de los 6 meses después, pero es ahora luego de la ruptura de pareja que siente todo tan intensamente. Razón por la cual puntúa un grado de afectación alto en su vida, con relación a los síntomas del TEPT.

Los síntomas disociativos se mostraron igualmente altos, entre los que sobresalen mareos y visión negra, cansancio repentino en sus extremidades, pérdida de fuerzas y calor en su cuerpo, obteniendo una puntuación total de 23, es decir, se pudo identificar una alta vulnerabilidad a las respuestas disociativas derivadas del trauma.

Los síntomas ansiosos y depresivos igualmente fueron altos (31 y 30 respectivamente), resaltando intranquilidad, angustia, tensión, latidos fuertes del corazón, ataques de miedo, sensación de ahogo. En síntomas depresivos, se distingue la culpabilidad, el llanto fácil, poca energía, pocas ganas de comer, problemas para dormir, sensación de soledad, no tener ganas de hacer las cosas y pensar demasiado las cosas (rumiación).

La agresión reactiva fue más alta que la apetitiva (10 reactiva y 6 apetitiva), que corresponde a como reacciona DA frente a las frustraciones o injusticias de la vida, en lo que refiere en el último mes, el consultante indicó haber pateado un objeto por frustración, cuando estaba enojado golpeó objetos con tanta fuerza que su puño quedó dolorido (respuestas reactivas), observó una pelea aunque se pusiera en peligro por verla (apetitiva).

Con respecto a la capacidad salir adelante o también llamada resiliencia, DA puntuó niveles medios, principalmente señaló que él puede enfrentarse a cualquier cosa, que bajo presión se mantiene enfocado y piensa claramente y que cree que es una persona fuerte cuando se enfrenta a los desafíos y dificultades vitales. Sin embargo, también indicó que no cree que enfrentarse a las dificultades puede hacerlo más fuerte.

Finalmente, con relación al tono hedónico coherentemente con lo evidenciado en la entrevista y en el examen mental DA presenta síntomas anhedónicos. A pesar de su aparente desinterés refiere disfrutar el aroma de las flores, de la brisa y del pan recién hecho, fijarse en pequeños detalles, una vista hermosa, disfruta el poder ayudar a otros y disfruta cuando otras personas lo halagan.

En general, DA tiene un grado de afectación alto, principalmente en los síntomas asociados al TEPT y la comorbilidad con ansiedad y depresión, que evidentemente derivan de la alta exposición a violencia. Su duelo actual es el que le está activando síntomas que el paciente

refiere haber experimentado en tiempos anteriores, pero haberse sobrepuesto de ellos, como estado de ánimo y tono hedónico disminuido, pérdida de la energía, hiperoxia, entre otros y, asimismo, está agravando otros síntomas que manifiesta lleva más de 3 años sobrellevándolos (insomnio, pesadillas, sobresaltos, estado de alerta permanente, angustia, intranquilidad, entre otros).

Hipótesis clínica

Factores de predisposición.

El paciente desde su infancia ha estado expuesto a hechos potencialmente traumáticos y vitales estresantes, entre los que se destacan violación sexual en la niñez por parte de un desconocido (4 años), pese a la desatención parental reflejada en abandono también dejó su núcleo familiar a temprana edad por conflictos con su madre (13 años); vivió ataques con armas entre los miembros de su familia (14 años), del cual aún se siente responsable. En general, fue testigo y víctima de experiencias graves de violencia, falta de apoyo social, principalmente de tipo emocional.

Factores de adquisición

DA fue soldado profesional del ejército desde los 18 hasta los 26 años. En esos 8 años que perteneció a la milicia estuvo en cautiverio cuando lo enviaron a la cárcel militar, tuvo que patrullar en zonas de alerta roja por conflicto armado como Arauca y Casanare. Trabajando en estas zonas experimentó enfrentamientos, combates de más de 3 días, bombardeos, ataques, masacres, muerte de sus compañeros, heridas físicas, amenazas de muerte por parte de grupos armados. Igualmente, se debe resaltar que el estilo de vida que lleva un militar es altamente desgastante. DA debía cargar diariamente un equipaje de casi la mitad de su peso, comían solo

cuando estaban en zonas seguras, estando en campo debía hacer turnos de guardia, donde solo podía dormir de a dos horas y con la zozobra del enemigo o un posible ataque, pese a esto, sus reacciones psicofisiológicas se volvieron altamente hipervigilantes, están alejados de sus seres queridos, cuando están como civiles deben montar una fachada para no ser atacados no amenazados, el trato que reciben es violento. Finalmente tuvo que darse de baja por constantes amenazas de grupos armados y reincorporado a la vida civil sufrió el desplazamiento y la pérdida de sus inmuebles por las mismas amenazas.

Factores desencadenantes

El factor detonador del cuadro completo de la sintomatología de DA fue probablemente la ruptura afectiva con su pareja de 7 años de relación debido a infidelidad por parte de ella, con quien además de tener una familia conformada por dos niñas (la mayor solo de la madre con otra pareja antes de estar con el consultante y la mejor hija de los dos) también tenían un negocio de una frutería (el paciente relata muy prospero), el cual ella saqueó y robó el día que él le pidió que se fuera. Después de este hecho él vendió lo que quedó del negocio y asimismo, perdió su familia, porque su expareja no le permitía ver su hija. Al poco tiempo, su expareja entabló una relación con una tercera persona, no obstante, seguía buscando al consultante a veces para insultarlo y a veces para pedir que volviera.

Factores de mantenimiento

El contenido violento y peligroso de los hechos vividos por el consultante facilita la aparición de síntomas evitativos, causando que DA no se exponga a hablar de esos temas y por consecuencia no enfrente ni logre resolver su problemática. De forma semejante, la culpabilidad que siente con relación a varios hechos vividos, reafirma su sintomatología como parte de lo que lo remuerde. Lo anterior, sumado a las pocas e ineficaces habilidades de afrontamiento, a la falta

de apoyo social, las precarias ayudas estatales y la dificultad para conseguir un trabajo formal debido a su discapacidad, facilitan el mantenimiento de los síntomas que afectan clínicamente el desarrollo de la vida de DA.

Factores protectores

Si bien el consultante actualmente no evidencia habilidades de cuidado consigo mismo, si las refiere con su hija, reflejando motivación por su función parental, pese a que se preocupa por ella, aún ya no viven juntos. Se debe resaltar que DA tiene una historia de vida de violencia, pero de alguna forma ha logrado resurgir en las diferentes situaciones de crisis, lo anterior indica que es una persona con capacidad para adaptarse a los cambios y resiliente, siendo el mismo quien busco ayuda para recibir atención profesional. Posee y usa diariamente la habilidad de afrontamiento de la religión.

Impresión diagnóstica:

Mediante la evaluación clínica realizada en las sesiones se concluyó el siguiente diagnóstico:

309.81 (F43.10) Trastorno de estrés postraumático con síntomas disociativos y con expresión retardada.

296.23 (F32.2) Trastorno de depresión mayor grave con ansiedad severa.

Intervención

Línea de vida



Figura 1 Línea de vida. La línea de vida es una representación cronológica de los eventos más importantes de la vida del consultante desde el nacimiento hasta la actualidad, donde la cuerda simboliza el flujo de la vida; las flores figuran aquellos momentos de alegría, bienestar, satisfacción; las piedras aquellos eventos de dolor, angustia, estrés y las velas simbolizan pérdidas. Cada objeto va acompañado de un nombre, edad y lugar. Para la figura solo se incluyó la edad y el nombre por temas estéticos. Para ver una fotografía de la línea de vida original ver Anexo D.

Sesiones terapéuticas

Sesión 1: El paciente llega a la institución buscando apoyo económico debido a su condición de discapacidad. En vista de su estado emocional y su solicitud de atención psicológica, los orientadores lo remiten a la psicóloga titular y debido a que no es su competencia me lo es remitido. En esta primera sesión se realiza el encuadre terapéutico con el propósito de explicar las circunstancias a partir de las cuales se realizará el proceso de atención psicológica. Una vez leído y diligenciado el consentimiento informado, se procedió a indagar respecto al motivo de consulta, teniendo en cuenta aspectos como el historial de la situación problema, los factores precipitantes, mantenedores y los intentos previos para darle solución. Finalmente, con el fin de conocer la exposición a violencia del paciente se le aplica la Lista de eventos potencialmente traumáticos: Enfocada en violencia y conflicto armado.

Sesión 2: En vista de que se identificó una alta exposición a hechos potencialmente victimizantes, se aplicó un protocolo de evaluación compuesto por 6 instrumentos para valorar el grado de afectación que estos ocasionaron en la salud mental y emocional del paciente. Estos instrumentos pretendieron evaluar la gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumáticos

(EGS-R), síntomas disociativos asociados (SHUT-D), sintomatología ansiosa y depresiva (HSCL-25), agresividad reactiva y apetitiva (AFAS), resiliencia (CD-RISC) y tono hedónico (SHAPS). Igualmente, se psicoeducó al paciente respecto al porqué de los síntomas y la importancia de asistir a terapia después de vivir hechos de violencia.

Sesión 3: Para esta sesión se tenía planeado hacer la actividad: “línea de vida”, sin embargo, el consultante ese día no contaba con tiempo suficiente para desarrollarla. Por lo tanto, con el fin de conocer más respecto del paciente, se indagó acerca a tres cosas que le gusta hacer, tres cosas que no le gustan de sí mismo y le gustaría cambiar y tres cosas que si le agradan y quiere mantener. Igualmente, se le dio el espacio para que ahondara más en su problemática de pareja, la cual se está presentando actualmente y es la que está agravando síntomas que desarrolló años atrás pese a la alta exposición de violencia.

Sesión 4: Para esta sesión al igual que las anteriores, el paciente llegó puntual a la cita acordada, me describió un poco de la situación actual con su expareja y su hija y se procede a iniciar con la actividad planeada: línea de vida. Se hace el ejercicio y se torna un poco extensa debido a la gran cantidad de eventos (piedras) experienciadas, lo que es coherente con los resultados en la lista de eventos potencialmente traumáticos aplicada en sesiones anteriores.

Sesión 5: El paciente a esta sesión llega 15 minutos retrasado, sin embargo, avisa por vía telefónica su demora. Según el orden cronológico dado por el ejercicio de la línea de vida se empieza a abordar la primera piedra, que según este orden hace referencia a una violación sexual a los 4 años por parte de un desconocido. Este abordaje resulta algo complejo debido a que sucedió hace mucho tiempo, en una edad en la que el paciente refiere no tener muchos recuerdos, no obstante, logra visualizar imágenes muy explícitas de la agresión, con lo que logra llegar al punto de mayor terror. Se busca un lugar seguro en su discurso y se cierra el ejercicio.

Sesión 6: Para esta sesión se continuó con el abordaje de las piedras, la segunda en este orden, es el ataque de su papá a su mamá con un arma corto punzante a la edad de los 14 años. El paciente participa activamente, tiene recuerdos claros de lugares, personas y motivos. Al finalizar la actividad entra en llanto refiriendo sentirse culpable por lo sucedido. Se dialoga al respecto, se cierra y se programa la siguiente sesión.

Sesión 7: Se abordó la piedra número tres, que, en la lista de eventos potencialmente traumáticos, DA refiere como el evento más estresante, angustioso de su vida. Consecuentemente, en la línea de vida DA utilizó 6 piedras para representarla, simbolizando sus compañeros muertos en una emboscada cuando fue soldado profesional del ejército. La matanza en las arroceras ocurre a la edad de los 23 años, 10 años después, sigue soñando y teniendo intrusiones con detalles de ese evento. El discurso de esta piedra es altamente emocional, se evidencian esfuerzos por mantener el control de la situación, casi evitativos del dolor y sufrimiento. Se aborda con sumo detenimiento pese al impacto de este evento y se llega al punto de mayor miedo: cuando amanece y ve los cuerpos muertos.

Sesión 8: Para esta sesión DA demostró familiaridad con la dinámica de la terapia, asumiendo que se abordara la siguiente piedra. La cuarta piedra representa la baja, es decir, cuando DA tuvo que solicitar retirarse de las fuerzas militares, debido a amenazas de grupos armados, evento que tuvo lugar a los 26 años edad.

Sesión 9: En esta sesión se trabaja la piedra número cinco, un accidente de tránsito muy grave, a raíz del cual el paciente queda con una discapacidad en su brazo derecho y dolor intenso y recurrente en varias partes de su cuerpo. Se evidencia en sesión sentimientos relacionados con la pérdida de su salud y como estos ha afectado su capacidad de conseguir un trabajo formal.

Sesión 10: El día que se tenía programada la sesión, se llamó al paciente a confirmar la asistencia a la cita, a lo cual refiere no sentirse bien para asistir a sesión, por lo que se reasigna la cita para la siguiente semana.

La siguiente semana asiste a sesión, con un ánimo bajo y desmotivado, se habla inicialmente de las recaídas y seguidamente se trata respecto a sus preocupaciones las cuales se centran en la situación de abandono de su hija por parte de su pareja. Se le ofrece una orientación para que asista a consultoría jurídica.

Sesión 11: Debido al ánimo disminuido del paciente asociado a su situación actual familiar, se resolvió intervenir con una flor que activara memorias emocionales de contenido positivo, por lo que al iniciar la sesión se pensaba trabajar la flor del nacimiento de su hija que fue la referida al momento de la línea de vida, sin embargo, al ir desarrollando la flor, se identificó que este evento estaba emocionalmente asociado a su situación actual de conflicto con su pareja quien no le está permitiendo ver a su hija, lo que lo tiene muy triste y desmotivado. Razón por la cual, se terminó abordando el cultivo de tomate como su primera flor.

Sesión 12: Según la guía del orden cronológico de los eventos más importantes de DA, en esta sesión se continuó con el abordaje de las piedras, para este caso la piedra número seis, el desplazamiento forzado a raíz de amenazas recibidas en el Casanare, su anterior lugar de vivienda, de donde tuvo que desplazarse con su familia a la ciudad de Bucaramanga, perdiendo su casa y todo lo trabajado en los cultivos (incluyendo el de tomate, anteriormente mencionado).

Sesión 13: Para la última sesión de abordaje terapéutico se planeó tratar en sesión una vela como símbolo del duelo reciente que está afrontando el paciente, a la pérdida de su relación afectiva, su familia y su negocio. Que si bien, en cada sesión se trataba algo al respecto de lo que

iba aconteciendo en el día a día de DA, por el impacto generado en su estado de ánimo.

Finalmente, coherentemente al tema del duelo se explicó que el proceso terapéutico estaba llegando a su final, se trató respecto al tema como prevención de recaídas.

Sesión 14: La última sesión se destinó como cierre, el paciente ya estaba al tanto de que se finalizaba el proceso. Se mostró inquieto y trato temas relacionados con la sexualidad que anteriormente no había mencionado. Sin embargo, se dejó claro que los objetivos establecidos por el plan de tratamiento se habían abordado, que, si bien esto afectaba de manera significativa en su vida, era importante empezar otro proceso al finalizar este. Finalmente se habló de las mejoras, expectativas, despedida y aviso de la cita de seguimiento en dos meses.

Sesión 15: El seguimiento se había programado para realizarse dos meses después de finalizada la intervención. Sin embargo, DA volvió a sufrir otro evento potencialmente traumático (atraco a mano armada de su motocicleta y un dinero que había solicitado en préstamo para montar de nuevo un negocio) por lo que se perdió su contacto. Finalmente se pudo efectuar el seguimiento a los 3 meses después del cierre, evidenciándose de nuevo con un ánimo disminuido, tristeza, anhedonia y resignación. A pesar de la afectación, refiere haberse ido a trabajar a Casanare durante el mes que estuvo sin contacto, logrando ahorrar para una motocicleta nueva para poder seguir trabajando.

Resultados

Resultados de las actividades

DA desde el inicio se mostró con una actitud colaboradora y receptiva, siguió indicaciones y llegó puntual a casi todas las sesiones. En la tercera sesión, se muestra con un estado de ánimo recuperado, sonríe, mira a los ojos. Igualmente, manifiesta volver a sentir apetito narrando “ya es hora de volver a comer”, menciona que antes de la sesión desayunó.

Para cuarta y quinta sesión se nota menos tenso y con un semblante más saludable, camina con más seguridad y con una postura corporal más erguida. En la sexta, séptima y octava sesión, se observa preocupado, inquieto y pendiente del celular, refiere DA que es debido a su situación económica, pues “esta escaso el trabajo”. En el curso de las sesiones, en momentos se nota evitativo de los temas críticos del abordaje, sin embargo, al hacerle la devolución, cede y participa activamente de la terapia, con un discurso fluido y un tono de voz adecuado. Su vestuario y su apariencia refleja mejoría en su cuidado personal.

En la sesión número 10 refiere sentirse muy enfermo y cansado de todo, de nuevo con el ánimo y el tono hedónico notablemente disminuido. Si bien ha trabajado su situación actual de duelo afectivo, los inconvenientes que surgen en cuanto a la relación con su hija desestabilizan marcadamente su estado emocional. En la sesión número 12 volvió a tener pensamientos de muerte “ojalá me accidentara”, ese día se activaron memorias emocionales calientes tras abordar la última piedra que en su vida representa el desplazamiento.

Se evidenció que en el curso de todo el proceso terapéutico DA tuvo una buena adherencia al tratamiento, a pesar de que su situación económica-laboral no mejoró, su estado afectivo fue apremiante para motivarlo y mantenerlo interesado y comprometido con las citas y las actividades propuestas.

Resultados pre y post

Tabla 1

Exposición a eventos potencialmente traumáticos

Síntomas	Puntaje		Rango
	Pre	Post	
Experiencia directa	22	20	0-39
Testigo directo	22	21	0-42
Testigo por referencia	26	27	0-41
Total eventos	70	68	0-122

Según lo descrito por DA en la lista de eventos, refiere haber disminuido los eventos vividos como experiencia directa y testigo directo y haberse sumado uno como testigo por referencia. Empero a estos resultados, DA manifiesta haber vivido un evento potencialmente traumático adicional, entre el tiempo en que se terminó el proceso terapéutico y el seguimiento. Este nuevo evento consistió en un hurto armado con amenaza de muerte si se resistía de entregar su motocicleta (herramienta de trabajo) y un dinero que había solicitado en préstamo para iniciar un negocio de venta de frutas.

Tabla 2

Evento más traumático

Pre	Post
-----	------

31, Ataque con un arma (disparo, puñalada, ser amenazado con un cuchillo, pistola o bomba) a los 24 años.	31, Ataque con un arma (disparo, puñalada, ser amenazado con un cuchillo, pistola o bomba) a los 24 años
“Estábamos en la casa de un civil en Arauquita, había 15 soldados, a la 1 am nos lanzaron granadas y nos dispararon con fusiles y ametralladoras, cada uno corrió por su vida, yo no pude hacer nada, a los heridos los iban rematando, murieron 6 de mis compañeros”.	“Estábamos haciendo control y registro de área en Arauquita con el curso del ejército. Nos dieron un golpe de mano, nos bombardearon y mataron a 6 compañeros, los dejaron destrozados, yo tuve que huir hasta el otro día”.

El evento más traumático según DA, es el mismo antes y después de la terapia, sin embargo, en las narraciones hechas por el consultante se puede evidenciar que, en el relato del pre el contenido trae consigo memorias emocionales del trauma relacionadas con la culpa y la impotencia: “cada uno corrió por su vida, yo no pude hacer nada”, que, en el post ya no se identifican, pues se observa un contenido netamente declarativo (memoria fría) en el que solamente relata los hechos.

Tabla 3

Gravedad de síntomas del TEPT según el DSM-5

Síntomas	Puntaje	Rango
----------	---------	-------

	Pre	Post	
Re experimentación	15	4	0-15
Evitación conductual	5	5	0-9
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	15	12	0-21
Aumento de la activación y reactividad fisiológica	15	9	0-18
Total gravedad del TEPT	50	30	0-63
Afectación del suceso	15	14	0-18
Síntomas disociativos	23	14	0-39
Presentación demorada del cuadro clínico	Si	Si	

Se evidencia que la sintomatología asociada al TEPT disminuyó considerablemente de una puntuación de 50 a 30, un 40% con relación al pre. Con respecto a los grupos sintomáticos la disminución mayor se notó en la reexperimentación (11 puntos) entre estos, recuerdos o imágenes desagradables del suceso y las experiencias como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo; la evitación se mantuvo y las alteraciones cognitivas (los sentimientos de culpa y la disminución del interés por participar en actividades) y la activación fisiológica (la irritabilidad, las conductas de riesgo y las dificultades de concentración) disminuyeron en 3 y 6 puntos respectivamente.

La autopercepción de la afectación del suceso más traumático sigue siendo alta, bajando solo 1 punto en la afectación desde el área social. No obstante, disminuyó 9 puntos en disociación, que también es un indicador de la severidad del trauma. En los síntomas disociativos se evidenció disminución en la pérdida de conciencia, visión borrosa, entumecimiento, parálisis e insensibilidad al dolor.

Tabla 4

Síntomas ansiosos y depresivos

Síntomas	Puntaje		Rango
	Pre	Post	
Síntomas ansiosos	31	24	0-33
Síntomas depresivos	30	24	0-39
Total	61	48	0-72

Los síntomas ansiosos y depresivos disminuyeron en total 13 puntos, es decir un 21% de lo evaluado en el pre, 7 puntos en los síntomas ansiosos y 6 en los depresivos. Debe resaltarse que de lo evidenciado en sesión antes de hacer el seguimiento parecía indicar una mayor mejoría en cuanto a estos síntomas.

De los síntomas ansiosos se mostró disminución en la frecuencia de los fuertes latidos del corazón, en la presencia de ataques de miedo y de las sensaciones de ahogo. En cuanto a los síntomas depresivos el paciente ya no presenta llanto con facilidad, aumentaron las ganas de comer, de nuevo tiene ganas de hacer las cosas, e igual que en el pre, no piensa en quitarse la vida.

Tabla 5

Agresividad, resiliencia y tono hedónico

Síntomas	Puntaje	Rango
-----------------	----------------	--------------

	Pre	Post	
Agresividad apetitiva	6	3	0-45
Agresividad reactiva	10	0	0-45
Resiliencia	18	26	0-30
Tono hedónico	17	8	0-42

Los puntajes de agresividad en general, disminuyeron en un 81% con relación al pre, principalmente en cuanto a la agresividad reactiva que disminuyó 10 puntos. La agresividad apetitiva por su parte, bajó a la mitad. De la agresividad reactiva disminuyó el patear objetos por frustración, el desquitarse con otras personas cuando estuviera molesto, el golpear objetos cuando se sentía enojado, el desquitarse con otras personas cuando se encontrara bajo presión, el sentir alivio después de gritar a alguien y el destruir cosas al sentir dolor físico o emocional. Con respecto a la agresividad apetitiva disminuyó la frecuencia con que observaba peleas y veía imágenes violentas para mantener la fascinación.

En tanto la resiliencia, aumento 8 puntos equivalentes a un 48% del valor del pre. Mostrando aumento en la capacidad de adaptarse cuando surgen cambios, en lograr ver el lado cómico cuando se enfrenta a los problemas, en sentir que puede ser más fuerte al enfrentarse a las dificultades, en la tendencia a recuperarse pronto luego de enfermedades, heridas u otras dificultades, en no se desanimarse fácilmente ante el fracaso y en la capacidad de manejar sentimientos desagradables/dolorosos como lo son la tristeza, temor y el enfado.

Como se refleja en la tabla de arriba la experiencia hedónica disminuyó, sin embargo, DA refiere que antes de sucediera el robo que recientemente experimentó, si disfrutaba realizar ciertas actividades. Las actividades que disfrutaba antes de este hecho, son las siguientes: disfrutaba de

su programa favorito de radio o televisión, especialmente ver series en su celular, disfrutaba de sus pasatiempos, le causaba placer percibir el aroma de las flores, de la brisa o del pan recién hecho, disfrutaba leer un libro, una revista o un periódico, disfrutaba poder ayudar a otros. Este último refiere el paciente que sentía interés por hacer favores sin beneficio alguno, pero que recientemente no le nace (ítems 1,3,9,13 del SHAPS, respectivamente).

Discusión

Se evidenció que DA mejoró en muchos aspectos con relación a cómo llegó por primera vez a consulta. Primeramente, en cuanto a la presencia e intensidad de los síntomas relacionados al TEPT, los cuales disminuyeron considerablemente, ya que DA pudo aceptar que muchas de las cosas que vivió no fueron su responsabilidad, logró hablar de sus eventos traumáticos sin llanto, disminuyó la reexperimentación de forma general (recuerdos intrusivos, malestar psicológico frente a estos recuerdos, sensaciones de volver a vivir los hechos victimizantes, entre otros), redujo la irritabilidad, las dificultades en la concentración, las conductas de riesgo y aumentó el interés por hacer las cosas. Asimismo, disminuyeron los síntomas disociativos, lo cual denota una reducción en la afectación causada por el trauma, pues tales síntomas son considerados indicadores clínicos de traumas severos (Steuwe, Lanius & Frewen 2012; Weber et al., 2008; Werner & Griffin, 2012).

Asimismo, los síntomas depresivos y ansiosos también se redujeron (tanto de lo que se observó en sesión, que a su vez fue congruente con lo mostrado en las pruebas), entre los que se destacan mejoría en el estado de ánimo, el sentirse con mayor energía para hacer las cosas, el aumento del apetito, la disminución de los temblores, los ataques de miedo y las sensaciones de

ahogo. No obstante, aún permanecen síntomas asociados a su historia de vida altamente violenta, como el tono hedónico disminuido, enlentecimiento motor que se encuentra muy relacionado con su dolor físico, dificultades para conciliar y mantener un sueño reparador, a pesar de dormir más horas de sueño, pasando de 2-3 horas diarias a 4-5 horas, estas siguen siendo interrumpidas; angustia como consecuencia de su misma situación, entre otros. Fundamentos que se relacionan posiblemente con que DA siga cumpliendo los criterios para el diagnóstico del TEPT según APA (2013) y según el punto de corte (20 puntos) del EGS-R (Echeburúa et al., 2016).

Igualmente, debe resaltarse que DA volvió a experimentar otro evento potencialmente traumático después de finalizado el tratamiento, que, aunque no lo refiere como el más traumático, sí causó un impacto emocional grave en su psiquis pues reactivó memorias calientes del trauma y como consecuencia, una disminución en su motivación por salir adelante como parte del nuevo duelo que debió asumir. Razón por la cual se puede asociar que DA para el seguimiento no haya mostrado una mayor disminución en los síntomas depresivos y ansiosos y, por lo contrario, haya disminuido la experiencia placentera. Igualmente, debe resaltarse la evidencia de la NET en cuanto a la disminución de síntomas depresivos, que, aunque es efectiva al igual que la terapia cognitivo conductual, se encontró que esta última resulta más eficaz (Dossa & Hatem, 2012).

Si bien, los resultados con respecto a los síntomas depresivos y ansiosos no fueron los esperados, DA mostró mejoría en cuanto a resiliencia, demostrando que, aunque se sienta triste, desmotivado, angustiado por su situación actual, también tiene la percepción de que puede adaptarse cuando surgen cambios y que a su vez enfrentarse a las dificultades puede hacerlo más fuerte. Esta hipótesis se vio reflejada en el hecho de que a pesar de la afectación acarreada por la pérdida de la moto y el dinero (reiterativos sentimientos de pérdidas con relación a sus recientes

experiencias: duelo afectivo, duelo económico) y la forma violenta en que sucedió; DA se va a trabajar a un cultivo temporalmente, con el fin de ahorrar para adquirir de nuevo un medio de transporte que, al mismo tiempo, es su herramienta de trabajo. Este hecho coincide con la definición de resiliencia dada por Rutter (2006), en el que, ante vivencias graves de riesgo, se obtiene un resultado psicológico relativamente positivo a pesar de esas experiencias. Con relación a resultados similares a los hallados en este estudio, no se encontraron estudios en el que evaluaran el constructo de resiliencia en adultos intervenidos mediante la NET, empero, si se halló un estudio reciente en el que aplicaron NET en adolescentes de 9-17 años, en el que identificaron reducción de problemas de la salud mental y aumento de la resiliencia (Peltonen & Kangaslampi, 2019). Igualmente, se resalta la importancia del abordaje de flores (eventos de alegría, gratificantes) en el proceso de NET, ya que estas representan recursos para la resiliencia y la autoeficacia en la situación actual del paciente (Orang et al., 2018). Asimismo, se hace hincapié en la inclusión de medidas de resultados adaptativos como la resiliencia, la recuperación y el crecimiento del paciente, que permitan ver el trauma no solo desde el aspecto patológico sino también desde el funcional (Hijazi et al., 2014).

El aumento de la resiliencia, también es coherente con la disminución de los síntomas agresivos en DA, pues muestra que la forma de enfrentar situaciones de injusticia de forma violenta, sea golpeando objetos, personas, gritando y demás, ya no es una alternativa usada por el consultante, tal como lo mostraron los resultados del post. Igualmente, coincide con los resultados de un estudio realizado por Hecker et al. (2015) con refugiados del Congo, en el que se encontró que la exposición al trauma y la agresión reactiva se asociaron positivamente con los síntomas de TEPT.

Por otro lado, es pertinente considerar que en Colombia entre el 50% y el 80% de la población general ha sufrido una experiencia traumática lo suficientemente intensa como para generar un TEPT. Sin embargo, solo un porcentaje de estos individuos desarrolla esta condición (Ministerio de salud, 2015).

La manifestación del TEPT se encuentra relacionada con diferentes factores de riesgos al trauma o factores, que en el caso de DA incidieron de tal forma en la perpetuación de sus síntomas. Primero, sufrió una violación sexual en la infancia, que tal como lo afirma Sarasua et al. (2013), las víctimas de este tipo de violencia, bien sean hombres o mujeres, pueden experimentar en la vida adulta una tasa de trastornos mentales 2.4 veces mayor que las personas no expuestas estos eventos.

Segundo, experimentó múltiples eventos potencialmente traumáticos en el marco del conflicto armado, tanto como civil como militar, lo cual es consonante con los resultados del estudio de Orrego, Sierra y Restrepo (2019) quienes encontraron altas prevalencias de trastornos mentales en personas con exposición en la vida a eventos traumáticos y violencia. Asimismo, y consecuente con el factor de riesgo anterior, estos autores hallaron las más altas prevalencias de trastornos mentales en quienes experimentaron eventos traumáticos relacionados con el conflicto armado y la violencia sexual.

Tercero, la exposición a violencia siendo soldado profesional en zonas rojas del conflicto armado colombiano, por un tiempo continuo de 6 años, también significó un gran factor de riesgo para perdurabilidad del trauma. Ya que, se ha identificado que, de forma general para población militar y policías, los síntomas de TEPT pueden hacerse persistentes hasta durante dos décadas (Creamer, Wade, Fletcher & Forbes, 2011).

Cuarto, a pesar de haber vivido experiencias traumáticas e impactantes nunca había asistido a terapia, lo que facilita en él el auto diálogo negativo característico del TEPT, como “fue mi culpa”, “no valgo para nada”. Según Kubany, Hills y Owens (2003), estas auto verbalizaciones con el tiempo adquieren propiedades de estímulo condicionado, al asociarse a las imágenes y recuerdos del trauma, contribuyendo así a bloquear el proceso natural de extinción emocional, lo que afecta negativamente el bienestar psicológico de la víctima. Igualmente, se estima que aproximadamente el 50% de los casos de TEPT, en general, se hacen crónicos y persisten durante varios años, probablemente porque nunca reciben atención psicológica o psiquiátrica según lo requieran. Por ello, se considera que el impacto de esto en la salud pública es significativo (Ministerio de salud, 2015), más relevante aun, en un país que ha vivido la violencia organizada por más de medio siglo, que a su vez propende a más tipos de violencia.

Quinto, como la mayoría de los sobrevivientes de violencia organizada que regresan a ambientes de pobreza, malnutrición, dependen de ayuda humanitaria y prolongan su estadía en lugares de iguales condiciones a las anteriores (Schauer et al., 2011). DA no cuenta con una red de apoyo efectiva, ni trabajo estable, ni recursos económicos suficientes. Lo que complica su situación como víctima sobreviviente a la guerra y que presenta un TEPT, pues su cuadro se ve acelerado por una serie de factores que derivan en una desmejoría clínica del trastorno, y con ello, la sintomatología presente. Y en el caso de la intervención, influyen negativamente en el desarrollo y efectividad de la terapia.

Sexto, las instituciones estatales encargadas de la reparación integral de los daños causados a las víctimas, no cuentan ni con los espacios adecuados (consultorio clínico, que cumpla con los mínimos estándares de confidencialidad) ni con el recurso humano para dicha atención. Si bien se maneja un(a) psicólogo(a) por institución, usualmente tiene a cargo más labores

administrativas que terapéuticas; entre dichas actividades, se encargan en proveer mecanismos para ayudas humanitarias y trámites para indemnización, que indudablemente contribuyen al mejoramiento del estado del consultante, pero no aportan desde un aspecto psicológico a reparar los daños.

Asimismo, se presentan limitantes en cuanto a la formación profesional, pues las víctimas muchas veces se acercan a las instituciones a pedir ayuda psicológica y los profesionales encargados no se encuentran capacitados para atender las problemáticas de los consultantes [\(citación\)](#). Esta afirmación es coherente con el hecho de que en Colombia no se halla un estudio que trate sobre la capacidad de los psicólogos para atender personas con TEPT, a pesar de ser un contexto violento en el que se han encontrado altas prevalencias en población víctima (Botelho & Conde, 2011; Juarez & Guerra, 2011; Rueda et al., 2007 & Sinisterra et al., 2010).

Empero, no hay que desmerecer que el TEPT es un trastorno complejo, no solo en cuanto su tratamiento sino también en su correcto diagnóstico, así pues, desde el gremio de la psicología se ha encontrado grandes retos y dificultades entre las que se han señalado: la heterogeneidad e inespecificidad sintomática y el solapamiento con otros cuadros clínicos, la elevada comorbilidad (principalmente con trastornos de ansiedad, depresión y consumo de sustancias), la falta de colaboración del paciente para abordar sus síntomas debido al malestar emocional que le provoca la reexperimentación o a la vergüenza, en el caso por ejemplo de víctimas de agresiones sexuales (tal cual como le sucedió a DA) y finalmente, la tendencia del clínico a centrar la exploración en la constelación sintomática, olvidando la repercusión funcional del cuadro (Mingote, 2011).

Es así, que según Díaz y Serrano (2016) los retos actuales de la atención de personas víctimas de violencia recaen, primeramente, en la falta de estudios epidemiológicos que conceptualicen

acerca de la prevalencia y el desarrollo del TEPT en Colombia. Segundo, en la necesidad de capacitar personal terapéutico en abordar nuevos desórdenes asociados al trauma y en que estos profesionales puedan implementar nuevas alternativas efectivas para la disminución de su afectación, tales como la EMDR que también ha mostrado resultados de efectividad (Navarro et al., 2018), o la NET que fue la terapia implementada en este estudio de caso.

Por su parte, la evidencia resultante de esta investigación sugiere que NET es un tratamiento efectivo para el TEPT en personas que han sido traumatizadas por una alta exposición a violencia. Esto coincide con los efectos obtenidos por Robjant y Fazel (2010), quienes indicaron la NET como una terapia eficaz para víctimas de conflictos y violencia organizada, incluso en entornos que siguen siendo volátiles e inseguros. También con Hijazi et al. (2015), quienes notaron efectos beneficiosos y satisfactorios en cuanto a la disminución de síntomas de TEPT después de los 2 meses de haber finalizado el tratamiento. Resultados que a la par, proporcionan evidencia sobre la eficacia de los modelos centrados en el trauma para el tratamiento de víctimas de violencia (Lambert & Alhassoon, 2015).

Conclusiones

En este estudio de caso, se presentó el abordaje terapéutico de un consultante con una alta exposición a violencia desde la niñez hasta la actualidad, con numerosos eventos potencialmente traumáticos experimentados incluso después de finalizado el proceso terapéutico. Coherente con la teoría del efecto en bloque con una afectación psicoemocional alta, evidenciada en la severidad de los síntomas del TEPT, en la presencia de síntomas disociativos, los cuales se encuentran asociados a traumas severos y en la comorbilidad con depresión y síntomas ansiosos.

A los 3 meses de seguimiento después de finalizado el tratamiento, se logró disminuir síntomas del TEPT, como también síntomas comórbidos como los síntomas disociativos, síntomas depresivos, ansiosos y agresividad. Asimismo, los puntajes de resiliencia aumentaron en el consultante. Lo que sugiere que la NET es eficaz en el tratamiento de personas con alta exposición a violencia, incluso en entornos que siguen siendo inseguros, la cual no solo, contribuye a disminuir los síntomas de afectación sino también favorece la capacidad para recuperarse de posibles eventos estresante futuros (resiliencia).

Referencias

- Asociación americana de psiquiatría (APA) (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Barcelona Madrid: Paramericana.
- Bonilla, M. y Villalobos, G. (2017). *Trastorno de estrés postraumático en personal de las fuerzas militares y policías, revisión sistemática* (Tesis de maestría). Universidad del rosario, Bogotá, Colombia.
- Botelho, S. y Conde, C. (2011). Memoria emocional y trastorno por estrés postraumático en el contexto del desplazamiento en Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 40(3), 457-469. DOI: 10.1016/S0034-7450(14)60140-2
- Creamer, M., Wade, D., Fletcher, S., & Forbes, D. (2011). PTSD among military personnel. *International Review of Psychiatry*, 23(2), 160-165.
- Diaz, L. y Serrano, C. (2016) Exposición al trauma: Trastorno de estrés postraumático (TEPT) en víctimas del conflicto armado colombiano y posibles retos del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas (PAPSIVI). *Cambios y permanencias*, 7, 801-814.

- Dossa, I. y Hatem, M. (2012). Cognitive-Behavioral Therapy versus Other PTSD Psychotherapies as Treatment for Women Victims of War-Related Violence: A Systematic Review. *The cientific world journal*, 2012, 1-19. doi:10.1100/2012/181847
- Echeburúa, E., Amor, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. y Muñoz, J. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia psicológica*, 34(2), 111-128. doi.org/10.4067/S0718-48082016000200004
- Echeburúa, E., Corral, P., y Amor, P.J. (2002). Evaluación del daño psicológico en víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14, 139-146.
- Fresán, A. y Berlanga, C. (2013). Traducción al español y validación de la escala de placer Snaith-Hamilton para Anhedonia (SHAPS). *Actas españolas de psiquiatría*, 41(4), 227-231.
- González-Penagos, C., Moreno-Bedoya, J., Berbesi-Fernández, D., & Segura-Cardona, Á. (2013). Labour factors associated with post-traumatic stress in uniformed workers in Medellín. *Revista de salud pública*, 15(3), 335-341.
- Hecker, T., Fetz, S., Ainamani, H. y Elbert, T (2015). The Cycle of Violence: Associations Between Exposure to Violence, Trauma-Related Symptoms and Aggression—Findings from Congolese Refugees in Uganda. *Journal traumatic stress*. 28(5), 448-455. doi.org/10.1002/jts.22046
- Hijazi et al. (2014). Brief Narrative Exposure Therapy for Posttraumatic Stress in Iraqi Refugees: A Preliminary Randomized Clinical Trial. *J Trauma Stress*, 27(3), 314-22. 10.1002/jts.21922

- Hijazi, A., Lumley, M., Ziadni, M., Haddad, L., Rapport, L. y Arnetz, B. (2015) Brief Narrative Exposure Therapy for Posttraumatic Stress in Iraqi Refugees: A Preliminary Randomized Clinical Trial. *Journal of traumatic stress*. 27(3), 314-322. doi.org/10.1002/jts.21922
- Juarez, F. y Guerra, A. (2011) Características socioeconómicas y salud en personas pobres y desplazadas. *Psicología: Teoría e pesquisa*, 27(4), 511-519. doi.org/10.1590/S0102-37722011000400016
- Koenen, K., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K., Bromet, E., Stein, D., et al. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine* 47(13), 2260-74. doi: 10.1017/S0033291717000708
- Kubany, E. S.; Hills, E.E. y Owens, J.A. (2003). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress*,16, 81-91.
- Lambert, J. E., & Alhassoon, O. M. (2015). Trauma-focused therapy for refugees: Meta-analytic findings. *Journal of Counseling Psychology*, 62(1), 28–37. doi.org/10.1037/cou0000048
- Leventhal, A., Chasson, G., Tapia, E., Miller, E. y Pettit, J. (2006). Measuring hedonic capacity in depression: A psicometric análisis of three anhedonia scales. *Journal of clinical psychology*, 62(12), 1545-1558.
- Ley 1448. Atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno. Bogotá, Colombia, 10 de junio del 2011. Recuperada de <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/ley-1448-de-2011.pdf>

- Mels, C. & Trías, D. (2014). Características psicométricas preliminares del HSCL-A adaptado para adolescentes uruguayos en contexto de violencia. *Ciencias Psicológicas*, 8(2), 139-149.
- Mingote, J. (2011). Diagnóstico diferencial del Trastorno de Estrés Postraumático. *Clínica Contemporánea*, 2, 121-124. <https://doi.org/10.5093/cc2011v2n2a2>
- Ministerio de salud (2015). Encuesta nacional de salud mental *ENSM 2015*. Bogotá, Colombia. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
- Navarro, P., Landin-Romero, R., Guardiala-Wanden-Berghe, R., Morero-Alcázar, A., Valiente-Gómez, A., Lupo, W., García, F., Fernandez, I., Pérez, V. y Benedikt, L. (2018) 25 years of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): The EMDR therapy protocol, hypotheses of its mechanism of action and asystematic review of its efficacy in the treatmentof post-traumatic stress disorder. *Revista de psiquiatría y salud mental*. 11(2),101-114.
- Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Serrano-Parra, M. D., Bartolomé-Gutiérrez, R., García-Campayo, J. y Martínez-Vizcaíno, V. (2011). Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-Tem CD-RISC) in Young adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 63. [doi.org/10.1016Zj.rlp.2015.09.002](https://doi.org/10.1016/Zj.rlp.2015.09.002)

- Orang, T., et al. (2018) The efficacy of narrative exposure therapy in a sample of Iranian women exposed to ongoing intimate partner violence-A randomized controlled trial. *Clin Psychol Psychother*, 25(6), 827-841. DOI: 10.1002/cpp.2318
- Orrego, S., Sierra, G., Restrepo, D. (2019) Trastornos mentales desde la perspectiva del trauma y la violencia en un estudio poblacional. *Revista Colombiana de psiquiatría*. doi.org/10.1016/j.rcp.2019.02.003
- Peltonen, K., Y Kangaslampi, S. (2019). Treating children and adolescents with multiple traumas: a randomized clinical trial of narrative exposure therapy. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), DOI: 10.1080/20008198.2018.1558708
- Robjant, K. y Fazel, M. (2010). The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: A review. *Clinical Psychology Review*. 30, 1030-1039. doi.org/10.1016/j.cpr.2010.07.004
- Rueda, G., Ortega, M., Orozco, L. (2007). Estudio Epidemiológico del Trastorno de Estrés Post Traumático en Población Desplazada por la Violencia en Colombia. *Universitas Psychologica*, 6 (3): 623-635.
- Rutter, M. (2006). The promotion of resilience in the face of adversity. In Clarke-Stewart, A (Ed), Dunn, J (Ed). *Families count: Effects on child and adolescent development*. The Jacobs Foundation series on adolescence (pp 26–52). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Corral, P. y Echeburúa, E. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. *Anales de Psicología*, 29, 29-37. doi.org/10.6018/analesps.29.1.145281

- Schalinski, I., & Teicher, M. H. (2015). Type and timing of childhood maltreatment and severity of shutdown dissociation in patients with schizophrenia spectrum disorder. *PloS one*, 10(5), e0127151. doi.org/10.1371/journal.pone.0127151
- Schalinski, I., Schauer, M. & Elbert, T. (2015) The Shutdown Dissociation Scale (Shut-D). *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), doi:10.3402/ejpt.v6.25652
- Schauer, M. & Elbert, T. (2010). Dissociation Following Traumatic Stress Etiology and Treatment. *Zeitschrift für Psychologie*, 2(218), 109-127.
- Schauer, M., Neuner, F.,y Elbert, T. (2011). *Narrative Exposure Therapy: a short term treatment for Traumatic Stress Disorders*. Göttingen: Hogrefe Publishing
- Sinisterra, M., Figueroa, F., Moreno, V., Robayo, M. y Sanguino, J. (2010). Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en población en situación de desplazamiento en la localidad de Ciudad Bolívar Bogotá, Colombia 2007. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 4(2), 83-97. doi.org/10.21500/19002386.1147
- Soler, M., Meseguer de Pedro, M. & García, M. (2016). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de resiliencia de 10 ítems de Connor-Davidson (CD-RISC 10) en una muestra multiocupacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(3), 159-166. doi.org/10.1016/Zj.rlp.2015.09.002
- Steuwe, C., Lanius, R., & Frewen, P. (2012). Evidence for a dissociative subtype of PTSD by latent pro- file and confirmatory factor analyses in a civilian sample. *Depression and Anxiety*, 29, 689-700.
- Taylor, W., Magnussem, L. y Amundson, M. (2001). The Lived Experience of Battered Women. *Violence Against Women*, 7(5), 563-585. doi.org/10.1177/10778010122182604

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (2019). Registro Único de Víctimas (RUV). Recuperado de <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>

Weber, K., Rockstroh, B., Borgelt, J., Awiszus, B., Popov, T., Hoffmann, K., Pröpster, K. (2008). Stress load during childhood affects psychopathology in psychiatric patients. *BMC Psychiatry*, 8, 63-72.

Werner, K., & Griffin, M. (2012). Peritraumatic and persistent dissociation as predictors of PTSD symptoms in a female cohort. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 401-407.

Anexos

Anexo A. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Practica de especialización en psicología clínica

Introducción y objetivo

Gracias a un convenio interinstitucional entre la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB) y la alcaldía de Bucaramanga, se permite la ejecución de la práctica de especialización en Psicología clínica de la psicóloga en formación, la cual se establece con la finalidad de brindar atención psicológica breve a los usuarios atendidos en Centro de Atención Integral a Víctimas (CAIV), que evidencien afectación clínicamente significativa. Se aclara que el procedimiento se llevará a cabo esta misma unidad, adscrita a la Secretaria del Interior de la Alcaldía de Bucaramanga, quienes otorgaron su expresa aprobación para la ejecución de esta práctica.

Participación

Su participación en este proceso terapéutico es de forma gratuita y voluntaria. Los procesos que usted realice en el CAIV como parte de sus derechos como víctima (indemnizaciones, ayudas humanitarias, entre otros) son totalmente independientes. Por lo tanto, no habrá ninguna represalia, ni alguna consecuencia en su proceso con el CAIV si en algún momento usted decide terminar la intervención del psicólogo en formación. De igual manera, el psicólogo en formación puede dar por finalizada la prestación del servicio en los siguientes casos:

- Cuando la problemática expuesta no corresponda al campo de conocimiento o competencia del psicólogo en formación
- Por enfermedad o imposibilidad física del psicólogo en formación para prestar el servicio
- Cuando la vinculación del psicólogo en formación con la UPB termine por cualquier circunstancia
- Cuando el periodo de formación práctica del (la) estudiante finalice, aun cuando continúe su vínculo con la universidad.

Procedimiento

En primera instancia se desarrollará un periodo de evaluación en el que se incluirán la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas y otras formas de evaluación que se consideren pertinentes para valorar su estado psicológico actual. Posteriormente, se le entregará un diagnóstico sobre las problemáticas o condiciones psicológicas en las que se encuentre y consecuentemente, se le dará información sobre las opciones de intervención por parte del psicólogo en formación y otros profesionales; como también sobre el tiempo probable del tratamiento.

Garantías: riesgos y beneficios

El psicólogo en formación y el psicólogo asesor se comprometen a utilizar sus conocimientos y competencias en pro de su bienestar, evitando de esta manera causar un daño físico o moral. En los casos en los que pudiera experimentar efectos negativos como consecuencia de la evaluación o de la intervención, usted recibirá información que le permita tomar la decisión que a su criterio sea más conveniente. Su firma indica que usted está de acuerdo con participar en este proceso terapéutico. Sin embargo, no está renunciando a ninguno de sus derechos legales.

Confidencialidad

La ley 1090 del 2006, establece el secreto profesional como norma ética y legal del ejercicio del psicólogo. Bajo esta medida, la información recolectada en el proceso terapéutico se mantendrá bajo estricta confidencialidad. Esta información solo podrá ser revelada en caso de que, durante la evaluación o el tratamiento, se detecte de manera clara que hay un evidente daño para el consultante o para terceros; lo anterior con el fin de que se puedan tomar medidas preventivas o correctivas según sea el caso.

Consentimiento

Si está de acuerdo con los términos aquí descritos, y desea participar del proceso terapéutico, le solicitamos firmar este documento después de haberlo leído.

Firman,

Fecha de hoy: _____

<i>Consultante</i> Nombre _____ Firma _____	C.C. No. _____
<i>Testigo o acudiente (si aplica)</i> Nombre _____ Firma _____	C.C. No. _____
<i>Psicólogo (a) especialista en formación</i> Nombre _____ Firma _____	C.C. No. _____ T.P. No. _____
<i>Psicólogo (a) asesor (a)</i> Nombre _____ Firma _____	C.C. No. _____ T.P. No. _____

Anexo B. Ficha de ingreso

FICHA DE INGRESO
Fecha: _____

Lugar de Aplicación:	Evaluador:		
Tipo de población:	Registro único de víctimas (RUV)	Si	No

INSTRUCCIÓN:

A continuación, le voy a hacer unas preguntas sobre sus datos personales. Esto se hace con el fin de obtener la información necesaria para la evaluación. Si presenta alguna duda por favor coméntela.

Nombre Completo:		Sexo:	M	H
Edad:		Fecha de Nacimiento:		
Estado Civil:		En relación afectiva:	Si	No
Número de hijos:		Hijos vivos:		
Escolaridad: ☐ No sabe leer ni escribir ☐ Primaria incompleta ☐ Primaria completa ☐ Secundaria incompleta ☐ Secundaria completa ☐ Técnico o tecnología ☐ Universidad incompleta ☐ Universidad completa ☐ Posgrado		Ocupación: ☐ Trabajo formal ☐ Trabajo informal ☐ Labores de casa ☐ Estudiante ☐ Ninguna		
Estrato:		Afiliación a Salud:		
Teléfono:		Celular:		
Contacto de emergencia: Nombre: _____ Filiación: _____ Teléfono: _____ Celular: _____				

Anexo C. Pruebas aplicadas

INSTRUCCIÓN:

Lista de Eventos Potencialmente Traumáticos: Enfocada en violencia y conflicto armado

Fecha:

Muchas personas han experimentado o han sido testigos en su vida de uno o varios acontecimientos estresantes, angustiosos o dolorosos. Por favor, indique en la siguiente lista si usted ha experimentado personalmente; o como testigo; o si le ha pasado a algún familiar cercano o amigo íntimo, alguna de esas situaciones.

Aquí tengo unas imágenes que muestran las maneras diferentes de poder experimentar estos eventos.

(Explicar imágenes)

No necesita hablar en detalle sobre estos acontecimientos, posteriormente, si usted lo desea, tendrá un espacio para profundizar sobre ellos. Ahora solamente indique si usted ha vivido la situación respectiva o no.

Nota para evaluador: En la casilla titulada testigo directo, realice la pregunta guía para facilitar su aplicación (¿Usted fue testigo de ésta situación?). Realice el mismo procedimiento con la casilla titulada testigo por referencia cuya frase guía corresponde a (¿Se enteró de que eso le pasó a un familiar cercano o amigo íntimo?).

				
No.	Evento	Experiencia directa	Testigo directo	Testigo por referencia
Eventos acerca de accidentes o condiciones médicas				
1	¿Alguna vez ha sufrido un desastre natural? (por ejemplo, inundaciones, avalanchas, terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, tornados)			
2	¿Alguna vez ha experimentado un incendio o una explosión?			

3	¿Alguna vez ha sufrido un accidente? por ejemplo, accidente de carro, bus o bicicleta, accidentes graves en el trabajo, hogar o durante actividades recreativas (paseos, viajes, en parques)			
4	¿Alguna vez ha estado expuesto a sustancias tóxicas? (por ejemplo, veneno, productos químicos peligrosos)			
5	¿Alguna vez ha vivido una enfermedad o una lesión que amenazara su vida?			
6	¿Alguna vez ha presenciado la muerte súbita e inesperada de alguna persona? (por ejemplo, accidente, paro cardíaco, derrame cerebral)			
7	Usted fue expuesto repetitivamente a detalles aversivos (que causan asco, repugnancia, rechazo) de un evento estresante (personal de primeros auxilios, profesionales expuestos a detalles por ejemplo de abuso de menores) No aplica a exposición a través de medios electrónicos o fotografías, a menos que			
Eventos de violencia doméstica				
8	¿Alguna vez ha sido golpeado por uno de sus padres o cuidadores (con cinturón, palos, etc.) de tal forma que las marcas quedaron en su cuerpo?			
9	¿Alguna vez alguno de sus padres o cuidadores lo ha quemado a propósito? (por ejemplo, con agua caliente, cigarrillo, en la estufa)			
10	¿Alguna vez ha sido golpeado por su pareja de tal manera que las marcas quedaran en su cuerpo?			
11	¿Alguna vez su pareja lo ha quemado a propósito? (por ejemplo, con agua caliente, cigarrillo, en la estufa)			
Eventos de violencia sexual				
12	¿Alguna vez ha sufrido abuso sexual por parte de sus padres o cuidadores (trató de tocar sus partes íntimas contra su voluntad)?			
13	¿Alguna vez ha sufrido violación sexual por parte de sus padres o cuidadores (penetración forzosa de cualquier tipo)?			
14	¿Alguna vez ha sufrido abuso sexual por parte de su pareja (trató de tocar sus partes íntimas contra su voluntad)?			
15	¿Alguna vez ha sufrido violación sexual por parte de su pareja (penetración forzosa de cualquier tipo)?			
16	¿Alguna vez ha sufrido un abuso sexual por otra persona diferente a padres, cuidadores y pareja (alguien trató de tocar sus partes íntimas en contra de su voluntad)?			
17	¿Alguna vez ha sufrido una violación sexual por otra persona diferente a padres, cuidadores y pareja (penetración forzosa de cualquier tipo)?			
18	¿Alguna vez ha sufrido una violación sexual colectiva?			
19	¿Alguna vez fue obligado a usar métodos anticonceptivos?			

20	¿Alguna vez fue obligada a abortar (o su pareja fue obligada a abortar)?			
Eventos relacionados al conflicto: Víctimas				
21	¿Alguna vez ha sido desplazado de su casa, zona o región de forma violenta?			
22	¿Alguna vez ha vivido la desaparición de algún familiar o amigo cercano?			
23	¿Alguna vez ha sufrido el peligro o la amenaza de ser asesinado? (por desobedecer las reglas -vacunas, extorsiones-, por intentar escapar...)			
24	¿Alguna vez ha estado cautivo? (por ejemplo, en la cárcel, secuestrado, raptado, o tenido como rehén o prisionero de guerra)			
25	¿Alguna vez ha dado luz a un hijo en situación de cautiverio (o su pareja ha dado luz a un hijo en situación de cautiverio)?			
26	¿Alguna vez ha sido obligado a abandonar o entregar a su hijo de forma permanente?			
27	¿Alguna vez ha estado en una situación de combate o exposición en una zona de guerra (como civil, policía, militar o combatiente)?			
28	¿Alguna vez ha sufrido un accidente con explosivos, bombas, balas perdidas o minas antipersonales?			
29	¿Alguna vez ha experimentado un ataque terrorista?			
30	¿Alguna vez ha sido atacado físicamente? (por ejemplo, abofeteado, pateado, golpeado, incluye golpes con palos, cables u otros, o que le arranquen el cabello)			
31	¿Alguna vez ha sido atacado con un arma? (por ejemplo, recibir un disparo, haber sido apuñaleado, ser amenazado con un cuchillo, pistola o bomba)			
32	¿Alguna vez ha sido mutilado? (por ejemplo, pérdida de algún miembro o parte del cuerpo)			
33	¿Alguna vez ha visto cuerpos mutilados o muertos? (ver únicamente las consecuencias de la mutilación)			
34	¿Alguna vez ha presenciado la muerte violenta de alguien? por ejemplo homicidio (asalto, riñas, venganza)			
35	¿Alguna vez ha sufrido una masacre (ajusticiamiento colectivo, mutilación o heridas graves de forma masiva)?			
Eventos relacionados al conflicto: Victimarios				
36	¿Alguna vez ha sido obligado a participar en algún grupo armado? (por ejemplo: ejército, grupos ilegales alzados en armas, bandas delincuenciales)			
37	¿Alguna vez ha sido obligado a retener personas? (secuestrar, raptar)			
38	¿Alguna vez ha sido obligado a asaltar, golpear o herir físicamente a alguien? (Por ejemplo: darle una paliza, hacerlo sangrar, torturarlo)			

39	¿Alguna vez ha sido obligado a asaltar, golpear o herir físicamente a alguien con un arma? (por ejemplo, disparar, mutilar o apuñalar, amenazar con un cuchillo, pistola o bomba)?			
40	¿Alguna vez ha sido obligado a matar a alguien?			
41	¿Alguna vez ha sido obligado a desmembrar o mutilar un cuerpo para enterrarlo?			
42	¿Alguna vez ha sido obligado a asaltar sexualmente a alguien?			
43	¿Alguna vez ha sido obligado a violar a alguien? (Ataque sexual con penetración de cualquier tipo)			
Sumatoria de cada modalidad:				
Total general:				

- a. ¿Usted ha vivido alguna otra situación muy estresante o angustiada que no fue mencionada anteriormente?

- b. Si el paciente ha señalado con SI varios de los acontecimientos anteriormente enunciados, pregunte: Ahora dígame, de todas esas situaciones, ¿cuál fue la más estresante o angustiada para Usted (la más importante)?

Evento No. ____ ¿Qué edad tenía cuando la vivió? ¿Fue varias veces? ¿A qué edades?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60

Observaciones (descripción del evento más impactante):

- c. Por favor responda SI o NO a las preguntas que voy a hacerle a continuación, pensando en esa experiencia más estresante o angustiada:

Ítem	Si	No
------	----	----

1. ¿Alguien murió?		
2. ¿Usted o alguna persona estuvo en peligro de muerte?		
3. ¿Usted o alguna persona sufrió una herida o lesión grave?		
4. ¿Usted o alguna persona estuvo en peligro de sufrir una herida o lesión grave?		
5. ¿Usted o alguna persona sufrió violencia sexual?		
6. ¿Usted o alguna persona estuvo en peligro de sufrir violencia sexual?		

*Se requiere que alguna de las respuestas sea codificada con “Sí” para considerar el evento, como un evento potencialmente traumático.

Escala de gravedad de síntomas revisada (EGS-R) del trastorno de estrés postraumático según el DSM-5

Fecha:

1. SUCESO TRAUMÁTICO

Se aplica la Lista de Eventos Traumáticos

2. NÚCLEOS SINTOMÁTICOS

Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/Bastante	5 o más veces por semana/Mucho

síntoma.

INSTRUCCIÓN: Ahora, le voy a hacer varias preguntas sobre los síntomas que puede haber tenido desde que vivió el evento. Usted me contestará considerando cómo se ha sentido en **el último mes**, y teniendo en cuenta las siguientes opciones de respuesta: Nada, Poco es decir una vez por semana o menos, Bastante es

de 2 a 4 veces por semana y Mucho que es 5 o más veces por semana. Si no entiende alguna palabra, por favor pregúnteme.

Reexperimentación	
Ítems	Valoración
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	0 1 2 3
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0 1 2 3
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0 1 2 3
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3

Puntuación en reexperimentación: _____ (Rango: 0-15)

Evitación conductual/cognitiva	
Ítems	Valoración
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3

Puntuación en evitación: _____ (Rango: 0-9)

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	
Ítems	Valoración
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0 1 2 3
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0 1 2 3
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0 1 2 3
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0 1 2 3

13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0 1 2 3
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0 1 2 3
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0 1 2 3

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: _____ (Rango:0-21)

Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	
Ítems	Valoración
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0 1 2 3
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0 1 2 3
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	0 1 2 3
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	0 1 2 3
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	0 1 2 3
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	0 1 2 3

Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica: _____ (Rango: 0-18)

Puntuación total de la gravedad del TEPT: _____ (Rango: 0-63)

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Síntomas disociativos
Posteriormente se aplicará el instrumento Shutdown Dissociation Scale (SHUT-D) Version Español

Presentación demorada del cuadro clínico (al menos, 6 meses después del suceso)	
¿A partir del evento, en cuánto tiempo empezó a presentar esos síntomas? _____	☐ Sí ☐ No

4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL

Áreas afectadas por el suceso traumático	
Áreas	Valoración
1. ¿A causa de estos síntomas, se ha deteriorado (ha tenido dificultades en) su relación de pareja?	0 1 2 3
2. ¿A causa de estos síntomas, se han deteriorado (ha tenido dificultades en) sus relaciones familiares?	0 1 2 3
3. ¿Estos síntomas le han causado interferencia negativa (dificultades) en su vida laboral o académica (es decir, en su trabajo, con sus compañeros, con sus jefes, problemas para realizar y cumplir con sus labores)?	0 1 2 3
4. ¿Estos síntomas le han causado interferencia negativa (dificultades) en su vida social (es decir se le dificulta hablar con la gente, ya no quiere pasar tiempo con otras personas, ya no sabe cómo debe comportarse con los demás)?	0 1 2 3
5. ¿Estos síntomas le han causado interferencia negativa (dificultades) en su tiempo de ocio (es decir, ya no le interesa hacer las cosas que le gustaba hacer antes, ha dejado de divertirse y hacer cosas por gusto, ha dejado de lado sus actividades de pasatiempo)?	0 1 2 3
6. ¿A causa de estos síntomas, ha sentido que su desempeño en su vida en general ha empeorado?	0 1 2 3

Puntuación en el grado de afectación del suceso: _____ (Rango: 0-18)

Shutdown Dissociation Scale (SHUT-D) Version Español

INSTRUCCIÓN:

Algunas personas que han vivido eventos extremadamente estresantes o angustiosos, sienten reacciones corporales cada vez que están nerviosos por algo o cuando se sobresaltan o se acuerdan de los eventos.

A continuación, le voy a leer una lista de las respuestas típicas y usted va a responder cual o cuales de esas respuestas pueden haber sido experimentadas en su vida cotidiana, **durante el último mes**, o desde que sucedió el evento.

Usted me contestará teniendo en cuenta las siguientes opciones de respuesta: Nada, Poco es decir una vez por semana o menos, Bastante es de 2 a 4 veces por semana y Mucho que es 5 o más veces por semana.

0	1	2	3
---	---	---	---

Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/Bastante	5 o más veces por semana/Mucho
------	---------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

Nota para el entrevistador: Para comenzar pregunte por la presencia del problema “¿En el último mes ha ... (formule el ítem)?”, seguidamente ayude a diferenciar, si se trata de un problema de disociación o una condición médica o física pregunte: ¿Cómo puede describir la situación? ¿Cómo fue la última vez que usted tuvo éste problema? ¿Desde cuándo sufre usted de éste problema? y luego sobre la frecuencia de éste en su vida diaria (en el último mes) “¿Qué tan seguido ha estado sucediendo esto?”. Pregunte por el último mes, o desde el acontecimiento del evento traumático, dado que el mismo haya sucedido en un lapso menor a 4 semanas.

ÍTEM	Valoración
1. ¿Ha perdido la conciencia?/ ¿Se ha desmayado?/ ¿Su circulación ha colapsado por completo?	0 1 2 3
2. ¿Ha experimentado que se ha mareado y que su visión se pone negra?	0 1 2 3
3. ¿Ha experimentado que no puede oír, como si fuera sordo? O ¿Ha vivido que las voces de personas, que se encuentran cerca y hablan con usted, se escuchan lejos?	0 1 2 3
4. ¿Ha sentido que no puede ver con claridad? (por ejemplo borroso o como nublado)	0 1 2 3
5. ¿Ha experimentado entumecimiento en su cuerpo o algunas partes de su cuerpo? ¿Cómo si su cuerpo no le perteneciera o formara parte suya?	0 1 2 3
6. ¿Ha experimentado que no le es posible moverse, como si estuviese paralizado sin que su cuerpo le responda?	0 1 2 3
7. ¿Ha experimentado que su cuerpo o partes de él, fuesen insensibles al dolor? (Como anestesiado)	0 1 2 3
8. ¿Ha experimentado un cansancio repentino y una pesadez en sus extremidades?	0 1 2 3
9. ¿Ha experimentado que su cuerpo se ha quedado rígido durante algún tiempo?	0 1 2 3
10. ¿Se ha sentido con ganas de vomitar? ¿Ha experimentado sudores fríos?	0 1 2 3
11. ¿Se ha sentido como si estuviera fuera de su cuerpo?	0 1 2 3
12. ¿Ha experimentado que usted no ha podido hablar, aunque quería decir algo? ¿O que solo podía hablar esforzándose demasiado? ¿O que solo podía susurrar?	0 1 2 3
13. ¿Ha experimentado, sin causa aparente pérdida de fuerzas y calor en su cuerpo?	0 1 2 3

Total:	
Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25) Validación Uruguay	

INSTRUCCIÓN:

Ahora le voy a leer una lista que contiene algunos problemas o dificultades que las personas a veces tienen. Por favor, escuche con mucha atención cada pregunta y cuénteme con sinceridad cuánto le han molestado o afligido **durante el último mes**, incluyendo el día de hoy. Para cada problema o dificultad voy a enunciar cuatro respuestas posibles, pero debe escoger solo una de ellas. Estas respuestas son: Nada, Poco es decir una vez por semana o menos, Bastante es de 2 a 4 veces por semana y Mucho que es 5 o más veces por semana.

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/Bastante	5 o más veces por semana/Mucho

Nota para evaluador: Para cada ítem indique “En el último mes, incluyendo hoy...(pregunta)” y enuncie las opciones de respuesta tal como se señala en la instrucción. Marque con una “X” la respuesta dada por el usuario.

No.	Parte I Ítems Ansiedad	Valoración
1	Se asusta así porque sí	0 1 2 3
2	Se siente intranquilo(a), no se puede quedar quieto(a)	0 1 2 3
3	Se siente angustiado(a)	0 1 2 3
4	Se marea	0 1 2 3
5	Se siente nervioso(a)	0 1 2 3
6	Sufre latidos fuertes del corazón	0 1 2 3
7	Tiembla	0 1 2 3
8	Se siente tenso(a)	0 1 2 3
9	Tiene dolor de cabeza	0 1 2 3
10	Sufre ataques de miedo	0 1 2 3

11	Se siente ahogado(a) o encerrado(a)	0 1 2 3
----	-------------------------------------	---------

No.	Parte II Ítems Depresión	Valoración
12	Se culpa por lo que le ocurre	0 1 2 3
13	Se pone a llorar con facilidad	0 1 2 3
14	Tiene poca energía	0 1 2 3
15	Tiene pocas ganas de comer	0 1 2 3
16	Tiene problemas para dormirse o se despierta mucho durante la noche	0 1 2 3
17	Se siente sin esperanza para el futuro	0 1 2 3
18	No tiene ganas de hacer cosas	0 1 2 3
19	Se siente triste	0 1 2 3
20	Se siente solo(a)	0 1 2 3
21	Piensa en quitarse la vida	0 1 2 3
22	Piensa demasiado en las cosas	0 1 2 3
23	Tiene el sentimiento de que todo es muy difícil	0 1 2 3
24	Tiene sentimiento de que no vale nada	0 1 2 3
Ansiedad total:		
Depresión total:		
Total general:		

Appetitive and Facilitative Aggression Scale (AFAS)

INSTRUCCIÓN:

Algunas personas reaccionan ante las frustraciones o injusticias del día a día de manera calmada, y otras se irritan o enfadan. Las siguientes preguntas corresponden a como usted se ha sentido y comportado en

tales situaciones **en el último mes**. Tenga en cuenta las siguientes opciones de respuesta: Nada, Poco es decir una vez por semana o menos, Bastante es de 2 a 4 veces por semana y Mucho que es 5 o más veces por semana.

Trate de responder de manera espontánea, sin tardar mucho tiempo pensando en la respuesta.

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/Bastante	5 o más veces por semana/Mucho

Con qué frecuencia en el último mes...	Valoración
1. ¿Pateó o tiró un objeto por frustración?	0 1 2 3
2. ¿Le parecieron más emocionantes los deportes cuando había sangre?	0 1 2 3
3. ¿Estaba tan irritado o molesto que se desquitó con otras personas?	0 1 2 3
4. ¿Quería intimidar aún más a alguien porque vio que esa persona le tenía miedo?	0 1 2 3
5. ¿Se enojó y golpeó algún objeto con tanta fuerza que su puño quedó adolorido?	0 1 2 3
6. Al enterarse de algún evento horrible, ¿quería estar lo más cerca posible de dónde sucedió?	0 1 2 3
7. ¿Provocó a otros simplemente porque fue divertido para usted?	0 1 2 3
8. Cuando estaba furioso con alguien, ¿fantaseaba con la idea de que le pasaran cosas terribles o malas?	0 1 2 3
9. ¿Observó una pelea aunque se pusiera en peligro por estar ahí?	0 1 2 3
10. ¿Abofeteó a alguien porque lo había provocado?	0 1 2 3
11. ¿Para usted fue divertido pelear?	0 1 2 3
12. Cuando se sintió amenazado, ¿lo hizo sentir mejor imaginar cómo le haría daño a la otra persona?	0 1 2 3
13. ¿Se acostumbró a ver imágenes violentas de tal manera que necesitaba ver imágenes más violentas para mantener su fascinación?	0 1 2 3
14. Cuando estaba frustrado, ¿buscó confrontaciones físicas para deshacerse de ese sentimiento?	0 1 2 3
Con qué frecuencia en el último mes...	Valoración
15. ¿Le parecieron emocionantes las películas violentas en las que las víctimas sufrieron intensamente?	0 1 2 3

16. ¿Le resultó divertido probar su fuerza contra los demás, aunque los lastimó?	0 1 2 3
17. ¿Se sintió mejor, inmediatamente después de descargar su frustración contra otra persona?	0 1 2 3
18. ¿Indujo a otras personas a insultar o intimidar a alguien?	0 1 2 3
19. ¿Estaba bajo tanta presión, que ofendió a otras personas para aliviar esa presión?	0 1 2 3
20. ¿Se sintió fuerte al atacar físicamente a alguien?	0 1 2 3
21. ¿Golpeó a alguien, al sentirse arrinconado?	0 1 2 3
22. ¿Fue cruel con alguien y se dio cuenta que tenía que llegar a ser aún más cruel, para sentir el mismo placer otra vez?	0 1 2 3
23. ¿Se sintió aliviado después de gritarle a alguien?	0 1 2 3
24. ¿Fue tan fascinante (emocionante) darle una golpiza a alguien, que no podía dejar de golpearlo?	0 1 2 3
25. Cuando estaba molesto, ¿golpeó a alguien para descargar su enojo?	0 1 2 3
26. ¿Maltrató o insultó a alguien para sentirse bien?	0 1 2 3
27. ¿Hizo sentir su ira a otros, cuando le impidieron obtener lo que quería?	0 1 2 3
28. ¿Fue tan gratificante pelear que no le importó si salía herido?	0 1 2 3
29. ¿Se sintió mejor después de golpear a alguien por quien se sentía amenazado?	0 1 2 3
30. ¿Destruyó cosas al sentir dolor (físico o emocional)?	0 1 2 3
Agresión apetitiva total:	
Agresión reactiva total:	

**Escala de Resiliencia de Connor-Davidson
(10-item CD-RISC)**

ÍTEM	Valoración
1. Es capaz de adaptarse cuando surgen cambios.	0 1 2 3
2. Puede enfrentarse a cualquier cosa.	0 1 2 3
3. Cuando se enfrenta a los problemas intenta ver su lado cómico.	0 1 2 3
4. Enfrentarse a las dificultades puede hacerlo más fuerte.	0 1 2 3

INSTRUCCIÓN:

De acuerdo a como se ha sentido **durante el último mes**, indique cuál es su grado de acuerdo con las siguientes frases o casos. Si alguna de esas frases no le han ocurrido, responda según lo que usted hubiera sentido. Considere la siguiente escala de respuestas:

Nada, Poco es decir una vez por semana o menos, Bastante es de 2 a 4 veces por semana y Mucho que es 5 o más veces por semana.

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/Bastante	5 o más veces por semana/Mucho

5. Tiene tendencia a recuperarse pronto luego de enfermedades, heridas u otras dificultades.	0 1 2 3
6. Cree que puede lograr sus objetivos, incluso si hay obstáculos.	0 1 2 3
7. Bajo presión, se mantiene enfocado/a y piensa claramente.	0 1 2 3
8. No se desanima fácilmente ante el fracaso.	0 1 2 3
9. Cree que es una persona fuerte cuando se enfrenta a los desafíos y dificultades vitales.	0 1 2 3
10. Es capaz de manejar sentimientos desagradables/dolorosos: Ej. tristeza, temor y enfado	0 1 2 3
Total:	

Escala de placer Snaith-Hamilton para Anhedonia (SHAPS)

INSTRUCCIÓN:

A continuación, le voy a leer unas oraciones y usted responderá de acuerdo a la opción que mejor describa el agrado o sensaciones placenteras que ha experimentado **durante el último mes**, teniendo en cuenta las opciones de respuesta: Nada, Poco es decir una vez por semana o menos, Bastante es de 2 a 4 veces por semana y Mucho que es 5 o más veces por semana.

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/Bastante	5 o más veces por semana/Mucho

Nota para evaluador: Siempre se leen las opciones de respuesta. Marque con una “X” la respuesta que indique el sujeto. Realice el primer ítem en su propio caso como ejemplo, explicando las opciones de respuesta como Nada, una vez por semana o menos=Poco, de 2 a 4 veces por semana=Bastante, y 5 o más veces por semana=Mucho.

“Ahora sigamos con usted”

	ÍTEM	Valoración
1	Disfruta de su programa favorito de radio o televisión.	0 1 2 3
2	Disfruta estar con su familia o amigos.	0 1 2 3
3	Disfruta sus pasatiempos.	0 1 2 3
4	Disfruta de su comida favorita.	0 1 2 3
5	Disfruta de un baño caliente o refrescante.	0 1 2 3
6	Le causa placer percibir el aroma de las flores, de la brisa o del pan recién hecho.	0 1 2 3
7	Disfruta ver otras personas sonreír.	0 1 2 3
8	Disfruta verse bien cuando trata de cuidar su apariencia.	0 1 2 3
9	Disfruta leer un libro, una revista o un periódico.	0 1 2 3

10	Le resulta muy agradable el tomar una taza de café, de té o de su bebida favorita.	0 1 2 3
11	Le produce placer el fijarse en pequeños detalles como un día soleado o una llamada telefónica de un amigo.	0 1 2 3
12	Disfruta un paisaje o una vista hermosa.	0 1 2 3
13	Disfruta el poder ayudar a otros.	0 1 2 3
14	Disfruta cuando otras personas lo halagan.	0 1 2 3
Total:		

Anexo D. Evidencia

Línea de vida



Cierre

