

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Arturo Bados

22 de mayo de 2015

ÍNDICE

NATURALEZA	2
Trastorno por estrés postraumático	2
Trastorno por estrés agudo	9
EDAD DE COMIENZO Y CURSO	12
FRECUENCIA	13
PROBLEMAS ASOCIADOS	15
GÉNESIS Y MANTENIMIENTO	16
EVALUACIÓN	23
Entrevista	23
Cuestionarios	26
Cuestionarios de tipo diagnóstico para el TEPT	26
Cuestionarios generales sobre el TEPT	27
Cuestionarios sobre aspectos específicos relacionados con el TEPT	30
Cuestionarios de interferencia o discapacidad	32
Cuestionarios para el trastorno por estrés agudo	33
Observación y autorregistro	33
Registros psicofisiológicos	33
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	34
Eficacia del tratamiento psicológico	35
Tamaño del efecto, significación clínica y mantenimiento de los resultados	52
Variables predictoras y mediadoras de los resultados	56
Utilidad clínica del tratamiento psicológico	58
Programas de intervención conductual breve para víctimas recientes	63
Exposición	67
Exposición terapéutica directa (Keane et al., 1992)	68
Procedimiento de exposición prolongada de Foa	69
Otros procedimientos de exposición	74
Inoculación de estrés	74
Terapia de procesamiento cognitivo	76
Reestructuración cognitiva	77
Exposición	80
La terapia cognitiva de Ehlers y Clark	82
Reducir la reexperimentación y discriminar los estímulos disparadores	83

Modificar las valoraciones excesivamente negativas del trauma y de sus secuelas.....	84
Abandonar las estrategias cognitivas y conductuales disfuncionales.....	85
Reestructuración cognitiva durante la exposición	86
Fase 1. Revivir el trauma en la imaginación.....	86
Fase 2. Reestructuración cognitiva sin exposición.....	87
Fase 3. Reestructuración cognitiva dentro de la exposición.....	88
Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (DRMO)	89
Terapia de reelaboración imaginal y reprocesamiento	93
Terapia metacognitiva.....	96
TRATAMIENTO MÉDICO	97
Comparación del tratamiento cognitivo-conductual con el farmacológico	100
Combinación del tratamiento cognitivo-conductual y farmacológico.....	100
TABLAS	102
REFERENCIAS	114

NATURALEZA

Se abordará primero la naturaleza del trastorno por estrés postraumático (TEPT) y después la del trastorno por estrés agudo.

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), el TEPT se caracteriza por una serie de síntomas característicos que siguen a la experiencia directa, observación o conocimiento de un suceso o **sucesos extremadamente traumáticos** (ocurrencia o amenaza de muerte o lesiones graves o amenaza a la integridad física de uno mismo o de otras personas; criterio A1) a los que la persona **respondió con miedo, impotencia u horror intensos** (se requiere, pues, no sólo cierto tipo de sucesos, sino también cierto tipo de respuestas; criterio A2). Los síntomas incluyen la **reexperimentación** persistente del evento traumático (p.ej., mediante sueños, recuerdos intrusivos; criterio B), la **evitación** persistente de los estímulos asociados con el trauma y la **disminución de la capacidad general de reacción** (p.ej., reducción del interés en actividades significativas, incapacidad para sentir amor) (criterio C), y síntomas persistentes de **activación** aumentada (p.ej., dificultades para conciliar o mantener el sueño, ataques de ira; criterio D).

El diagnóstico de TEPT según el DSM-IV-TR requiere, además de los criterios A, B, C y D, que los síntomas duren más de 1 mes y que la perturbación produzca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de funcionamiento. Se distingue entre **TEPT agudo y crónico** según los síntomas duren menos de 3 meses o tres o más meses. También se habla de **inicio demorado** cuando los síntomas aparecen al menos 6 meses después del acontecimiento traumático (*American Psychiatric Association, 2000*).

Los criterios del DSM-IV-TR han sido puestos en entredicho. Por ejemplo, la duración de 1 mes ha sido criticada porque no permite distinguir entre TEPT y la recuperación natural después de un trauma. Pero **la crítica más importante ha ido dirigida a los criterios A1 y A2**. Eventos que no cumplen el criterio A1 (p.ej., divorcio, aborto, estrés laboral prolongado) pueden producir el resto de síntomas del TEPT. En cuanto al criterio A2, la persona puede responder con otras emociones diferentes (p.ej., ira, culpa, vergüenza) y presentar también el resto de síntomas del TEPT. Por eso se ha propuesto eliminar el criterio A en ediciones futuras del DSM-IV-TR (Brewin et al., 2009). Además, hay que tener en cuenta que los efectos de los eventos traumáticos están mediados por el recuerdo de los mismos y que tanto el recuerdo de los eventos como de las

emociones iniciales ante los mismos cambian a lo largo del tiempo, como cualquier recuerdo (Rubin, Berntsen y Bohni, 2008).

El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), ha recogido parte de las críticas y ha propuesto criterios que difieren significativamente de los del DSM-IV. El criterio A (antiguo A1) se ha hecho más explícito y restrictivo en lo que respecta a la experiencia de los eventos "traumáticos". El criterio A2 (reacción subjetiva) ha sido eliminado. Los tres grandes grupos de síntomas del DSM-IV (criterios B, C y D) se han convertido en cuatro debido a que el antiguo criterio B se ha dividido en dos grupos distintos: evitación y alteraciones negativas persistentes en las cogniciones y el estado de ánimo. Esta última categoría conserva la mayor parte de los síntomas de insensibilización del DSM-IV e incluye también síntomas nuevos o reconceptualizados, tales como los estados emocionales negativos persistentes. El último criterio (activación aumentada) conserva la mayor parte de los síntomas correspondientes del DSM-IV e incluye también el comportamiento irritable o agresivo y el comportamiento imprudente o autodestructivo. Por otra parte, los umbrales de diagnóstico se han rebajado para los niños y adolescentes y se han añadido criterios separados para los niños de 6 años o menos. Finalmente, el TEPT ya no se incluye entre los trastornos de ansiedad, sino en una nueva categoría denominada "Trastornos relacionados con traumas y eventos estresantes". Dentro de esta categoría se encuentran el trastorno por estrés agudo, los trastornos de adaptación, el trastorno de apego afectivo y el trastorno de relación social desinhibida.

Para adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años, los criterios del DSM-5 para el TEPT son los siguientes (American Psychiatric Association, 2013):

A. Exposición a la ocurrencia o amenaza de muerte, lesiones graves o violación sexual en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso/s traumático/s.
2. Observación directa del suceso/s ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso/s traumático/s ha ocurrido a un familiar cercano o a un amigo íntimo. En los casos de ocurrencia o amenaza 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 o abuso 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 y que comienza tras la ocurrencia de este último:

1. Recuerdos angustiosos, recurrentes, involuntarios e intrusos del suceso/s traumático/s.

Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos 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.

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p.ej., reviviscencias o *flashbacks*¹) en las que la persona siente o actúa como si se repitiera el suceso/s traumático/s. (Estas reacciones se pueden producir en un continuo, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del

¹ Recuerdos vívidos, repentinos y breves en las que los eventos traumáticos son experimentados en el presente.

entorno presente.)

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede ocurrir durante el juego.

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 este último y que se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del suceso/s traumático/s o estrechamente asociados con este.
 2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del suceso/s traumático/s o estrechamente asociados con este.
- 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 y que se ponen de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Incapacidad para 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 totalmente destrozados”).
 3. Cogniciones distorsionadas persistentes sobre la causa o las consecuencias del suceso/s traumático/s que hace que el individuo se culpe 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 distanciamiento de los demás.
 7. Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas (p.ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
- E. **Alteración importante de la activación y reactividad asociada al suceso/s traumático/s**, que comienza o empeora después del suceso/s traumático/s y que 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 (p.ej., conducción peligrosa, uso excesivo de alcohol o drogas, conducta suicida o autolesiva).
 3. Hipervigilancia a las amenazas potenciales, ya sean relacionadas con el evento traumático o no.
 4. Respuesta de sobresalto exagerada.
 5. Problemas de concentración.
 6. Alteración del sueño (p.ej., dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño inquieto).
- F. La duración del trastorno (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
- G. El trastorno causa, de modo clínicamente significativo, malestar o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., medicamen-

to, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al suceso estresante, la persona experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. **Despersonalización:** Experiencias persistentes o recurrentes de sentirse desapegado, como si uno mismo fuera un observador externo, de los propios procesos mentales o del propio cuerpo (p.ej., sentir como si se soñara; sensación de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. **Desrealización:** Experiencias persistentes o recurrentes de irrealidad del entorno (p.ej., el mundo alrededor de la persona se experimenta como irreal, como si fuera un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., amnesia anterógrada o lagunas, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p.ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión demorada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos 6 meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Como puede apreciarse a partir de los criterios anteriores, la presentación clínica del TEPT puede variar mucho en función del tipo de síntomas que predominan y así ocurre de hecho.

Para niños de 6 años o menos, los criterios del TEPT según el DESM-5 son los siguientes:

A. Exposición a la ocurrencia o amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso/s traumático/s.
2. Observación directa del suceso/s ocurrido a otros, especialmente a los cuidadores primarios.

Nota: No incluye sucesos que solamente se han visto en medios electrónicos, televisión, películas o fotografías.

3. Conocimiento de que el suceso/s traumático/s ha ocurrido a uno de los padres o cuidadores.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso/s traumático/s y que comienza tras la ocurrencia de este último:

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusos del suceso/s traumático/s.

Nota: Los recuerdos espontáneos e intrusos pueden no ser necesariamente angustiosos y se pueden expresar como recreación en el juego.

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso/s traumático/s.

Nota: Puede no ser posible determinar que el contenido aterrador está relacionado con el suceso traumático.

3. Reacciones disociativas (p.ej., reviviscencias) en las que el niño siente o actúa como si se

repitiera el suceso/s traumático/s. (Estas reacciones se pueden producir en un continuo, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.) La representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

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 importantes ante los recordatorios del suceso/s traumático/s.
- C. Ha de estar presente uno (o más) de los síntomas siguientes, que representan evitación persistente de los estímulos asociados al suceso/s traumático/s o alteraciones negativas en las cogniciones y estado de ánimo asociados al suceso/s traumático/s y que comienzan o empeoran después del suceso/s:

Evitación persistente de los estímulos

1. Evitación o esfuerzos para evitar actividades, lugares o recordatorios físicos que despiertan el recuerdo del suceso/s traumático/s.
2. Evitación o esfuerzos para evitar personas, conversaciones o situaciones interpersonales que despiertan el recuerdo del suceso/s traumático/s.

Alteraciones negativas de las cogniciones [y del estado de ánimo]

3. Aumento importante de la frecuencia de estados emocionales negativos (p.ej., miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión).
 4. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, que incluye disminución del juego.
 5. Comportamiento socialmente retraído.
 6. Reducción persistente de la expresión de emociones positivas.
- D. Alteración de la activación y reactividad asociadas al suceso/s traumático/s, que comienza o empeora después de este y que 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 expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos (incluidas rabieta extremas).
 2. Hipervigilancia a las amenazas potenciales, ya sean relacionadas con el evento traumático o no.
 3. Respuesta de sobresalto exagerada.
 4. Problemas de concentración.
 5. Alteración del sueño (p.ej., dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño inquieto).
- E. La duración del trastorno alteración es superior a un mes.
- F. El trastorno causa, de modo clínicamente significativo, malestar o problemas en la relación con los padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores, o en el comportamiento en la escuela.
- G. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y el niño experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. **Despersonalización:** Experiencias persistentes o recurrentes de sentirse desapegado, como si uno mismo fuera un observador externo, de los propios procesos mentales o del

propio cuerpo (p.ej., sentir como si se soñara; sensación de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

2. **Desrealización:** Experiencias persistentes o recurrentes de irrealidad del entorno (p.ej., el mundo alrededor de la persona se experimenta como irreal, como si fuera un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no han de poder atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., amnesia anterógrada o lagunas) u otra afección médica (p.ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión demorada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la **CIE-10** (Organización Mundial de la Salud, 1994/2000) para el trastorno por estrés postraumático proponen un criterio distinto para valorar el carácter estresante de una situación o acontecimiento determinados: éstos deben tener una “naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causaría un malestar profundo en casi cualquier persona”. El diagnóstico de la CIE-10 difiere además del propuesto en el DSM-IV en que el Criterio D de este último (es decir, síntomas por aumento de la activación) no se considera indispensable, ya que puede ser sustituido por la incapacidad para recordar parcial o totalmente algunos aspectos importantes del trauma. A diferencia del DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 no establecen una duración mínima de los síntomas y el inicio demorado del trastorno sólo se contempla en circunstancias especiales.

El grado de concordancia entre el DSM-IV y la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) es bajo. En el estudio de Andrews, Slade y Peters (1999), sólo el 35% de los casos con un diagnóstico positivo según uno de estos sistemas tuvo un diagnóstico positivo en ambos sistemas. En el caso del DSM-5 y los criterios provisionalmente propuestos para la CIE-11, el porcentaje de acuerdo fue del 42% en el estudio de O’Donnell et al. (2014). Esto implica que el DSM y la CIE difieren notablemente y seleccionan diferentes tipos de personas. También en el estudio de O’Donnell et al. (2014), el porcentaje de acuerdo entre el DSM-5 y el DSM-IV fue del 52%, o que no es de extrañar dado el cambio de criterios.

Una cuestión muy debatida es la **mayor o menor centralidad de los síntomas disociativos en el TEPT** (Lanius et al., 2012; Steuwe, Lanius y Frewen, 2012; Wolf et al., 2012). Algunos consideran que los síntomas del TEPT derivan de procesos disociativos y que el TEPT debe ser visto como un trastorno disociativo. Otros ven la disociación y el TEPT como fenómenos separados, pero frecuentemente comórbidos. Una tercera posición mantiene que los síntomas disociativos no ocurren en todos los pacientes, pero son más probables si el TEPT está presente. Finalmente, una variante de esta última posición considera que las personas con TEPT que presentan síntomas disociativos son cualitativamente diferentes de aquellos pacientes con TEPT que no presentan dichos síntomas. Habría pues, según esto último, un subtipo disociativo del TEPT, lo cual viene avalado por cada vez más estudios neurobiológicos y clínicos, y ha sido recogido en el DSM-5. Este subtipo es relativamente frecuente (del 12% al 30%, más frecuente en mujeres) y está asociado a mayor comorbilidad y al abuso sexual y/o maltrato físico en la infancia.

La **disociación se define como** la presencia de alteraciones o fragmentaciones de las funciones habitualmente integradas de la conciencia, memoria, identidad y percepción de sí mismo y del entorno. La disociación es pues un constructo multifacético que incluye según Briere (2002), las siguientes facetas: desconexión (separación emocional y cognitiva del entorno inmediato), des-

personalización (alteración en la percepción del propio cuerpo o de sí mismo), desrealización (alteración en la percepción del mundo externo), alteraciones de la memoria (pérdida de memoria para acontecimientos personales específicos), constricción emocional (menor emotividad o capacidad de respuesta emocional disminuida) y disociación de la identidad (la percepción o experiencia de que existe más de una persona o sí mismo dentro de la propia mente). La disociación está asociada con la ocurrencia de eventos traumáticos muy intensos o repetidos y tiende a disiparse con el tiempo, aunque persiste en algunas personas (Lanius et al., 2012).

Pasando ahora a los **sucesos traumáticos**, entre los **experimentados directamente** se encuentran: exposición a la guerra como combatiente o civil, agresión sexual (violación, penetración sexual facilitada por alcohol o drogas, contacto sexual abusivo, abuso sexual sin contacto, comercio sexual), agresión física, atraco, ser secuestrado o tomado como rehén, ataque terrorista, tortura, encarcelamiento como prisionero de guerra o en un campo de concentración, desastres naturales o provocados por el hombre (incendios, explosiones, erupciones volcánicas, inundaciones, huracanes, terremotos), accidentes graves (coche, tren, barco, avión) y trabajos que implican la recogida de restos humanos o la exposición a detalles del maltrato o abuso infantil. Según el DSM-5, una enfermedad que supone una amenaza para la vida no es necesariamente un evento traumático; los incidentes médicos considerados como sucesos traumáticos implican eventos repentinos y catastróficos (p.ej., despertar durante una cirugía, choque anafiláctico). En el caso de los **niños**, los sucesos traumáticos sexuales pueden incluir las experiencias sexuales evolutivamente inapropiadas sin amenaza, violencia o daño.

Los sucesos traumáticos observados incluyen la **observación** de la ocurrencia o amenaza de daño grave, muerte no natural, maltrato físico o abuso sexual de otra persona debido a asalto violento, violencia doméstica, accidente, guerra o desastre o a una catástrofe médica en un hijo (p.ej., hemorragia grave). Los sucesos traumáticos **transmitidos** se refieren únicamente a familiares cercanos o amigos íntimos y a experiencias que son violentas o accidentales (la muerte por causas naturales no cuenta) e incluyen agresión personal violenta, suicidio, accidente grave y daño grave.

En el *National Comorbidity Survey*, un estudio epidemiológico llevado a cabo a nivel nacional en Estados Unidos con 5.877 personas, los **sucesos traumáticos más frecuentes** fueron presenciar una agresión grave o un asesinato, catástrofe natural y accidentes graves de tráfico. Algunos acontecimientos traumáticos son más frecuentes en varones (los tres citados y ataques físicos, experiencia de combate y ser amenazado con un arma o secuestrado) y otros en mujeres (violación, acoso sexual con contacto genital, abandono en la infancia y maltrato físico en la infancia) (Kessler et al., 1995).

El TEPT es **más probable, grave y/o duradero** cuando el agente estresante es aplicado directamente por el hombre (p.ej., tortura, violación, violencia familiar, terrorismo). La probabilidad de desarrollar TEPT aumenta cuando se incrementan la intensidad, duración y/o frecuencia del agente estresante y cuando este es experimentado directamente en vez de simplemente observado o transmitido. Algunos autores hablan de **trauma tipo I y tipo II** según haya habido respectivamente uno o múltiples eventos traumáticos.

Rosen y Lilienfeld (2008) han señalado que **el diagnóstico de TEPT se basa en varias suposiciones centrales que carecen de apoyo empírico suficiente o consistente**. La primera de ellas es que una clase de eventos traumáticos está ligada a un síndrome clínico diferenciado. Sin embargo, eventos que no cumplen el criterio A1 del DSM-IV (p.ej., divorcio, despido laboral) pueden dar lugar al patrón de síntomas del TEPT y entonces se diagnostica trastorno adaptativo; esto va en contra de la supuesta especificidad etiológica del TEPT. En segundo lugar, la mayoría de las personas expuestas a un evento traumático no desarrollan TEPT. Tercero, los eventos traumáticos que cumplen el criterio A1 no son los que más contribuyen al surgimiento del TEPT,

sino que el mayor peso es debido a la influencia combinada de otras variables (p.ej., historia previa de traumas, ajuste previo, historia familiar de trastornos psicológicos, fuerza de las reacciones peritraumáticas y apoyo social). Cuarto, diversos autores han afirmado que el criterio A2 del DSM-IV-TR (responder con miedo, impotencia u horror intensos) está definido muy restringidamente y que debería ser ampliado para incluir otras emociones (p.ej., ira, vergüenza, pena) y respuestas emocionales disminuidas (aturdimiento, conmoción, disociación) (véase Weathers y Keane, 2007). Esto último ha sido tenido en cuenta en el DSM-5. Rosen y Lilienfeld (2008) también señalan la falta de apoyo empírico para la suposición de que el TEPT sea un síndrome clínico diferente y la ausencia de identificación de marcadores biológicos del TEPT.

Finalmente, conviene señalar que la **ocurrencia de eventos traumáticos está asociada no sólo al TEPT, sino a otros trastornos**. Excluyendo a aquellos con TEPT, la prevalencia de muchos trastornos (depresión mayor, TAG, pánico/agorafobia, abuso de sustancias) fue mayor en aquellos que cumplieron los criterios A1 y A2 que en los que sólo cumplieron A1. Esta relación puede estar mediada por la presencia de recuerdos perturbadores acerca del trauma (Creamer, McFarlane y Burgess 2005).

TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO

Según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), el trastorno por estrés agudo (TEA) **se distingue fundamentalmente del TEPT en** dos cosas: a) Los síntomas aparecen en las 4 primeras semanas después del suceso traumático y duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas; si duran más de 1 mes, hay que considerar el diagnóstico de TEPT y comprobar si se cumplen los criterios de este último. b) Se da una mayor importancia a la sintomatología disociativa. Aparte del criterio A, compartido con el TEPT, los **síntomas** para el diagnóstico del trastorno por estrés agudo según el DSM-IV son:

- B **Síntomas disociativos** durante o después del suceso traumático. Tres o más de los siguientes: sensación subjetiva de insensibilidad, desapego o ausencia de reactividad emocional; reducción de la conciencia del entorno (p.ej., estar aturdido); desrealización; despersonalización; amnesia disociativa (incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).
- C **Reexperimentación persistente del suceso traumático** al menos de una de las siguientes formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, recuerdos vívidos y repentinos (reviviscencias) recurrentes; o sensación de revivir la experiencia; o malestar al exponerse a lo que hace recordar el suceso traumático.
- D **Evitación acusada de** los estímulos que hacen recordar el trauma (p.ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, gente).
- E **Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación** (p.ej., dificultad para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada, inquietud motora).

El diagnóstico de TEA según el DSM-IV ha sido puesto en entredicho, tanto por la ambigüedad de los descriptores de los síntomas de disociación como por la fragilidad de la supuesta asociación entre TEA y TEPT. Aunque el 75% de las personas con TEA (a las 2-4 semanas) terminan desarrollando TEPT (al mes o más tarde), sólo una minoría de casos con TEPT empiezan con TEA (Spitzer, First y Wakefield, 2007). Estos autores proponen eliminar el TEA y crear una nueva categoría de Reacción al Estrés Agudo en el eje V, que reflejaría las reacciones normales al estrés. Las personas con reacciones iniciales más disfuncionales recibirían un diagnóstico de trastorno adaptativo.

En el DSM-5, el criterio A ha sido modificado en el mismo sentido que en el TEPT. Además, a partir de los datos de que las reacciones postraumáticas agudas son muy heterogéneas y que el énfasis del DSM-IV en los síntomas disociativos es demasiado restrictivo, en el DSM-5 las personas pueden satisfacer los criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de estrés agudo si presentan 9 de 14 síntomas enumerados en las siguientes categorías del criterio B: intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación, y activación. Los **criterios del DSM-5 para el TEA** son los siguientes (American Psychiatric Association, 2013):

A. Exposición a la ocurrencia o amenaza de muerte, lesiones graves o violación sexual en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso/s traumático/s.
2. Observación 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.

Nota: En los casos de ocurrencia o amenaza 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: Esto 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 nueve (o más) de los síntomas siguientes de alguna de las cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y activación, que comienzan o empeoran después del suceso/s traumático:

Síntomas de intrusión

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusos del suceso/s traumático/s.

Nota: En los niños, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresan temas o aspectos 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.

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p.ej., reviviscencias) en las que la persona siente o actúa como si se repitiera el suceso/s traumático/s. (Estas reacciones se pueden producir en un continuo, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado o reacciones fisiológicas intensas en respuesta a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso/s traumático/s.

Estado de ánimo negativo

5. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p.ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

Síntomas disociativos

6. Sentido alterado de la realidad del entorno o de uno mismo (p.ej., verse uno mismo desde

- la perspectiva de otro, estar aturdido, sentir que el tiempo pasa lentamente).
7. Incapacidad para 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).

Síntomas de evitación

8. Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del suceso/s traumático/s o estrechamente asociados con este.
9. Esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del suceso/s traumático/s o estrechamente asociados con este.

Síntomas de activación

10. Alteración del sueño (p.ej., dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño inquieto).
 11. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
 12. Hipervigilancia.
 13. Problemas de concentración.
 14. Respuesta de sobresalto exagerada.
- C. La duración del trastorno (síntomas del Criterio B) es de tres días a un mes después de la exposición al trauma.

Nota: Los síntomas comienzan en general inmediatamente después del trauma, pero es necesario que persistan al menos durante tres días y hasta un mes para cumplir los criterios del trastorno.

- D. El trastorno causa, de modo clínicamente significativo, malestar o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica (p.ej., traumatismo cerebral leve) y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la **CIE-10** para la reacción a estrés agudo difieren de los del DSM en diversos aspectos: 1) se presentan 4 de los 22 síntomas del trastorno de ansiedad generalizada y, según la gravedad, al menos dos de los siguientes (abandono de la interacción social esperada, estrechamiento de la atención, desorientación aparente, ira o agresividad verbal, desesperanza o desesperación, hiperactividad inapropiada o sin propósito, duelo incontrolable o excesivo) o estupor disociativo; 2) los síntomas deben aparecer en la primera hora de haber tenido lugar el acontecimiento o situación estresante, y 3) los síntomas deben empezar a remitir no más allá de las 8 horas para acontecimientos estresantes transitorios o de las 48 horas para los más prolongados (Organización Mundial de la Salud, 1994/2000).

Según el DSM-5, las personas con TEA suelen tener **pensamientos catastróficos** o extremadamente negativos acerca de su papel en el evento traumático, su respuesta a la experiencia traumática, o la probabilidad de un daño futuro. Por ejemplo, una persona con TEA puede sentirse excesivamente culpable por no haber impedido el evento traumático o por no adaptarse a la experiencia con más éxito. Los individuos con TEA también pueden interpretar sus síntomas de manera catastrófica, de modo que las reviviscencias o entumecimiento emocional pueden ser interpretados como un signo de capacidad mental disminuida. Es frecuente que las personas con TEA experimenten **ataques de pánico** en el mes inicial después de la exposición al trauma, ataques que pueden ser provocados por recordatorios del trauma o que, aparentemente, puede ocurrir espontáneamente. Además, las personas con TEA pueden mostrar un **comportamiento caótico o**

impulsivo (p.ej., conducir imprudentemente, tomar decisiones irracionales, apostar en exceso). En los niños, puede haber ansiedad por separación significativa. En el caso de duelo después de una muerte que se produjo en circunstancias de trauma, los síntomas de TEA pueden implicar reacciones de duelo agudas, tales como recuerdos intrusos de las circunstancias de la muerte, la incredulidad de que la persona ha muerto e ira por la muerte. Síntomas de conmoción cerebral (p.ej., dolores de cabeza, mareos, sensibilidad a la luz o el sonido, irritabilidad, déficit de concentración), que se producen frecuentemente después de una lesión cerebral traumática leve, se ven también con frecuencia en las personas con TEA.

En personas que han sufrido accidentes de tráfico, la gravedad del TEA fue **predicha** por mayores niveles de rasgo de ansiedad, riesgo de suicidio y valoraciones negativas del evento traumático (Suliman et al., 2013).

EDAD DE COMIENZO Y CURSO

El TEPT puede comenzar a **cualquier edad**, incluso en la infancia. En muestras clínicas la edad media ha sido 21,5 años (DT = 10,9) (Brown et al., 2001) y en estudios epidemiológicos, la edad mediana de inicio ha sido 23 años en Estados Unidos (Kessler, Berglund et al., 2005) y 26 años en Australia (Chapman et al., 2012); y la edad media, entre 24 y 28 años en Europa (Hapke et al., 2006; de Vries y Olf, 2009). Los síntomas suelen comenzar dentro de los 3 primeros meses después del trauma, aunque pueden retrasarse varios meses o incluso años. Con frecuencia el trastorno suele cumplir inicialmente los criterios del trastorno por estrés agudo. Según Bryant, Moulds y Nixon (2003) el 80% de las personas que desarrollan trastorno de estrés agudo tras un trauma cumplen criterios de TEPT 6 meses más tarde; y el 63-80% sufren TEPT 2 años después del trauma.

Los síntomas del trastorno y la predominancia relativa de la reexperimentación del trauma, la evitación o la hiperactivación pueden **variar a lo largo del tiempo** y agravarse durante periodos de estrés. En un estudio realizado con 4.000 mujeres en Estados Unidos a escala nacional, Resick et al. (1993, citado en Astin y Resick, 1997) encontraron los siguientes **porcentajes de personas cuyo TEPT no había remitido** con el paso del tiempo: violación, 32%; otras agresiones sexuales, 31%; agresión física, 39%; trauma no relacionado con un delito (desastres naturales o debidos al hombre, accidentes), 9%. Según el *Nacional Comorbidity Survey* (Kessler et al., 1995), sólo el 20% de los casos se recuperan en los 6 primeros meses y el 40% en los 12 meses después del trauma. **Cerca de un 60% llegan a recuperarse en el plazo de 6 años**, momento en que parece alcanzarse un valor asintótico; este porcentaje es independiente de haber recibido o no tratamiento, aunque **la recuperación es más rápida con terapia** (3 vs. 5 años). En otro estudio epidemiológico (Chapman et al., 2012), el tiempo mediano de recuperación fue 14 años. Se estimó que el 15% de los casos remiten en 1 año, 27% en 2 años y 38% en 5 años. El 37% continuarán teniendo TEPT 30 años después del comienzo. Finalmente, terminan recuperándose el 92% de los casos, aunque pueden pasar 60 años.

En un **metaanálisis** sobre la remisión del TEPT en adultos a partir de estudios en el que la mayoría de los pacientes no habían sido tratados para el TEPT, el 44% de los participantes habían remitido (considerando el mes previo) después de 40 meses de media. La remisión fue más frecuente cuando el TEPT había sido diagnosticado dentro de los primeros cinco meses tras el trauma que cuando lo fue más tarde (52% vs. 37%); y también cuando el TEPT fue subsecuente a un desastre natural en comparación a una enfermedad grave (60% vs. 31%). La variabilidad entre estudios fue muy grande, independientemente del periodo de seguimiento (Morina et al., 2014).

Según Kaplan, Sadock y Grebb (1994/1996), **factores de buen pronóstico** para la recupera-

ción son el inicio rápido de los síntomas, la corta duración de estos (menos de 6 meses), un buen nivel de funcionamiento premórbido, una buena red de apoyo social, no ser niño o anciano y la ausencia de otros trastornos psiquiátricos o médicos. Connor y Butterfield (2003/2005) citan los siguientes **factores asociados a cronicidad del TEPT**: mayor número de síntomas del TEPT, mayor embotamiento y reactividad, presencia de ansiedad y trastornos afectivos, enfermedades médicas concomitantes, sexo femenino, antecedentes familiares de comportamiento antisocial, abuso de alcohol y antecedentes de trauma en la infancia. Según el estudio epidemiológico de Chapman et al. (2012), es menos probable que se recuperen del TEPT los que han experimentado traumas infantiles o violencia interpersonal o presentan síntomas graves o trastornos comórbidos de ansiedad o depresión posteriores al TEPT.

Por lo que se refiere al TEA, este puede progresar a TEPT después de 1 mes, pero también puede ser una respuesta de estrés transitorio que remite en el plazo de 1 mes tras la exposición al trauma y no da lugar a TEPT. Según el DSM-5, aproximadamente la mitad de las personas que finalmente desarrollan TEPT presentan inicialmente TEA. Puede haber un empeoramiento de los síntomas durante el mes inicial, a menudo como resultado de factores vitales estresantes o de más eventos traumáticos.

Entre los **factores de riesgo** para desarrollar TEA pueden citarse los siguientes: trastorno mental previo, altos niveles de afectividad negativa (neuroticismo), mayor gravedad percibida del evento traumático, estilo de afrontamiento de evitación y reactividad elevada. Las valoraciones catastróficas de la experiencia traumática –a menudo caracterizadas por anticipaciones exageradas de un daño futuro, culpa o desesperanza– son un fuerte predictor del TEA. Otro factor es la historia de sucesos traumáticos previos (American Psychiatric Association, 2013).

FRECUENCIA

Conviene tener en cuenta que los **datos de prevalencia varían en función de** diversos factores: instrumento utilizado, uso del DSM-IV o de la CIE-10, operacionalización de los criterios diagnósticos, metodología de entrevista, país estudiado y datos sociodemográficos (sexo, edad, nivel socioeconómico, estado civil). Por otra parte, los **datos de prevalencia-vida** (tener el trastorno en algún momento de la vida) **obtenidos retrospectivamente, como los que se presentan más adelante, pueden ser una subestimación** debido a problemas de recuerdo, especialmente si se ha padecido un trastorno que no es crónico ni recurrente. Cuando los datos se obtienen prospectivamente, las cifras de prevalencia-vida de los trastornos de ansiedad se doblan como mínimo, aunque no se estudió específicamente el TEPT (Moffitt et al., 2009).

En el *National Comorbidity Survey Replication*, llevado a cabo con 5.692 estadounidenses adultos, la prevalencia **anual** fue 3,5% y la **prevalencia-vida**, 6,8%. El 36,6% de los casos fueron graves, el 33,1% moderados y el 30,2%, leves. Se estima que hasta los 75 años un 8,7% habrá desarrollado el trastorno (Kessler, Berglund et al., 2005; Kessler, Chiu et al., 2005). En un estudio australiano la prevalencia anual y la prevalencia-vida fueron 4,4% y 7,2% respectivamente (McEvoy, Grove y Slade, 2011).

Prevalencias más bajas han sido halladas en un estudio realizado en seis países europeos (entre ellos España) con 21.425 adultos, mediante entrevista y con criterios del DSM-IV-TR (ESEMED/MHEDEA 2000 Investigators, 2004; Haro et al., 2006). La prevalencia **anual** del TEPT fue **0,9%** y la **prevalencia-vida**, **1,9%**; la razón entre mujeres/hombres afectados fue 3,2 (2,6 a 3,8 en España). Sin embargo, por cuestiones metodológicas, los datos del ESEMED representan probablemente el límite inferior de la verdadera prevalencia (Kessler, 2007). En otros estudios europeos la mediana de prevalencia anual y prevalencia-vida ha sido del 1% y 2%. En su

extensa revisión, Wittchen et al. (2011) estiman en población mayor de 14 años una **prevalencia anual del 1,1%-2,9% en Europa**, con una razón entre mujeres/hombres de 3,4. La prevalencia anual fue del 2,9% entre los 14 y 34 años, 1,3% entre los 35 y 65 años y 1,1% en los mayores de 65 años. Así pues, la prevalencia del TEPT parece ser más baja en Europa que en Estados Unidos y Australia.

En un **estudio mundial** conducido en 13 países por entrevistadores legos con casi 24.000 personas, la prevalencia-vida del TEPT fue del **3,3%** según el DSM-IV, del **4,4%** según la CIE-10 y del **3%** según una aproximación a los criterios del DSM-5 (Stein et al., 2014).

En cuanto a la prevalencia en **atención primaria**, Roca et al. (2009) hallaron una prevalencia actual del 0,3% en España. La prevalencia **anual** del TEPT en **niños/adolescentes**/estadounidenses ha sido 0,5-0,8% (Canino et al., 2004; Roberts et al., 2007). En población alemana de **14-24 años**, la prevalencia anual y global del TEPT fue 0,7% y 1,3% respectivamente (Wittchen, Nelson y Lachner, 1998).

Las cifras de prevalencia son naturalmente mucho más altas en personas que han sufrido algún trauma. Se calcula que **al menos el 60% de las personas ha experimentado uno o más acontecimientos traumáticos**; en concreto, este porcentaje fue del 61,6% en un estudio a nivel mundial (Kessler et al., 2014) y del 82% en el *National Comorbidity Survey Replication* (Sledjeski, Speisman y Dierker, 2008). Los hombres tienen una probabilidad algo mayor de experimentar sucesos traumáticos que las mujeres, aunque los datos son inconsistentes. En cambio, la prevalencia del TEPT es más frecuente en las mujeres, lo cual se ha dicho que es debido, en parte, a que las mujeres tienen un mayor riesgo de exposición a aquellos traumas que están asociados a una mayor probabilidad de TEPT. Traumas como la violación, la agresión sexual y el abuso sexual infantil son más frecuentes en las mujeres, mientras que otros traumas son más frecuentes en los varones: accidentes, asaltos y observación de muertes o actos muy violentos (Breslau, 2002; Martín y de Paúl, 2005). Sin embargo, el TEPT es más frecuente en las mujeres incluso cuando se controla el tipo de evento traumático (Breslau, 2009; Frans et al., 2005). Otros factores que pueden explicar el que las mujeres tengan una mayor probabilidad de desarrollar TEPT una vez expuestas son una mayor percepción de amenaza y pérdida de control ante el trauma, mayor reacción emocional y disociación peritraumática, menor apoyo social, estilos de afrontamiento más centrados en la evitación y emoción, mayor desregulación del sistema hipotalámico-hipofisiario-adrenal y mayor probabilidad de beber alcohol para manejar los síntomas (Olf et al. 2007).

El **riesgo condicional² del TEPT tras la exposición a un suceso traumático** se sitúa entre el 12% y el 15% en la población general estadounidense (Bobes et al., 2000, cap. 2; Breslau y Kessler, 2001; Sledjeski, Speisman y Dierker, 2008). En población general europea, el riesgo condicional del TEPT a lo largo de la vida ha sido más bajo (7-8%); el referido al último año ha sido 1,7% en seis países europeos (Darves-Bornoz et al., 2008). En un estudio mundial conducido en 13 países por entrevistadores legos con más de 42.000 personas que habían experimentado uno o más eventos traumáticos, el riesgo condicional del TEPT a lo largo de la vida fue del 4%, según criterios DSM-IV (Kessler et al., 2014). En general, las mujeres tienen el doble de probabilidad que los hombres de padecer TEPT subsecuentemente a eventos traumáticos.

El riesgo condicional del TEPT varía mucho según el tipo de evento traumático (p.ej., es mucho mayor cuando hay violencia) y depende también del número de traumas, de la gravedad y duración de estos y de la ocurrencia de experiencias estresantes secundarias (Kessler et al., 2009).

² Para calcular la **prevalencia del TEPT**, se divide el número de casos hallados por la muestra total, incluidos los que no han experimentado ningún suceso traumático. Para calcular el **riesgo condicional del TEPT**, se divide el número de casos por el total de personas que han experimentado algún evento traumático.

La **tabla 1**, extraída del estudio de Kessler et al. (2014) antes citado, presenta la proporción de ocurrencia de diversos eventos traumáticos, el riesgo condicional de desarrollar TEPT tras cada uno de ellos y la proporción de todos los casos de TEPT que representa. Así, el 5,4% de las personas desarrollaron TEPT tras la muerte inesperada de un ser querido, pero supusieron el 22,6% de todos los casos con TEPT. Conviene señalar que, dado el carácter retrospectivo de este estudio comunitario y el instrumento empleado (CIDI) el cual es probable que tenga umbrales diagnósticos demasiado altos, es muy probable que los riesgos condicionales presentados sean subestimaciones de los valores reales. Así, el riesgo condicional de TEPT dada una enfermedad potencialmente mortal fue 2%, mientras que en el metaanálisis de Abbey et al. (2014) el riesgo de TEPT relacionado con el cáncer fue de 15,3% a lo largo de la vida y 5,1% en el momento actual.

En cuanto a la **prevalencia del TEA** y siguiendo al DSM-5, se da en menos del 20% de los casos en los que los eventos traumáticos no implican ataque interpersonal: 13-21% en los accidentes de vehículos de motor, 14% tras una lesión cerebral traumática leve, 10% tras quemaduras graves y 6-12% tras accidentes industriales. Las cifras son más altas (20-50%) tras eventos traumáticos interpersonales, incluyendo asalto, violación, y ser testigo de un tiroteo masivo. El TEA es más frecuente en mujeres que en hombres.

PROBLEMAS ASOCIADOS

Según estudios epidemiológicos americanos, el 80% de los que presentan o han presentado TEPT (sea este su diagnóstico principal o no) tienen o han tenido depresión, otro trastorno de ansiedad o abuso/dependencia de sustancias (Foa, Keane y Friedman, 2000). Más concretamente, entre los trastornos comórbidos se hallan el trastorno de pánico, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo mayor, trastorno de somatización y trastornos relacionados con sustancias (Báguena, 2001). También, y a diferencia de otros trastornos de ansiedad, son frecuentes los problemas de control de impulsos y conducta antisocial, tanto en el actualidad como en la infancia y adolescencia (Resick y Miller, 2009).

Son frecuentes las reacciones depresivas más o menos duraderas, el abuso de sustancias (p.ej., el abuso/dependencia del alcohol se da en el 35% de hombres y el 27% de mujeres con TEPT), la ideación suicida, los intentos de suicidio, los trastornos de personalidad y las disfunciones sexuales. Por ejemplo, el intento de suicidio y la consideración seria de suicidarse se dio en el 13% y el 33% de las víctimas de violación de un estudio (Kilpatrick et al., 1992, citado en Calhoun y Resick, 1993) en comparación con el 1% y el 8% entre las no víctimas. El porcentaje de los pacientes con TEPT que han intentado suicidarse es aún mayor en excombatientes del Vietnam (19%). En los metaanálisis de Kanwar et al. (2013) y Krysinska y Lester (2010), no hubo asociación entre riesgo de suicidio y TEPT, pero sí entre este último e intentos de suicidio e ideación suicida. Sin embargo, es posible que los estadísticos calculados en los estudios revisados no fueran ajustados para covariables importantes.

Brown et al. (2001) hallaron que de 13 pacientes con TEPT, el **92%, 62% y 77%** recibieron respectivamente **al menos un diagnóstico adicional actual** de trastornos de ansiedad o depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos (los porcentajes fueron 100%, 69% y 85% para diagnósticos actuales o pasados). Los diagnósticos actuales más frecuentes fueron depresión mayor (69%), distimia (23%), trastorno de ansiedad generalizada (23%; 38% sin tener en cuenta el criterio de que el trastorno no ocurriera exclusivamente durante un trastorno afectivo), trastorno de pánico con agorafobia (23%), trastorno obsesivo-compulsivo (23%), fobia social (15%) y fobia específica (15%). Los diagnósticos más frecuentes a lo largo de la vida fueron trastorno depresivo mayor (77%), trastorno por uso de sustancias (38%) y trastorno obsesivo-compulsivo (31%). El

TEPT tendió a aparecer posteriormente a otros trastornos de ansiedad y afectivos con las excepciones del trastorno de pánico con o sin agorafobia y la depresión mayor (que tendieron a seguirlo) y del trastorno obsesivo-compulsivo (con igual probabilidad de precederlo y seguirlo).

En comparación a personas sin TEPT, aquellas con el trastorno presentan más síntomas médicos, usan más los servicios médicos, se les detectan más **enfermedades** de diversos tipos durante las exploraciones físicas (p.ej., síndrome de colon irritable, trastornos gastrointestinales, dolor crónico y, posiblemente, enfermedad cardíaca) y tienen una mayor **mortalidad**. Todas estas consecuencias adversas pueden estar mediadas por el TEPT (Foa, Keane y Friedman, 2000). De hecho, tras controlar otros factores predisponentes, Boscarino (2006) halló en veteranos militares que el TEPT estuvo asociado con la mortalidad por causas externas, incluyendo homicidio, suicidio, sobredosis de drogas y heridas involuntarias. Y en el estudio de Boscarino (2008), el TEPT estuvo asociado prospectivamente con una mayor mortalidad por enfermedad cardíaca en veteranos que no tenían dicha enfermedad en la línea base; sin embargo, aunque se controlaron ciertos factores de riesgo (tabaco, obesidad), no se controlaron otros como el sedentarismo y el consumo de alcohol y drogas.

El insomnio es frecuente en pacientes con TEPT y no puede hacer que no estén en condiciones de atender bien durante las sesiones de terapia si estas se programan a primera hora de la mañana.

Por último cabe mencionar lo que se ha dado en llamar **TEPT complejo**, es decir la asociación del TEPT con una serie de síntomas que derivan de exposiciones traumáticas prolongadas o repetidas de tipo interpersonal. Según el DSM-IV-TR, cuando el agente estresante es de carácter interpersonal (p.ej., abusos sexuales o maltrato físico en niños, violencia doméstica, secuestros, encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración, torturas), puede aparecer la siguiente constelación de síntomas: afectación del equilibrio afectivo; comportamiento impulsivo y autodestructivo; síntomas disociativos; molestias somáticas; sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación o desesperanza; sensación de perjuicio permanente; pérdida de creencias anteriores; hostilidad; retraimiento social; sensación de peligro constante; deterioro de las relaciones con los demás, y alteración de las características de personalidad previas.

GÉNESIS Y MANTENIMIENTO

La **gravedad, duración, proximidad (grado de exposición) y frecuencia del trauma** son variables importantes en el desarrollo del TEPT. Así, este es más probable en víctimas de violación si ha habido penetración, lesiones físicas, empleo de armas o varios agresores; y en víctimas de accidentes de tráfico si ha habido heridas graves. El trastorno puede aparecer incluso en personas sin condiciones predisponentes si el suceso estresante es particularmente extremo.

Sin embargo, se cree que para que se desarrolle el TEPT se requiere, por lo general, la interacción del suceso traumático (ya sea directamente experimentado, observado o transmitido) con otras condiciones. Según Barlow (1988, 2002) y Jones y Barlow (1990), son necesarias una **vulnerabilidad biológica** (hipersensibilidad neurobiológica al estrés genéticamente determinada) y una **vulnerabilidad psicológica** (sensación de que los eventos amenazantes y/o las reacciones a los mismos son impredecibles y/o incontrolables basada en experiencias evolutivas tempranas), de modo que al interactuar con el evento traumático, la persona aprende a responder con miedo y ansiedad desproporcionados ante ciertos estímulos y desarrolla una **aprensión o expectativa ansiosa** a volver experimentar las respuestas condicionadas de miedo (alarmas aprendidas) y los estímulos internos o externos relacionados con el trauma. Esta aprensión ansiosa implica un pro-

cesamiento defectuoso de la información junto con un gran afecto negativo.

La respuesta de la persona está asimismo moderada por factores como las **habilidades de afrontamiento** y el **apoyo social** (compañía, tranquilización, comprensión, ayuda en la búsqueda y puesta en práctica de soluciones), de forma que estos influirán en el posible surgimiento del TEPT y/o en su mantenimiento o superación. Conviene tener en cuenta que una falta de apoyo social puede ser debida a diversos factores: déficit de relaciones sociales (el TEPT es más probable en personas solteras, divorciadas, viudas o con un aislamiento social importante), poca disposición de los otros para ayudar, reacciones negativas de los otros (culpabilización, incompreensión, incredulidad, curiosidad morbosa) o renuencia de la persona a comunicar sus experiencias. La sobreprotección y el sentir pena por el paciente no son formas útiles de apoyo social. Por otra parte, el apoyo o falta de **apoyo institucional** (médicos forenses, policías, abogados, jueces) puede ser especialmente importante, especialmente en víctimas de violación.

La **vulnerabilidad biológica** heredada puede consistir en una hiperactivación autónoma crónica y/o en una labilidad noradrenérgica. Por el momento las pruebas son escasas y se basan principalmente en estudios que indican una mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos en familias de pacientes con TEPT que en familias control y en estudios que muestran una mayor activación crónica en pacientes con TEPT que en sujetos control; sin embargo, en este último caso es difícil establecer cuál es la causa y cuál es el efecto. De todos modos, existen también un par de estudios con gemelos que indican que los factores genéticos explican alrededor de un 25-38% de la varianza en los síntomas del TEPT e incluso influyen (20%) en el riesgo a padecer cierto tipo de traumas, en concreto aquellos que implican violencia (robo, secuestro, ser golpeado, asalto sexual) (Afifi et al., 2010; Stein et al., 2002). Esto último podría explicarse por la mediación de ciertos rasgos de personalidad, tales como el neuroticismo. Así pues, puede decirse que un tercio de la vulnerabilidad a desarrollar TEPT es hereditaria, mientras que el riesgo restante es básicamente ambiental (Koenen, Amstadter y Nugent, 2009).

En cuanto a la **vulnerabilidad psicológica** se considera que la percepción de incontrolabilidad y/o impredecibilidad de los sucesos traumáticos es un factor clave en la producción del TEPT. Sin embargo, los efectos de dichos sucesos se ven atenuados si se tiene una historia de experiencias previas de control. Los acontecimientos vitales negativos previos al trauma, especialmente si son muy adversos (muerte de un familiar querido, enfermedad grave, experiencias traumáticas previas, problemas económicos importantes) también influyen en cómo se reaccionará al suceso traumático.

En diversos estudios se ha investigado los **predictores del desarrollo del TEPT o de sus síntomas**. Entre los **factores anteriores al trauma** que pueden estar asociados al riesgo de desarrollar TEPT o sus síntomas, Connor y Butterfield (2003/2005) mencionan los siguientes: sexo femenino, nivel bajo de renta, escasa formación, pertenecer a una minoría, estrés vital elevado, abuso durante la infancia, antecedentes de trastorno psiquiátrico, antecedentes familiares de ansiedad y personalidad antisocial, adversidades durante la infancia (p.ej., separación prematura de los padres, separación o divorcio de los padres, pobreza), sensación de falta de control personal, sentimientos de inseguridad y aislamiento de los demás. A estos pueden añadirse una historia de eventos traumáticos y la baja autoestima. En un interesante estudio prospectivo, Bryant y Guthrie (2007) han mostrado que las valoraciones negativas sobre uno mismo previas al trauma son un factor de riesgo para el TEPT.

Entre los **predictores próximos**, la gravedad, duración, proximidad (grado de exposición), frecuencia y tipo del evento traumático son variables muy importantes en el desarrollo del TEPT. Así, hay un mayor riesgo de desarrollar TEPT tras sufrir maltrato físico, abuso sexual o violencia interpersonal, en general. Otros posibles predictores son (Ehlers y Clark, 2003): las valoraciones

excesivamente negativas del trauma y de sus secuelas (valoraciones que se dice predicen el TEPT posterior por encima de los síntomas iniciales y de la gravedad del trauma), la intensidad de los síntomas desde 2-4 semanas después del trauma en adelante (pero no la gravedad de los síntomas en los días iniciales tras el trauma), consecuencias físicas del trauma (dolor crónico o problemas de salud), recuerdos muy perturbadores que son experimentados como ocurriendo “aquí y ahora” (en vez de en el pasado) y como fragmentos no conectados con lo que sucedió inmediatamente antes y después, conductas defensivas y de evitación, nuevos eventos traumáticos o muy estresantes en el periodo postrauma, la falta de apoyo social o las respuestas negativas de otros en el periodo postrauma y la depresión comórbida. Por otra parte, las personas que disocian en el momento del trauma es más probable que presenten sintomatología del TEPT más adelante. Incluso más importante, al menos entre víctimas de accidentes automovilísticos o agresiones, la derrota mental (percepción de darse por vencido), la disociación y rumiación (preguntas improductivas sobre lo sucedido: por qué a mí, qué podía haber hecho para evitarlo, etc.) persistentes 2-4 semanas después del trauma son muy útiles para identificar a las personas que es más probable que desarrollen un TEPT crónico.

Según el **metaanálisis** de Brewin, Andrews y Valentine (2000), los predictores del TEPT han sido, por orden de importancia, falta de apoyo social, estrés, intensidad del trauma, infancia desfavorable distinta de traumas previos, inteligencia baja y, en menor medida, nivel socioeconómico bajo, abuso en la infancia, historia psiquiátrica familiar, sexo femenino, otros traumas previos, historia psiquiátrica, bajo nivel educativo, menor edad y pertenecer a una minoría. A estos pueden añadirse el neuroticismo, el cual tiene un peso muy alto (Rubi, Berntsen y Bohni, 2008).

Según el **metaanálisis** de Ozer et al. (2003), la disociación peritraumática es el predictor más fuerte del desarrollo del TEPT o de sus síntomas; otros predictores identificados fueron la ausencia de apoyo percibido, la amenaza percibida para la vida, las emociones peritraumáticas y, en menor medida, el ajuste previo, la experiencia de uno o más traumas previos y la historia familiar de trastornos psicológicos. Los componentes principales de la disociación peritraumática son la despersonalización, la desrealización, la amnesia, la confusión de la identidad y la alteración de la identidad, aunque otros han añadido además la distorsión del tiempo y la confusión.

Según el estudio de Gershuny, Cloitre y Otto (2003), la relación entre disociación peritraumática y la gravedad del TEPT es explicada por dos variables: el miedo a la muerte y el miedo a perder el control experimentados durante el evento traumático. Por otra parte, DiGangi et al. (2013) citan estudios según los cuales la disociación peritraumática predictora del TEPT es predicha por factores pretrauma. En contraste con lo dicho hasta aquí, algunos autores sostienen que la disociación peritraumática, más que un factor de riesgo para el TEPT, sería sólo una parte del mismo. Un predictor más potente podría ser la evitación experiencial o el intento de evitar y controlar las experiencias internas aversivas (pensamientos, recuerdos, sentimientos, sensaciones). Por otra parte, Rubin, Berntsen y Bohni (2008) han señalado que el rol causal de la disociación peritraumática es cuestionado en la medida en que los informes de la misma reflejan efectos de memoria (memoria en túnel, memoria como observador en vez de como participante) y otros procesos reconstructivos a la hora de recordar lo que pasó.

Aunque el potente poder predictor de la disociación peritraumática ha sido confirmado por el metaanálisis de Breh y Seidler (2007), la revisión de van der Velden y Wittman (2008) indica que la disociación peritraumática no tiene un valor predictivo cuando se controlan otras variables como, por ejemplo, la existencia de problemas psicológicos durante los primeros días o semanas tras el trauma. Estos problemas sesgarían el recuerdo de la disociación peritraumática. Finalmente, otros autores han señalado que la gravedad y persistencia de la disociación puede ser más importante que la disociación peritraumática (véase, Koucky, Galovski y Nixon, 2011).

Un problema con los metaanálisis anteriormente citados es que se basan principalmente en estudios retrospectivos. DiGangi et al. (2013) llevaron a cabo un **metaanálisis con estudios prospectivos e identificaron las siguientes variables pretrauma como predictoras** del desarrollo del TEPT: a) menor habilidad cognitiva, b) diversos estilos de respuesta y afrontamiento (p.ej., sesgo cognitivo negativo, afrontamiento rumiativo, evitativo o centrado en la emoción), c) factores de personalidad (afectividad negativa, hostilidad, neuroticismo, rasgo de ansiedad, ira o disociación, evitación del daño), d) psicopatología, e) activación psicofisiológica y f) factores sociales (menor apoyo social, problemas familiares, desempleo, pobreza). Algunas de estas variables (b, c y e) son consideradas también como aspectos del TEPT, por lo que su valor predictor puede representar simplemente una tautología. En cualquier caso, parecen anteceder al trauma más que ser una consecuencia del mismo, aunque una limitación de muchos de estos estudios es que las personas estudiadas pudieron haber sufrido algún otro trauma antes del comienzo del estudio, lo que pudo influir en la ocurrencia de las variables estudiadas antes de la ocurrencia del trauma tomado como criterio.. Por otra parte, las variables peri- y postraumáticas (p.ej., disociación peritraumática, falta de apoyo percibido tras el trauma) no fueron consideradas en la mayoría de los estudios revisados.

Por lo que se refiere a **niños adolescentes**, en el metaanálisis de Trickey et al. (2012) los factores con mayor peso (medio a grande) a la hora de determinar si un niño desarrollará TEPT fueron, por orden de importancia, la supresión de pensamientos, el nivel de síntomas postraumáticos, la culpabilización de otros y la distracción, el funcionamiento familiar inadecuado, los problemas psicológicos comórbidos y el retraimiento social, todos ellos tras el trauma, la amenaza percibida para la vida, el miedo peritraumático y el bajo apoyo social tras el trauma. Es decir, los factores con más peso fueron post-trauma o tuvieron que ver con las características subjetivas del trauma. Las variables demográficas (baja inteligencia, bajo nivel socioeconómico, sexo femenino, pero no el tener menos edad), los factores pre-trauma (eventos vitales, baja autoestima, problemas psicológicos, problemas psicológicos de los padres) y las características objetivas del trauma (gravedad del trauma, pérdida, menor tiempo desde el trauma) tuvieron un tamaño del efecto de bajo a medio, al igual que algunos factores post-trauma (problemas psicológicos de los padres, eventos vitales, exposición a los medios de comunicación). Una limitación es que sólo seis de estas variables fueron examinadas en 10 o más estudios.

Zlotnick et al. (2001) hallaron en un estudio prospectivo que el 9% de los pacientes con trastornos de ansiedad (no incluido el TEPT) e historia de trauma tuvo un **inicio demorado del TEPT** durante los 7 años siguientes. La única diferencia entre estos casos y los de TEPT crónico fue que los primeros tenían una mayor probabilidad de haber sufrido un trauma infantil. Entre los pacientes con historias de trauma, aquellos que terminaron por desarrollar TEPT se distinguieron de los que no lo hicieron en presentar más trastornos comórbidos del eje I y II del DSM-IV-TR, más intentos de suicidio y más experiencias traumáticas, especialmente traumas infantiles (maltrato físico, abuso sexual). Además fue menos probable que estuvieran casados y se caracterizaron por tener un peor funcionamiento psicosocial y una menor satisfacción global con su vida.

En pacientes que habían sufrido daño traumático y habían ingresado en un hospital, pero sin daño cerebral moderado o grave, el 37% y el 8% de los que presentaron TEPT a los 12 y 24 meses respectivamente, no habían cumplido criterios a los 3 meses. Variables que pueden influir en este inicio demorado son la gravedad de los síntomas postraumáticos, el daño cerebral traumático leve, la duración de la hospitalización y el número de eventos estresantes entre los 3 y 24 meses (Bryant et al., 2013).

A partir de la interacción de los factores implicados en el surgimiento del TEPT, se desarrolla una **expectativa o aprensión ansiosa** a volver experimentar las respuestas condicionadas de miedo (alarmas aprendidas) y los estímulos internos o externos relacionados con el trauma. Esta ex-

pectativa o aprensión ansiosa **es una estructura cognitivo-afectiva que, una vez establecida, es básicamente automática**. Es decir, no depende de que se den valoraciones e interpretaciones cognitivas conscientes, sino que se almacena profundamente en la memoria a largo plazo como una serie de proposiciones en el sentido de Lang (1988). Según este autor, la estructura de información de una emoción es concebida como una red asociativa conceptual que contiene proposiciones o representaciones de estímulos (el contexto de la acción), respuestas (verbales, motoras y viscerales) y significado de los elementos de estímulo y respuesta (significado de amenaza en los trastornos de ansiedad). Este significado viene incluido tanto en asociaciones automáticas entre estímulos, respuestas y consecuencias, como en la forma de expectativas, interpretaciones, evaluaciones y creencias.

Cuando una red afectiva es activada, es decir, cuando las señales de entrada concuerdan con los conceptos de la red, el resultado es una emoción. Esta concordancia puede ocurrir con representaciones de estímulos, de respuestas y/o de significado. De este modo, en el caso de una persona con TEPT debido a combate, la red afectiva correspondiente puede verse activada por la visión de un arma determinada o también por la presencia de algo vagamente parecido a dicha arma si algunas de las proposiciones de respuesta de la red están asimismo activadas como ocurriría si hubiera una activación simpática debida a ejercicio físico. Similarmente, un estado afectivo puede potenciar otro en el caso de que ambos compartan elementos o proposiciones de respuesta.

En el modelo de Lang, la producción de una emoción puede ser debida a la activación de representaciones de estímulos, de respuestas y/o de significado. Además, estas tres representaciones están interrelacionadas, de modo que la activación de una lleva a la activación de las otras, aunque el nivel de esto depende del grado de asociación de aquellas. Puesto que cualquiera de los tres tipos de representación puede producir directamente una emoción, esto quiere decir que no tiene por qué haber expectativas o interpretaciones conscientes para que se produzca un estado de ansiedad.

Dada la naturaleza e intensidad de las situaciones traumáticas y la percepción subjetiva de gran amenaza, es comprensible, en términos de **condicionamiento clásico**, no sólo que múltiples estímulos presentes durante el trauma (que eran neutrales o estaban asociados con seguridad) adquieran propiedades generadoras de miedo (y de sobresalto y recuerdos traumáticos), sino que estas propiedades se extiendan a otros muchos estímulos internos (pensamientos, recuerdos³, imágenes, sensaciones) y externos (sonidos, olores, lugares, personas, objetos) que se asocian posteriormente con los anteriores (**condicionamiento de orden superior**) o que son similares a los mismos (**generalización** de estímulos). De este modo, las estructuras de miedo en el TEPT son más amplias, intensas y fácilmente activables que las estructuras de miedo en las fobias. Muchos estímulos activan esta estructura y dan lugar a frecuentes respuestas de miedo, activación y reexperimentación del evento traumático. Conviene remarcar que la **amenaza percibida** parece mejor predictor del desarrollo del TEPT que la amenaza real (Foa, Steketee y Rothbaum, 1989). De hecho, el significado que la persona otorga a sus experiencias puede explicar aquellos casos en que se producen cambios positivos tras un suceso traumático (crecimiento postraumático); por ejemplo, aumento de la confianza en las propias capacidades, fortalecimiento de las relaciones interpersonales y/o mayor aprecio por la vida y por otros valores poco considerados hasta el momento.

La percepción de frecuentes reacciones de miedo como impredecibles y/o incontrolables lleva a la persona a reaccionar con **hiperactivación crónica, hipervigilancia hacia los estímulos temidos y reducción del foco atencional**; también es más probable que interprete la información

³ Existe en el TEPT un sesgo de memoria explícita (consciente o estratégica) hacia la información relacionada con lo que resulta amenazante.

ambigua como amenazante. Puesto que una gran activación fue típica del trauma original, la hiperactivación crónica combinada con una hipervigilancia hacia la activación que puede señalar el inicio de respuestas de miedo facilitará estas respuestas y los recuerdos traumáticos asociados. Además, la hiperactivación crónica favorece la aparición de pensamientos e imágenes intrusos, muchos de ellos relacionados con el trauma; la focalización de la atención en este material, que puede señalar también el comienzo de reacciones emocionales incontrolables, facilitaría la reexperimentación del trauma (Jones y Barlow, 1990). El recuerdo del trauma no es un recuerdo completo y elaborado, sino un recuerdo fragmentado, afectivo, somatosensorial e incontrolable que es disparado por estímulos externos y sensaciones asociados, que parece que ocurra ahora (en vez de algo pasado) y que no está bien integrado con otros recuerdos autobiográficos; todo esto facilita una reexperimentación involuntaria de aspectos del trauma. Además, en ocasiones, los recuerdos traumáticos pueden incorporar elementos de memorias mucho más tempranas. Por ejemplo, tras un accidente, una persona tenía reviviscencias de sentirse diminuto en un vehículo enorme sobre el que no tenía el control. Esta era la misma sensación que tenía cuando siendo un niño pequeño sus hermanastros le golpeaban y le tiraban contra las paredes y muebles (Butler, Fennell y Hackmann, 2008).

Las **expectativas de peligro y ansiedad** (que implican una sobrestimación de la probabilidad y aversividad de aquello que se teme) y/o la **experiencia de ansiedad**, en conjunción con la **carencia percibida de habilidades** adecuadas para afrontar estímulos internos y/o externos que se perciben como impredecibles y/o incontrolables, favorecen las conductas de **escape y/o evitación** de dichos estímulos temidos. Estas conductas reducen o previenen las respuestas condicionadas de ansiedad y, supuestamente para la persona, los peligros temidos (**reforzamiento negativo**), pero **impiden el procesamiento emocional** de la información (p.ej., los recuerdos traumáticos sólo son accedidos en parte y durante un periodo no prolongado de tiempo) y contribuyen a mantener las expectativas de amenaza y la reexperimentación del trauma. Las conductas defensivas o de evitación pueden ser externas (evitar actividades, conversaciones, lugares, gente, etc. relacionados con el trauma, abuso de alcohol o drogas) o internas (evitar pensamientos, sensaciones o sentimientos relacionados con el trauma, intentar suprimir las intrusiones). El embotamiento emocional puede verse como un intento de evitar las reacciones emocionales perturbadoras y, en casos graves, los estados disociativos pueden ser el resultado de intentos de evitar los recuerdos traumáticos.

El **modelo de Horowitz** (1986, citado en Jones y Barlow, 1990) es interesante en relación al apartado anterior. Según este autor, debido a que los sucesos traumáticos requieren cambios masivos en los esquemas cognitivos, el procesamiento completo de los mismos lleva cierto tiempo. Sin embargo, la memoria activa tiende a repetir sus representaciones del suceso traumático y sobrepasa los recursos de afrontamiento de la persona. En consecuencia, se pone en marcha un sistema regulador inhibitorio que permita una asimilación más gradual de la información traumática. Si el control inhibitorio es débil, surgen los síntomas de reexperimentación tales como las pesadillas y los recuerdos vívidos y repentinos (reviviscencias); si es muy fuerte, aparecen los síntomas de evitación (restricción afectiva, perturbaciones del sueño, etc.). La persona alterna entre las fases de intrusión (intentos de procesar e integrar el trauma) y evitación (intentos de no ser arrollado por los síntomas intrusos); esta última fase reduce la ansiedad, pero enlentece el procesamiento cognitivo y, si es fuerte, contribuye al mantenimiento del trastorno.

La experiencia traumática modifica (o, según los casos, refuerza) las **expectativas, atribuciones, interpretaciones o, en general, las creencias** de la persona relacionadas no sólo con sus respuestas de **miedo y ansiedad**, sino también con otros estados emocionales como **culpa** (p.ej., al atribuirse la responsabilidad principal de lo ocurrido), **vergüenza, disgusto, depresión** (p.ej., al considerar que uno ha perdido su dignidad o que nunca podrá superar su estado) y/o **ira** (p.ej., al percibir como injusto lo que le ha pasado). Asimismo, favorece las **rumiaciones** sobre lo ocu-

rrido (*¿por qué a mí?, ¿por qué tuve que volver por ese camino?*). Estas cogniciones y emociones asociadas pueden facilitar igualmente los recuerdos intrusos, la activación y las conductas de evitación (Calhoun y Resick, 1993). Ejemplos de creencias previas son: *"una persona no puede ser violada por un amigo o alguien en quien confía"*; *"un padre nunca haría esto"* (abuso sexual); *"si una mujer quiere, no será violada"*. Una creencia muy extendida es la del mundo justo: *"las cosas buenas les pasan a la gente buena y las malas a la gente mala"*; esta creencia puede hacer ver el mundo como más seguro y predecible, pero tiene efectos negativos cuando a uno le sucede un acontecimiento traumático.

Wells (2009) ha destacado también la importancia de las **creencias metacognitivas**, positivas y negativas, acerca de la preocupación, rumiación y atención. Según el modelo metacognitivo de Wells (2009), las reacciones iniciales tras un evento traumático son parte de un proceso adaptativo temporal que sesga la atención y cognición hacia la amenaza con el fin de hallar nuevas estrategias de afrontamiento. Sin embargo, este proceso puede verse bloqueado por un estilo cognitivo (síndrome cognitivo-atencional) caracterizado por preocupación/rumiación y recuerdos exhaustivos que persiguen encontrar significado, prevenir el daño futuro y/o completar lagunas. Este proceso también incluye la exploración de peligros potenciales y el intento de detectar, evitar o suprimir pensamientos y sentimientos dolorosos. Este procesamiento disfuncional es mantenido por dos tipos de creencias metacognitivas: a) **creencias positivas** de que resulta útil preocuparse, rumiar, completar lagunas en los recuerdos y estar atentos a posibles amenazas (p.ej., "analizar lo que hice mal me ayudará a prevenir cosas malas en el futuro"); b) **creencias negativas** de que las preocupaciones y rumiaciones son incontrolables y que indican o pueden llevar a un daño (p.ej., "estos pensamientos sobre el trauma significan que voy a perder el juicio").

Otros factores que puede agravar los síntomas del TEPT son la ausencia de apoyo social (véase más arriba), la ocurrencia de acontecimientos estresantes o, peor aún, la ocurrencia de nuevos sucesos traumáticos o la observación o conocimiento de los mismos en otros. Salvo el primero, todos estos factores pueden contribuir al (re)surgimiento o reconocimiento del TEPT mucho tiempo después (incluso años) del suceso traumático al reavivar un conflicto no superado. En otros casos, el TEPT puede quedar al descubierto al permanecer la persona en contacto con una situación reminiscente del trauma; por ejemplo, al establecer una mujer con TEPT subsecuente a violación una relación de pareja o al tener que acudir a juicio meses después. Si el TEPT puede tener un surgimiento demorado o esto es simplemente una apariencia debida a una evaluación poco cuidadosa o a un agravamiento gradual de los síntomas a lo largo del tiempo es una cuestión debatida.

En algunos casos, la existencia de compensaciones económicas, reclamaciones judiciales, mayor atención y comprensión, y satisfacción de las necesidades de dependencia pueden contribuir en mayor o menor medida al mantenimiento del trastorno.

El TEPT tiene **consecuencias negativas** que pueden aumentar la motivación de la persona para buscar una solución a su trastorno.

- Las personas con TEPT pueden sentirse dolorosamente **culpables** por cosas que hicieron o no hicieron, por sentimientos que experimentaron o no experimentaron y por pensamientos o creencias previas que son considerados falsos tras el trauma. Así, los pacientes pueden sentirse culpables por haber sobrevivido cuando otros no lo hicieron, por las cosas que tuvieron que hacer para sobrevivir, por no haber prestado suficiente ayuda a los otros, por no haber sido capaces de prever o evitar la ocurrencia del suceso (en casos de violación, p.ej.) o, en el caso de mujeres maltratadas, por no sentir suficiente ira hacia el agresor o por no haber abandonado antes la relación.

- Especialmente tras sucesos traumáticos de tipo interpersonal pueden aparecer **problemas** como: perturbación de la modulación del afecto; comportamiento impulsivo y autodestructivo; síntomas disociativos; quejas somáticas y enfermedades (que llevan a una mayor frecuencia de visitas médicas); sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación o desesperanza; ideas o intentos de suicidio; sentirse permanentemente perjudicado; pérdida de creencias anteriores (p.ej., el mundo ya no es un lugar seguro en el que se puede confiar en los otros, sino un lugar peligroso en el que uno no se puede fiar de la gente); hostilidad; retraimiento social; sentirse constantemente amenazado; deterioro de las relaciones con los demás; abuso/dependencia de sustancias; cambio de las características previas de personalidad. Aparte de la autoculpabilización y de los sentimientos de indefensión, la reducción de las relaciones sociales, lúdicas y sexuales contribuye a crear un mayor estado depresivo.

- Es frecuente que el TEPT interfiera en el **ámbito familiar, social y laboral**. Por ejemplo, en ex-combatientes con TEPT se ha observado una mayor frecuencia de maltrato físico y verbal a sus mujeres e hijos, de conflictos conyugales y familiares, de divorcio, de permanecer solteros, de desempleo o pérdida del empleo; y una menor motivación y satisfacción social y una menor satisfacción sexual. Además, sus mujeres son más infelices y sus hijos presentan más trastornos de comportamiento (de Paúl, 1995).

Un modelo cognitivo del TEPT puede verse en Ehlers y Clark (2000). Y una adaptación para niños y adolescentes en Meiser-Stedman (2002).

EVALUACIÓN

Antony, Orsillo y Roemer (2001), Bobes et al. (2000) y Muñoz et al. (2002) describen una serie de instrumentos junto con sus propiedades psicométricas. Echeburúa, Amor y de Corral (2005) también proporcionan información útil a la hora de evaluar el TEPT. Strand, Pasquale y Sarmiento (2004) presentan una revisión de medidas para niños y adolescentes. A continuación se presentarán los métodos e instrumentos de evaluación más importantes. De todos modos, conviene tener en cuenta que el TEPT puede ser objeto de **simulación** (p.ej., tras un accidente de tráfico), por lo que deben conocerse las características que es probable que presente un simulador y el modelo de decisión clínica a seguir para establecer un diagnóstico de simulación del TEPT. Puede encontrarse información al respecto en Inda et al. (2005).

ENTREVISTA

Escala para el TEPT Administrada por el Clínico (*Clinician Administered PTSD Scale, CAPS*; Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Klauminzer, Charney, y Keane, 1990). En el primer apartado de esta entrevista se seleccionan, en función de su gravedad y/o recencia, hasta tres acontecimientos traumáticos informados por el paciente y se evalúa qué sucedió y cómo respondió ante el/los mismos. Estos acontecimientos se emplean como referencia para las siguientes preguntas. El segundo apartado consta de 30 preguntas dirigidas a evaluar, tanto en el momento actual como a lo largo de la vida, los 17 síntomas del TEPT según el DSM-IV-TR, otros cinco síntomas frecuentemente asociados (culpabilidad sobre actos cometidos u omitidos, culpabilidad por haber sobrevivido, reducción de la conciencia del entorno, despersonalización, desrealización) y ocho aspectos adicionales: aparición de los síntomas, duración de los síntomas, malestar subjetivo, deterioro social, deterioro laboral, gravedad global de los síntomas del TEPT, cambios globales en los síntomas y validez de las respuestas del entrevistado. Cuando es posible, se emplean referentes conductuales como base para las calificaciones del clínico.

Para cada síntoma del TEPT, su frecuencia e intensidad son valoradas separadamente de 0 a 4 y sumadas. A partir de aquí, la entrevista puede emplearse como medida dicotómica (síntomas presentes o no) o continua (gravedad de los síntomas). Otras dos ventajas de este instrumento son que busca establecer si los síntomas confirmados ocurrieron dentro del mismo mes de referencia y que presenta separadamente las preguntas que persiguen establecer la presencia de los síntomas en el momento actual, en el último mes y en algún momento en el pasado. Puede consultarse en Bobes et al. (2000, 2002) y García-Portilla et al. (2011) y en inglés en www.ncptsd.org/treatment/assessment/caps.html

Para decidir que un síntoma está presente, puede seguirse una de estas dos estrategias: a) debe recibir al menos un 1 en frecuencia y un 2 en intensidad; b) debe recibir al menos un cuatro entre frecuencia e intensidad. Además del diagnóstico actual y del diagnóstico presente o pasado del TEPT, pueden calcularse tres puntuaciones parciales (reexperimentación del trauma, evitación, activación) y una puntuación total (amplitud teórica: 0-136). Se ha propuesto un punto de corte de 65.

Entrevista Clínica Estructurada para el Espectro de Trauma y Perdida (*Structured Clinical Interview for Trauma and Loss Spectrum, SCI-TALS*; Dell’Osso et al., 2008). The SCI-TALS explores stress response syndromes across 3 different dimensions: (1) the dimension of potentially traumatic events, that includes not only the traumatic events considered by the DSM-IV-TR criterion A, but also low-magnitude or mild events (eg, failure at school or at work, sexual harassment, abortion), besides a wide continuum of loss events; (2) the dimension of the peritraumatic and acute reactions; (3) the dimension of the post-traumatic spectrum symptoms, including criterion and noncriterion symptoms associated with the DSM-IV-TR diagnosis of PTSD. The Trauma and Loss Spectrum was developed in the framework of the Spectrum Project and is based on a dimensional approach to psychopathology that considers as clinically relevant not only threshold-level manifestations of PTSD but also atypical symptoms, behavioral traits, and temperamental features associated with established diagnostic constructs. The SCI-TALS consists of 116 items grouped into 9 domains including: loss events (I); grief reactions (II); potentially traumatic events (III); reactions to losses or upsetting events (IV); re-experiencing (V); avoidance and numbing (VI); maladaptive coping (VII); arousal (VIII); and personal characteristics/risk factors (IX). Items responses are coded dichotomously (yes/no), and domain scores are obtained by counting the number of positive answers in a given domain. El instrumento puede descargarse de <http://www.cpementalhealth.com/content/4/1/2>

Entrevista para el TEPT (*PTSD Interview*; Watson et al., 1991). Es una entrevista estructurada que se basa en los criterios del DSM-III-R para el TEPT. Sus preguntas permiten establecer por una parte si una persona cumple o no cada uno de los criterios del trastorno y este mismo; y por otra, la intensidad y/o frecuencia de cada uno de los síntomas del TEPT y la gravedad de este. Las calificaciones de intensidad y/o frecuencia son hechas por la propia persona ante las preguntas del entrevistador empleando una escala que tiene delante y que va de 1 ("no/nunca") a 7 ("extremadamente/siempre"). Además del diagnóstico actual y del diagnóstico presente o pasado del TEPT, pueden calcularse diversas medidas, entre ellas una puntuación total y tres puntuaciones parciales (reexperimentación del trauma, evitación, activación).

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa et al., 1995; Echeburúa, Corral, Amor et al., 1997). Es una entrevista semiestructurada de 17 preguntas correspondientes a los síntomas del TEPT según el DSM-IV-TR; además, incluye preguntas sobre los 13 síntomas propios de los ataques de pánico. La gravedad de cada síntoma es valorada según una escala de frecuencia/intensidad que va de 0 a 3. Puede calcularse para el TEPT una puntuación total y tres puntuaciones parciales (reexperimentación del trauma, evitación, acti-

vación). Se ha propuesto un punto de corte de 15. Esta escala puede consultarse en Caballo (2005), Echeburúa et al. (1995), Echeburúa y de Corral (1998a) y Echeburúa, Corral, Amor et al. (1997).

Escala de 8 ítems para los Resultados del Tratamiento del TEPT (*Eight-Item Treatment Outcome in Post-traumatic Stress Disorder Scale, TOP-8*; Davidson y Colket, 1997, citado en García-Portilla et al., 2011). Pretende evaluar los resultados del tratamiento a través de 8 ítems que el clínico valora de 0 a 4 en función de su gravedad y que representan los criterios B a D del DSM-IV. Ha sido validada en español por Bobes et al. (2000) y puede consultarse en García-Portilla et al. (2011).

Escala de Gravedad de la Despersonalización (*Depersonalization Severity Scale, DSS*; Simeon, Guralnik y Schmeidler, 2001). Consta de 6 preguntas sobre síntomas de despersonalización. Para cada una contestada positivamente, se pregunta a la persona por la frecuencia e intensidad de su experiencia durante las dos últimas semanas. A partir de aquí, el entrevistador valora la gravedad de cada ítem de 0 a 3 basándose en la combinación de frecuencia e intensidad. Por ejemplo, una gravedad moderada puede resultar de una experiencia infrecuente y muy intensa o frecuente con intensidad moderada o continua y de baja intensidad.

Un modelo de entrevista diagnóstica siguiendo los criterios del DSM-IV-TR es la **Entrevista para los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV-TR (ADIS-IV)** de Brown, DiNardo y Barlow (1994). Esta entrevista dura de una a dos horas y evalúa los diferentes trastornos de ansiedad a un nivel no solamente diagnóstico, Además, contiene secciones para evaluar los trastornos del estado de ánimo, la hipocondría, el trastorno por somatización, el trastorno mixto de ansiedad-depresión y los trastornos de abuso/dependencia de sustancias psicoactivas. En todos estos casos, la evaluación puede hacerse sólo en el presente o también en el pasado, según el modelo de entrevista que se emplee de los dos existentes. También se incluyen unas pocas preguntas de cribado sobre síntomas psicóticos y de conversión, y sobre la historia familiar de trastornos psicológicos. La última sección aborda la historia de tratamiento psicológico y psiquiátrico y la historia médica del cliente. Finalmente, se incluyen las escalas de Hamilton para la ansiedad y la depresión.

Aspectos que es interesante tener en cuenta con relación a la entrevista clínica son los siguientes:

- **Muchos pacientes no informan de sus traumas si no se les pregunta específicamente e, incluso así, pueden ser renuentes a ello;** esto es comprensible, dada su tendencia a evitar todo aquello que les recuerde al trauma. Además, en el caso de ciertos traumas (p.ej., violación) las personas pueden temer las reacciones a su revelación –especialmente si antes no fueron creídos o fueron culpados– o pueden no identificar su experiencia como violación, especialmente si su agresor fue un conocido (Calhoun y Resick, 1993). De todo esto se deriva, por una parte, la especial importancia que tiene que el paciente comprenda cuáles son los beneficios que van a derivarse de la evaluación y, por otra, la necesidad de llevar a cabo esta con el debido tacto y sin querer correr demasiado, caso de encontrarse con fuertes resistencias.
- **Si un paciente llama por teléfono** pidiendo consulta debido a un TEPT, conviene avisarle que puede experimentar un incremento de los síntomas antes de la primera sesión y que puede experimentar un gran deseo de evitar esta. Hay que alentarle a venir, independientemente de como se sienta, y decirle que la evitación retrasa la recuperación.
- Si un paciente llama dentro de la primera semana del evento traumático, hay que respon-

der a la **situación de crisis** proporcionando información sobre los síntomas y su curso (lo cual hará que la persona los vea como normales) y pidiendo al paciente que busque apoyo social y que experimente sus emociones y hable sobre el trauma y sus reacciones tanto como le sea posible; de esta manera se favorece el procesamiento emocional y el apoyo social. En el caso de violación, hay que preguntar si se ha denunciado la misma a la policía y si se ha buscado atención médica por lo que respecta tanto al informe médico para la denuncia como a las posibles consecuencias de la violación (heridas, embarazo, enfermedades venéreas).

- Los **niños** pueden tener dificultades para informar de aspectos del TEPT (p.ej., pérdida de interés en actividades significativas, restricción del afecto); por tanto, es conveniente entrevistar a los padres, maestros u otros adultos que puedan proporcionar información.
- Es importante evaluar por sistema la presencia de ideación **suicida** actual, los intentos previos de suicidio y los factores de riesgo para este último (p.ej., depresión, abuso de sustancias).

Finalmente, una **Entrevista Semiestructurada sobre Agresiones Sexuales** puede consultarse en Echeburúa et al. (1995, apéndice 15, véase también la página 112).

CUESTIONARIOS

Se comentarán a continuación los cuestionarios dirigidos a evaluar la posible existencia de TEPT (cuestionarios de tipo diagnóstico), los cuestionarios generales sobre el TEPT, los cuestionarios sobre aspectos específicos del TEPT, los cuestionarios sobre interferencia o discapacidad causada por el problema y los cuestionarios sobre el TEA. Aparte de alguno de los cuestionarios anteriores, es aconsejable pasar un cuestionario de depresión, dada la importancia del bajo estado de ánimo en el TEPT. Finalmente, existen instrumentos no normalizados que son útiles como medida semanal para ir valorando el progreso del paciente y que incluso pueden ser individualizados para cada caso. Uno de estos instrumentos es la Escala sobre el Trastorno por Estrés Posttraumático (Wells, 2009).

Cuestionarios de tipo diagnóstico para el TEPT

Escala Diagnóstica Postraumática (*Posttraumatic Diagnostic Scale, PDS*; Foa et al., 1997). Evalúa los criterios del TEPT según el DSM-IV-TR (permitiendo así un posible diagnóstico, aunque esto es cuestionable) y la gravedad de los síntomas del trastorno. La escala consta de 49 ítems divididos en cuatro secciones. En la primera hay una lista de 12 acontecimientos traumáticos (incluyendo una categoría de "otros") y el paciente tiene que marcar aquellos que ha experimentado u observado. En la segunda sección la persona tiene que indicar cuál de ellos le ha perturbado más durante el último mes, describirlo brevemente y referirse al mismo al contestar las siguientes secciones. A continuación vienen cuatro preguntas del tipo sí-no sobre posible daño físico al paciente o a otros y cómo el paciente se sintió en el tiempo del acontecimiento (pensar que su vida estaba en peligro, pensar que la vida de algún otro estaba en peligro, sentirse impotente o aterrorizado). La tercera sección son los 17 síntomas del TEPT (criterios B, C y D), la frecuencia de cada uno de los cuales durante el último mes es valorada de 0 a 3. La última sección incluye nueve ítems que evalúan la interferencia en diferentes áreas (trabajo, faenas de la casa, amistades, ocio, escuela, relaciones familiares, vida sexual, satisfacción general con la vida, nivel global de funcionamiento) durante el último mes según un formato sí-no. Las tres subescalas correspondientes a los criterios B, C y D del TEPT (reexperimentación intrusa del trauma, evitación y embotamiento emocional, e hiperactivación) correlacionan altamente entre sí y con la puntuación total, por lo

que su utilidad clínica es cuestionable; sin embargo, proporcionan una información diagnóstica útil.

Cuestionario de Acontecimientos Dolorosos (*Distressing Event Questionnaire, DEQ*; Kubany, Leysen et al., 2000). Al igual que el PDS, evalúa todos los criterios diagnósticos del TEPT según el DSM-IV-TR. El paciente contesta el cuestionario en referencia a un trauma que le ha sucedido o bien se le pasa primero el Cuestionario de Acontecimientos Vitales Traumáticos (*TLEQ*, Kubany, Haynes et al., 2000; versión española de Pereda y Forns (2007) y responde al DEQ de acuerdo con el evento que la causa más dolor de los 16 enumerados en el cuestionario anterior. A partir de aquí, se evalúa si se respondió con miedo, impotencia u horror intensos al evento. Luego, la persona califica de 0 a 4 el grado con que ha experimentado cada uno de los 17 síntomas del TEPT durante los últimos 30 días. A continuación el cuestionario evalúa si la duración de los síntomas es superior a un mes y, a través de 11 preguntas, la interferencia producida por el trastorno. Finalmente, hay tres preguntas dirigidas a evaluar la culpa, ira y duelo no resuelto relacionados con el trauma. Ha mostrado buenas propiedades psicométricas con excombatientes y mujeres maltratadas o violadas.

Escala de Trauma de Davidson (*Davidson Trauma Scale, DTS*; Davidson et al., 1997). Es un cuestionario con 17 ítems correspondientes a los síntomas del TEPT según el DSM-IV-TR. Los ítems 1-4 y 17 corresponden a la reexperimentación intrusa del trauma, los 5-11 a la evitación y embotamiento emocional y los 12-16 a la hiperactivación. La persona califica la frecuencia e intensidad de cada ítem durante la semana previa en una escala de 0 a 4; puede obtenerse una puntuación global (se ha propuesto un punto de corte de 40) así como puntuaciones correspondientes a intensidad y frecuencia. Conviene tener en cuenta que los ítems de reexperimentación intrusa y evitación hacen referencia al evento traumático, mientras que el resto, no. Esto último se desvía de lo fijado en el DSM-IV-TR y se debe a que se considera que es muy difícil para una persona hacer una valoración precisa al respecto. La escala puede consultarse en Bobes et al. (2000, 2002) y Gracia-portilla et al. (2011); en esta versión en castellano el ítem 17 ha pasado a ser el número 5, el 5 ha pasado a ser el 6 y así sucesivamente hasta el 16, el cual se ha convertido en el 17.

Escala de Autovaloración para el TEPT (*Self-Rating Scale for PTSD, SRSP*; Carlier et al., 1998). Mide la frecuencia o intensidad de los 17 síntomas del TEPT según el DSM-IV-TR. Cada uno de los 17 ítems, cinco de los cuales son dobles, es valorado de 0 a 2 tomando como marco de referencia las últimas cuatro semanas. Puede utilizarse como ayuda al diagnóstico o bien para obtener una puntuación total y puntuaciones parciales correspondientes a cada uno de los tres grupos de síntomas del TEPT según el DSM-IV-TR (reexperimentación intrusa del trauma, evitación y embotamiento emocional, e hiperactivación). Hasta el momento sólo ha sido validado con supervivientes de un accidente de aviación y no hay datos sobre su fiabilidad test-retest.

Otros cuestionarios de este tipo, los cuales son explicados y presentados íntegramente en Antony, Orsillo y Roemer (2001), son la **Lista TEPT** (*PTSD Checklist, PCL*; Weathers et al., 1993). Puede verse la versión en castellano en Miles, Marshall y Schell, (2008) y la **Escala TEPT de Purdue - Revisada** (*Purdue PTSD Scale-Revised, PPTSD-R*; Lauterbach y Vrana, 1996).

Cuestionarios generales sobre el TEPT

Escala Global de Estrés Postraumático (EGEP; Crespo y Gómez, 2012). A través de sus 62 ítems, evalúa los acontecimientos traumáticos experimentados, los criterios diagnósticos del TEPT, aspectos de la sintomatología postraumática no incluidos en los criterios anteriores (desvaloración, culpa, inseguridad) y la relación entre la sintomatología presente y el acontecimiento

traumático. La primera sección consta de 27 ítems que evalúan la ocurrencia de 11 acontecimientos traumáticos (más uno de tipo abierto), cuál fue el peor de ellos y las características de este último: gravedad, momento en que ocurrió, frecuencia del mismo, si su vivencia se caracterizó por respuestas de miedo, indefensión u horror, y consecuencias del acontecimiento. La segunda sección tiene 28 ítems que evalúan los síntomas experimentados como consecuencia del acontecimiento traumático (incluidos los 17 del DSM-IV-TR) y su gravedad. La última sección tiene 7 ítems que evalúan la interferencia producida por los síntomas postraumáticos en distintas áreas.

Escala de Impacto de Acontecimientos (*Impact of Events Scale, IES*; Horowitz et al., 1979, citado en Báguena et al., 2001, y en Lauterbach et al., 1997). Es uno de los instrumentos más empleados para medir el impacto de sucesos traumáticos. Se trata de un cuestionario de 15 ítems que la persona valora en una escala de 4 puntos (0, 1, 3, 5) según la frecuencia con que haya experimentado cada síntoma durante los últimos 7 días. Consta de dos subescalas que miden respectivamente síntomas de intrusión (7 ítems) y evitación (8 ítems). No obstante, no se miden los síntomas específicos necesarios para el diagnóstico del TEPT. El instrumento puede consultarse en Báguena et al. (2001) y, en inglés, en la fuente original y en Antony, Orsillo y Roemer (2001) y Corcoran y Fischer (2000).

Existe una versión revisada de la escala (*IES-R*; Weiss y Marmar, 1997, citado en Báguena et al., 2001, y en Echeburúa, Amor y de Corral, 2005), la cual evalúa también los síntomas de hiperactivación mediante cinco ítems añadidos al IES y un ítem resultante de desdoblarse el ítem original referido a problemas del sueño. Además, añade un nuevo ítem de intrusión. Así pues, consta de 22 ítems (ocho de intrusión, ocho de evitación y seis de hiperactivación) que la persona valora en una escala de 0 a 4 según el malestar producido por cada síntoma durante los últimos 7 días. Los análisis factoriales no respaldan la existencia de un factor separado de hiperactivación. Suele emplearse la puntuación total y se ha propuesto un punto de corte de 26. El instrumento puede consultarse en Báguena et al. (2001).

Escala Misisipí para el Trastorno por Estrés Postraumático Relacionado con el Combate (*Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder, MSCR-PTSD*; Keane, Caddell y Taylor, 1988). Esta escala presenta varias versiones. La original consta de 35 ítems sobre los distintos síntomas del TEPT de acuerdo con el DSM-III-R y sobre algunas características asociadas con el TEPT (abuso de sustancias, suicidio, depresión). Cada ítem es valorado según una escala de 1 a 5 cuyo anclaje varía según los ítems. Un análisis factorial ha puesto de manifiesto seis factores. El instrumento puede consultarse en Corcoran y Fischer (2000). Hyer, Davis, Boudewyns y Woods (1991) han elaborado una versión abreviada de esta escala, la cual consta de 10 ítems, correlaciona 0,95 con la original y presenta dos factores.

También se ha desarrollado una **versión para civiles** de la escala original, con 35 ó 39 ítems según los casos. No hay acuerdo sobre la estructura factorial de esta versión para civiles; además puede ser más una medida general de malestar que una medida específica de TEPT, ya que correlaciona más con medidas de ansiedad y depresión que con otras medidas del TEPT (Lauterbach et al., 1997). La Escala Misisipí Civil para el Trastorno por Estrés Postraumático puede consultarse en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

Escala Misisipí Civil Revisada para el Trastorno por Estrés Postraumático (*Revised Civilian Mississippi Scale for Posttraumatic Stress Disorder, RCMS-PTSD*; Norris y Perilla, 1996). Se trata de una escala de 30 ítems elaborada a partir de una revisión de la forma civil de la Escala Misisipí para el Trastorno por Estrés Postraumático Relacionado con el Combate; se eliminaron 11 de los 39 ítems originales y se añadieron otros dos. Todos los ítems son valorados de 1 a 5 y cada uno de los cinco puntos tiene el mismo anclaje. Los primeros 18 ítems relacionan el síntoma considerado con el evento traumático (*"Desde el acontecimiento, los ruidos inesperados me ha-*

cen saltar"), mientras que los otros 12, no ("Soy capaz de contactar emocionalmente con otras personas"). Una versión en castellano de la escala puede verse en el artículo original, aunque la palabra *acontecimiento* ha sido sustituida por *huracán*.

Autoinforme del Espectro de Trauma y Perdida (*Trauma and Loss Spectrum—Self-Report, TLS-SR*; Dell’Osso et al., 2009). Es el autoinforme correspondiente a la Entrevista Clínica Estructurada para el Espectro de Trauma y Perdida y los datos entre ambos concuerdan sustancialmente. Consta de los mismos ítems, dimensiones y formato de respuesta.

Cuestionario de Eventos Traumáticos (*Traumatic Events Questionnaire, TEQ*; Vrana y Lauterbach, 1994, citado en Antony, Orsillo y Roemer, 2001). Evalúa las experiencias con 11 tipos específicos de trauma. Para cada trauma experimentado, la persona contesta el número de veces que ha ocurrido, la edad cuándo ocurrió y, en escalas de 1 (nada) a 7 (extremadamente), si resultó herida, si percibió que su vida se vio amenazada, cuán traumático fue el evento y cuán traumático lo es ahora. Algunos ítems piden además una descripción del trauma. Si la persona marca más de un trauma, debe indicar cuál fue el más traumático y contestar la Escala TEPT de Purdue - Revisada (*Purdue PTSD Scale-Revised, PPTS-R*; Lauterbach y Vrana, 1996) refiriéndose al mismo. Esta última escala evalúa de 1 a 5 la frecuencia de los 17 síntomas del TEPT correspondientes a los criterios B, C y D del DSM-IV-TR. A las personas que no señalan ningún trauma se les pide que describan la peor experiencia estresante que hayan tenido, que respondan para ella lo mismo que para el resto de los ítems y que contesten la Escala TEPT de Purdue - Revisada. Los dos instrumentos citados pueden consultarse en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001). Un cuestionario similar, el Cuestionario de Experiencias Traumáticas de Davidson, Hughes y Blazer (1990, citado en Bobes et al., 2002) puede consultarse en esta última fuente y en García-Portilla et al. (2011). También existe el Cuestionario de Acontecimientos Vitales Traumáticos (Kubany, Haynes et al., 2000; versión española de Pereda y Forns (2007), la Escala Global de Estrés Postraumático (Crespo y Gómez, 2012) y el Cuestionario de Acontecimientos Traumáticos en la Infancia (Bernstein et al., 2003, citado en García-Portilla et al., 2011). Este último evalúa la ocurrencia de negligencia física y emocional y del abuso físico, sexual y emocional en la infancia.

Inventario de Pensilvania para el Trastorno por Estrés Postraumático (*Penn Inventory for Posttraumatic Stress Disorder, PI-PTSD*; Hammarberg, 1992). Es un cuestionario basado en los criterios del DSM-III-R para el TEPT y que puede utilizarse tanto en poblaciones militares como civiles. Consta de 26 ítems que se califican de 0 a 3 según qué frase se elija de las cuatro que componen cada uno de ellos. Un ejemplo es el siguiente: 0 No he experimentado un trauma significativo en mi vida. 1 He experimentado uno o más traumas de intensidad limitada. 2 He experimentado traumas muy intensos y perturbadores. 3 Los traumas que he experimentado fueron tan intensos que los recuerdos sobre ellos invaden mi mente sin aviso. Falta establecer si este cuestionario es sensible a los efectos del tratamiento.

Lista de Síntomas de Los Ángeles (*Los Angeles Symptom Checklist, LASC*; King et al., 1995, citado en Antony, Orsillo y Roemer, 2001). Evalúa síntomas del TEPT y características asociadas (abuso de bebida, dolores de cabeza, dificultad para encontrar o mantener un trabajo, problemas maritales, etc.) a través de 43 ítems valorados de 0 a 4 según el grado en que constituyen un problema. Pueden considerarse las respuestas (2 o más) a 17 síntomas del TEPT que se aproximan a los fijados en el DSM-IV-TR para establecer un posible diagnóstico, puede calcularse la suma de estos 17 ítems para calcular la gravedad del TEPT y puede calcularse una puntuación total que refleja una evaluación global de malestar e interferencia. Una limitación de esta escala es que en sus instrucciones no hace referencia a haber sufrido una exposición traumática y, por lo tanto, no se sabe hasta qué punto los síntomas están relacionados con la misma. El instrumento puede consultarse en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

Cuestionarios sobre aspectos específicos relacionados con el TEPT

Inventario de Cogniciones Postraumáticas (*Posttraumatic Cognitions Inventory, PTCI*; Foa, Ehlers et al., 1999). Evalúa una serie de pensamientos y creencias que subyacen al TEPT. Consta de 36 ítems valorados de 1 a 7 según el grado en que se está de acuerdo con ellos. Se han identificado tres factores: a) Cogniciones negativas sobre sí mismo (21 ítems que reflejan una visión general negativa de sí mismo, cambio negativo permanente, sentirse aislado, desesperanza, poca confianza en sí mismo, interpretación negativa de los síntomas). b) Cogniciones negativas sobre el mundo (7 ítems acerca de la inseguridad del mundo y la desconfianza en los demás). c) Autoculpabilización por el trauma (5 ítems). Tres de los ítems son experimentales y no se incluyen en las subescalas. Para hacer comparables las puntuaciones de las tres escalas, se calcula la media para cada una de ellas. El inventario discrimina entre personas que han desarrollado o no TEPT tras sufrir un trauma. El instrumento puede consultarse en inglés en la fuente original y en Antony, Orsillo y Roemer (2001). En España ha sido adaptado por Labrador y Rincón (2003).

Escala del Procesamiento Cognitivo del Trauma (*Cognitive Processing of Trauma Scale, CPOTS*; Williams, Davis y Millsap, 2002). Evalúa cinco aspectos del procesamiento cognitivo del trauma: a) reestructuración cognitiva positiva, b) comparación con otros menos afortunados, c) resolución/aceptación, d) negación, y e) pesar (por no haber actuado de forma diferente). Consta de 17 ítems que se valoran en una escala de siete puntos de -3 (completamente en desacuerdo) a +3 (completamente de acuerdo) pasando por 0 (ni de acuerdo ni en desacuerdo). El instrumento puede consultarse en la fuente original. Sólo ha sido probado en estudiantes universitarios que habían experimentado algún trauma, aunque este se definió de modo muy laxo e incluyó eventos como el final de una relación o el divorcio de los padres.

Cuestionario de Conducta de Evitación Postraumática (*Posttraumatic Avoidance Behaviour Questionnaire, PABQ*; van Minnen y Hagenars, 2010). Evalúa la evitación de pensamientos, sensaciones, actividades, lugares y personas asociados con el evento traumático a través de 25 ítems valorados en una escala de frecuencia de 1 a 4. Se han identificado siete factores: recordatorios visuales, pensamientos asociados con el trauma, agorafobia, sentirse inseguro en casa, sueño, interacción social y recordatorios sensoriales. El instrumento puede consultarse en la fuente original.

Inventario de Culpabilidad Relacionada con el Trauma (*Trauma-Related Guilt Inventory, TRGI*; Kubany et al., 1996; Kubany y Haynes, 2001). Este cuestionario pretende medir un aspecto (culpabilidad) muy frecuente en todos los tipos de trauma y que puede contribuir al mantenimiento del TEPT. Consta de 32 ítems valorados de 0 a 4 y distribuidos en tres escalas y tres subescalas. Las tres escalas son Culpabilidad Global (4 ítems), Malestar (6 ítems) y Cogniciones de Culpa (22 ítems). Esta última presenta tres subescalas: Sesgo retrospectivo/Responsabilidad (7 ítems), Mal Comportamiento (violación de normas personales, 5 ítems) y Falta de Justificación (4 ítems). Se dispone de normas para universitarios, mujeres maltratadas y veteranos del Vietnam. El cuestionario ha sido adaptado al español por Pereda et al. (2011).

Creencias Asociadas con el Abuso Sexual Infantil (*Beliefs Associated with Childhood Sexual Abuse, BACSA*, Jehu et al., 1986, citado en Corcoran y Fischer, 2000). Evalúa las creencias distorsionadas más comunes asociadas a haber sufrido abuso sexual infantil y que pueden contribuir a sentimientos de culpa, tristeza y baja autoestima. Cada una de las 17 creencias es valorada de 0 a 4 según el grado en que se considera cierta. El instrumento puede consultarse en Corcoran y Fischer (2000).

Inventario de Disociación Multiescala (*Multiscale Dissociation Inventory, MDI*; Briere,

2002). Consta de 30 ítems valorados en una escala de frecuencia de 1 a 5 e incluye seis escalas diseñadas para reflejar la naturaleza multifacética de la disociación: desconexión (separación emocional y cognitiva del entorno inmediato), despersonalización (alteración en la percepción del propio cuerpo o de sí mismo), desrealización (alteración en la percepción del mundo externo), alteraciones de la memoria (pérdida de memoria para acontecimientos personales específicos), constricción emocional (menor emotividad o capacidad de respuesta emocional disminuida) y disociación de la identidad (la percepción o experiencia de que existe más de una persona o sí mismo dentro de la propia mente). Un análisis factorial ha puesto de manifiesto cinco factores correspondientes a las seis escalas anteriores, aunque combinando despersonalización y desrealización. El instrumento puede obtenerse del autor (jbriere@usc.edu).

Cuestionario Modificado de Experiencias Disociativas Peritraumáticas (*RAND Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire, RAND-PDEQ*; Marshall et al., 2002). Evalúa las experiencias disociativas ocurridas durante o inmediatamente después del trauma. Estas experiencias parecen estar asociadas a un mayor riesgo de desarrollar TEPT o síntomas más intensos del TEPT. El cuestionario consta de 8 ítems que la persona valora de 1 a 5 según el grado en que cree que son ciertos en su caso.

Escala de Experiencias Disociativas (*Dissociative Experiences Scale, DES*; Bernstein y Putnam, 1986). Pretende medir experiencias de disociación que se dan tanto en población normal como en ciertos trastornos psiquiátricos (trastorno de personalidad disociativa, TEPT, esquizofrenia). Tiene 28 ítems relativos a experiencias de perturbaciones de identidad, memoria, conciencia y cogniciones y sensaciones de desrealización o despersonalización o fenómenos asociados como el *déjà vu*. Los ítems son largos y en ocasiones de redacción compleja. Para contestar cada ítem, la persona pone una raya en una línea de 100 mm que va de 0% a 100%, aunque existe una versión más reciente que utiliza una escala numérica de 11 puntos (de 0% a 100%). En las instrucciones se especifica que las preguntas sólo hacen referencia a aquellas experiencias no asociadas con el uso de alcohol y drogas. Valores normativos para población general pueden consultarse en Ross, Josgi y Currie (1990). No hay acuerdo sobre la estructura factorial de esta escala. El instrumento puede consultarse en inglés en la fuente original y, con la escala de 11 puntos, en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

Informe de Experiencias Curiosas (*Curious Experiences Survey, CES*; Goldberg, 1999). Se trata de una revisión de la Escala de Experiencias Disociativas en la que se ha abreviado o simplificado el redactado de los ítems, se han expresado estos en primera persona, se han añadido tres nuevos ítems y se ha empleado una formato de respuesta de 1 (nunca me ocurre) a 5 (casi siempre me ocurre). A partir de sus 31 ítems (o de los 17 con cargas más altas en el primer componente principal no rotado del análisis factorial realizado en población comunitaria) puede calcularse una puntuación total de disociación. Además, presenta tres subescalas: despersonalización (8 ítems), absorción (8 ítems) y amnesia (5 ítems).

Cuestionario de Experiencias de Disociación (*Questionnaire of Experiences of Dissociation, QED*; Riley, 1980). Consta de 26 ítems que se responden verdadero o falso y que describen experiencias disociativas informadas por pacientes con histeria, trastornos disociativos y epilepsia del lóbulo temporal. Un análisis factorial de esta escala con estudiantes universitarios y con los ítems valorados de 0 a 9 ha identificado cinco factores: despersonalización, amnesia, fantasía/soñar despierto, respuestas corporales disociadas y trance (Ray y Faith, 1995).

Escala de Experiencias de Despersonalización (*Depersonalization Experiences Scale, DES*; Jacobs y Bovasso, 1992). Sus 25 ítems describen diversas experiencias de despersonalización cuya frecuencia durante los últimos 12 meses debe valorar la persona según una escala de 0 (nunca) a 4 (al menos, una vez al día). Un análisis factorial con universitarios ha puesto de mani-

fiesto cinco factores de cinco ítems cada uno: a) Falta de autenticidad: pérdida del sentido de autenticidad de sí mismo al interactuar con los otros y dificultad para experimentar emociones. b) Negación de sí mismo: falta de reconocimiento de uno mismo como la persona que experimenta y percibe. c) Sí mismo como objeto: percepción de uno mismo como un objeto inanimado y dificultad para diferenciarse del mundo exterior. d) Desrealización: sensación de extrañeza respecto a las cosas o la gente. e) Separación del propio cuerpo: sentir el cuerpo separado de uno mismo. De todos estos tipo de experiencias, la más frecuente es la de desrealización y la menos, la de sí mismo como objeto.

Prueba de Síntomas Resultantes de la Violación (*Rape Aftermath Symptom Test, RAST*; Kilpatrick, 1988). Se trata de un inventario que persigue evaluar los miedos (estar solo, relaciones sexuales, salir con gente nueva) y otros síntomas (evitación, pánico, desconfianza en la gente) comúnmente experimentados por las víctimas de violación. Consta de 70 ítems valorados de 0 a 4 según la intensidad de la perturbación que producen; 40 de estos ítems han sido extraídos del Inventario Modificado de Miedos de Veronen-Kilpatrick y 30 de la Lista de Verificación de Síntomas 90-R. La respuesta a los ítems individuales es útil de cara al tratamiento. La puntuación obtenida depende en gran medida del tiempo transcurrido desde la violación. El instrumento puede consultarse en inglés en Corcoran y Fischer (2000), los cuales también presentan el Sexual Assault Symptom Scale de Ruch et al. (1991) que evalúa diversos síntomas subsecuentes a la violación.

Inventario de Experiencias Sexuales (*Sexual Experiences Survey, SES*; Koss y Gidycz, 1985). Consta de 10 ítems que se contestan *sí* o *no* y que van dirigidos a evaluar varios grados de agresión sexual y victimización. Este inventario es capaz de identificar víctimas no declaradas de violación y agresores sexuales no detectados hasta el momento.

Cuestionarios de interferencia o discapacidad

Estos cuestionarios podrían estar midiendo no sólo la discapacidad producida por el trastorno de interés, sino también por otros trastornos presentados por los clientes.

Cuestionario de Discapacidad de Sheehan (*Sheehan Disability Inventory, SDI*; Sheehan, Harnett-Sheehan y Raj, 1996, citado en Bobes et al., 1998). Consta de 5 ítems valorados de 0 a 10, excepto el último que lo es de 0 a 100. Los tres primeros evalúan respectivamente la disfunción producida por los síntomas en el trabajo, vida social y vida familiar/responsabilidades domésticas. El cuarto valora el estrés percibido (las dificultades en la vida producidas por eventos estresantes y problemas personales), y el quinto, el apoyo social percibido o el grado de apoyo recibido de personas allegadas con relación al apoyo necesitado. Puede consultarse en Bobes et al. (1998, 2002).

Escala Autoevaluada de Discapacidad de Liebowitz (Liebowitz, 1987, citado en Bobes et al., 1998). Es el instrumento más complejo. Sus 11 ítems, valorados de 0 a 3, evalúan el grado en que los problemas emocionales impiden realizar determinadas acciones: beber con moderación, evitar medicamentos no prescritos, estar de buen humor, avanzar en los estudios, mantener un trabajo, tener buenas relaciones con la familia, tener relaciones románticas/íntimas satisfactorias, tener amigos y conocidos, dedicarse a aficiones, cuidado de personas y de la casa, y desear vivir y no pensar en el suicidio. El paciente debe contestar cada ítem en referencia primero a las dos últimas semanas y segundo a lo largo de la vida o la vez que peor estuvo. Puede consultarse en Bobes et al. (1998).

Cuestionario de Interferencia. Pueden emplearse escalas de 0-5, 0-8 o 0-10 puntos para que

la persona valore el grado de interferencia producido por sus problemas en su vida en general y en áreas más específicas tales como trabajo/estudios, amistades, relación de pareja, vida familiar, manejo de la casa, tiempo libre pasado con otros, tiempo libre pasado solo, economía y salud. Ejemplos de este cuestionario pueden verse en Bados (2000), Botella y Ballester (1997) y Echeburúa (1995). Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo (2000) presentan datos normativos para su Escala de Inadaptación, en la cual la persona valora de 0 a 5 la medida en que sus problemas actuales afectan a su vida en general como a cinco áreas más concretas (trabajo/estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar). El punto de corte que maximiza la sensibilidad y especificidad es 12 para la escala en su conjunto y 2 (correspondiente a la respuesta “poco”) para los ítems individuales.

Cuestionarios para el trastorno por estrés agudo

Escala de Trastorno de Estrés Agudo (*Acute Stress Disorder Scale, ASDS*; Bryant, Moulds y Guthrie, 2000). Sus 19 ítems incluyen diferentes síntomas de estrés agudo (5 disociativos, 4 de reexperimentación, 4 de evitación y 6 de activación) que la persona valora de 1 a 5 según el grado en que cada síntoma está presente. Permite calcular una puntuación total y cuatro subpuntuaciones correspondientes a los cuatro tipos de síntomas descritos. Como predictor de TEPT subsecuente, su éxito es limitado.

Cuestionario de Stanford sobre Reacciones ante el Estrés Agudo (*Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire, SASRQ*; Cardeña et al., 2000, citado en Antony, Orsillo y Roemer, 2001). Es una medida de 30 ítems del trastorno de estrés agudo y evalúa los síntomas experimentados durante y después de un evento estresante. El administrador fija el periodo de tiempo durante el cual han podido ocurrir los eventos estresantes y el paciente describe el más perturbador y el grado de perturbación que produjo. Luego, haciendo referencia a este evento, califica cada uno de los 30 ítems de 0 a 5 según la frecuencia con que lo ha experimentado. Hay 10 ítems de disociación, 6 de reexperimentación, 6 de evitación, 6 de ansiedad e hiperactivación y 2 de interferencia en el funcionamiento. Una pregunta final pide al cliente que diga los días que ha experimentado los peores síntomas de malestar. Puede obtenerse una puntuación total sumando todos los ítems o bien puede obtenerse un posible diagnóstico de trastorno de estrés agudo a partir de la consideración dicotómica de los ítems (0-2 = síntoma ausente, 3-5 = síntoma presente). Existen datos preliminares a favor de la validez predictiva del SASRQ. El instrumento puede consultarse en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

OBSERVACIÓN Y AUTORREGISTRO

Se pueden diseñar tests conductuales de modo similar a como se hace para las fobias específicas. Sin embargo, su empleo ha sido prácticamente nulo hasta el momento. Lo mismo puede decirse del autorregistro como método de evaluación (no así de tratamiento), aunque Echeburúa et al. (1995) señalan que pueden registrarse tanto conductas observables (respuestas de evitación, relación sexual, conductas compulsivas, etc.) como cognitivas y/o psicofisiológicas (pensamientos recurrentes sobre el trauma, número de pesadillas, intensidad del miedo ante determinadas situaciones, etc.). Otras características que pueden registrarse son señaladas por Craske y Tsao (1999).

REGISTROS PSICOFISIOLÓGICOS

Se han empleado durante la imaginación de las situaciones traumáticas o durante la exposi-

ción a estímulos asociados a las mismas (p.ej., estímulos visuales y auditivos propios del combate). La conductividad de la piel, el ritmo cardíaco, la tensión muscular y la tensión arterial han discriminado a personas con TEPT de sujetos normales (de Paúl, 1995; Keane, Caddell y Taylor, 1988). Esto ha sido establecido principalmente con ex-combatientes y no se sabe hasta qué punto es aplicable a víctimas de violación o de otros traumas.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

A continuación se expondrá el tratamiento del TEPT como trastorno diferenciado de ansiedad. Sin embargo, existen **modelos transdiagnósticos de la ansiedad** que postulan unas características nucleares que subyacen a todos los trastornos de ansiedad considerados por el DSM-IV-TR y la CIE-10. Dentro de estas características nucleares habría un factor específico de hiperactivación fisiológica y, compartido con la depresión, un factor general de afectividad negativa, esto es, una tendencia estable y heredable a experimentar una amplia gama de sentimientos negativos tales como preocupación, ansiedad, miedo, alteración, enfado, tristeza y culpabilidad⁴. Estas características compartidas, una comorbilidad entre trastornos de ansiedad mayor de la que sería esperable y la reducción de estos trastornos comórbidos al tratar sólo el trastorno principal hacen pensar que hay más similitudes que diferencias entre los distintos trastornos de ansiedad. Todo esto, junto con el hecho de que los programas cognitivo-conductuales para los distintos trastornos de ansiedad comparten muchos contenidos, ha llevado a algunos autores a desarrollar diversos protocolos dirigidos cada uno de ellos a tratar múltiples trastornos de ansiedad (principalmente, fobias, pánico y ansiedad generalizada; con menor frecuencia, trastorno obsesivo-compulsivo y TEPT); de este modo, pueden tratarse en grupo a pacientes con diversos trastornos de ansiedad. Incluso existe un protocolo para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales, incluida la depresión unipolar (Barlow et al., 2011a, 2011b).

Los **programas transdiagnósticos** de tratamiento pueden incluir elementos comunes a los distintos trastornos de ansiedad (educación, incremento de la motivación para implicarse en el tratamiento, entrenamiento en conciencia emocional, relajación, reestructuración cognitiva, exposición, prevención de recaídas) y elementos específicos (exposición interoceptiva, asertividad). Según el metaanálisis de Norton y Philipp (2008), estos programas han logrado en medidas de ansiedad o gravedad un alto tamaño del efecto pre-post (diferencia media tipificada [DMT] = 1,29) que ha sido significativamente mayor que el de los grupos control (DMT = 0,14); las mejoras se han mantenido en seguimientos de hasta 6 meses. Y en el metaanálisis de Reinholt y Krogh (2014) el tamaño del efecto fue bajo respecto al tratamiento habitual (DMT = 0,28) y alto respecto a la lista de espera (DMT = 1), aunque los estudios mostraron un alto sesgo que pudo sobrestimar este tamaño y este fue menor en personas de más edad o con trastorno depresivo comórbido. Por otra parte, hay datos preliminares de que los programas transdiagnósticos son más eficaces que la lista de espera cuando se aplican por internet (Titov et al., 2010), incluso cuando han ido dirigidos a trastornos de ansiedad y/o depresión (Titov et al., 2011). Y han sido más eficaces que el tratamiento usual cuando se han aplicado en atención primaria, combinados con medicación o no (Roy-Byrne et al., 2010). En este último caso el programa transdiagnóstico no fue más eficaz en una medida específica de TEPT, aunque fue debido, quizá, a una falta de potencia estadística (Craske et al., 2011). Los programas transdiagnósticos también reducen en gran medida el porcentaje de pacientes con trastornos comórbidos de ansiedad y depresión, y esta reducción es mayor que la observada en la mayoría de estudios en que la terapia cognitivo-conductual ha ido dirigida a trastornos específicos de ansiedad (Norton et al., 2013). Falta comprobar si el tratamiento en grupos con trastornos de ansiedad diferentes es igual de eficaz que el tratamiento con grupos

⁴ Mientras que una alta hiperactivación fisiológica caracterizaría a los trastornos de ansiedad, una baja afectividad positiva (o entusiasmo por la vida) sería típica de los trastornos depresivos.

homogéneos; de ser así, como sugieren los datos de Norton y Barrera (2012), se facilitaría la aplicación y propagación de la terapia cognitivo-conductual. Ejemplos de programas transdiagnósticos para adultos y niños pueden verse respectivamente en Barlow et al. (2011a, 2011b) y Ehrenreich-May y Bilek (2012).

EFICACIA DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Existen varios acercamientos principales en el tratamiento del TEPT:

- **Exposición** a los estímulos internos y externos temidos. Puede aplicarse en la imaginación y/o en vivo según los casos y las situaciones considerados. La exposición también puede incluir **escribir** sobre los eventos traumáticos o pesadillas, **escuchar grabaciones** sobre descripciones de los mismos y **dibujar o jugar** en el caso de los niños.
- **Reestructuración cognitiva, ya sea por sí sola o combinada con exposición.** Resick y Schnicke (1993) han propuesto la **terapia de procesamiento cognitivo** [una combinación de exposición (escribir sobre el trauma y leerlo al terapeuta) y reestructuración cognitiva, con énfasis en esta última] para víctimas de violación con TEPT, aunque esta terapia ha sido adaptada a personas con TEPT subsecuente a otros tipos de trauma. También Ehlers et al. (2005) presentan una terapia cognitiva con menos énfasis en revivir imaginalmente el trauma.
- **Terapia cognitivo-conductual (TCC) más compleja que la anterior**, ya que incluye otros componentes. Más adelante se presentarán varios programas multicomponentes adaptados a distintos tipos de eventos traumáticos o personas traumatizadas.
- **Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (DRMO, Shapiro, 1995, 2001, 2004).** Es un procedimiento diseñado para el tratamiento de los recuerdos traumáticos que incluye la imaginación de escenas traumáticas, la autorrepetición de una autoverbalización negativa que resuma la valoración del trauma, la concentración en las sensaciones físicas de ansiedad y la inducción de movimientos oculares rítmicos por parte del terapeuta. Posteriormente el cliente visualiza la imagen original junto con una autoverbalización positiva que refleje el sentimiento deseado.
- **Inoculación de estrés.** Se enseña a los clientes habilidades (p.ej., relajación, respiración, autoinstrucciones, aserción, detención del pensamiento) para manejar tanto los agentes estresantes de la vida diaria como las reacciones desadaptativas inducidas por el trauma; incluye exposición.

Otro tipo de intervención que ha empezado a ser investigada más recientemente es la **terapia metacognitiva** de Wells (2009), la cual es descrita más adelante junto con los datos que sustentan su eficacia. También hay **programas de intervenciones cognitivo-conductuales breves dirigidos a víctimas recientes con riesgo de desarrollar o cronificar el TEPT.** Por otra parte, un tratamiento del TEPT para adultos que sufrieron abusos sexuales en la infancia es la **terapia de reelaboración imaginal y reprocesamiento** (Smucker y Dancu, 1999/2005; Smucker, Dancu, Foa y Niederee, 1995), tratamiento que ha sido extendido a otros tipos de traumas (Grunert et al., 2003, 2007).

Otros tratamientos han sido muy poco investigados, tales como la hipnosis, la terapia psicodinámica breve y la psicoterapia ecléctica breve. En dos estudios conducidos por el mismo equipo, la **meditación** mantra ha sido más eficaz que el tratamiento habitual en síntomas de TEPT, calidad de vida y bienestar espiritual (véase Bomyea y Lang, 2012). En un estudio, el **yoga** basado en diversas técnicas de respiración, ha sido más eficaz que la lista de espera en refugiados in-

dios que presentaban TEPT y depresión tras un tsunami. En otro trabajo con mujeres que no habían respondido al tratamiento del TEPT, el hata-yoga fue superior a una condición de educación en la salud (van der Kolk et al., 2014). En un estudio cada una, la **terapia interpersonal** y la **acupuntura** han sido más eficaces que la lista de espera (véase Cukor et al., 2009). La terapia interpersonal no ha diferido de la exposición prolongada ni de la relajación en medidas de TEPT, aunque los dos primeros tratamientos fueron superiores en ciertas medidas de TEPT, calidad de vida, funcionamiento social y problemas interpersonales (Markowitz et al., 2015). La acupuntura más el tratamiento habitual (psicológico y farmacológico) ha sido superior a este último en un estudio con militares (Engel et al., 2014). Otros tratamientos emergentes han sido revisados por Bomyea y Lang (2012) y Cukor et al. (2009). El **entrenamiento computarizado en modificar el sesgo atencional** no ha sido más eficaz que un grupo control en un estudio (Schoorl et al., 2013); sin embargo, en otro ha sido más eficaz cuando se ha añadido como adjunto a un tratamiento que combinaba exposición prolongada o terapia de procesamiento cognitivo y medicación (Kuckertz et al., 2014).

Los tratamientos anteriores pueden clasificarse en dos grandes categorías, **centrados o no centrados en el trauma**: a) Los centrados en el trauma se focalizan en la memoria del evento traumático y su significado. Se incluyen aquí la exposición, la DRMO, la terapia de procesamiento cognitivo, la reelaboración imaginal y otros tipos de TCC. b) Los no centrados en el trauma no requieren recordar este, sino que se focalizan en aspectos actuales o pasados de la vida del paciente diferentes del evento traumático; el objetivo es enseñar habilidades para manejar las reacciones desadaptativas inducidas por el trauma y mejorar el funcionamiento. Se incluyen la inoculación de estrés, la relajación, el yoga, la acupuntura, las terapias dirigidas a regular las emociones y el funcionamiento interpersonal, y la terapia no directiva. Este segundo tipo de tratamientos ha sido poco investigado, no se recomienda su uso (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005) y se considera menos eficaz. Sin embargo, hay opiniones divergentes (Wampold et al., 2010), ya que, según el metaanálisis de Benish, Imel y Wampold (2008), no hay diferencias entre ambos tipos de tratamientos cuando sólo se considera los tratamientos *bona fide* (diseñados para ser terapéuticos) y se excluyen los tratamientos diseñados como controles o placebos psicológicos. Además, uno de los tratamientos no centrados en el trauma, la terapia centrada en el presente (Schnurr et al., 2003), ha resultado tan eficaz como la terapia cognitivo-conductual según un metaanálisis de cinco estudios (Frost, Laska y Wampold, 2014).

Por otra parte, Gerger, Munder y Barth (2014) compararon las **intervenciones psicológicas específicas** para el TEPT (básicamente de tipo conductual o cognitivo-conductual) con las **intervenciones no específicas** (terapia de apoyo, relajación, terapia centrada en el presente) y consideraron tanto el TEPT como el TEPT subclínico. Las primeras fueron moderadamente más eficaces que las segundas, pero hubo una interacción en función de la complejidad de los problemas presentados. La diferencia tuvo un tamaño del efecto alto (0,87) cuando los problemas no fueron complejos, pero el tamaño del efecto fue bajo (0,23) y no significativo cuando los problemas fueron complejos, esto es, cuando se cumplieron al menos dos de cuatro criterios: presencia de TEPT, duración de síntomas superior a 6 meses, presencia de comorbilidad o múltiples problemas y existencia de trauma en la infancia, múltiple o intencional.

La bibliografía sobre el tratamiento del TEPT en adultos ha sido revisada por Astin y Resick (1997), Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2013), Báguena (2003), Bisson et al. (2007), Blake, Abueg, Woodward y Keane (1993), Cloitre (2009), Cukor et al. (2009), Diehle et al. (2014), Foa (2000), Foa y Meadows (1997), Foa, Rothbaum y Furr (2003), Foa et al. (2009), Harvey, Bryant y Tarrrier (2003; revisan la eficacia de la terapia cognitivo-conductual según el tipo de trauma), Paunovic (1997) y Shalev, Bonne y Spencer (1996). También se dispone de los metaanálisis de Barrera et al (2013), Benish, Imel y Wampold (2008), Bisson y Andrew (2009), Bisson et al. (2007), Bradley et al. (2005), Gerger, Munder y Barth (2013), Gerger et al. (2014),

Diehle et al. (2014), National Collaborating Centre for Mental Health (2005), Powers et al. (2010), Sherman (1998), Sloan et al. (2013), van Etten y Taylor (1998) y Watts et al. (2013). Revisiones centradas en niños y adolescentes son las de Cohen et al. (2000), Kowalik et al. (2011), Makley y Falcone (2010) y Smith et al. (2013). Las conclusiones que pueden extraerse se exponen a continuación.

La **exposición prolongada** a los estímulos temidos (incluida la rememoración de las experiencias traumáticas) se ha mostrado superior a grupos de lista de espera en personas con TEPT subsecuente a combate, terrorismo, violación, abuso sexual infantil y en grupos constituidos por pacientes con diversos traumas; en estudios no controlados ha sido eficaz además con víctimas de maltrato, incesto y accidentes. En adolescentes con TEPT subsecuente a un único evento traumático, la exposición prolongada y la terapia dinámica de tiempo limitado han sido eficaces, aunque la primera lo fue en mayor grado (Gilboa-Schechtman et al., 2010). También en adolescentes con TEPT subsecuente a abuso sexual, la exposición prolongada aplicada en centros de salud mental fue superior al aconsejamiento de apoyo en el postratamiento y al año (Foa et al., 2013). Según el metaanálisis de Powers et al. (2010), la exposición prolongada ha sido claramente superior a grupos control (lista de espera, placebo psicológico). La exposición **reduce en el postratamiento y seguimiento los síntomas de reexperimentación y los de evitación, embotamiento afectivo y activación fisiológica, así como las cogniciones negativas relacionadas con el trauma** (véase Hagedaars, van Minnen y de Rooij, 2010), **la ansiedad y la depresión**. También hay cambios en otras características asociadas como salud percibida y calidad del sueño.

Según Foa, Rothbaum y Furr (2003), hay datos sugerentes de que la **exposición puramente imaginal puede ser menos eficaz que cuando se combina con exposición en vivo**. En dos estudios en los que se ha empleado sólo exposición imaginal (Bryant, Moulds, Guthrie, Dang et al., 2003; Tarrrier et al., 1999) se ha obtenido una menor reducción de síntomas que en otros estudios en que se han utilizado ambos tipos de exposición.

Muchos pacientes –especialmente los que presentan mayor sintomatología del TEPT y depresión– no aceptan el tratamiento de exposición al trauma o no cumplen con la autoexposición imaginal; en muchos estudios hasta un 50% de los clientes no mejoran significativamente. Se ha dicho que la preocupación por sentimientos de culpa y vergüenza está asociada a peores resultados a largo plazo y que se requiere de intervenciones cognitivas, aunque los datos no son consistentes. Por otra parte, los pacientes cuya respuesta principal es la ira, en vez de la ansiedad, no se benefician tanto de la exposición si no logran centrarse en las reacciones de ansiedad. La exposición parece igual de eficaz que la DRMO y el entrenamiento en relajación en reducir la ira y la culpa, aunque la reducción puede no ser suficiente (Stapleton, Taylor y Asmundson, 2006).

También hay un par de estudios con veteranos de guerra con TEPT crónico en que la exposición en vivo a las situaciones temidas (combinada con otros procedimientos) dio lugar a una **exacerbación de los síntomas** (véase Sherman, 1998). Esto ha sido atribuido a diversos factores: los soldados pudieron verse algo forzados a participar, no recibieron suficiente apoyo y la exposición no se condujo de forma que asegurara una reducción de la ansiedad o un dominio de la experiencia.

En un trabajo la exposición prolongada fue más eficaz que la lista de espera y superior a la inoculación de estrés sin exposición y a la terapia de apoyo en el seguimiento a los 3 meses. En otra investigación del mismo grupo, la exposición prolongada fue mejor que la inoculación de estrés, ya fuera esta combinada o no con exposición (Foa, Dancu et al., 1999); sin embargo, es posible que en el grupo combinado el tiempo de tratamiento dedicado a cada componente resultara insuficiente. En un estudio que comparó exposición imaginal y exposición en vivo, combinadas ambas con autoexposición imaginal o en vivo, las dos fueron similares en eficacia, excepto en

evitación conductual en que la exposición en vivo fue superior. La exposición (imaginal y en vivo) ha sido mejor que el entrenamiento en relajación (Markowitz et al., 2015; Marks et al., 1998; Taylor et al., 2003) y que la DRMO (Taylor et al., 2003). Bryant, Moulds, Guthrie, Dang et al. (2003) encontraron que la exposición imaginal fue superior a la terapia de apoyo. La exposición prolongada ha sido superior a una terapia no directiva en la que los terapeutas ayudaban a los pacientes a identificar sus problemas diarios y los discutían dando apoyo de forma no directiva (Schnurr et al., 2007). Finalmente, un estudio no encontró diferencias entre la exposición en vivo, la hipnoterapia y la terapia psicodinámica; los tres tratamientos fueron mejores que la lista de espera. En otro estudio tampoco se hallaron diferencias entre la exposición prolongada y la terapia interpersonal (Markowitz et al., 2015).

También ha empezado a utilizarse la **exposición mediante realidad virtual (ERV)**. En esta los pacientes se exponen a escenarios virtuales que representan las situaciones temidas al tiempo que cuentan en voz alta su trauma en primera persona y como se estuviera sucediendo ahora. Varios estudios no controlados con pacientes con traumas de guerra (Nelson, 2013) y accidentes de tráfico han mostrado que la ERV es eficaz; en uno de estos estudios la ERV se aplicó a pacientes que seguían en la zona de combate. En un estudio la ERV fue más eficaz que un grupo de lista de espera en pacientes con TEPT subsecuente a atentado terrorista (Difede et al., 2007). Y en otro con pacientes con TEPT subsecuente a combate (McLay et al., 2011), la ERV graduada, combinada con entrenamiento atencional y control autonómico mediante biorretroalimentación, fue superior al tratamiento habitual.

Arntz, Tiesema y Kindt (2007) compararon en pacientes con TEPT con traumas de agresión sexual o física u otros traumas **exposición imaginal o el mismo tratamiento más reelaboración imaginal**. Esta última se centra en las emociones, impulsos y necesidades experimentados por el paciente al revivir el trauma en la imaginación. Sin negar el trauma, el paciente corrige la situación en su imaginación de modo que en esta es capaz ahora de expresar sus sentimientos y actuar según sus necesidades, cosa que en su momento no fue posible o fallaron en hacer. Ambos tratamientos fueron superiores a la lista de espera e igual de eficaces en medidas de TEPT. Sin embargo, el segundo fue más eficaz en medidas de ira, hostilidad, culpa y, según el tipo de análisis, vergüenza; estuvo asociado a menos abandonos (51% vs. 25%) y tendió a ser preferido por los terapeutas.

Schauer, Neuner y Elbert (2005, 2011) han presentado la **terapia de exposición narrativa** para víctimas de guerra, terror y tortura. En esta terapia se integran los informes fragmentados de las experiencias traumáticas en una narración coherente que permite la reorganización de la memoria autobiográfica y la habituación emocional a los recuerdos del trauma. El terapeuta presta atención a todos los niveles de la experiencia (cognición, fisiología, emoción, significado) y escribe la narración, la cual es posteriormente leída, completada y corregida por el paciente. A diferencia de la exposición prolongada, no se emplea el peor evento traumático, sino que se examina toda la vida de una persona para identificar los momentos emocionales positivos y negativos y situar en este contexto la experiencia traumática. Tampoco hay exposición en vivo ni tareas para casa. La exposición narrativa ha sido aplicada fundamentalmente en personas de culturas no occidentales y se ha mostrado más eficaz que la lista de espera (Morath et al., 2014; Neuner et al., 2008), la psicoeducación (5 vs. 1 sesión respectivamente) (Bichescu et al., 2007), el asesoramiento no directivo (Neuner et al., 2004) y el tratamiento usual (principalmente, medicación y apoyo) (Neuner et al., 2010; Stenmark et al., 2013). Ha sido igual de eficaz que la terapia de asesoramiento, aunque con menos abandonos (Neuner; Onyut et al., 2008) y la terapia interpersonal (Schaal, Elbert y Neuner, 2009). Los resultados se han mantenido a medio plazo. Existen datos de que este tipo de terapia es también útil con niños (Catani et al., 2009; Neuner; Catani et al., 2008).

McPherson (2012) revisa los estudios sobre terapia de exposición narrativa y concluye que es un tratamiento eficaz para el TEPT en supervivientes de violencia de masas y tortura, aunque se requieren estudios por investigadores independientes. Crumlish y O'Rourke (2010; véase también Nickerson et al., 2011) revisaron los tratamientos para el TEPT en refugiados y solicitantes de asilo y concluyeron que hay pruebas, aunque no sólidas, de que la exposición narrativa y la TCC son más eficaces que grupos control.

La **revelación emocional mediante la escritura** ha resultado más eficaz que una condición control con participantes que presentaban síntomas de TEPT, pero no con pacientes con TEPT (Sloan, Marx y Greenberg, 2011). Aunque la revelación emocional mediante la escritura podría considerarse una forma de exposición, ocupa sólo tres sesiones de 20 minutos, lo cual puede resultar insuficiente para conseguir la habituación de la ansiedad; además no incluía originalmente ni justificación del tratamiento ni psicoeducación. Al incluir estos componentes y ser aplicada durante cinco sesiones de 40 minutos en pacientes con TEPT subsecuente a accidente de tráfico, la revelación emocional mediante la escritura resultó superior a la lista de espera en el postratamiento y a los 4 meses, y las mejoras se mantuvieron 3 meses más tarde (Sloan et al., 2012). La revelación emocional mediante la escritura incluye la escritura de situaciones, pensamientos y emociones, la descripción de la parte más perturbadora del evento y el impacto que este ha tenido en sus vidas. Además, se dice al paciente que entre sesiones se permita experimentar cualquier recuerdo, imagen, pensamiento o emoción relacionados con el trauma.

La **desensibilización sistemática** también parece eficaz en estudios no bien controlados. En un trabajo con ex-combatientes y combinada con biorretroalimentación EMG, ha sido superior al no tratamiento.

En cuanto a la **reestructuración cognitiva**, Marks et al. (1998) hallaron que esta (sin experimentos conductuales y sin exposición), la exposición (imaginal y en vivo) y una combinación de ambas fueron más eficaces que un entrenamiento en relajación, pero sin diferencias entre ellas; el tratamiento combinado pudo ser demasiado breve. Tarrier et al. (1999) **tampoco encontraron diferencias**, ni en el postratamiento ni en el seguimiento a los 6 meses, **entre la exposición imaginal prolongada y la reestructuración cognitiva** centrada en las creencias sobre el significado del evento traumático y en las atribuciones sobre el mismo. Sin embargo, en un análisis más detallado, realizado en un estudio posterior (Tarrier y Humphreys, 2000), concluyeron que cuando se excluye a los pacientes que no han respondido al tratamiento (la mayoría pertenecientes al grupo de exposición, por no poder tolerar esta), aquellos que reciben exposición imaginal presentan una mayor reducción subjetiva de sus síntomas. En un seguimiento a los 5 años (Tarrier y Sommerfield, 2004), la reestructuración cognitiva se mostró superior, aunque sólo se pudo hacer el seguimiento con el 59% de la muestra y la mitad habían recibido tratamiento adicional. Resick et al (2008) hallaron que la reestructuración cognitiva fue más eficaz que la exposición (escribir sobre el trauma y leerlo al terapeuta) durante el tratamiento, pero no a los 6 meses.

La **terapia de procesamiento cognitivo** dio lugar a cambios significativos en víctimas de violación en un estudio en el que el grupo de lista de espera no cambió. En otro trabajo (Resick et al., 2002), esta terapia y la exposición prolongada fueron superiores a la lista de espera en el postratamiento y en los seguimientos a los 3 y 9 meses. Ambas fueron igualmente eficaces para el TEPT (hubiera historia de abuso sexual infantil o no; Resick et al., 2003), aunque la primera se mostró superior en dos de cuatro subescalas de un autoinforme de culpabilidad; la terapia de procesamiento cognitivo requirió menos de la mitad de tiempo de actividades entre sesiones. En un seguimiento a los 5-10 años, ambos tratamientos mantuvieron igualmente las mejoras. (Resick et al., 2012). Según el estudio de Resick et al. (2008), con mujeres con TEPT subsecuente a violencia física y/o sexual, la terapia completa no fue más eficaz que cada de uno de sus componentes por separado (reestructuración cognitiva, exposición mediante escritura), aunque la condición de

componente cognitivo dio lugar a mejoras más rápidas y menos abandonos. En un estudio posterior con veteranos de guerra (Walter et al., 2014), la terapia completa no se diferenció de la terapia basada sólo en la reestructuración cognitiva en medidas de TEPT, aunque produjo mayores mejoras en depresión.

En un estudio con mujeres con TEPT subsecuente a violencia física y/o sexual, la terapia de procesamiento cognitivo y la exposición prolongada produjeron mejoras a corto y medio plazo en salud percibida y calidad del sueño; el primer tratamiento fue superior en el primero de estos aspectos (Galovski et al., 2009). Chard (2005) halló que una adaptación de la terapia de procesamiento cognitivo fue más eficaz que la lista de espera a corto y medio plazo (1 año) en mujeres adultas víctimas de abuso sexual infantil. La terapia de procesamiento cognitivo también ha sido más eficaz que la lista de espera (Monson et al., 2006) y el tratamiento usual (Alvarez et al., 2011) en veteranos de guerra con TEPT subsecuente a traumas militares. Asimismo, los datos de Surís et al. (2013) sugieren que la terapia de procesamiento cognitivo puede ser algo mejor que la terapia centrada en el presente en pacientes con PTSD subsecuente a traumas sexuales militares.

La **terapia cognitiva (TC)** de Ehlers y Clark (Clark y Ehlers, 2004; Ehlers et al., 2005, 2010) ha resultado más eficaz que la lista de espera (Duffy, Gillespie y Clark, 2007; Ehlers et al., 2005, 2014), la evaluación repetida (Ehlers et al., 2003), un libro de autoayuda (Ehlers et al., 2003) y la terapia de apoyo centrada en la emoción (Ehlers et al., 2014). Suele extenderse hasta 12 sesiones de frecuencia semanal, aunque su aplicación en plan intensivo durante 1 semana (con una sesión una semana más tarde y hasta tres sesiones de seguimiento) consiguió los mismo resultados que la TC semanal, aunque más rápidamente, y fue también superior la terapia de apoyo centrada en la emoción (Ehlers et al., 2014). Una adaptación de esta terapia para niños y adolescentes ha sido también más eficaz que la lista de espera y los resultados se han mantenido a los 6 meses (Smith et al., 2007).

La **terapia cognitivo-conductual (TCC; exposición más reestructuración)** es más eficaz que la lista de espera (Foa et al., 2005; Power et al., 2002), el entrenamiento en relajación (Echeburúa, de Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1997⁵; Marks et al., 1998) y la terapia de apoyo (Bryant, Moulds, Guthrie, Dang et al., 2003). En el estudio Cottraux et al. (2008) muchos más pacientes acabaron la TCC que la terapia rogeriana, pero ambas terapias fueron igualmente eficaces a corto y medio plazo entre los que terminaron: en cambio, la TCC fue más eficaz en el postratamiento considerando a todos los pacientes. Una limitación importante es que todos los terapeutas fueron de orientación cognitivo-conductual. En otro estudio con veteranos de guerra, la adición de terapia familiar conductual a la TCC no dio lugar a mejores resultados en el postratamiento y en el seguimiento a los 6 meses, aunque las muestras fueron pequeñas.

Varios estudios han investigado **si la adición de reestructuración cognitiva potencia los efectos de la exposición**. Algunos estudios han hallado que el tratamiento combinado ha sido mejor en alguna/s medida/s (Resick et al., 2002; Galovski et al., 2009; Novell et al., 2001), pero en general la exposición y su combinación con reestructuración cognitiva se han mostrado igual de eficaces a corto y medio plazo (Foa et al., 2005; Marks et al., 1998; Paunovic y Öst, 2001; Resick et al., 2002, 2008). Esto ocurre incluso en la variable cogniciones negativas relacionadas con el trauma (Diehle et al., 2014); además, el tratamiento combinado no ha sido más eficaz que la exposición en pacientes con cogniciones más intensas relacionadas con el trauma (Moser, Cahill y Foa, 2010). En contraste con los estudios anteriores, Bryant, Moulds, Guthrie, Dang et al. (2003) hallaron que la exposición imaginal combinada con la reestructuración cognitiva fue más eficaz que la exposición imaginal. Ahora bien, esta última no incluyó exposición en vivo y su

⁵ Una descripción del programa de Echeburúa, de Corral, Zubizarreta y Sarasua (1997) en pacientes con TEPT subsecuente a violación o abuso sexual puede verse en Echeburúa et al. (1995).

eficacia fue inferior a la alcanzada en otros estudios que combinaron ambos tipo de exposición; asimismo, la eficacia del tratamiento combinado fue similar a la del tratamiento de exposición imaginal y en vivo de otros estudios. En resumen, **cuando en el tratamiento combinado se dedica menos tiempo a la exposición y a la reestructuración que en los tratamientos individuales, el tratamiento combinado no es superior a la exposición**. Ahora bien, Nickerson et al. (2007) hallaron que **cuando se recibe la misma cantidad de exposición** (imaginal y en vivo) en el tratamiento combinado que en tres tratamientos de exposición (exposición imaginal, exposición en vivo, combinación de estas dos; los tres grupos recibieron terapia de apoyo para igualar el tiempo dedicado a la reestructuración en el programa combinado), **la combinación de exposición más reestructuración fue más eficaz** en el post y a los 6 meses.

En su **metaanálisis**, Kehle-Forbes et al. (2014) compararon en seis estudios exposición sola (imaginal o esta con en vivo) o combinada con reestructuración cognitiva, administradas, en general, en el mismo número de sesiones. En el postratamiento y a los 6 meses, el **tratamiento combinado fue superior** en el análisis tipo intención de tratarse en medidas de TEPT administradas por el clínico; y en el postratamiento fue superior en medidas de TEPT contestadas por el paciente. Sin embargo, los tamaños del efecto fueron bajos (0,35; 0,33) y no hubo diferencias en depresión, pérdida de diagnóstico de TEPT y abandonos. De todos modos, es muy probable que el tratamiento combinado sea más aceptable para los terapeutas y que sea aplicado por estos.

Un tipo de **TCC algo más compleja**, que incluye otras técnicas como el entrenamiento en respiración y/o relajación ha sido superior a la lista de espera y a la psicoterapia de apoyo. Diversos estudios sobre este tipo de TCC son comentados más adelante al hablar de los programas multicomponentes.

La **desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares** (DRMO) se ha mostrado eficaz para el tratamiento del TEPT en el postratamiento y seguimiento, tanto en estudios no controlados como en comparación a grupos de lista de espera, placebo farmacológico, fluoxetina u otros tratamientos que no han demostrado efectos específicos para el TEPT (escucha activa, relajación con o sin biorretroalimentación) (Cahill, Carrigan y Frueh, 1999; Cloitre, 2009; Shapiro, 1996); las mejoras se mantienen hasta 3 años más tarde (Högberg et al., 2008). La DRMO también ha sido más eficaz que la lista de espera con niños traumatizados (Ahmad et al., 2007; Kemp, Drummond y McDermott, 2010; Rodenburg et al., 2009), aunque los datos sobre su eficacia con veteranos de guerra son escasos y equívocos (Albrigh y Thyer, 2010). El número de sesiones en la DRMO es más pequeño ($M = 5$) que el de otros tratamientos conductuales ($M = 15$) según el metaanálisis de van Etten y Taylor (1998), aunque es probable que su eficacia sea mayor cuando la duración es más larga (Cahill, Carrigan y Frueh, 1999). En los estudios que han comparado directamente ambos tipos de intervención el número de horas en terapia ha sido similar (unas 10 horas), pero el número de horas de actividades entre sesiones han sido mayor en el caso de la TCC (23 vs. 2,7 h) (Ho y Lee, 2012).

En contraste con el metaanálisis de van Etten y Taylor, el del National Collaborating Centre for Mental Health (2005) no halló que la DRMO y la TCC difirieran ni en eficacia ni en la velocidad del cambio. En un estudio con 70 pacientes por grupo, Nijdam et al. (2012) hallaron que la DRMO y la psicoterapia ecléctica breve, una modalidad de TCC centrada en el trauma, fueron igual de eficaces, pero la mejora fue más rápida con la primera.

Algunos estudios han encontrado que la DRMO ha sido superior a la exposición (Vaughan et al., 1994) o la exposición más reestructuración cognitiva (Lee et al., 2002; Power et al., 2002), mientras que otros han hallado que la exposición (Ironson et al., 2002; Rothbaum, Astin y Marsteller, 2005; Taylor et al., 2003) o su combinación con reestructuración cognitiva e inocula-

ción de estrés (Deville y Spence, 1999) han sido mejores que la DRMO. Así pues, los resultados no son concordantes en las comparaciones directas. Los metaanálisis de Bisson et al. (2007), del National Collaborating Centre for Mental Health (2005) y de Seidler y Wagner (2006) no han hallado que la DRMO y la terapia cognitivo-conductual difieran en eficacia, ya sea en comparaciones directas o indirectas. En el metaanálisis de Ho y Lee (2012) tampoco hubo diferencias en medidas de TEPT, pero la DRMO fue más eficaz en depresión ($g = 0,63$). Respecto a los niños con síntomas de TEPT o TEPT, el metaanálisis de Rodenburg et al. (2009), basado en dos estudios, indica que la DRMO ha sido más eficaz que la TCC, aunque el tamaño del efecto fue bajo.

Las revisiones de Cahill, Carrigan y Frueh (1999) y Lohr, Tolin y Lilienfeld (1998) y el metaanálisis de Davidson y Parker (2001) indican que **los movimientos oculares no parecen necesarios**, ya que la técnica no es superior a procedimientos control en los que se han empleado ojos cerrados, luces destellantes o golpecitos con los dedos. De todos modos, Perkins y Rouanzoin (2002) señalan que las limitaciones metodológicas de los estudios realizados impiden sacar conclusiones al respecto. En una revisión más reciente, Jeffrey y Davis (2013) señalan que hay datos contradictorios sobre si los movimientos oculares son o no esenciales, aunque concluyen que estos pueden reducir el malestar y facilitar la aplicación de otros componentes de la DRMO. Según el metaanálisis de Lee y Cuijpers (2013), los datos apuntan a una mayor eficacia cuando se utilizan los movimientos oculares, aunque el tamaño del efecto es pequeño ($DMT = 0,27$).

Si los movimientos oculares no fueran necesarios, factores no específicos, la exposición imaginal y/o los componentes cognitivos podrían ser los principales responsables de la eficacia de la técnica. Se ha dicho que sin los movimientos oculares, la DRMO puede conceptualizarse como una terapia de exposición; sin embargo, no se trata de una exposición prolongada, sino de exposiciones breves e interrumpidas al punto más traumático del acontecimiento y a nuevo material (imagen, pensamiento, sensación, emoción) que surge a partir de aquí mediante asociación libre. Por otra parte, un estudio no ha encontrado diferencias entre la DRMO estándar y la DRMO sin sus elementos cognitivos explícitos en pacientes con TEPT subclínico (Cusack y Spates, 1999).

La **inoculación de estrés** ha sido investigada principalmente en víctimas de violación. La inoculación de estrés resultó más eficaz que la lista de espera e igual de eficaz que el entrenamiento en aserción y la terapia de apoyo grupal (no directiva) en un estudio. En una investigación de Foa, la inoculación de estrés sin exposición fue superior a la terapia de apoyo, exposición prolongada y lista de espera en el postratamiento, pero inferior a la exposición en el seguimiento a los 3 meses. En otro trabajo de Foa, la inoculación de estrés, ya fuera combinada o no con exposición prolongada, resultó inferior a esta última, aunque como se dijo antes, es posible que en el grupo combinado el tiempo de tratamiento dedicado a cada componente resultara insuficiente.

La **terapia centrada en el presente** proporciona psicoeducación sobre las características del trauma y el impacto de este en la vida de la persona y en las dificultades en las relaciones interpersonales y ayuda a identificar problemas intra- e interpersonales y a desarrollar planes para manejarlos. Según el metaanálisis de Frost, Laska y Wampold (2014), esta terapia ha sido más eficaz que la lista de espera y tan eficaz como diversos tipos de TCC consideradas conjuntamente (incluyendo exposición prolongada y terapia de procesamiento cognitivo), aunque con menos abandonos. Sin embargo, en el estudio que comparó directamente terapia centrada en el presente y exposición prolongada, esta última fue superior. Y en otro estudio, la terapia de procesamiento cognitivo fue más eficaz en una de dos medias de TEPT.

Por otra parte, cabe mencionar la **terapia de ensayo imaginal**, desarrollada por Krakow et al. (1995; Krakow y Zadra, 2006) para tratar las pesadillas crónicas (y mejorar, de paso la calidad del sueño) que son típicas de pacientes con TEPT y que tienden a persistir incluso después del tratamiento. La terapia, la cual se aplicaba inicialmente en una sesión de 2,5 horas, se ha terminado

aplicando en dos sesiones de 3 horas más una sesión de 1 hora, 3 semanas más tarde, o en cuatro sesiones de poco más de 2 horas. A diferencia de la exposición, no se requiere imaginar las pesadillas. Para empezar, se explica al paciente la naturaleza de las pesadillas (p.ej., pueden ser inicialmente causadas por eventos traumáticos, pero a menudo se mantienen por hábito) y se le enseña a realizar ejercicios de imaginación de escenas agradables. A continuación se le pide que:

- a) **Escriba una pesadilla reciente.** Caso de haber distintas pesadillas, se comienza por las menos traumáticas y se aplica el procedimiento a cada una de ellas. Para minimizar el papel de la exposición, se suele pedir al paciente que elija una pesadilla que no implique una reproducción del evento traumático; de hecho, se desalienta la descripción de las experiencias traumáticas (es posible que esto sea una limitación del método a no ser que haya habido previamente un tratamiento centrado en el trauma).
- b) **La cambie del modo que desee** para crear un conjunto diferente de imágenes. Este nuevo sueño tiene menos elementos negativos y más elementos positivos y de dominio que la pesadilla original, aunque no se sugiere al paciente que tenga que ser así. Si el tratamiento es en grupo, los pacientes se cuentan sus pesadillas y las nuevas imágenes.
- c) **Ensaye en la imaginación la nueva versión** (nuevo sueño) durante 10-15 minutos.
- d) Finalmente, como **actividad entre sesiones**, se dice al paciente que imagine la nueva escena (pero no la pesadilla original) durante 10-20 minutos al menos, una vez al día y también cuando tenga pesadillas. Si hay muchas pesadillas diferentes por semana, se trabaja con dos de ellas como máximo. También se alienta al cliente a **imaginar escenas agradables** en un momento diferente del día, especialmente si piensan que su capacidad de imaginación no es muy buena.

Krakov et al. (2000, 2001, citado en Forbes et al., 2003) llevaron a cabo dos estudios controlados con mujeres con TEPT subsecuente a agresión sexual. La terapia de ensayo imaginal fue superior al no tratamiento. Tres sesiones bastaron para reducir las pesadillas y mejorar la calidad del sueño y la sintomatología global del TEPT en los seguimientos realizados a los 3 y 6 meses. Resultados similares fueron obtenidos con 6 sesiones de 1,5 horas en el postratamiento y seguimientos a los 3 y 12 meses en un estudio no controlado con veteranos australianos del Vietnam (Forbes et al., 2003). Sin embargo, Cook et al. (2010) no hallaron diferencias entre la terapia de ensayo imaginal y una condición control creíble (psicoeducación sobre las pesadillas y perturbaciones del sueño y elementos de la TCC para el insomnio); ambos tratamientos mejoraron poco, lo cual pudo ser debido al tipo de muestra (veteranos varones del Vietnam con TEPT grave y crónico), a que se trabajó con pesadillas que suponían la repetición del evento traumático y/o a que la intervención fuera grupal.

Thünker y Pietrowsky (2012) adaptaron la terapia de ensayo imaginal para ser aplicada individualmente a lo largo de ocho sesiones e incluyendo autorregistro de pesadillas, entrenamiento en relajación y entrenamiento en imaginación. El procedimiento redujo las pesadillas y la ansiedad asociada a las mismas en pacientes con sólo pesadillas y en pacientes que además presentaban depresión mayor, pero sólo redujo las pesadillas en pacientes con TEPT y pesadillas. **Otro procedimiento de reelaboración imaginal de las pesadillas**, el cual incluye reflexión sobre el significado e historia de los sueños y reestructuración de las posibles distorsiones cognitivas, ha sido descrito por Butler, Fennell y Hackmann (2008) y se presenta en la **tabla 2**.

La **terapia de exposición, reelaboración y relajación** también ha sido más eficaz que la lista de espera en personas con pesadillas postraumáticas, la mayoría de las cuales presentaban TEPT. Los efectos se dieron en frecuencia e intensidad de las pesadillas, problemas del sueño, síntomas del TEPT y depresión (Davis y Wright, 2007) y se mantuvieron a los 6 meses. También en la reactividad subjetiva y fisiológica a las pesadillas (Rhudy et al., 2010). La terapia se lleva a

cabo en tres sesiones de 2 horas e incluye psicoeducación (sobre el trauma, TEPT, pesadillas e higiene del sueño), entrenamiento en relajación progresiva y respiración diafragmática, autorregistro (de pesadillas, sueño, síntomas del TEPT), cambio de hábitos de sueño, escribir las pesadillas y leerlas en voz alta, identificación de temas en las pesadillas (poder/control, estima, confianza, intimidad, seguridad), reelaboración de las pesadillas teniendo en cuenta los temas implicados en las mismas (p.ej., sensación incrementada de poder si el tema de la pesadilla fue la impotencia), escritura y lectura en voz alta de esta reelaboración y ensayo imaginal diario del sueño reelaborado durante 15 minutos antes de irse a dormir.

Casement y Swanson (2012) llevaron a cabo un **metaanálisis** con 13 estudios que habían utilizado la terapia de ensayo imaginal o alguna de sus variantes. Los tamaños del efecto, tanto pre-post como en comparación a la lista de espera, fueron moderados (0,59-0,72) en frecuencia de pesadillas, calidad del sueño y sintomatología postraumática y se mantuvieron a los 6-12 meses. Los tratamientos que incluyeron TCC para el insomnio junto con la terapia de ensayo imaginal fueron más eficaces que esta última, pero sólo en calidad del sueño. En el único estudio que utilizó una condición control creíble, la terapia de ensayo imaginal no se diferenció de la misma. Las muestras civiles mejoraron más en calidad del sueño que las militares. Aunque la terapia de ensayo imaginal es moderadamente eficaz para reducir las pesadillas, la TCC centrada en el trauma parece más eficaz para tratar el TEPT según los tamaños del efecto observados en otros metaanálisis comentados más adelante; sin embargo, ambas pueden ser combinadas.

La TCC para el insomnio también ha sido más eficaz que la lista de espera para mejorar el sueño, reducir las perturbaciones durante este y mejorar el funcionamiento psicosocial; los cambios se mantuvieron a los 6 meses (Talbot et al., 2014). La ventaja de esta TCC sobre la terapia de ensayo imaginal es que resulta aplicable cuando no hay pesadillas o estas no son el foco del tratamiento.

Otros tratamientos investigados se comentan a continuación. La hipnoterapia (Brom et al., 1989) y la psicoterapia psicodinámica (Brom et al., 1989) no han sido consistentemente más eficaces que la lista de espera. La psicoterapia ecléctica breve, una combinación de TCC y aproximaciones psicodinámicas, ha sido superior a la lista de espera (Gersons et al., 2000; Lindauer et al., 2005, 2008).⁶ La acupuntura se ha mostrado igual de eficaz que la TCC y ambas superiores a la lista de espera (Hollifield et al., 2007). En pacientes que estaban recibiendo serotérgicos y psicoterapia de apoyo, pero que seguían padeciendo dificultades crónicas de sueño, Abramowitz et al. (2008) hallaron que la hipnoterapia fue más eficaz que el zolpidem tanto en medidas de sueño como de TEPT y depresión. La terapia cognitiva basada en la atención plena y adaptada al TEPT ha sido superior al tratamiento habitual en un estudio no aleatorizado (King et al., 2013).

Los **métodos de intervención propuestos pueden tener que ser complementados** con otros según los casos. Por ejemplo, con:

- **Entrenamiento en habilidades interpersonales** en pacientes que presenten problemas interpersonales con otras personas: pareja, hijos, padres, amigos, compañeros, figuras de autoridad, etc. Puede emplearse entrenamiento en comunicación (escuchar, hablar, comunicación no verbal), resolución de problemas, reestructuración cognitiva de creencias disfuncionales (falta de confianza en los otros, miedo a la intimidad), control de la ira, entrenamiento en asertividad e implicación en actividades sociales.

⁶ Esta psicoterapia ha producido cambios en la circunvolución frontal media derecha que correlacionaron con cambios en los síntomas del TEPT (Lindauer et al., 2008); la DRMO y la TCC también han producido cambios corticales paralelos a la reducción de síntomas (Britton y Rauch, 2009).

- **Enseñanza de habilidades personales para prevenir o reducir la probabilidad de repetición de ciertos traumas** (p.ej., violación, abuso sexual infantil). Así, puntos importantes al respecto en el caso del abuso sexual infantil actual son: a) Informar que el abuso puede provenir tanto de conocidos como de desconocidos y que no debe guardar secretos que le hagan sentirse mal o confundido. b) Enseñar a discriminar las señales de peligro: quedarse a solas con un desconocido, caricias que hacen sentirse mal, contacto físico de cierto tipo, enseñanza de material pornográfico, propuestas de índole sexual, etc. c) Enseñar cómo se puede responder ante el peligro: evitar ciertas situaciones, decir que no, salir corriendo, hablar con un adulto de confianza (hay que determinar quiénes pueden ser estos adultos). d) Enseñar que el abuso o su intento, nunca es culpa del niño. Este no está en condiciones de consentir libremente ya que sólo tiene un conocimiento limitado del área sexual y no puede decir libremente sí o no dada la diferencia de poder entre ambas partes.

- **Manejo de la ira** cuando esta se exprese inadecuadamente. La ira debe ser sacada a la luz y admitida, sin discutirla de entrada. Luego, debe ser manejada en la consulta. Posibles medios que han sido propuestos son: imaginar que alguien conocido pasa por lo que uno pasó, leer los testimonios de otras personas, manifestar la ira en un sitio seguro (expresiones faciales, gritos, golpear cojines y colchones con las manos o periódicos enrollados), imaginar lo que gustaría decir y hacer al agresor, hacer dibujos o figuras de este y tirarles o clavarles cosas o aplastarlos o romperlos, emplear la técnica de la silla vacía para expresar la rabia hacia el perpetrador, escribir y releer una carta al perpetrador u otras personas que, por lo general, no será enviada, pero en la que se expresa todo lo que se siente sin tapujos. También pueden reestructurarse posibles pensamientos erróneos.

Hay pacientes que pueden estar **pensando en vengarse del causante del daño**. En estos casos, se comienza analizando las ventajas y desventajas de dicha acción. Si el paciente ve más ventajas, se le puede preguntar si desea que el otro siga controlando su vida (si se venga, es probable que vaya a la cárcel, deje de trabajar, pierda dinero, etc.). Otras estrategias son aumentar la conciencia del castigo o sufrimiento padecido por el causante del daño y explorar maneras más productivas de expresar la ira o mejorar la situación.

En el caso de que una persona tenga problemas en controlar su ira en sus relaciones interpersonales, habrá que enseñar estrategias para su control: hacer una pausa, respirar controladamente, detención del pensamiento y autoverbalizaciones para controlar pensamientos perturbadores, buscar interpretaciones alternativas de la situación, intentar comprender los motivos del otro, pensar en alternativas de respuesta y elegir la más adecuada, posponer la actuación si la ira sigue siendo intensa, reducir la ira mediante ejercicio físico.

- **Manejo de los sentimientos de culpa**. Esto requiere identificar aquello de lo que uno se siente culpable: cosas que hicieron o no hicieron, sentimientos que experimentaron o no experimentaron, el hecho de haber sobrevivido mientras que otros no y pensamientos o creencias previos que son considerados falsos tras el trauma). Luego, se trata de corregir los sesgos cognitivos tales como descartar otras explicaciones igual o más probables, descartar acciones positivas llevadas a cabo, perseguir normas excesivamente altas, razonamiento emocional (“me siento culpable, luego soy culpable”) y juzgar retrospectivamente lo ocurrido (hay que hacer un especial énfasis en distinguir entre lo que el paciente sabía “entonces” y lo que sabe “ahora”).

Preguntas útiles para reestructurar son: ¿Qué otras explicaciones puede haber?

¿Quién más estuvo implicado? ¿Cuánto poder tuvo realmente para influir en lo que pasó? ¿Cómo le parecieron las cosas en ese momento? ¿Cuál fue la razón para actuar como lo hizo en ese momento? ¿Cómo podía saber lo que iba a suceder? ¿Cuánto tiempo tuvo para reflexionar y decidir lo mejor a hacer? ¿Cuál fue su estado físico y emocional en ese momento? ¿Qué cosas hizo que fueron útiles? Si esto le hubiera pasado a otra persona ¿qué más hubiera esperado de ella?, ¿cómo explicaría su conducta? Aparte de sus sentimientos, ¿qué más puede tener en cuenta al considerar cómo actuó?

- **Terapia sexual** en los casos en que las disfunciones sexuales persistan tras el tratamiento con éxito del TEPT. Puede emplearse el dar información, estrategias de afrontamiento para la ansiedad sexual (relajación, detención del pensamiento, distracción, autoverbalizaciones), reestructuración cognitiva de creencias disfuncionales, exposición imaginal de afrontamiento y exposición gradual en vivo, la cual puede incluir autoexamen visual, autoexploración táctil, autoestimulación genital, focalización sensorial mutua no genital, focalización sensorial mutua genital, inserción del pene en la vagina y coito. Pueden emplearse también ejercicios de dilatación vaginal y los ejercicios de Kegel.

La **educación sexual** es importante en víctimas de abuso sexual infantil actual. Objetivos básicos son dar información sexual adecuada a la edad, corregir ideas erróneas, clarificar y establecer los valores sociales, facilitar el desarrollo de una expresión sexual sana y enseñar a controlar las conductas sexuales inadecuadas mediante inhibiciones internas y controles externos. En adolescentes, es importante no olvidar la cuestión de los medios anticonceptivos, ya que no suelen usarlos y tienen un mayor riesgo de embarazo y enfermedades de transmisión sexual.

- **Terapia familiar o de pareja** allí donde las relaciones familiares o de pareja estén deterioradas. Los problemas del paciente pueden ser una fuente de estrés para la familia/pareja y/o las reacciones de su familia o pareja pueden contribuir al mantenimiento de los problemas. Por otra parte, puede haber otros problemas familiares o de pareja. Finalmente, los cambios conseguidos durante el tratamiento (p.ej., mayor independencia y asertividad) pueden causar conflicto con la pareja, la cual puede necesitar ayuda para adaptarse a los nuevos cambios.

La terapia centrada en la familia o pareja puede utilizarse como un módulo adjunto a la TCC cuando el paciente vive con una persona que es hostil hacia él o está demasiado emocionalmente involucrado con él, se acomoda excesivamente a la ansiedad del paciente o es percibido por este como destructivamente crítico. Esta terapia es conducida en paralelo a la TCC individual e incluye la evaluación de estos aspectos en la pareja o familia, el examen del rol que el trastorno tiene en la familia, la comprensión empática de las reacciones de esta (sin culpabilizarla), la psicoeducación sobre el trastorno del paciente y el modelo de interacción entre estrés y vulnerabilidad a la ansiedad, el entrenamiento en mejorar la comunicación (incluyendo el aumento de la comunicación positiva, la escucha activa y la petición de un cambio positivo en el comportamiento y de una reducción en el comportamiento negativo), la solución de problemas y la preparación para intentar prevenir la exacerbación del problema de ansiedad. Además, hay un foco específico para reducir la excesiva acomodación a la ansiedad del paciente.⁷ A medida que el paciente aprende habilidades de manejo de la ansiedad en la TCC o progresa a través de una jerarquía de exposición, el terapeuta ayuda al paciente y familia a negociar reducciones en la acomodación a un ritmo manejable para el paciente (véase Chambless, 2012).

⁷ Puede consultarse un cuestionario (R-RADS, *Relative's Responses to the Anxiety Disorder Scale*) para valorar esta acomodación en <http://www.psych.upenn.edu/~dchamb/questionnaires/R-RADS%20for%20web.pdf>

En el caso del abuso sexual infantil, la intervención concreta dependerá de los aspectos que estén deteriorados y puede incluir además de la terapia familiar, terapia de pareja, terapia para problemas individuales (alcoholismo del padre, poca asertividad de la madre) y consideración del impacto que el abuso sexual haya podido tener en los padres y hermanos. Puntos importantes a trabajar con los padres son el apoyo del niño, el manejo de los sentimientos (confusión, miedo, ira, vergüenza, culpa) y reacciones negativas (incredulidad, culpabilización) ante el abuso, la normalización de la vida diaria y el desarrollo de pautas sobre la intimidad y la sexualidad.

Otros aspectos que serán más o menos importantes según los casos pueden ser la implicación de la familia en actividades comunes, el entrenamiento en comunicación con los hijos, el fomento de las relaciones sociales de los hijos fuera de la familia, el estímulo del pensamiento independiente e iniciativa por parte de los hijos, el entrenamiento para potenciar conductas deseables y manejar conductas problemáticas de los hijos, etc.

- **Rehabilitación vocacional** cuando sea necesario promover la vuelta al trabajo, facilitación de **asistencia social** (lugar donde vivir, ayuda económica), **asesoramiento jurídico** en relación con la situación económica y la custodia de los hijos, y preparación para comunicar a los hijos la decisión adoptada en el caso de maltrato físico y/o psicológico y cuando se desea la separación.
- En caso de abuso sexual infantil actual, **toma de medidas necesarias para proteger al niño y otros (p.ej., hermanos) de un posible abuso posterior**. Si el agresor vive en la misma casa, hay que conseguir que se vaya, mediante intervención judicial si es necesario. Buscar a los niños otro hogar supone castigarlos por algo de lo que no son culpables y además les supone un gran malestar emocional. Hay que iniciar la **intervención legal** si no se ha hecho ya (denunciar los abusos sexuales con niños es obligatorio por ley) y mitigar la ansiedad de la familia y del niño ante la misma. También debe añadirse el **tratamiento del agresor** cuando sea posible. Todo esto es también válido para el maltrato físico de menores o adultos.
- **Preparación para el proceso judicial** en la que el paciente puede verse inmerso, caso de que haya habido un delito (violación, atraco, maltrato físico, abuso sexual, etc.). Conviene contar con la ayuda de profesionales del derecho.
- **Técnicas de distracción para combatir los recuerdos invasores o experiencias disociativas** que puedan aparecer en la vida diaria; el cliente puede describir u observar estímulos ambientales, tocar objetos cercanos, concentrarse en su respiración, realizar actividades distractoras (p.ej., hablar con alguien) o distraerse internamente (contar hacia atrás, imaginar algo agradable).
- Por otra parte, la existencia de **depresión grave** o de **abuso grave de sustancias** requerirá abordar primero estos problemas. Finalmente, el tratamiento de las **perturbaciones graves del sueño** es un componente importante, ya que, aparte del malestar subjetivo, aquellas pueden favorecer la ocurrencia de accidentes.

Como en otros trastornos, la tendencia actual es emplear **tratamientos multicomponentes**, aunque por el momento no parecen ser más eficaces que intervenciones más sencillas. Varios estudios sobre combinación de exposición y reestructuración cognitiva fueron comentados más arriba. McDonagh et al. (2005) compararon en mujeres adultas con TEPT subsecuente a un abuso sexual en la infancia un tratamiento multicomponente (exposición imaginal y en vivo combinada

con reestructuración cognitiva y entrenamiento en respiración) con una **terapia de solución de problemas centrada en el presente** y no focalizada en el trauma. Ambos tratamientos fueron más eficaces que la lista de espera en gravedad del TEPT, creencias relacionadas con el trauma y ansiedad, pero no en depresión, disociación, ira y calidad de vida. No hubo diferencias entre ambas terapias, excepto que en los seguimientos a los 3 y 6 meses un menor porcentaje del grupo con TCC cumplió criterios de TEPT. Sin embargo, el 41% del grupo con TCC abandonó en comparación con el 9% en el otro grupo. En el estudio de Schnurr et al. (2007) con veteranas con TEPT subsecuente a diversos eventos traumáticos, la exposición prolongada fue más eficaz que la terapia de solución de problemas centrada en el presente, aunque el porcentaje de abandonos fue más alto (38% vs. 21%). La terapia de solución de problemas centrada en el presente ha sido más eficaz que la lista de espera, pero algo menos que una terapia de regulación emocional en algunas medidas (Ford, Steinberg y Wanli, 2011)

Ford, Steinberg y Wanli (2011) estudiaron otro tipo de terapia no centrada en el trauma, sino en la regulación emocional (**TARGET**). Con mujeres con TEPT total o parcial subsecuente a victimización y que tenían generalmente un bajo nivel socioeconómico, esta terapia fue más eficaz que la lista de espera y algo más que terapia de solución de problemas centrada en el presente en algunas medidas, Las mejoras se mantuvieron a los 6 meses.

Dos ejemplos de programas multicomponentes para **mujeres con TEPT subsecuente a maltrato o violencia doméstica** pueden verse en Echeburúa y de Corral (1998a, 1998b) y en Labrador et al. (2004). El programa de Labrador et al. (2004) es un programa breve de 8 sesiones de 90 minutos que incluye psicoeducación, entrenamiento en control de la activación (control de la respiración, detención del pensamiento), terapia cognitiva (reestructuración cognitiva, resolución de problemas) y exposición. Este programa, ya sea aplicado individualmente o en grupo, ha sido también superior a la lista de espera en una amplia variedad de medidas (Labrador, Fernández-Velasco y Rincón (2006). Por otra parte, Kubany et al. (2004) han comprobado que la terapia cognitiva del trauma para mujeres maltratadas fue más eficaz que la lista de espera en medidas de TEPT, depresión, culpa y autoestima; los resultados se mantuvieron a los 6 meses y no variaron en función del sexo del terapeuta. El 69% de las mujeres presentaron un buen estado final de funcionamiento. Es necesario señalar que las mujeres ya no padecían maltrato, no tenían intención de reconciliarse con su pareja, vivían en condiciones seguras y presentaban sentimientos de culpa en relación con el maltrato. La terapia incluyó educación sobre el TEPT, relajación progresiva, exposición a lo que recordaba el maltrato, autorregistro de pensamientos negativos, terapia cognitiva para la culpa y módulos de asertividad, de satisfacción de las propias necesidades y de cómo identificar a los maltratadores.

Cloitre et al. (2002) han señalado que en pacientes con TEPT subsecuente a maltrato físico y/o abuso sexual en la infancia, es necesario abordar los problemas de **desregulación emocional** (facilidad para reaccionar emocionalmente –p.ej., con ira y ansiedad– y lentitud para volver a la línea base) y **funcionamiento interpersonal** que los caracterizan. Estos autores estudiaron una terapia dirigida a estos dos aspectos y seguida en una segunda fase de exposición imaginal prolongada tras la cual se guiaba al paciente en la aplicación de sus habilidades para modular los sentimientos experimentados, se analizaban los esquemas interpersonales negativos surgidos y se pedía al cliente que aplicara sus habilidades de afrontamiento a los problemas cotidianos y sus nuevos esquemas interpersonales a sus relaciones actuales. Este tratamiento fue más eficaz que la lista de espera en medidas de TEPT, regulación afectiva y funcionamiento interpersonal; las mejoras se mantuvieron en seguimientos a los 3 y 9 meses. Tras la primera fase hubo mejoras significativas en regulación afectiva y funcionamiento interpersonal, pero no en medidas de TEPT, mientras que lo contrario ocurrió tras la segunda fase. La alianza terapéutica y la mejora en la regulación del afecto negativo durante la primera fase predijeron la reducción de los síntomas del TEPT en el postratamiento. En un segundo estudio con personas con TEPT subsecuente a abuso

sexual, esta terapia que combinó la exposición con el entrenamiento en habilidades para regular las emociones y el funcionamiento interpersonal fue más eficaz que otras dos terapias que sólo utilizaron uno de los dos componentes combinado con aconsejamiento de apoyo (Cloitre et al., 2010). Otra aproximación relacionada con los estudios anteriores es la de Bohus et al. (2013). Estos autores hallaron que una combinación de terapia conductual dialéctica y TCC centrada en el trauma fue más eficaz que el tratamiento habitual en pacientes con TEPT relacionado con el abuso sexual infantil, ya fuera que presentaran o no trastorno límite de personalidad.

Un programa para TETP subsecuente a **accidentes de tráfico** puede consultarse en Hickling y Blanchard (1997, 2006a). Este último programa incluye educación sobre el trastorno, entrenamiento en relajación, exposición (mediante lectura y escritura) al accidente, exposición en vivo apoyada por estrategias de afrontamiento (relajación, autoinstrucciones, reestructuración cognitiva) y abordar el embotamiento emocional, distanciamiento de los demás, depresión, ira y cuestiones existenciales mediante técnicas como programación de actividades agradables, recuperación del contacto con los otros y reestructuración cognitiva de los esquemas depresivos y razonamientos ilógicos. Un manual para el paciente puede verse en Hickling y Blanchard (2006b).

El programa anterior ha sido más eficaz que la psicoterapia de apoyo y que la lista de espera en medidas de TEPT, ansiedad, depresión, psicopatología general y en reducir los trastornos comórbidos (depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada). En seguimientos a los 3, 12 y 24 meses se mantuvieron las mejoras y la TCC siguió siendo superior a la psicoterapia de apoyo en medidas de TEPT (Blanchard et al., 2003, 2004). Por otra parte, Fecteau y Nicki (1999) hallaron que en personas con TEPT subsecuente a accidentes de tráfico una terapia cognitivo-conductual (TCC) fue superior a la lista de espera. La TCC incluyó educación sobre el trastorno, relajación, exposición con reestructuración cognitiva y autoexposición gradual en vivo.

Por otra parte, Frueh et al. (1996) han presentado la **terapia del manejo del trauma**, una intervención de 29 sesiones de 90 minutos para **veteranos de guerra** con TEPT crónico que combina: a) educación sobre el TEPT y su tratamiento, b) exposición imaginal prolongada a los miedos nucleares, c) exposición a situaciones evitadas del medio natural (ciertas películas, aeropuertos, cementerios de guerra, hablar sobre las experiencias de guerra con amigos) y d) rehabilitación social y emocional, la cual incluye a su vez tres elementos: entrenamiento en habilidades sociales, manejo de la ira y manejo de cuestiones de veteranos (mejora de la comunicación de temas militares y de combate con no veteranos, comunicación asertiva de cuando se quiere o no se quiere hablar de ciertos temas, desafío de creencias tales como que no puedes confiar en quien no ha estado en la guerra). Los resultados en un estudio sin grupo control fueron positivos. En otro estudio, la terapia del manejo del trauma fue tan eficaz como la exposición imaginal y en vivo en medidas de TEPT, pero superior en frecuencia y duración de actividades sociales (Beidel et al., 2011). En la aplicación naturalista de un programa similar a veteranos de guerra en Australia, Forbes et al. (2008) hallaron que aquellos con TEPT más grave mejoraron más cuando el tratamiento fue de intensidad alta (1 mes de internamiento o de hospital de día más 8 sesiones de frecuencia semanal) o moderada (2-3 sesiones durante a la semana durante 4-6 semanas más 8 sesiones de frecuencia semanal) que baja (1 sesión a la semana durante unos 6 meses); mientras que aquellos con TEPT más leve tendieron a mejorar menos en programas de alta intensidad.

También con veteranos de guerra, una TCC centrada en el trauma y aplicada por terapeutas no expertos no ha sido mejor que un tratamiento que incluyó educación sobre los síntomas del TEPT, la conexión entre estos y las dificultades interpersonales y la aplicación en grupo de habilidades de resolución de problemas para solucionar las cuestiones presentadas por cada paciente (Schnurr et al., 2003); sin embargo, el primer tratamiento tendió a ser mejor en aquellos que habían recibido una duración adecuada de terapia. En general, la eficacia de la TCC y de la DRMO es menor con este tipo de población (Bisson et al., 2007).

La intervención con **niños y adolescentes** con TEPT también ha sido de tipo multicomponente y ha incluido exposición, reestructuración cognitiva, estrategias de manejo de la ansiedad, manejo de conductas inadecuadas (p.ej., sexuales o agresivas), educación en seguridad para prevenir la repetición del trauma cuando es posible e implicación de los padres en el tratamiento, aunque se desconoce por el momento cuál es la contribución relativa de cada uno de estos componentes (Cohen et al., 2000). En varios estudios con niños, la TCC ha sido más eficaz que otros tratamientos y que la lista de espera (Davis, May y Whiting, 2011; Kowalik et al., 2011). Así, Cohen et al. (2004) hallaron que una TCC para niños con TEPT subsecuente a abuso sexual y que contó con la colaboración de los padres fue **más eficaz que la terapia no directiva** centrada en el niño. En el estudio de Vandervord, Sterk y Pearce (2012) con niños con TEPT subsecuente a un único incidente traumático, la TCC centrada en el niño y los padres fue igual de eficaz en el postratamiento y a los 6 meses que la TC sin exposición, aunque la potencia estadística fue baja. La TCC ha sido adaptada para poder ser aplicada en niños de 3-6 años, ha resultado más eficaz que la lista de espera y los resultados incluso han mejorado a los 6 meses (Scheeringa et al., 2011). Los resultados de Diehle et al. (2014) sugieren que en niños con TEPT o TEPT subclínico, la TCC centrada en el trauma y la DRMO son eficaces en medidas de TEPT, aunque la primera pareció reducir más ciertos síntomas comórbidos.

Najavits (2002) presenta una terapia cognitivo-conductual no centrada en el trauma (Buscando Seguridad) dirigida a tratar paralelamente el **TEPT y el abuso de sustancias**. Esta terapia se ha mostrado eficaz y las mejoras se han mantenido a corto plazo, pero hay datos contradictorios de que sea más eficaz que el tratamiento usual (el cual ha variado según el contexto de aplicación) (Boden et al., 2012; Hien et al., 2009; Zlotnick et al., 2009). Coffey et al. (2006) hallaron que añadir exposición imaginal centrada en el trauma a un tratamiento para la dependencia del alcohol fue más eficaz en reducir las ganas de beber y la sintomatología del TEPT que añadir relajación.

Falsetti, Resnick y Davis (2008) han combinado la terapia de procesamiento cognitivo con el tratamiento del control del pánico de Barlow para tratar a personas con **TEPT y ataques de pánico comórbidos**. Esta terapia de exposición a canales múltiples se ha mostrado superior a la lista de espera en medidas de TEPT, pánico y depresión, y los resultados se han mantenido a los 6 meses. Similarmente, Hinton et al. (2005) han adaptado con éxito una TCC para refugiados camboyanos que presentaban TEPT resistente y ataques de pánico.

Por lo que respecta al tema de la **prevención**, el metaanálisis de Teubart y Pinquart (2011) indica que los programas de prevención de la ansiedad para niños y adolescentes tienen un efecto significativo en síntomas y diagnóstico de ansiedad, depresión y autoestima tanto en el postest como en seguimientos de 8 meses de media. Los efectos en competencia social se dieron sólo en el postratamiento. Los programas de prevención selectiva produjeron un mayor tamaño del efecto que los programas de prevención universal. Según el metaanálisis de Rolfsnes e Idsoe (2011) la **TCC aplicada en la escuela** ha resultado eficaz para reducir síntomas de TEPT en niños y adolescentes que han sufrido diversos tipos de traumas (el abuso sexual y el maltrato físico no fueron considerados), aunque no necesariamente presentan TEPT. Además, según un estudio que mencionan, muchos más niños completan la intervención en la escuela que en la clínica. En cuanto a los programas de prevención primaria aplicados antes de la ocurrencia de un evento potencialmente traumático, Skeffington et al. (2013) concluyeron que no hay sólidos que permitan justificar o guiar la intervención.

Sea cual sea la intervención que se adopte, hay varias **consideraciones** que merecen tenerse

en cuenta:

- Los pacientes con TEPT desean ayuda, pero al mismo tiempo temen y desean evitar sus recuerdos traumáticos; de ahí que **muchos no se presenten a la primera sesión**, se salten sesiones y/o presenten conductas de evitación durante la terapia (Tarrier et al., 1999). Para disminuir la probabilidad de lo primero, es útil que el terapeuta hable por teléfono con el paciente antes de la primera sesión, le comunique que comprende su vacilación, le aliente a venir y le presente la evitación como un medio ineficaz de afrontamiento, tal como el propio paciente ha podido comprobar en su historia del trastorno (Resick y Calhoun, 2001).
- El tratamiento puede ser aplicado individualmente, en grupo o combinando las dos modalidades. El **tratamiento en grupo** tiene varias **ventajas**: reduce la sensación de aislamiento e incomprensión por parte de los otros, proporciona apoyo social sincero y no culpabilizador, hace ver como algo normal las reacciones al trauma, confirma la realidad del trauma, permite compartir las estrategias de afrontamiento, contrarresta la autculpa-bilización, promueve la autoestima y la confianza en sí mismo, reduce la dependencia (del terapeuta en una terapia individual), proporciona un lugar seguro para desarrollar vínculos interpersonales e intimidad y para compartir la aflicción y la pérdida, y facilita la realización de las actividades entre sesiones.

Un tratamiento en grupo **no parece adecuado para** pacientes con riesgo de suicidio, fuerte abuso de sustancias o vida muy inestable y desorganizada y para pacientes que nunca han hablado de su trauma. Por otra parte, se ha aconsejado que a) los pacientes con TEPT grave combinen el tratamiento grupal con el individual, ya que el grupo puede suscitar recuerdos y afectos que pueden sobrepasar al cliente; y b) los pacientes no compartan sus traumas durante las primeras sesiones para no atemorizar a los demás o sensibilizarlos a otras situaciones (Resick y Calhoun, 2001; Resick y Schnicke, 1993).

- En el tratamiento de la violación y de otros traumas, **el miedo a ser agredida de nuevo no es irreal** y no debe ser eliminado, sino situado en perspectiva. Es decir, se trata de tomar las precauciones apropiadas para hacer improbable que el suceso traumático se vuelva a repetir, pero sin limitar indebidamente el estilo de vida. Así, en vez de evitar las citas, una mujer puede quedar al principio en lugares públicos y establecer asertivamente límites en cuanto a la cantidad de contacto físico.
- Las **víctimas de violación suelen preferir terapeutas de sexo femenino**, lo cual hay que tener en cuenta; las terapeutas pueden ser especialmente empáticas siempre que no se sobreidentifiquen con la víctima y se sientan amenazadas o, en el caso del abuso sexual infantil, tan irritadas hacia el perpetrador que no reconozcan y admitan los sentimientos ambivalentes de la víctima hacia el mismo. Se cree que los hombres pueden hacerlo igual de bien siempre que sean cordiales y empáticos, estén bien entrenados, no racionalicen la conducta del agresor, no culpabilicen a la víctima, no tengan una imagen negativa de las mujeres, no se impliquen sexualmente con la paciente y eviten ciertas tendencias como ver la violación más como un delito sexual que de violencia y centrarse demasiado, por tanto, en aspectos sexuales.

En general, una terapeuta femenina será mejor en la mayoría de los casos, especialmente en las primeras fases de la terapia; pero cuando las relaciones con los hombres sean un problema, será útil implicar a un terapeuta varón en una fase apropiada del tratamiento. Sería útil explorar las potencialidades de una pareja de terapeutas de distinto sexo, especialmente si el compañero de la víctima participa en la terapia (Resick y Cal-

houn, 2001; Jehu con Gazan y Klassen, 1988; Resick y Schnicke, 1993).

- Los **terapeutas** deben ser conscientes de sus **actitudes sobre la violación** y no mantener **creencias erróneas** que interfieran con la terapia y faciliten el abandono de la misma. Ejemplos de estas creencias son: las mujeres desean secreta o inconscientemente ser dominadas; algo habrá hecho una mujer para que la violen; una mujer no puede ser violada por alguien que conoce o con quien ha tenido previamente relaciones sexuales; una mujer normal puede impedir que la violen; la mayoría de los violadores son desconocidos; la violación es algo primariamente sexual; las cosas malas sólo les suceden a la gente mala. Además, cada vez que el terapeuta pregunta *por qué* la persona hizo o no hizo algo, hay una implicación de culpabilidad de la víctima.
- Por otra parte, el trabajo con personas violadas puede trastocar los esquemas del terapeuta sobre sí mismo (p.ej., sentirse mucho menos seguro) y el mundo (p.ej., el mundo no es tan justo ni la gente tan digna de confianza), afectar a sus emociones y conductas (pesadillas, evitación) y alterar la relación terapéutica. Esto ha sido llamado **traumatización vicaria o secundaria** y puede ser afrontada hablando con otros terapeutas que trabajen con víctimas, viendo la misma proporción de pacientes víctimas y no víctimas, dedicándose a otras actividades profesionales y personales, reconociendo las propias limitaciones, trabajando para favorecer el cambio social y centrándose en el impacto personal positivo del propio trabajo (Resick y Calhoun, 2001; Resick y Schnicke, 1993).
- **La violación y otros traumas pueden ser también una fuente de estrés para los familiares y amigos** de las víctimas y estos con sus reacciones negativas o falta de apoyo pueden contribuir al mantenimiento del TEPT. Por ello, puede ser interesante su consideración en el tratamiento desde una y/u otra perspectiva.

Foa, Keane y Friedman (2000) han publicado unas guías para el tratamiento del TEPT en la que se incluyen tanto las terapias que han mostrado ser eficaces en estudios controlados como las terapias que no han sido aún investigadas, pero que tienen una larga historia de aplicación con personas traumatizadas. Andrews et al. (2003) presentan unas guías para el terapeuta a la hora de tratar el TEPT y un manual para el paciente. La TCC que proponen incluye técnicas cognitivas para manejar la ansiedad y el malestar, exposición a los recuerdos traumáticos y a las situaciones temidas, y reestructuración cognitiva integrada con la anterior.

Tamaño del efecto, significación clínica y mantenimiento de los resultados

Hasta el momento, **los tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales centrados en el trauma (exposición prolongada, terapia de procesamiento cognitivo, terapia cognitiva) y la DRMO se han mostrado claramente eficaces y no parece haber diferencias entre ellos** (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2013; Benish, Imel y Wampold, 2008; Bisson y Andrew, 2009; Bisson et al., 2007; Bradley et al. 2005; Diehle et al., 2014; Foa et al. 2009; Powers et al., 2010; Sherman, 1998; van Etten y Taylor, 1998). La mayoría de los tratamientos no centrados en los recuerdos del trauma o su significado parecen menos eficaces que los anteriores (aunque algunos han sido superiores a la lista de espera) o han sido poco estudiados. Ahora bien, en el metaanálisis de Benish, Imel y Wampold (2008), en el que sólo se consideraron los tratamientos *bona fide* (diseñados para ser terapéuticos) y se excluyeron los tratamientos diseñados como controles o placebos psicológicos, no se hallaron diferencias entre los distintos tipos de terapias estudiadas, aunque los datos sobre la terapia psicodinámica, la hipnoterapia y la terapia de procesamiento cognitivo se obtuvieron sólo de un estudio en cada caso y los de la terapia centrada en el presente, de dos. Por otra parte, hay que tener en cuenta que los tratamientos mencionados van dirigidos a personas que ya no se encuentran padeciendo realmente la situación trau-

mática. Para personas que se encuentran aún en ese tipo de situaciones (p.ej., violencia familiar, abuso sexual, guerra), se requieren intervenciones adicionales.

Wampold et al. (2010) han señalado **diversos factores que podrían ser importantes** en los tratamientos eficaces para el TEPT y que son enfatizados en mayor o menor grado por los distintos tratamientos:

- Justificación psicológica aceptable para el paciente.
- Conjunto sistemáticos de acciones de tratamiento congruentes con la justificación.
- Relación terapéutica segura, respetuosa y de confianza.
- Acuerdo sobre las metas y tareas terapéuticas.
- Promover la esperanza y la autoeficacia.
- Psicoeducación sobre el TEPT.
- Oportunidad para hablar sobre el trauma.
- Garantizar la seguridad del paciente, especialmente si ha sido víctima de violencia/abuso.
- Ayudar a los pacientes a aprender como evitar la revictimización.
- Identificar los recursos y fortalezas del paciente y desarrollar la resiliencia.
- Enseñar habilidades de afrontamiento.
- Examinar cadenas conductuales de eventos.
- Exposición imaginal y en vivo.
- Dotar de sentido al evento traumático y a las reacciones del paciente al mismo.
- Atribución del cambio por parte del paciente a sus propios esfuerzos.
- Aliento para buscar y utilizar apoyos sociales.
- Prevención de recaídas.

Alrededor del **15%** de los pacientes **rechazan iniciar el tratamiento** por una diversidad de razones: negarse a la asignación aleatoria, dificultades horarias, tratamiento no aceptable. El primero de estos motivos no se da en la práctica clínica real, por lo que es de suponer que el porcentaje de rechazos debe ser menor. Según el metaanálisis de Imel et al. (2013) el **18%** de los pacientes **abandonan** la intervención una vez iniciada. No se encontraron diferencias al respecto entre los distintos tratamientos psicológicos. Tampoco entre las intervenciones centradas o no en el trauma o entre la exposición prolongada y otros tratamientos. Ahora bien, basándose en tres estudios, el porcentaje de abandonos fue mayor en la terapia centrada en el trauma (36%) que en la terapia centrada en el presente (22%). Esta diferencia fue replicada (31% vs. 14%) en un metaanálisis posterior con cinco estudios (Frost, Laska y Wampold, 2014). Según otras revisiones, alrededor del 23% de los pacientes abandonan la intervención (Arntz, Tiesema y Kindt, 2007; Bradley et al., 2005; Hembree et al., 2003). Hembree et al. (2003) no hallaron diferencias según el tipo de terapia: DRMO (18,9%), exposición (20,5%), terapia cognitiva o inoculación de estrés (22,1%) y exposición más terapia cognitiva o inoculación de estrés (26,9%). El porcentaje de abandonos es mayor en la práctica clínica habitual (Wang et al., 2005, citado en Imel et al., 2013).

Un instrumento para evaluar determinadas preocupaciones acerca del tratamiento que pueden favorecer el abandono del mismo es el **Cuestionario de Ambivalencia sobre el Tratamiento** (*Treatment Ambivalence Questionnaire*; Rowa et al, 2014). Para favorecer la aceptación y cumplimiento del tratamiento, es útil emplear las estrategias de la **entrevista motivacional** de Miller y Rollnick (1991/1999, 2002), ya sea previamente a la terapia o integrada en la misma (Westra y Dozois, 2006). Otra intervención más sencilla (10 minutos) que puede ser eficaz consiste en pedir al paciente que imagine los eventos implicados en atender a las cuatro primeras sesiones de tratamiento y luego que escriba las razones para continuar la terapia (véase Buckner et al., 2009).

Los tratamientos antes mencionados dan lugar a **mejoras significativas en síntomas del TEPT** (intrusión, evitación, hiperactivación, aunque quizá los síntomas de embotamiento afectivo

mejoren menos), cogniciones negativas sobre sí mismo, el mundo y los otros relacionadas con el trauma, disociación, ansiedad, depresión y calidad de vida; también hay mejoras en salud percibida, calidad del sueño y uso de servicios de salud mental. El tamaño del efecto, calculado mediante la diferencia de medias tipificada (DMT), nos permite saber la magnitud del cambio logrado, ya sea del pre al postratamiento o entre dos condiciones. Tamaños del efecto de 0'20-0'49, 0'50-0'79 y 0'80 o más suelen interpretarse respectivamente como de magnitud baja, media y alta. Por lo que respecta a los tamaños del efecto **pre-post**, Bradley et al. (2005) y Norton y Price (2007) dan respectivamente unos valores de 1,56 y 1,86. Es posible que el tamaño del efecto sea más grande con la terapia de Ehlers y Clark, pero faltan replicaciones por grupos independientes. Finalmente, el metaanálisis de van Etten y Taylor (1998) da los siguientes tamaños del efecto: intrusión (1,12), evitación (1,20), gravedad de los síntomas del TEPT (1,26), ansiedad general (1,02), depresión (1,01).

Por lo que respecta a la **TCC grupal**, su tamaño del efecto pre-post ha sido de 1,13 en el metaanálisis de Barrera et al. (2013) y no se hallaron diferencias entre los tratamientos que incluyeron o no exposición en grupo, excepto en el porcentaje de abandonos, que fue mayor en el primer caso (26,4% vs. 18,9%). El 60% de los tratamientos sin exposición en grupo incluyeron exposición individual. En otro metaanálisis con participantes que presentaban TEPT o síntomas del mismo (Sloan et al., 2013), la terapia grupal, en la que el 75% de los estudios fueron del tipo TCC, tuvo un tamaño del efecto pre-post de 0,71. Este efecto se redujo a 0,56 en comparación a la lista de espera y no hubo diferencias en comparación a otros tratamientos activos. Watts et al. (2013) no hallaron diferencias entre la TCC grupal en comparación a lista de espera, tratamiento usual o tratamientos activos. Hasta el momento no hay estudios que hayan comparado directamente TCC individual y grupal, pero estos datos sugieren que la segunda puede tener un menor tamaño del efecto.

Según el metaanálisis de Bradley et al (2005), el **tamaño del efecto** de la terapia conductual, TCC o DRMO en comparación a la **lista de espera** en medidas del TEPT ha sido 1,31. Powers et al. (2010) dan 1,51 para la exposición prolongada. El tamaño del efecto también ha sido grande o muy grande para la terapia de procesamiento cognitivo en comparación a la lista de espera (Lenz et al., 2014). Según los metaanálisis de Bisson et al. (2007) y el National Collaborating Centre for Mental Health (2005), los tamaños del efecto han sido respectivamente 1,50 y 1,70 en medidas de autoinforme del TEPT y 1,42 y 1,36 en medidas de calificación por el clínico. En un metaanálisis más antiguo, van Etten y Taylor (1998) hallaron un tamaño del efecto de 0,80 en intrusión, 0,99 en evitación y 0,82 en gravedad de los síntomas del TEPT. Por lo que respecta a otras medidas, Bisson et al. (2007), National Collaborating Centre for Mental Health (2005) y van Etten y Taylor (1998) dan respectivamente los siguientes valores en ansiedad general (1,06, 0,94, 0,77) y depresión (1,32, 1,20, 0,76). Y Diehle et al. (2014) dan un 1,21 en cogniciones negativas relacionadas con el trauma.

Según el **metaanálisis en red** de Gerger et al. (2014), el tamaño del efecto respecto a la lista de espera en medidas de autoinforme de TEPT han sido los siguientes: DRMO (1,58), TC (1,35), TCC (1,29), exposición (1,25), otras intervenciones psicológicas (1,11), terapia de apoyo (0,97) y manejo del estrés (0,76). Al considerar a las personas con TEPT y TEPT subclínico, estos autores no hallaron diferencias significativas entre los distintos tratamientos, excepto que los tratamientos específicos para el TEPT fueron más eficaces (DMT = 0,55) que los no específicos (terapia de apoyo, manejo del estrés). Sin embargo, esto último no fue cierto al considerar sólo los estudios con muestras más numerosas.

Según los metaanálisis de Bisson et al. (2007), Bradley et al. (2005) y Hofman y Smits (2008), los tamaños del efecto en comparación al **placebo** en medidas del TEPT han sido respectivamente 0,93, 0,87 y 0,62. Powers et al. (2010) dan 0,65 para la exposición prolongada. En un

metaanálisis más antiguo, van Etten y Taylor (1998) hallaron un tamaño del efecto en comparación al placebo/terapia de apoyo de 0,41 en intrusión, 0,78 en evitación y 0,83 en gravedad de los síntomas del TEPT. Por lo que respecta a otras medidas, Bisson et al. (2007) y van Etten y Taylor (1998) dan respectivamente los siguientes valores en ansiedad general (0,55, 0,88) y depresión (0,66, 0,78). Hofman y Smits (2008) dan un tamaño de 0,59 en depresión. Y Diehle et al. (2014) dan un 0,69 en cogniciones negativas relacionadas con el trauma.

Watts et al. (2013) calcularon el tamaño del efecto de diversas intervenciones psicológicas **en comparación a lista de espera, tratamiento usual o tratamientos activos**. Conviene tener en cuenta que los tamaños del efecto mencionados a continuación se refieren a este conjunto de grupos control; el tamaño del efecto de la terapia psicológica en conjunto respecto a la lista de espera (1,26) fue mayor que respecto a otros tratamientos activos (0,92), pero estos datos no se dan para los tratamientos individuales. Los tratamientos más potentes, entre los más investigados, fueron la TCC (1,26) y la EMDR (1,01). Dentro de la primera, la terapia de procesamiento cognitivo (1,69), la terapia cognitiva (1,63), la terapia cognitiva más exposición (1,52), la terapia cognitiva más entrenamiento en habilidades (1,21), la exposición prolongada (1,38), la exposición narrativa (1,00), la exposición mediante realidad virtual (1,01) y la terapia de inoculación de estrés (1,37; sólo dos estudios). Otros tratamientos eficaces, basados en sólo un estudio, han sido la terapia psicodinámica, la hipnoterapia, la terapia de resistencia, la desensibilización sistemática y la terapia interpersonal grupal. No es posible atribuir las diferencias en tamaño del efecto al tipo de tratamiento, ya que los estudios difirieron en otras variables que pueden afectar al tamaño del efecto.

En los metaanálisis anteriores ha habido poca representación de los estudios realizados con **personas adultas que han padecido abuso sexual o maltrato físico en la infancia**. En el metaanálisis de Ehring et al. (2014), centrado en los tratamientos para estas personas, el **tamaño del efecto pre-post** fue 1,34 para la TCC centrada en el trauma (10 condiciones), 1,53 para la DRMO (3 condiciones), 0,82 para la TCC no centrada en el trauma (6 condiciones) y 1,46 para otras terapias (interpersonal o centrada en la emoción; 3 condiciones). Los tamaños del efecto fueron aún mayores en seguimientos de 6 o más meses. En comparación a la **lista de espera**, los tamaños del efecto de los cuatro tratamientos anteriores fueron respectivamente 0,88, 0,76, 0,48 y 1,04; en este último caso sólo hubo una condición en vez de las 2-3 de las otras intervenciones. Y respecto al **tratamiento habitual o al placebo**, los tamaños del efecto fueron 1,72, 0,39 y -0,12 para los tres primeros tratamientos respectivamente, aunque el número de condiciones fue sólo de 2-3. Los tratamientos centrados en el trauma fueron más eficaces que los no centrados en el trauma y los tratamientos con sesiones individuales fueron superiores a los puramente grupales; no hubo diferencias en abandonos entre este tipo de intervenciones. Así pues, las intervenciones centradas en el trauma son eficaces para las personas adultas que han padecido abuso sexual o maltrato físico en la infancia, aunque el tamaño del efecto es inferior al observado en otros metaanálisis que se han centrado en personas cuyo trauma se inició en la vida adulta.

Los datos sobre la significación clínica de las mejoras conseguidas varían según las medidas y los criterios utilizados; no parece haber diferencias entre la exposición, la TCC y la DRMO. De acuerdo con los criterios de cada autor, el **70% de los pacientes tratados mejoran** con la aplicación de los tratamientos investigados. Los síntomas del TEPT se reducen un 35-60%, la depresión en un 30-55% y la ansiedad generalizada en un 25-50%; también mejora la calidad de vida.

En general, el **53%** de los pacientes tratados pueden considerarse **moderadamente o muy recuperado**, es decir, alcanzan valores normativos o criterios arbitrarios de recuperación en una variable importante o en al menos el 50% de dos o más variables. El porcentaje de **pacientes muy recuperados** (cumplen criterios en al menos el 75% de tres o más variables) ha sido del **55%** según dos estudios. Según Bradley et al. (2005), el **67% de los pacientes tratados dejan de cumplir criterios diagnósticos** para el TEPT. Los resultados parecen ser mejores si el tratamien-

to se aplica pronto tras el surgimiento del TEPT. El porcentaje de pacientes recuperados es probablemente una **sobrestimación**, ya que sólo se suele exigir que sea más probable que el paciente pertenezca a la población funcional o que no pertenezca a la población disfuncional o que satisfaga un punto de corte arbitrario en una o más medidas de interés. En cambio, no suele exigirse además que la persona haya hecho un cambio estadísticamente fiable en dichas medidas. Algunos pacientes satisfacen los puntos de corte sin haber mejorado significativamente porque ya estaban cerca de los mismos en el postratamiento o incluso ya los satisfacían en alguna/s de las medidas.

Por lo que se refiere al mantenimiento de las mejoras, los resultados conseguidos con los diversos tratamientos investigados se mantienen, e incluso mejoran, en **seguimientos** de hasta 24 meses de duración, aunque lo usual es que hayan durado sólo 3-6 meses (media = 3 meses). Sin embargo, se desconoce en general qué porcentaje de pacientes ha recibido **tratamiento adicional** durante el seguimiento (30% en el estudio de Blanchard et al., 2003, 34% en el de Foa et al., 2005, y 44% en el de Powers et al., 2002) y si los pacientes localizados para la evaluación en el seguimiento son los que habían obtenido mejores resultados. Tampoco se tienen datos sobre recaídas, aunque parecen escasas. Foa et al. (2005) hallaron que el 8% de sus pacientes habían empeorado significativamente del postratamiento al seguimiento.

Un aspecto importante en el tratamiento del TEPT es la **prevención de las recaídas**. Un efecto duradero del TEPT parece ser una mayor vulnerabilidad al estrés, ya sea del tipo relacionado con el trauma o no (despido, divorcio, muerte de un ser querido, etc.). Por tanto, puede ser útil un programa que acentúe lo siguiente: revisión de los logros conseguidos, reconocimiento de que seguirá habiendo situaciones estresantes no traumáticas y reacciones a las mismas, identificación de este tipo de situaciones y habilidades a poner en práctica cuando estas ocurran (Keane et al., 1992).

Variables predictoras y mediadoras de los resultados

Se considerarán ahora los factores **predictores del abandono** del tratamiento y de los resultados de este. Una menor credibilidad en la terapia, una menor motivación y la poca experiencia del terapeuta han estado asociadas con el abandono en dos, uno y un estudio respectivamente (Tarrier et al., 1999; Taylor, 2003; Ehlers et al., 2013). Por lo que respecta a la exposición imaginaria prolongada, variables predictoras del abandono han sido el consumo de benzodiazepinas y el de alcohol (este último en varones) (van Minnen, Arntz y Keijsers, 2002). No parece que las variables demográficas ni las características del trauma predigan el abandono, aunque en el estudio de Rizvi, Vogt y Resick (2009) fue más probable que abandonaran las personas con menor edad, inteligencia y educación.

El tema de las **variables predictoras del resultado del tratamiento** ha sido revisado por Van Minnen, Arntz y Keijsers (2002) y Schottenbauer et al. (2008).

- Variables **no predictoras**: edad, edad a la que se sufrió el trauma, estado civil, nivel educativo, nivel intelectual (dentro de la amplitud normal), situación laboral, nivel de depresión, nivel de disociación⁸, tipo de trauma (causado por el hombre o no), percepción del trauma como peligroso para la vida, historia de experiencias traumáticas previas, haber sufrido abuso sexual en la infancia, expectativas respecto al tratamiento, tener interpuesta una demanda de compensación y tomar medicación. Estar recibiendo compensación económica por el TEPT tampoco parece estar ligado a peores resultados (Laffaye et al.,

⁸ Sin embargo, Resick et al. (2012) hallaron que las mujeres con bajos niveles de disociación respondieron antes, aunque no en mayor grado, a la terapia cognitiva que a la combinación de esta con exposición, mientras que las mujeres con altos niveles de disociación respondieron antes y en mayor grado a la terapia combinada.

2007).

En los estudios de Tarrier et al. (1999, 2000), otras variables no predictoras fueron presencia de trastornos comórbidos (salvo el trastorno de ansiedad generalizada), neuroticismo, duración o número de traumas, la interferencia en la vida y la duración del trastorno. Van Minnen, Arntz y Keijsers (2002) estudiaron los predictores de los resultados de la exposición imaginal prolongada en dos muestras separadamente. Variables no predictoras o que no predijeron en ambas muestras fueron número de traumas, consumo de sustancias, ansiedad general, personalidad mórbida, culpa, vergüenza y motivación para el tratamiento. Otras variables no predictoras en el estudio de Taylor (2003) fueron estar recibiendo compensación económica por incapacidad y susceptibilidad a la ansiedad. Ehlers et al. (2013) hallaron que la presencia de problemas sociales y necesitar tratamiento para múltiples traumas predijeron peores resultados.

- Variables que **no han predicho consistentemente** resultados negativos: sexo masculino, gravedad de los síntomas del TEPT, tiempo pasado desde el trauma, sentimientos de ira o culpa, intensidad de los pensamientos y creencias disfuncionales relacionados con el trauma, la depresión comórbida. Se ha afirmado que las mujeres parecen responder mejor al tratamiento, pero ha habido una confusión en los estudios entre sexo y tipo de trauma (principalmente sexual en las mujeres y de guerra en los hombres). Sin embargo, con traumas similares en el estudio de Felmingham et al. (2012), los hombres que recibieron exposición mostraron peores resultados a los 6 meses en comparación a las mujeres que recibieron el mismo tratamiento y a los hombres y mujeres que habían recibido TCC. Según la revisión de Blain et al. (2010), la mayoría de los datos indican que los resultados no varían entre sexos cuando los traumas afectan con la misma frecuencia a ambos, pero poco se sabe sobre los traumas que afectan con diferente frecuencia a ambos sexos o sobre la interacción entre sexo y tipo de trauma.
- Variables que parecen estar **asociadas a una menor eficacia** del tratamiento son la gravedad del trauma, la intensidad del dolor (en el TEPT subsecuente a accidentes de tráfico), el funcionamiento global en el pretratamiento (1 estudio) y la presencia de un trastorno de personalidad. Los pacientes con este último tipo de trastornos mejoran igual, pero su estado final de funcionamiento es peor (Schottenbauer et al., 2008). En los estudios de Tarrier et al. (1999, 2000), mejoraron menos los que habían asistido de forma inconsistente a la terapia (resultado replicado por Ehlers et al., 2013), los pacientes con riesgo moderado o alto de suicidio, los que vivían solos, los que presentaban un trastorno comórbido de ansiedad generalizada y aquellos con familiares que presentaban una elevada emoción expresada (crítica, hostilidad). Van Minnen y Hagedaars (2002) hallaron que los pacientes no mejorados presentaron una ansiedad más alta al inicio de la primera sesión de exposición. Bryant et al. (2010) hallaron que responden peor a la TCC las personas con un alelo corto del gen transportador de la serotonina (el alelo corto implica una menor acción del neurotransmisor).

Se ha dicho, y así lo indica algún metaanálisis (Bradley et al., 2005), que los **veteranos de guerra** con TEPT responden menos al tratamiento que las víctimas de otros traumas, pero esto podría ser debido no al tipo de trauma, sino a la mayor gravedad y cronicidad del TEPT. Finalmente, en un estudio aquellas pacientes que presentaban TEPT y trastorno de personalidad límite mejoraron, pero fue menos probable que alcanzaran un buen estado final de funcionamiento en comparación a aquellas sin dicho trastorno de personalidad.

- Variables que parecen estar **asociadas a mejores resultados**: ciertas características y

acciones del terapeuta (fuerte alianza terapéutica, estilo interpersonal flexible, manejo de la evitación del paciente) la implicación emocional en la primera sesión de exposición, la habituación entre sesiones (aunque no intra-sesión), la presencia de ganancias repentinas de una sesión a la siguiente y el apoyo social (1 estudio). En un estudio, un mayor sentido de control y una atribución de las ganancias a los esfuerzos personales, ambos evaluados en el postratamiento, predijeron el mantenimiento de las mejoras en el seguimiento.

Respecto al tema de las **variables mediadoras** de los resultados de la terapia, se ha afirmado que el cambio las cogniciones disfuncionales relacionadas con el trauma (p.ej., la percepción del mundo como peligroso y de uno mismo como falta de recursos) puede jugar un papel importante. Sin embargo, al aplicar exposición prolongada, Hagenaars, van Minnen y de Rooij (2010) hallaron que el malestar causado por la reexperimentación del trauma se redujo antes que la frecuencia y la credibilidad de la cognición negativa más importante relacionada con el trauma. Una limitación importante es que sólo se evaluó una cognición y pudo haber cambios previos en otras, como las expectativas de peligro. En un estudio posterior, también con exposición prolongada, el cambio en las cogniciones negativas relacionadas con el trauma llevó al cambio en síntomas TEPT, mientras que el efecto opuesto fue más pequeño y no significativo (Zalta et al., 2014). Los mismos resultados fueron obtenidos por McLean et al. (2015) al aplicar exposición prolongada con adolescentes que habían sufrido agresiones sexuales. Por otra parte, utilizando terapia cognitiva, Kleim et al. (2013) hallaron que el cambio en las valoraciones disfuncionales del trauma y de sus secuelas predijo la reducción posterior de síntomas, mientras que el cambio en los síntomas no predijo el cambio posterior en las valoraciones.

UTILIDAD CLÍNICA DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Se ha investigado si la **TC de Ehlers y Clark** funciona en **contextos clínicos habituales** (Gillespie et al., 2002). Los pacientes habían desarrollado TEPT tras la explosión de un coche bomba en Irlanda, el 54% presentaban trastornos comórbidos del eje I del DSM-IV-TR y el 58% habían sufrido uno o más traumas previos. Los terapeutas no estaban especializados en el TEPT, pero recibieron un entrenamiento rápido y fueron supervisados regularmente. El 87% de los pacientes fueron tratados en 20 sesiones o menos (8 sesiones de media). Se observaron mejoras significativas en medidas de TEPT (mediana de mejora = 68%), depresión y psicopatología general. El tamaño del efecto fue similar al observado en estudios controlados. Mejoraron más los pacientes que no habían resultado heridos en el atentado que los que lo habían sido. En un estudio posterior la TC aplicada en un centro comunitario a pacientes con TEPT subsecuente a terrorismo y conflictos civiles fue más eficaz que la lista de espera (Duffy, Gillespie y Clark, 2007).

En un estudio posterior, la TC de Ehlers y Clark fue aplicada en un centro del sistema nacional de salud británico a pacientes que habían padecido una variedad de eventos traumáticos. Hubo grandes mejoras en síntomas de TEPT, ansiedad y depresión. Las mejoras se mantuvieron a los 9 meses de media. Los tamaños del efecto fueron algo menores que los observados en estudios controlados de la TC, pero similares o mayores que los de otros estudios que aplicaron TCC centrada en el trauma. Los resultados fueron peores en los que abandonaron y los que siguieron regularmente el tratamiento. De los pacientes con intención de tratarse, el 79% mejoraron y el 57% se recuperaron; estos porcentajes fueron 85% y 65% entre los que completaron el tratamiento. Sólo el 1,2% de los pacientes empeoraron.

García-Vera y Romero (2004) hallaron que la **TCC** (técnicas de control de la ansiedad, reestructuración, exposición) aplicada en la **práctica profesional** fue eficaz en pacientes con TEPT subsecuente a los atentados del 11 de marzo en Madrid. El 67% de los pacientes mejoraron, lo que sugiere la utilidad clínica de la TCC. El estudio de Brewin et al. (2008) también indica la

utilidad clínica de la TCC centrada en el trauma aplicada a personas con TEPT tras los atentados con bombas en Londres en 2005. En la misma línea va el trabajo de Khoo et al. (2011) en la que la TCC grupal fue aplicada en un hospital privado a pacientes con TEPT subsecuente a combate; las mejoras se mantuvieron hasta 1 año o más.

Por otra parte, Foa et al. (2005) hallaron que tanto la **exposición prolongada** (imaginal y en vivo) como la **combinación de esta con reestructuración cognitiva** funcionaron igual de bien cuando fueron aplicadas por expertos en un centro académico que cuando lo fueron en una **clínica comunitaria** por terapeutas con mínima experiencia en terapia cognitivo-conductual; sin embargo, estos terapeutas fueron entrenados antes del estudio y supervisados durante el mismo. En otro estudio (Tuerk et al., 2011), la exposición prolongada aplicada en contextos habituales para veteranos con TEPT subsecuente a combate fue tan eficaz como en las investigaciones. También la **terapia de exposición narrativa** aplicada en centros de salud psiquiátrica por terapeutas habituales con pacientes refugiados o buscadores de asilo ha sido más eficaz que el tratamiento habitual y con resultados comparables a los obtenidos en estudios controlados de TCC o exposición narrativa con dicha población.

La terapia de procesamiento cognitivo aplicada en contextos comunitarios a personas con TEPT subsecuente a traumas militares ha resultado más eficaz que el tratamiento habitual (variable, según la orientación de cada terapeuta) y con tamaños del efecto comparables a los obtenidos por terapeutas entrenados en TCC (Forbes et al., 2012).

En un estudio retrospectivo con veteranos de guerra tratados en una clínica especializada para los mismos, la exposición prolongada y la terapia de procesamiento cognitivo redujeron los síntomas de TEPT, pero la primera fue más claramente más eficaz (DMT de 2,01 vs 0,96). Los tamaños del efecto hallados fueron en la línea de los obtenidos con dichos tratamientos en veteranos de guerra.

En contraste con los estudios anteriores, Zayfert et al. (2005) hallaron que el **porcentaje de personas que completan la TCC es mucho menor en la clínica habitual que en las investigaciones**. Completar el tratamiento se definió como el logro de los objetivos terapéuticos, lo cual lo hace depender de un resultado positivo y produce una estimación conservadora de cumplimiento. Ahora bien, con una definición en términos del número de sesiones completadas, muchas de las personas que abandonaron hubieran sido consideradas como cumplidoras, pero no respondientes al tratamiento.

Marcus, Marquis y Sakai (1997) observaron en un contexto clínico real con terapeutas experimentados que la **DRMO** fue más eficaz que el tratamiento clínico estándar (psicoterapia cognitiva, psicodinámica o conductual y/o medicación según el terapeuta) en medidas de TEPT, depresión, ansiedad, psicopatología general y uso de medicación. Además, estas diferencias se observaron ya en la tercera sesión y las personas tratadas con DRMO requirieron muchas menos sesiones de tratamiento. En un estudio posterior realizado con la mitad de los pacientes, estos autores observaron un mantenimiento de los resultados a los 6 meses. Shapiro y Maxfield (2002) mencionan otros estudios que muestran que la DRMO funciona en contextos clínicos reales. Si los estudios de eficacia llegan a demostrar que la DRMO es igual de eficaz que la exposición y la TCC, aquella tendría las ventajas de: a) ser más preferida por los pacientes al no necesitar una exposición ni detallada ni prologada al trauma, y b) requerir menos sesiones (van Etten y Taylor, 1998) y bastantes menos horas de actividades entre sesiones a igualdad de número de sesiones (Lee et al., 2002).

El metaanálisis de Stewart y Chambless (2009) con 6 estudios sobre TEPT indica que la TCC es altamente eficaz en la práctica clínica habitual y con efectos incluso mayores que los de los

estudios controlados. Según el metaanálisis de Hans y Hiller (2013) con 8 estudios, el tamaño del efecto pre-post fue grande en medidas específicas del trastorno (1,91) y en depresión (1,09) y los resultados mejoraron a los 12 meses (1 estudio). Hay que señalar que los estudios incluidos fueron de alta calidad en general, lo que indica que la mayoría de ellos pudieron ser realizados en entornos orientados a la investigación.

Aunque los resultados obtenidos en investigaciones controladas pueden ser generalizables a la práctica clínica habitual, se ha dicho que el **porcentaje de abandonos** y la **duración del tratamiento** pueden ser **mayores** en el último caso. En el metaanálisis de Hans y Hiller (2013) se halló un 28% de abandonos (frente a un 18% en las investigaciones) y la duración media del tratamiento fue 20 sesiones (DT = 9) frente a unas 15 en las investigaciones. Por lo que se refiere a la **duración de la terapia cognitivo-conductual en una clínica universitaria**, en la que cerca de la mitad de los pacientes eran estudiantes, Bernaldo de Quirós et al. (2012) emplearon 18 sesiones..

Por otra parte, al considerar conjuntamente diversos trastornos de ansiedad, el metaanálisis de Stewart y Chambles (2009) indicó que los efectos de la TCC en la práctica clínica fueron significativamente menores cuando los terapeutas no fueron entrenados, cuando no fueron supervisados y cuando no siguieron un manual. Y en el metaanálisis de Hans y Hiller (2013), también con diversos trastornos de ansiedad, el tamaño del efecto fue más bajo cuando hubo menos sesiones y hubo más abandonos en la TCC individual que en la grupal. Sin embargo, en comparaciones indirectas, la TCC individual fue más eficaz para el TEPT.

Los datos de un estudio no controlado (de Bont, van Minnen y de Jongh, 2013) sugieren que la exposición y la DRMO son útiles para pacientes con TEPT y trastorno psicótico comórbido. No se produjeron efectos adversos ni empeoraron los problemas psicóticos. Esto es congruente con los resultados de otros estudios no controlados, revisados por Mabey y van Servellen (2014), que sugieren que la exposición, la TCC y la DRMO pueden ser útiles para **tratar el TEPT en personas con trastorno mental grave**, al menos en algunas medidas. Existe también un estudio controlado en el que la TCC combinada con el tratamiento usual (fármacos, aconsejamiento, rehabilitación vocacional) fue más eficaz que este último (Mueser et al., 2008).

De cara a conseguir que el tratamiento esté disponible para un mayor número de personas, Lange et al. (2001) han presentado Interapy, un programa de evaluación y tratamiento por **internet** para personas que sufren de **estrés postraumático o aflicción patológica** (p.ej., tras la pérdida de alguien o algo que se aprecia). Durante 5 semanas, los participantes tienen 10 sesiones de 45 minutos de **escritura terapéutica**. Al día siguiente de enviar su escrito, la persona recibe retroalimentación sobre el mismo por parte del terapeuta e instrucciones de cómo proceder. El programa incluye tres fases: a) **Afrontamiento**. Tras recibir una justificación para la autoexposición, la persona describe detalladamente en primera persona y en tiempo presente tanto el evento traumático como sus miedos y pensamientos respecto al mismo. b) **Reevaluación cognitiva**. El fin es desarrollar nuevos puntos de vista sobre el evento traumático y recuperar un sentido de control. Para ello, la persona recibe una explicación sobre la reevaluación cognitiva y se le pide que escriba una carta con consejos alentadores a un amigo hipotético que haya experimentado el mismo evento traumático, incluyendo lo que puede ser aprendido de este último. c) **Ritual de puesta en común y despedida**. La persona recibe una explicación sobre los efectos positivos de compartir. Luego, se despiden simbólicamente de la experiencia traumática escribiendo una carta a una persona allegada implicada en el evento traumático o a sí misma; la carta no tiene por qué enviarse.

El programa Interapy ha sido superior a la lista de espera en medidas de TEPT, ansiedad y depresión con personas que sufrían de estrés postraumático (sin cumplir necesariamente los criterios de TEPT) (Knaevelsrud y Maercker, 2007; Lange et al., 2001, 2003). Knaevelsrud y Maer-

cker (2007) hallaron además que el programa permitía el establecimiento de una buena relación terapéutica, la cual correlacionó con los buenos resultados; además, las mejoras se mantuvieron a los 18 meses (Knaevelsrud y Maercker, 2010). En el lado negativo, Lange et al. (2003) hallaron que 44 personas (un 36%) abandonaron el tratamiento; el 41% por problemas técnicos, el 29,5% por preferir la terapia presencial y el 29,5% por considerar una carga el tener que escribir sobre sus eventos traumáticos. En un metaanálisis, van Emmerick et al. (2013) hallaron que el programa Interapy o similar fue más eficaz que la lista de espera, con un tamaño del efecto grande (0,80) en sintomatología postraumática y depresión. Dos estudios sugirieron además una ausencia de diferencias entre los programas de escritura terapéutica y la TCC centrada en el trauma.

En militares en activo con TEPT, Litz et al. (2007) hallaron que una TCC aplicada por internet fue más eficaz que el aconsejamiento no directivo, centrado en preocupaciones y contratiempos cotidianos, y aplicado también a través de internet. En ambas condiciones hubo contactos telefónicos y electrónicos con el terapeuta, tanto periódicos como a voluntad propia. La TCC aplicada por internet a personas de la comunidad con TEPT ha sido más eficaz que la lista de espera en medidas de TEPT, depresión, ansiedad y discapacidad, y en reducción de trastornos comórbidos (Spence et al., 2011). En otro estudio (Spence et al., 2014), la TCC por internet (manejo del estrés, reestructuración cognitiva, exposición imaginal y en vivo) y la misma TCC sin exposición fueron igualmente eficaces, aunque el tiempo (8 semanas) pudo haber sido insuficiente para dominar todas las habilidades.

Otra vía para facilitar el tratamiento a ciertas personas es aplicarlo mediante **videoconferencia**. Varios estudios han mostrado que la TCC aplicada mediante videoconferencia es igual de eficaz que la TCC cara a cara, aunque las muestras han sido pequeñas y los pacientes no fueron asignados aleatoriamente a los grupos (Frueh et al., 2007; Germain et al., 2009; Morland et al., 2004). Lo mismo puede decirse de la exposición prolongada, aunque el tamaño del efecto fue más grande en la modalidad presencial (Tuerk et al., 2010). La tendencia en varios estudios fue a que la TCC o la exposición prolongada mediante videoconferencia funcionase muy bien, pero que la presencial fuese aún mejor. Este patrón de resultados fue confirmado en el estudio de Gros et al. (2011) con la exposición prolongada. Sin embargo, Morland et al. (2014) hallaron con veteranos de guerra que vivían en áreas rurales que la terapia de procesamiento cognitivo mediante videoconferencia (sin la exposición escrita al trauma) funcionó igual de bien que la presencial en el postratamiento y a los 6 meses. En el estudio de Germain antes citado, la ausencia de diferencias se mantuvo a también a los 6 meses (Marchand et al., 2011).

Ehlers et al. (2003) hallaron que los pacientes con TEPT subsecuente a accidente de tráfico que dispusieron de un **libro de autoayuda** que enseñaba los principios de la exposición y reestructuración cognitiva, y que fue explicado en 40 minutos por un terapeuta, no mejoraron más que aquellos que fueron evaluados repetidamente e incluso obtuvieron peores resultados en dos medidas de significación clínica. Además, los resultados fueron inferiores a los del grupo que recibió la terapia cognitiva de Ehlers y Clark.

En el **metaanálisis** de Haug et al. (2012) con **diversos trastornos de ansiedad** y considerando las medidas principales, los programas de autoayuda fueron más eficaces que la lista de espera (DMT = 0,78), un poco menos eficaces que el tratamiento habitual presencial (-0,20; -0,24 en seguimiento a los 6 meses de media) y menos eficaces que la TCC presencial (-0,41). En comparación con la lista de espera, los tamaños del efecto fueron mayores cuando el programa de autoayuda a) se basó en internet/ordenador (0,89) en vez de en biblioterapia (0,60), b) implicó cierta guía por parte del terapeuta (0,85) en vez de ser puro (0,58)⁹, c) se aplicó con muestras comunita-

⁹ Sin embargo, la tendencia sólo fue significativa; además, la cantidad del contacto con el terapeuta no se relacionó con los resultados cuando el programa de autoayuda se comparó con el tratamiento presencial.

rias (0,88) en vez de clínicas (0,53) y d) se aplicó en pacientes con trastorno de pánico con o sin agorafobia (0,83), fobia social (0,84) o trastorno de ansiedad generalizada (1,12) en vez de pacientes con trastorno por estrés postraumático (TEPT; 0,63) o fobia específica (0,58). Sin embargo, en el caso del TEPT, el tamaño del efecto es bueno (0,83) cuando se aplica por internet, pero muy bajo en forma de biblioterapia. Y en el caso de las fobias específicas, los programas de autoayuda han sido más breves y con menos módulos. Una cuestión importante por investigar es hasta qué punto son comparables los pacientes que siguen programas de autoayuda y los que reciben tratamiento presencial.

En comparaciones directas entre **DRMO** y **TCC**, **la primera ha sido más eficiente**, ya que ha conseguido efectos similares (e incluso mayores en depresión) con el mismo número de horas de terapia, pero con menor número de horas entre sesiones (2,7 vs. 23 h) (Ho y Lee, 2012).

Basoglu et al. (2003) trabajaron con pacientes con TEPT o síntomas de TEPT subsecuentes a un terremoto en Turquía y observaron en un estudio no controlado que un **tratamiento conductual abreviado** (4,3 sesiones de media) fue muy eficaz en medidas de TEPT (incluyendo los tres tipos de síntomas básicos), depresión, interferencia y mejora general. Los tamaños del efecto fueron comparables a los obtenidos con 10 sesiones de exposición. El tratamiento se fundamentó en la autoexposición a las situaciones evitadas (con énfasis no en la habituación de la ansiedad, sino en la adquisición de un sentido de control), aunque se trataron también los síntomas de aflicción cuando esta fue prolongada. Posteriormente, Basoglou, Salcioglu y Livanos (2007) hallaron que una sola sesión dedicada a poner en marcha este tipo de tratamiento y apoyada por la exposición a un **simulador de terremotos** fue más eficaz que la lista de espera y los resultados se mantuvieron a los 1,3 años. En el simulador los pacientes, en función de la fuente de su malestar, se fijaban en sus sensaciones y en la vista y sonido de los objetos que se movían o hablaban de los eventos traumáticos reexperimentados. Basoglou, Salcioglu y Livanos (2007) comentan que la autoexposición sería útil para los casos menos graves; los pacientes que no respondieran a la misma podrían exponerse al simulador y los casos más graves requerirían tratamientos más largos y costosos.

En cuanto a la **aceptabilidad y preferencia del tratamiento**, Zoellner et al. (2003) pidieron a 273 universitarias de psicología (56% de las cuales habían experimentado algún trauma) que imaginaran que estaban experimentando síntomas de TEPT subsecuentes a una violación ocurrida 6 años antes. Luego, debían señalar qué tratamiento elegirían (exposición prolongada, sertralina y no tratamiento) tras recibir una descripción y justificación del mismo. El 87% eligió exposición y sólo el 7%, sertralina. Las razones fueron el mecanismo/eficacia del tratamiento y sus efectos secundarios. En otro estudio con estudiantes, hubo una alta preferencia por la terapia cognitiva y por la exposición, mientras que la preferencia fue baja en el caso de la DRMO y la psicoterapia psicodinámica (Tarrier, Liversidge y Gregg, 2006). En un trabajo con pacientes, las tres cuartas partes de las personas eligieron exposición prolongada en vez de sertralina; la probabilidad de elegir el fármaco aumentó con un menor nivel socioeconómico, mayor gravedad autoinformada del TEPT, mayor problemática ansiosa y depresiva y comorbilidad con depresión mayor (Feeny et al., 2009). La terapia de exposición en grupo ha sido hallada útil y aceptable por veteranos de guerra (Mott et al., 2013) y los militares en activo son más favorables a la exposición prolongada y la exposición mediante realidad virtual que a la medicación (Reger et al., 2012).

El metaanálisis de McHugh et al. (2013) puso de manifiesto que el 75% de los pacientes con trastornos de ansiedad o depresión prefieren el tratamiento psicológico al farmacológico. Esta preferencia fue más marcada en jóvenes y en mujeres, y algo menor en pacientes con depresión (69%) o en pacientes que no buscaban tratamiento (70%). La combinación de ambos tratamientos es la opción más preferida en algunos estudios, pero no en otros.

Por lo que respecta al **coste/beneficio** del tratamiento del TEPT, los datos de un estudio con veteranos de guerra sugieren que aquellos que la exposición prolongada da lugar a grandes reducciones en el uso de los servicios de salud mental. La reducción fue del 30%; un 45% en el caso de los que completaron el tratamiento (Tuerk et al., 2012). En otro trabajo en el que los pacientes habían sufrido eventos traumáticos de diversos tipos, la exposición prolongada tuvo una mejor relación coste/beneficio que la sertralina, al igual que la tuvo el poder elegir el tratamiento deseado entre esos dos (Le et al., 2014). En niños que habían padecido abuso sexual, la combinación de TCC con sertralina tuvo una mejor relación coste/beneficio que la TCC y ambas parecen preferibles a la terapia no directiva (Gospodarevskaya y Segal, 2012).

Pueden consultarse **estudios de casos** en Alario (1993, cap. 7; accidente), Brown y Barlow (1997, cap. 4; violaciones pasadas), Resick y Calhoun (2001; violación), Espada y Méndez (2000, accidente de tráfico), Graña y Navarro (2000; violaciones en la infancia), Hersen y Last (1985/1993, cap. 7; violación), Oltmanns, Neale y Davidson (1995, cap. 3; violación), Sarasua, Echeburúa y de Corral (1993; violación reciente), Echeburúa y de Corral (2005, víctima de terrorismo), Puntí, Sánchez y Raich (2006; guerra, agresión sexual), Sharpe, Tarrier y Rotundo (1994; abuso sexual) y Zubizarreta et al. (1998; agresión sexual no reciente).

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CONDUCTUAL BREVE PARA VÍCTIMAS RECIENTES

Hasta aquí se ha revisado el tratamiento para el TEPT. Otra área de interés la constituyen las **víctimas recientes de traumas con riesgo de desarrollar o cronificar el TEPT**, ya sea que presenten o no trastorno de estrés agudo (TEA). A este respecto se han elaborado **programas cognitivo-conductuales breves (5-8 horas) dirigidos a estas víctimas recientes**. Hasta el momento hay muy pocos estudios realizados, pero los datos apuntan a que, en comparación a un grupo control, disminuyen los síntomas propios del TEA y/o del TEPT y previenen la aparición o consolidación de este último (para revisiones, véanse Ehlers y Clark, 2003; Feldner et al., 2007; Kearns et al., 2012). De todos modos, conviene tener en cuenta que muchísimas personas que han experimentado un trauma se bastarán con sus propios recursos y la ayuda de su entorno social sin necesitar una intervención formal (Bisson, 2003; Koucky, Galovski y Nixon, 2011). Por tanto, **debería intervenir sólo con aquellas personas** que presentan riesgo de desarrollar TEPT (p.ej., las que presentan síntomas de intensidad moderadamente alta 2-4 semanas después del trauma o TEA). Asimismo, puesto que alrededor de un 10% de los pacientes se recuperan tras la evaluación clínica y un autorregistro durante 3 semanas, Ehlers y Clark (2003) han propuesto ofrecer en primer lugar la evaluación y luego llevar a cabo el tratamiento sólo con aquellos que permanecen sintomáticos.

Foa, Hearst-Ikeda y Perry (1995) elaboraron un **programa cognitivo-conductual** de 4 sesiones de 2 horas dirigido a víctimas muy recientes de **violación o agresión no sexual** y con la finalidad de prevenir la aparición del TEPT. Los componentes del programa son: a) información sobre las reacciones normales tras una agresión, b) entrenamiento en respiración y relajación, c) exposición imaginal a los recuerdos de la agresión, d) exposición en vivo a situaciones evitadas no peligrosas y e) reestructuración cognitiva de las creencias de que el mundo es peligroso y de que las personas carecen de control sobre lo que les ocurre. Dos meses después de la agresión el grupo tratado presentó menos síntomas del TEPT y sólo un 10% de sus 10 clientes desarrollaron TEPT en comparación al 70% del grupo control no tratado. En el seguimiento a los 5,5 meses se encontraron muchas menos diferencias (depresión, síntomas de reexperimentación), probablemente por falta de potencia estadística. El 10% del grupo tratado presentó TEPT contra el 20% del grupo no tratado. En una replicación y extensión de este estudio, Foa, Zoellner y Feeny (2006)

hallaron que su programa cognitivo-conductual produjo mejoras más temprano que la terapia de apoyo, aunque no se diferenció de una condición de evaluación; además, a los 9 meses no hubo diferencias entre los grupos.

En una intervención realizada **pocas horas después del evento** traumático, tres sesiones de una hora de **exposición** imaginal prolongada, procesamiento de la misma y EV fueron más eficaces que un grupo control de evaluación para reducir las sintomatología postraumática y depresiva 1 y 3 meses más tarde (Rothbaum et al., 2012). Para utilizar con víctimas recientes de violación antes del examen forense, el grupo de Resnick et al. (2005, 2007) ha desarrollado un **vídeo** de 17 minutos que presenta información y modelado sobre el examen forense, las reacciones al trauma y las estrategias de afrontamiento que pueden reducir la ansiedad y la evitación. En unos pocos estudios, las personas que vieron este vídeo tras un breve encuentro con un consejero para crisis relacionadas con la violación, redujeron más su sintomatología postraumática, depresión, ansiedad ante el examen forense y abuso de marihuana que las personas que sólo tuvieron el encuentro con el consejero. Los beneficios fueron mayores o fueron observados sólo en personas con historia de agresiones sexuales previas. A los 6 meses sólo hubo diferencias en depresión y únicamente entre aquellas personas con historia de agresiones sexuales previas.

Bousquet Des Groseilliers et al. (2013) estudiaron una **intervención diádica breve**, aplicada durante dos sesiones por un trabajador social o una enfermera, principalmente con personas que habían sufrido accidentes graves de tráfico. La intervención incluye elementos de psicoeducación, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, y la entrevista motivacional y se dirige a la comunicación entre el paciente y una persona significativa con el objetivo de facilitar la revelación bidireccional y reducir los comportamientos que reducen esta revelación y también aquellos que minimizan o critican la experiencia traumática por parte de otros. Se promueve la comunicación de pensamientos y emociones sobre el trauma en el entorno natural del paciente y no es necesario contar el evento traumático. A los 3 y 24 meses, el grupo tratado presentó menos síntomas de TEPT que el control (sólo evaluación), y a los 2 años, hubo menos casos de TEPT en el grupo tratado (0% vs. 26%).

Bryant y sus colaboradores han llevado a cabo varios estudios con un programa de TCC para el **tratamiento del TEA y prevención del TEPT**. La TCC dura cinco sesiones de 1,5 horas e incluye educación sobre las reacciones traumáticas, entrenamiento en relajación, entrenamiento en respiración, exposición imaginal a los recuerdos traumáticos, reestructuración cognitiva de las creencias relacionadas con el miedo y exposición en vivo a las situaciones evitadas. En un primer estudio, la TCC fue comparada con una terapia de apoyo no directivo (educación sobre el trauma, habilidades generales de resolución de problemas) en 24 víctimas con **TEA** subsecuente a **accidentes de tráfico o industriales** en las dos últimas semanas. La TCC fue superior al otro grupo en el postratamiento y en el seguimiento a los 6 meses en síntomas postraumáticos de intrusión y evitación y en ansiedad general; también en depresión en el seguimiento. El porcentaje de personas que presentaron TEPT fue también menor en la TCC tanto en el postratamiento (8% contra 83%) como en el seguimiento (17% contra 67%). A partir de los datos presentados puede inferirse que al menos la mitad de los pacientes tratados con TCC presentaron un elevado estado final de funcionamiento en los dos periodos de evaluación (Bryant et al., 1998).

En un estudio posterior (Bryant et al., 1999), la exposición prolongada y la TCC fueron más eficaces que la terapia de apoyo no directivo en el porcentaje de personas que presentaron TEPT tanto en el postratamiento (14%, 20% y 56% respectivamente) como en el seguimiento a los 6 meses (15%, 23% y 67% respectivamente). Esto **confirma los hallazgos anteriores e indica que la inclusión de las técnicas de manejo de ansiedad no aumenta** la eficacia de la exposición prolongada. Bryant, Moulds y Nixon (2003) siguieron a los pacientes de los dos estudios anteriores y hallaron que el 8% de las personas que habían recibido TCC contra el 25% de las que ha-

bían recibido terapia no directiva presentaban TEPT en el seguimiento a los 4 años; además informaron de una menor intensidad total de síntomas de TEPT y, en especial, de una evitación menos frecuente e intensa.

Bryant, Moulds, Guthrie y Nixon (2003) hallaron que la TCC también fue más eficaz que la terapia de apoyo con pacientes que presentaron lesión cerebral leve tras el trauma (accidente automovilístico o agresión no sexual). También con víctimas con **TEA** subsecuente a **ataques no sexuales o accidentes de tráfico**, Bryant et al. (2005) confirmaron la superioridad de la TCC sobre la terapia de apoyo no directivo al considerar a los que completaron el tratamiento; los resultados fueron menos positivos al tener en cuenta a los que abandonaron (Bryant et al., 2005). En este mismo estudio, la **adición de hipnosis a la TCC** condujo solamente a una mayor reducción de síntomas de reexperimentación en el postratamiento, aunque no en el seguimiento a los 6 meses. La hipnosis consistió en hacer preceder cada ejercicio de exposición imaginal por una inducción hipnótica (15 minutos de atención focalizada, relajación muscular y sugerencias de profundización) seguida de 2 minutos de sugerencias para implicarse totalmente en la exposición.

En otro estudio con víctimas con TEA subsecuente a agresión no sexual o accidente de tráfico, Bryant et al. (2008) **compararon exposición, reestructuración cognitiva verbal y lista de espera**; los dos tratamientos se aplicaron a lo largo de 5 sesiones semanales de 90 minutos de duración. Al finalizar el estudio, sólo un 33% del grupo de exposición mostró TEPT, frente a un 63% del grupo de reestructuración cognitiva y un 73% del grupo de lista de espera. A los 6 meses de seguimiento los resultados se mantuvieron relativamente estables. Al evaluar el grado de mejora, un 47% del grupo de exposición mostró una remisión total de los síntomas, frente a un 13% del grupo de reestructuración cognitiva; además el grupo de exposición mejoró más en TEPT, depresión y ansiedad en el postratamiento y en el seguimiento. El porcentaje de abandonos fue similar en ambos grupos (17% en el primero y 23% en el segundo).

Por lo que respecta a la **eficacia global del tratamiento del TEA con la TCC del grupo de Bryant**, Hofmann y Smits (2008) dan un tamaño del efecto de 1,31 en medidas principales y de 0,32 en depresión en comparación a la terapia de apoyo. En cuanto al porcentaje de pacientes que presentan TEPT ha sido de 13% vs. 58% en el postratamiento, 19% vs. 62% a los 6 meses y 8% vs. 25% a los 4 años. El porcentaje de pacientes recuperados con la TCC ha oscilado entre el 33% y el 63% según los estudios (media ponderada = 55%) frente al 14% con la terapia de apoyo. Sin embargo, el porcentaje de abandonos ha sido mayor (17%) en la TCC que en la terapia de apoyo (7%).

La TCC del grupo de Bryant también parece más eficaz que a lista de espera para personas con TEPT agudo (5 sesiones) o crónico (10 sesiones), tal como indican los resultados de van Emmerik, Kamphuis y Emmelkamp (2008). Sin embargo, no parece más eficaz que la terapia de escritura estructurada, adaptada del programa Interapy, ya comentado. Los abandonos fueron más frecuentes cuando el trauma implicó violencia que cuando implicó accidentes de tráfico.

La **terapia de procesamiento cognitivo** tuvo mayores tamaños del efecto que la terapia de apoyo en el tratamiento del TEA, aunque las diferencias no fueron significativas, probablemente por falta de potencia estadística (Nixon, 2012).

Gidron et al. (2001) han investigado la **intervención para la estructuración de la memoria** con el fin de prevenir la aparición del TEPT en 17 víctimas recientes de **accidentes de tráfico**. Las personas habían sufrido el accidente dentro de las últimas 24 horas y tenían riesgo de desarrollar TEPT, ya que su ritmo cardíaco al entrar en el centro médico era igual o superior a 95 pulsaciones por minuto. El tratamiento persiguió cambiar el procesamiento de la información traumática desde procesos de memoria fragmentada, afectiva, somatosensorial e incontrolable a pro-

cesos de memoria lingüística, controlable y más cognitiva. Esta intervención, conducida por teléfono, fue comparada con una condición control de escucha y apoyo, aunque en este último grupo hubo un menor tiempo de dedicación por parte del terapeuta. A los 3-4 meses, los pacientes tratados informaron de menos síntomas de TEPT en general y de menos síntomas intrusos y de activación, aunque no de evitación. Uno de 8 pacientes (12%) había desarrollado TEPT en el grupo tratado contra 4 de 9 (44%) en el grupo control. Sin embargo, en un estudio posterior, los efectos benéficos se observaron en las mujeres, pero no en los varones (Gidron et al., 2007).

La **intervención para la estructuración de la memoria** incluye: a) Pedir al paciente que describa cronológicamente la secuencia del accidente desde varias horas antes hasta su llegada al hospital. b) Escuchar y clarificar los detalles sensoriales, afectivos y de hechos proporcionados por el cliente; por ejemplo, “grité después de caer” se convierte, tras la clarificación correspondiente, en “grité porque me dolía la espalda”. Se buscan etiquetas precisas para los pensamientos y sentimientos informados. c) El terapeuta repite la narración del trauma de un modo lógico y organizado y añade las implicaciones iniciales para la vida del paciente. d) El paciente describe el evento traumático del mismo modo que el terapeuta y lo habitual es que añada más detalles. e) Se pide al cliente que, hasta la próxima sesión, repita a amigos y familiares la versión estructurada del evento traumático. f) En la segunda sesión, el paciente practica por última vez la repetición estructurada del hecho traumático, se le recalca la importancia del apoyo social y se le pregunta por el grado del mismo.

En contraste con los estudios anteriores, pedir simplemente a las víctimas –sea cual sea su riesgo para desarrollar TEPT– que expresen en una sesión en los primeros pocos días tras el trauma lo que les ha sucedido (*debriefing*) no reduce el malestar, no tiene ningún efecto en la prevención del TEPT e incluso puede aumentar en algunos casos el riesgo de padecerlo, dado que supone una exposición intensa sin tiempo para la habituación (Bisson, 2003; Clark, 2006; Gidron, 2002). Según Clark (2006), el *debriefing* no tiene ningún efecto en aquellas personas con pocos recuerdos tras el trauma, mientras que, en comparación a un grupo control, puede retrasar la recuperación en aquellos con muchos recuerdos. El *debriefing* se lleva a cabo en una larga sesión de 3-4 horas mantenida en los primeros pocos días tras el trauma; la persona cuenta su experiencia traumática y sus reacciones emocionales y cognitivas a la misma, y el terapeuta le asegura que estas reacciones son normales y le prepara para posibles síntomas futuros del TEPT; para más información véase Robles y Medina (2002, págs., 134-136). Es posible que esta forma de proceder implique una exposición prematura, incompleta y de contenido improductivo (atención a posibles síntomas, rumiaciones sobre por qué ocurrió el trauma, cómo ha quedado arruinada la propia vida, etc.) que interfiera con los procesos de recuperación natural. El desvanecimiento de los componentes sensoriales de una memoria autobiográfica es un proceso automático causado por la integración de la experiencia en la base de memoria autobiográfica (Ehlers y Clark, 2003).

Otra intervención que no ha resultado útil es proporcionar **folletos de autoayuda** en los que se explican las reacciones al trauma y se sugieren estrategias de afrontamiento (Kearns et al., 2012).

Por otra parte, Echeburúa et al. (1996) investigaron un programa de 5 sesiones de 1 hora dirigido a víctimas recientes de **violación o intento de violación con TEPT agudo**. El tratamiento, que parece muy denso para el tiempo disponible, incluye: 1) expresión y apoyo emocional, 2) reevaluación cognitiva, y 3) entrenamiento en habilidades de afrontamiento, subdivididas en tres categorías: a) entrenamiento en respiración y relajación, b) manejo de situaciones específicas (asertividad ante la policía y el juez, comunicación de lo ocurrido a los conocidos íntimos, restablecimiento de las actividades cotidianas), y c) superación de los pensamientos intrusos mediante parada de pensamiento y aserción encubierta, y técnicas de distracción cognitiva. En comparación a un grupo de entrenamiento en relajación, este tratamiento se mostró superior en el seguimiento

a 1 año en la reducción de los síntomas del TEPT, pero no en el porcentaje de clientes que se vieron libres del trastorno (80% en el grupo de relajación contra 100% en el otro) ni en medidas de miedo, ansiedad, depresión e inadaptación.

En el estudio de Sijbrandij et al. (2007) con pacientes que presentaban TEA o TEPT agudo, la TCC breve (4 sesiones de 2 horas) aceleró la recuperación de los síntomas, pero no fue más eficaz que el grupo de lista de espera a los 4 meses de seguimiento. En cambio, la TCC fue más eficaz en el caso de aquellos pacientes que tenían depresión mayor o que empezaron a recibir la terapia dentro del primer mes tras el trauma.

Shalev et al. (2012) aplicaron un mes después del evento traumático exposición prolongada, terapia cognitiva (12 sesiones de 1,5 horas en ambos casos), escitalopram o placebo a personas con TEPT total o parcial. A los 5 meses, la sintomatología postraumática y el diagnóstico de TEPT fueron menores en los dos grupos de terapia psicológica que en los otros dos y que en el grupo de lista de espera. A los 9 meses los resultados fueron similares, excepto que el grupo de lista de espera había recibido exposición prolongada y ya no se diferenció de los dos grupos de intervención psicológica. Esto indica que la exposición prolongada empezada 5 meses más tarde del trauma tiene también efectos positivos. Cuando el TEPT fue parcial, los resultados no variaron en función del tratamiento, aunque la potencia estadística fue baja.

Roberts et al. (2009) llevaron a cabo un **metaanálisis** de los programas dirigidos a prevenir el TEPT en personas que habían experimentado un evento traumático en los 3 meses anteriores. Los tratamientos basados en la psicoeducación o en la escritura sistemática no fueron más eficaces que los grupos control. En cambio, las intervenciones centradas en los recuerdos traumáticos (y que incluyeron exposición y reestructuración cognitiva) fueron más eficaces en prevenir el TEPT que la lista de espera y/o la terapia de apoyo no directivo a los 3-6 meses y 3-4 años. En un metaanálisis posterior de características similares, realizado con personas que presentaban TEA o TEPT agudo (Kliem y Kröger, 2013) el tamaño del efecto de la TCC breve (3-12 sesiones) en comparación al grupo control en el primer seguimiento (3-6 meses) fue moderado (0,54) para el diagnóstico de TEPT, de bajo a moderado para los síntomas de TEPT y bajo para depresión. En seguimientos de más de 1 año, el tamaño del efecto para el diagnóstico del TEPT se redujo a 0,34. Por otra parte, la mayoría de estudios se han llevado a cabo con personas que han sufrido accidentes de tráfico o atracos.

EXPOSICIÓN

La exposición sistemática a los estímulos externos e internos temidos puede aplicarse en la imaginación y/o en vivo según los casos y las situaciones considerados. Muchas veces, la exposición sólo podrá hacerse a nivel **imaginal** (p.ej., rememoración detallada de una violación o de una situación de combate o de pesadillas o pensamientos intrusos), mientras que en otras podrá llevarse a cabo **en vivo** (hablar del trauma con ciertas personas, asistir a un espectáculo de fuegos artificiales y tracas para alguien con TEPT debido a combate, ver películas en las que pueden observarse violaciones o combates, pasear sola por lugares seguros, sentarse de espaldas a la puerta, salir por la noche, ponerse la misma ropa que se llevaba cuando se experimentó el trauma, leer noticias sobre el trauma). La exposición también puede incluir, de forma repetida o prolongada, **escribir** sobre los eventos traumáticos o pesadillas, **escuchar grabaciones** sobre descripciones de los mismos y **dibujar o jugar** en el caso de los niños.

La **exposición imaginal promueve el procesamiento emocional del trauma** a través de las siguientes acciones: a) Permite recordar los detalles del evento traumático y **adquirir nuevas perspectivas** (“la violación no fue culpa mía”, “hice lo mejor que pude, dadas las circunstan-

cias”). b) Acentúa la **distinción entre recordar** (el presente) y **reencontrar** el evento traumático (el pasado) y permite así comprender que lo segundo, pero no lo primero, es peligroso. c) Ayuda a crear un recuerdo **organizado y coherente** del evento traumático en el que se integran los recuerdos verbales y somatosensoriales. Como dirían Gidron et al. (2001), ayuda a cambiar el procesamiento de la información traumática desde procesos de memoria fragmentada, afectiva, somatosensorial e incontrolable a procesos de memoria lingüística, controlable y más cognitiva. d) Demuestra que la implicación emocional con el recuerdo traumático lleva a la **reducción de la ansiedad** y no a su aumento. e) Aumenta la **sensación de dominio y competencia personal**. Por otra parte, la **exposición en vivo** proporciona **información correctiva** de que las situaciones evitadas relacionadas con el trauma no son peligrosas y, de este modo, **reduce la ansiedad** y aumenta la **sensación de dominio** (Cook, Schnurr y Foa, 2004).

Es normal que los pacientes que aplican la exposición experimenten un **cierto incremento temporal de sus síntomas** que en algunos casos puede durar varias semanas antes de que empiecen a notar una reducción. Por ello, es fundamental avisar, tanto a los clientes como a sus personas allegadas, de que dicho incremento es temporal y no indica que el tratamiento esté fallando (Keane et al., 1992). Foa et al. (2002) han estudiado en mujeres con TEPT crónico subsecuente a asalto sexual o no sexual si la exposición imaginal exacerba los síntomas del TEPT. Sus principales resultados fueron: a) Tras la introducción de la exposición imaginal, **sólo una minoría informó de un incremento significativo de los síntomas**: un 10,5% en TEPT, un 21% en ansiedad y un 9% en depresión. b) La exacerbación de los síntomas fue **temporal**. c) Las pacientes que informaron exacerbación en cualquiera de los tres grupos de síntomas **se beneficiaron del tratamiento igual** que las que no informaron exacerbación. Incluso aquellas con mayor exacerbación se beneficiaron del tratamiento. d) Las pacientes que informaron exacerbación de los síntomas **no abandonaron en mayor proporción el tratamiento**.

Por otra parte, parece que **para que la exposición funcione** no basta con que se produzca una mera reexperimentación de la emoción, sino que la persona debe aprender a responder a su experiencia de un modo diferente, con una menor activación autónoma y/o con una nueva perspectiva cognitiva (Littrell, 1998); esto requiere, como mínimo, que la exposición sea sistemática y prolongada y que se extienda a lo largo de un número suficiente de sesiones. No es extraño que se necesiten 20 sesiones de al menos 90 minutos de duración; si las sesiones terminan prematuramente, puede producirse sensibilización (Frueh, Turner y Beidel, 1995).

Exposición terapéutica directa (Keane et al., 1992)

En el procedimiento que Keane et al. (1992) han llamado **exposición terapéutica directa**, se persigue que la exposición sea lo más detallada posible. El terapeuta debe intentar conseguir el **mayor número de aspectos** posibles sobre el suceso traumático: qué pasó, cuándo, dónde, cómo, quién estuvo implicado, cuáles fueron las reacciones experimentadas, etc. Obtener esta información no es fácil ya que muchos pacientes se sienten angustiados al hablar del tema e incluso culpables por lo que pasó. Por lo tanto, el terapeuta debe ofrecer su apoyo y evitar los juicios valorativos al discutir el trauma del paciente. Asimismo, debe mostrarse empático y ser consciente de sus propias reacciones emocionales y controlarlas; las reacciones emocionales fuertes pueden ser malinterpretadas por el cliente y provocar una crisis (Keane et al., 1992).

- En la exposición terapéutica directa el paciente es entrenado en **relajación muscular progresiva** durante varias sesiones antes de comenzar; sin embargo, no hay pruebas de que la relajación aumente la eficacia de la exposición prolongada. Alcanzado un cierto dominio de la relajación, comienza la exposición imaginal. Cada sesión se inicia con varios minutos de relajación; después se pide al cliente que imagine que vuelve al periodo

del trauma y que **se represente y describa en primera persona y en tiempo presente el suceso traumático tan detallada y vívidamente** como pueda. El paciente debe progresar lentamente y exponerse a tanto estímulos y respuestas asociados con el trauma como sea posible. Las tareas del terapeuta son, por un lado, conseguir que la narración e imaginación del paciente estén centradas en el suceso traumático y, por otro, no permitir las conductas de escape o evitación por parte del cliente (recordar de prisa, describir más o menos fríamente el trauma en vez de revivirlo, incapacidad o falta de deseo para continuar con la exposición, omisión de material importante).

- **Periódicamente** a lo largo de la exposición el terapeuta pide al paciente que califique su **nivel de ansiedad** según una escala de unidades subjetivas de ansiedad (USAs) de 0 a 100. Esto permite ver qué estímulos y respuestas son los más perturbadores y comprobar si se va produciendo una reducción de la ansiedad con la exposición prolongada. **No hay intentos de minimizar la ansiedad** del paciente ni durante la exposición ni mediante la construcción de jerarquías.
- Las **sesiones suelen terminarse con** relajación y con una discusión de la experiencia de exposición. Se dedica el número necesario de sesiones hasta que la ansiedad producida por la reevocación detallada del trauma se reduce significativamente. **Si hay varios sucesos traumáticos**, estos se abordan secuencialmente en sesiones posteriores.
- Según Litz et al. (1990), la exposición terapéutica directa **no será aplicable o está contraindicada en** aquellos pacientes que no pueden tolerar niveles intensos de activación, que no son reactivos a los recuerdos traumáticos específicas, que no son capaces de adquirir una buena capacidad de imaginación, que presentan un deterioro psicológico marcado (por psicosis, depresión, mal funcionamiento cognitivo), que presentan problemas médicos importantes (p.ej., trastorno cardíaco), que no están suficientemente motivados, que son alcohólicos o impulsivos o que presentan riesgo de suicidio.

Procedimiento de exposición prolongada de Foa

El procedimiento de **exposición prolongada de Foa** (Foa, Hembree y Rorhbaum, 2007; Foa y Rorhbaum, 1998; Rothbaum y Foa, 1992) es uno de los más investigados e incluye psicoeducación, entrenamiento en respiración, exposición imaginal y exposición en vivo. El tratamiento es individual y puede ser llevado a cabo en 10-15 sesiones de 90 minutos. Las dos primeras sesiones están dedicadas a evaluación, acuerdo sobre conceptualización del problema, justificación del tratamiento, entrenamiento en respiración lenta (el cual, como norma general, no se utiliza durante la exposición) y elaboración de una jerarquía de las principales actividades o situaciones temidas y/o evitadas, pero que son seguras. Un manual para el paciente puede verse en Rothbaum, Foa y Hembree (2007).

En el caso de pacientes que han experimentado un evento traumático prolongado (p.ej., cautiverio, tortura) o repetido (p.ej., abuso sexual recurrente, múltiples combates), hay que **decidir qué recuerdo traumático será el foco del tratamiento**. Suele ser el más intruso y perturbador en el momento actual. En la mayoría de los casos, los resultados obtenidos al trabajar el recuerdo más perturbador, se generalizan al resto, pero de no ser así, se pasaría a trabajar con los recuerdos que siguen perturbando. En el caso de que un paciente no se atreva a comenzar por su recuerdo más perturbador, se comienza por otro que sea visto como más manejable.

A continuación se explican algunos de los componentes básicos del programa de exposición prolongada:

- **Autoexposición en vivo (AEV).** Comienza ya en la segunda sesión y es revisada en cada sesión. Se pide al cliente que **realice ciertas tareas de exposición en vivo a situaciones temidas o evitadas**, pero objetivamente seguras. Estas tareas se eligen de la jerarquía elaborada y deben tener un nivel de ansiedad similar al enfrentado en la sesión; para ello, puede ser necesario modificar algunas de las características de las situaciones de la jerarquía (p.ej., presencia de otros, momento del día). En general, **se comienza con situaciones que provocan un nivel moderado de ansiedad (40-50 USAs)** y se avanza hasta las situaciones más temidas. El cliente debe permanecer en la situación al menos 30-45 minutos o hasta que la ansiedad se reduzca al menos el 50%. La exposición en vivo puede también llevarse a cabo en sesión de terapia para potenciar la exposición imaginal (p.ej., llevar las mismas ropas que cuando el trauma) o cuando el paciente no se atreve a llevar a cabo la exposición por sí solo. Si es necesario, el terapeuta o una persona allegada pueden acompañar al paciente en alguna ocasión.

Suele haber **tres tipos de situaciones que se incluyen en la jerarquía**: a) Situaciones que son percibidas por el paciente como peligrosas, pero que no lo son. Por ejemplo, en el caso de una mujer violada, acudir a fiestas, salir sola, permanecer sola en casa o hablar con hombres. b) Situaciones que recuerdan el evento traumático, tales como ver las noticias de TV, llevar una ropa similar a la se llevaba durante el evento u olores y sonidos asociados al mismo. c) Situaciones que son evitadas debido a un bajo estado de ánimo, tales como salir con los amigos, practicar deportes o aficiones, pasear, invitar a gente a casa, etc. Ejemplos de situaciones evitadas y de tres jerarquías pueden verse en Foa, Hembree y Rorhbaum (2007, págs. 66-70).

Las tareas de AEV son inspeccionadas brevemente al comienzo de cada sesión, pero la discusión detallada de las mismas se reserva para cerca del final de la sesión, antes de acordar nuevas actividades de AEV.

- **Exposición imaginal.** Comienza en la tercera sesión. Se pide al cliente que cierre los ojos y **reviva la escena traumática en su imaginación del modo más vívido posible y que la describa en voz alta hablando en primera persona y en tiempo presente**. El terapeuta no interviene, pero ocasionalmente puede hacer algún comentario de apoyo: “sé que esto es difícil, está haciendo un buen trabajo”, “lo está haciendo muy bien, siga con la imagen”, “buen trabajo, siga en contacto con sus sentimientos”.

Durante dos sesiones se deja que el paciente elija el nivel de detalle a emplear, pero después se le alienta, mediante las preguntas oportunas, a introducir más y más detalles sobre los estímulos externos (lugar, estímulos visuales, auditivos, táctiles, olfativos y gustativos) e internos (pensamientos, respuestas somáticas, consecuencias temidas). La inclusión de todos estos elementos, incluida la percepción de impredecibilidad e incontrolabilidad, facilita la activación de la estructura de miedo y su procesamiento.

Las descripciones son repetidas varias veces en cada sesión, sin pausas en medio, durante **45-60 minutos** y grabadas. A intervalos regulares (p.ej., cada 5 minutos), se pide al paciente que califique de 0 a 100 su nivel de malestar emocional. Debe procurarse que la **ansiedad se reduzca** antes de terminar una sesión, aunque la habituación puede no darse en las primeras sesiones. En estos casos, se refuerza al cliente por su aplomo y, si es preciso, se le pide que aplique la respiración lenta para reducir su malestar. Asimismo, se le dice que el acceso a los recuerdos traumáticos e implicación en los mismos que ha demostrado es muy importante para resolver el problema, que la ansiedad irá bajando en sesiones posteriores y que es esta habituación entre sesiones la que es importante.

Van Minnen y Foa (2006) han hallado que las **exposiciones imaginales de 30 minutos son tan eficaces como las de 60** y que la habituación intra-sesión no es una condición necesaria para el éxito del tratamiento. Esto es congruente con otros datos que indican que la mejora del TEPT correlaciona con la habituación de la ansiedad entre sesiones, pero no con la habituación intra-sesión. De este modo, es posible –como señalan van Minnen y Hagedaars (2002)– que la frecuencia de las actividades de exposición sea más importante que su duración. Un **ejemplo** de exposición imaginal es el siguiente:

"Veo a esta persona a la entrada del hueco de la escalera y parece estar precipitándose hacia mí... Y mi corazón está palpitando... Estoy realmente sorprendida... Y sé que estoy en un apuro... Tiene esta cosa en mi cabeza y dice que si grito, lo cual no puedo hacer porque tengo los dedos atenazando mi garganta, me disparará... Él dice "¿dónde ha ido tu marido?" y yo contesto "justo ha salido a hacer algo muy rápidamente, vuelve enseguida". Y esto me asusta realmente porque parece como algún tipo de historia de terror o algo así... que ambos vamos a ser heridos... Él dice "ve a la cama", lo cual me sorprende otra vez... No esperaba eso... es la primera vez que sospecho en la violación... Así que voy a la cama... No veo ninguna alternativa, ningún modo de escapar... Pienso que hay alguien en la planta de abajo..... Él me golpea en la cara y dice "no grites más"... Pienso que este hombre es realmente peligroso, él puede hacerme verdadero daño y tengo que tener cuidado, así que tengo que imaginarme en qué medida cualquier cosa que yo intente hacer va a provocarle y no dejar que las cosas lleguen tan lejos..... Él está empujando demasiado profundo y tengo la sensación de algo que me quema y corta, y luego la cosa sigue... y no siento realmente nada después de eso, sólo movimiento... Él dice "cuando te lo haya hecho, mi compañero subirá"... Este es justamente otro momento terrible... Quiero escapar, no puedo con eso... otra persona... que va a hacerme daño... Estoy diciendo "¡no, no, por favor no me hagáis daño, no, no!"... y lo odio, odio gimotear. Me oigo a mí misma diciéndolo y desearía parar, es como si no pudiera hacerlo... Él se corre, lo saca y dice... "bésalo", lo cual yo no quiero hacer... Mi boca está sangrando y me duele... eso parece el demonio y pienso que es sucio... y no quiero hacerlo, pero él me empuja y tengo miedo de que me haga daño... así que lo hago... Estoy temblando ahora, hace frío... y estoy turbada... Es muy peculiar... es como si fuera suspendida de nuevo, y estoy desnuda en mi dormitorio con alguien que no conozco... Es la misma sensación que cuando sueñas que estás en el trabajo incorrectamente vestida, como si fueras en pijama a trabajar o algo así... una clase de pánico menor o azoramiento y tú no quieres que nadie te vea..."

Se pide al cliente que **escuche en casa la grabación de audio una vez al día**, sin interrupción e imaginando lo que oye. No hay que hacer esto antes de ir a dormir y hay que avisar al cliente de que vigile para que la grabación no sea escuchada por otros. El paciente debe apuntar su nivel de USAs antes y después del ejercicio y el nivel máximo de USAs experimentado. Conviene tener en cuenta que la mayoría de los clientes no practican diariamente (Scott y Stradding, 1997, citado en van Minnen, Arntz y Keijsers, 2002).

Tras 2-3 sesiones de exposición imaginal, cuando ha comenzado la habituación a las partes menos perturbadoras del recuerdo, se explica al paciente que ya no tendrá que imaginar toda la experiencia traumática, sino sólo los **puntos críticos**, esto es, aquellas partes del recuerdo que resultan más perturbadoras en la actualidad. Si el paciente no es capaz de identificarlos, el terapeuta se guía por las partes con calificaciones USAs o reacciones somáticas más altas o por las partes que el cliente ha intentado evitar de algún modo. Una vez que todos los puntos críticos han sido trabajados, se pide al paciente que, durante la última sesión, vuelva a imaginar el recuerdo traumático en su totalidad y que

valore cómo se siente y lo que ha conseguido.

- **Procesamiento de la experiencia.** Tras cada exposición imaginal se dedican 10-15 minutos a procesar lo que ha ocurrido durante la misma. Especialmente tras la primera vez, se reconoce el valor del paciente para abordar sus recuerdos dolorosos. Otros puntos importantes en todas las sesiones son: a) Proporcionar apoyo y tranquilización cuando sea necesario. b) Pedir al cliente que exprese sus pensamientos y sentimientos sobre lo que ha imaginado. c) Normalizar y ayudar a comprender las reacciones y conductas durante y después del evento traumático. d) Comentar la habituación producida intra y entre sesiones (o la falta de la misma). e) Una vez que el cliente ha expresado sus pensamientos y sentimiento sobre el recuerdo, preguntarle por aquellos aspectos que parezcan más importantes o significativos. f). A medida que se van descubriendo pensamientos y creencias que pueden estar contribuyendo al mantenimiento del TEPT, centrarse en discutirlos tras la exposición imaginal

La **discusión de los pensamientos disfuncionales** (sobre las reacciones tenidas durante o tras el trauma o sobre la falta de habilidad para afrontar el trauma o sus consecuencias) **y de las creencias** negativas sobre sí mismo, los otros y el mundo implica el empleo de preguntas afines a la reestructuración cognitiva: ¿qué le hace pensar que podría haber hecho algo más para evitarlo?, ¿le ayuda el culpabilizarse por no haber previsto la violación?, ¿qué le diría a una amiga si viera las cosas de este modo? Igualmente, para identificar dichos pensamientos y creencias pueden hacerse preguntas como: ¿qué significa para usted que esto sucediera?, ¿qué dice sobre usted?, ¿qué piensa que los síntomas que padece dicen de usted?

- En la parte final del tratamiento, se pregunta al paciente por la percepción de su progreso, lo que ha aprendido y su disposición a seguir trabajando. Asimismo, se le prepara para futuros **contratiempos** diciéndole que bajo ciertas condiciones (estrés, aniversario del trauma, situaciones que recuerdan a este) pueden aumentar su ansiedad y respuestas asociadas al TEPT y discutiendo con él lo que puede hacer para manejar estos incrementos temporales (volviendo a aplicar las habilidades aprendidas).

El grupo de Foa ha establecido varias dimensiones que afectan a la eficacia de la exposición. Los clientes que se implican emocionalmente en la exposición (responden con elevada ansiedad subjetiva o expresión de miedo en la primera sesión) y reducen gradualmente la ansiedad a través de las sesiones (habituación) mejoran mucho más con el tratamiento en una diversidad de medidas que los clientes de los grupos alta implicación/baja habituación y baja implicación/baja habituación. Así pues, **tanto la implicación emocional como la habituación entre sesiones (aunque no intra-sesión) parecen condiciones importantes.** Es posible que revivir repetidamente el trauma en la imaginación ayude a acentuar la distinción entre recordar y reexperimentar; sin esta distinción, es probable que el recuerdo traumático suscite ansiedad y reviviscencias (Jaycox, Foa y Morral, 1998). La implicación emocional con sus recuerdos traumáticos no es fácil en pacientes con TEPT. La ira intensa, el embotamiento emocional y la ansiedad arrolladora pueden impedir el procesamiento emocional durante la exposición; las posibles soluciones para esto serán abordadas más adelante. Por otra parte, conseguir la habituación puede requerir aumentar el número de sesiones en algunos clientes.

Los efectos de la exposición dependen también de ciertas dimensiones cognitivas presentes durante el trauma y el recuerdo del mismo a través de la exposición. Los resultados son peores en víctimas de violación cuyas recuerdos al revivir el trauma reflejan **derrota mental o ausencia de planificación mental.** También mejoran menos los clientes cuyos recuerdos de sus experiencias posteriores al trauma indican un sentimiento de **alienación de sí mismo o de otros o un cambio**

negativo permanente (Ehlers et al., 1998). La planificación mental consiste en pensar qué se puede hacer para minimizar el daño físico o psicológico, para hacer la experiencia más tolerable o para intentar influir en la respuesta del agresor. La derrota mental, el otro polo del continuo, es la percepción de darse por vencido y ser completamente derrotado; por ejemplo, sentirse completamente a la merced del agresor, perder el sentido de ser una persona con voluntad propia, no sentirse más como un ser humano o aceptación de estar muriendo. Este concepto no es sinónimo de impotencia o indefensión, ya que aunque no pueda hacerse nada para detener la agresión, puede conservarse un sentido de voluntad propia y de ser psicológicamente independiente de la voluntad del agresor.

El concepto de sentimiento global de alienación/cambio permanente se refiere a experiencias negativas posteriores al trauma. El sentimiento global de alienación de sí mismo, del mundo y del futuro viene reflejado por sentirse culpado, tratado mal o no creído y por no ser capaz de relacionarse con otra gente o no verse apoyado. Un cambio negativo permanente en uno mismo o en su vida viene indicado por un sentido de que la vida ha terminado, de que uno ha sido dañado para siempre, de que ha muerto por dentro, de que el cuerpo ha sido dañado o ensuciado permanentemente o de que las relaciones con los demás nunca volverán a ser las mismas. Cuando los recuerdos al revivir el trauma reflejan derrota mental o ausencia de planificación mental o los recuerdos de experiencias posteriores al trauma indican un sentimiento de alienación de sí mismo o de otros o un cambio negativo permanente, la exposición imaginal por sí sola será insuficiente. Incluso puede ser retraumatizadora, ya que el cliente recuerda repetidamente su incapacidad de afrontamiento y confirma la visión negativa de sí mismo (p.ej., soy culpable de lo que pasó). En estos casos, se supone que será preciso **combinar la exposición con reestructuración cognitiva y/o integrar experiencias de dominio en la misma.**

El procesamiento emocional durante la exposición puede verse impedido cuando la ansiedad, la disociación y/o las reviviscencias son muy intensas (Cook, Schnurr y Foa, 2004; Foa, Hembree y Rothbaum, 2007; Jaycox y Foa, 1996). En estos casos, los clientes pueden **abandonar la situación** o, si no lo hacen, pueden **procesar la información de forma incompleta** (mujer violada que no percibe que en una fiesta algunos hombres son amables con ella) y no producirse la reducción de la ansiedad. Cuando esto ocurre, se requiere un **enfoque más graduado**. Por ejemplo, el cliente puede imaginar con los ojos abiertos y relatar en tiempo pasado, hacer cortas pausas para calmarse, manipular algo blando o permitir que el terapeuta contacte con su mano; o bien, en vez de imaginar la experiencia traumática, puede conversar sobre la misma con el terapeuta en tiempo pasado o escribirla en detalle y pasar a leerla repetidamente en voz alta al terapeuta cuando se empiece a producir habituación a la misma. También pueden emplearse **estrategias de afrontamiento** (p.ej., respiración lenta, relajación). Cuando el cliente malinterprete la información de la exposición (la mujer anterior que atribuye la amabilidad de los hombres a intenciones perversas), puede ser útil la **reestructuración cognitiva**.

La reestructuración también puede ser útil cuando predominan emociones como la **ira** o la **culpa**, las cuales responden peor que el miedo al tratamiento de exposición. La ira intensa y persistente durante la exposición puede inhibir la activación del miedo al ser una emoción incompatible con esta última; en estos casos, la terapia debe centrarse primero en el manejo de la ira. En el caso del **embotamiento emocional**, este impide implicarse en revivir la experiencia traumática. Una posible solución es identificar las razones que tiene el cliente para no expresar sus emociones y luego reestructurar las creencias disfuncionales implicadas o adoptar las medidas arriba citadas caso de que el paciente temiera la ocurrencia de una ansiedad insoportable. Es importante intentar **discriminar si el embotamiento emocional es automático o si el paciente está intentando evitar deliberadamente** los recuerdos traumáticos. En este último caso, puede a) reiterarse la justificación de la exposición y la importancia de implicarse emocionalmente de cara a superar o reducir los síntomas del TEPT, b) explorarse la posible existencia de otros factores que contri-

buyan a mantener dicho comportamiento (p.ej., ganancias secundarias, ciertos trastornos de personalidad), y/o c) enseñar al cliente estrategias de afrontamiento. En el primer caso, puede pedirse al paciente que enriquezca la escena con más detalles descriptivos, sensaciones y reacciones emocionales.

Otros procedimientos de exposición

En la **terapia de procesamiento cognitivo** se emplea también la exposición, pero de una forma diferente a las anteriores, tal como se explica más adelante. Por otra parte, Richards, Lovell y Marks (1994) han sugerido una estrategia que el terapeuta puede emplear a veces en la terapia de exposición imaginal. Se trata de la **estrategia de "rebobinar y mantener"**: se pide al cliente que se concentre en los peores aspectos del recuerdo y que congele y retenga la imagen mientras describe repetidamente en detalle todo lo que puede recordar sobre esa parte del trauma. Esto se repite hasta que la ansiedad se reduce.

Echeburúa, de Corral, Zubizarreta y Sarasua (1997) centran su técnica de exposición en víctimas con TEPT subsecuente a violación o abuso sexual en **cuatro aspectos**: a) recuperación gradual de actividades gratificantes que tienden a ser evitadas (p.ej., contactos sociales); b) exposición a estímulos ansiógenos y evitados y que son frecuentes en la vida diaria (p.ej., escenas eróticas o violentas en TV); c) exposición imaginal a las pesadillas y pensamientos intrusos más que a los recuerdos traumáticos *per se*; d) en caso de disfunción sexual, exposición gradual guiada junto con entrenamiento en las habilidades específicas necesarias.

Puede pensarse que la exposición al recuerdo de la violación es una estrategia inadecuada ya que la mujer debería seguir teniendo miedo a ser violada; sin embargo, conviene recordar que las mujeres así tratadas reducen su miedo excesivo, pero no se convierten en temerarias o imprudentes. Los recuerdos traumáticos dejan de producir dolor intenso, pero no se transforman en estímulos neutrales (Rothbaum y Foa, 1992).

INOCULACIÓN DE ESTRÉS

Persigue **enseñar a los clientes habilidades para manejar tanto los agentes estresantes de la vida diaria como las reacciones desadaptativas inducidas por el trauma**. Normalmente se trabaja en dos fases. En la fase educativa se ofrece al cliente una conceptualización de sus problemas y una justificación y descripción del tratamiento. En la de adquisición y aplicación de habilidades se enseñan una variedad de estas, elegidas según cada caso; ejemplos son las siguientes: relajación, respiración controlada, autoinstrucciones, detención del pensamiento, distracción, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, práctica cognitiva (visualizar una situación ansiógena e imaginarse afrontándola con éxito), entrenamiento asertivo. A medida que se van dominando las habilidades aprendidas, el cliente las aplica primero en situaciones no relacionadas con el TEPT (situaciones estresantes de la vida diaria) y después en situaciones gradualmente más ansiógenas relacionadas con el trauma.

Con respecto a la detención del pensamiento, conviene señalar que hay datos de que intentar suprimir los pensamientos relacionados con el trauma puede de hecho facilitarlos (Harvey, Bryant y Tarrier, 2003).

Una aplicación del procedimiento a víctimas de violación y dirigida a los componentes de miedo y evitación fue llevada a cabo por Veronen y Kilpatrick (1983). En total hubo 10 sesiones individuales de 2 horas a lo largo de 5 o, en algunos casos, 10 semanas.

- **Fase educativa.** Ocupa una o dos sesiones y en ella se describe el entrenamiento en inoculación de estrés, se proporciona una justificación de este y se ofrece una explicación del miedo y ansiedad. La **justificación del tratamiento** incluye lo siguiente: el fin es manejar la ansiedad, no eliminarla; la inoculación de estrés puede ser aplicada en una diversidad de situaciones; se enfatiza el papel de las cogniciones; y se requiere una participación activa de la clienta, la cual podrá elegir las habilidades de afrontamiento que quiera emplear.

La **conceptualización del problema** tiene dos componentes. En primer lugar, el miedo y/o ansiedad es presentado como una respuesta aprendida que puede ocurrir a nivel conductual, cognitivo y autónomo. Se explica que estos sistemas de respuesta pueden interactuar y se pide a la clienta que proporcione ejemplos personales de los mismos. Por otra parte, se explica que la respuesta de miedo se desarrolla por etapas y que cuanto más temprana sea su identificación, mejor podrá controlarse. En segundo lugar, las respuestas de miedo a una diversidad de estímulos (incluidos pensamientos) y evitación de los mismos son explicadas en términos de condicionamiento clásico, condicionamiento de orden superior, generalización de estímulos y reforzamiento negativo de las conductas de evitación. Además, se reconoce el papel de las expectativas, creencias y percepciones de la clienta sobre la violación y sobre sus reacciones a la misma.

- **Fase de adquisición y aplicación de habilidades de afrontamiento.** Se enseñan habilidades de afrontamiento para cada sistema de respuesta: autónomo (relajación muscular, control de la respiración), conductual (representación de papeles, práctica cognitiva) y cognitivo (detención del pensamiento, autoinstrucciones). El terapeuta define, justifica y demuestra o explica cada habilidad, y el cliente la practica. Finalmente, se le pide que **la aplique con un miedo que no sea el objetivo del tratamiento o con una situación estresante de la vida diaria y luego con un miedo que sí sea una meta de la intervención** (cada cliente ha seleccionado previamente tres fobias que desea cambiar; por ejemplo, estar o salir sola, relacionarse con hombres desconocidos o parecidos al agresor). Estas aplicaciones implican una **exposición gradual** a las situaciones temidas. Las habilidades enseñadas son las siguientes:
 - # **Relajación muscular.** Se basa en la relajación progresiva de Jacobson, la cual comienza a enseñarse en la segunda sesión. Todos los músculos son tensados y relajados secuencialmente y se emplea una grabación para facilitar la práctica. Luego, se pasa a sesiones de relajación sin tensión previa. Se alienta la práctica de las habilidades aprendidas en situaciones de la vida diaria (conducción del coche, trabajo, etc.).
 - # **Control de la respiración.** Se basa en una respiración profunda y diafragmática que se practica en la consulta y en casa.
 - # **Representación de papeles.** Terapeuta y cliente simulan situaciones ansiógenas que este deberá afrontar (no ser tomada en serio por alguien, quedarse en casa sola por la noche). Se persigue aprender a afrontar situaciones problemáticas, prepararse para las mismas y reducir la ansiedad con la práctica repetida. El procedimiento sigue las pautas básicas del entrenamiento en habilidades. La clienta debe terminar afrontando en la realidad las situaciones representadas.
 - # **Práctica cognitiva** (llamada modelado encubierto por los autores). Su entrenamiento comienza cuando la clienta ya domina las habilidades anteriores. Se trata de visualizar escenas y situaciones ansiógenas e imaginarse que uno las afronta con éxito. Es-

ta es una habilidad útil para prepararse para abordar situaciones que provocan miedo.

- # **Detención del pensamiento.** Se emplea para detener los pensamientos rumiativos y perturbadores. Se dice a la clienta que piense en estos durante 35-40 segundos y el terapeuta los corta diciendo "¡basta!" en voz alta; esto se repite varias veces. El siguiente paso es que la paciente se diga a sí misma "¡basta!" en voz alta cuando los pensamientos comienzan. Finalmente, debe ser capaz de parar los pensamientos con una orden subvocal y de imaginar o realizar actividades agradables incompatibles con aquellos (véase Kilpatrick y Amick, 1985/1993).
- # **Autodiálogo guiado.** Se considera una de las habilidades más importantes. Se enseña a la clienta a identificar sus pensamientos negativos y a sustituirlos por otros más adaptativos. Se tienen en cuenta cuatro fases a la hora de manejar un evento estresante:
 - a) **Preparación** ("*¿cuál es la probabilidad de que suceda algo malo?"; "no pienses en lo mal que te sientes, sino en lo que puedes hacer al respecto"*).
 - b) **Afrontamiento y manejo de la situación estresante** ("*utiliza lo que sientes ahora como una señal para emplear las habilidades de afrontamiento"; "concétrate en tu plan de acción, relájate, toma una respiración profunda, estás preparada para seguir"*).
 - c) **Afrontamiento del sentirse desbordada** ("*era de esperar que el miedo aumentara, pero lo puedo manejar, esto pasará pronto"; "puedo sentir náuseas y querer evitar la situación, pero puedo manejarlo"*).
 - d) **Autodeclaraciones reforzantes** ("*fue más fácil de lo que pensaba"; "tenía un plan y funcionó"; "cuando manejo mis pensamientos, puedo manejar todo mi cuerpo"*).

Para cada una de las cuatro fases anteriores, terapeuta y cliente elaboran una serie de preguntas o afirmaciones que alientan al cliente a evaluar la probabilidad actual de que un evento negativo suceda, controlar la autocrítica, manejar las reacciones abrumadoras de miedo y evitación, llevar a cabo la conducta temida y reforzarse por intentar esto último y seguir los pasos pautados. La clienta escribe las autodeclaraciones en pequeñas tarjetas que lleva encima para poder practicarlas fuera de la consulta, primero fuera de las situaciones estresantes y después al abordar estas.

TERAPIA DE PROCESAMIENTO COGNITIVO

Es una terapia estructurada de 12 sesiones de 60 ó 90 minutos (según se aplique individualmente o en grupo) que combina **reestructuración cognitiva y exposición** (escribir sobre el trauma y leerlo al terapeuta), y que fue pensada para tratar los síntomas de TEPT y depresión en víctimas de agresión sexual; sin embargo, esta terapia ha sido adaptada a personas con TEPT subsecuente a otros tipos de trauma (ex-combatientes, abuso sexual en la infancia, desastres, atracos) y también para adolescentes que han sufrido maltrato físico o abuso sexual (Matulis et al., 2014). La mayoría del trabajo terapéutico es llevado a cabo por los pacientes entre sesiones. La exposición se emplea para activar los recuerdos traumáticos y facilitar el descubrimiento de expectativas, atribuciones y creencias erróneas que intentarán ser corregidas mediante la reestructuración cognitiva. Una descripción del contenido de las sesiones puede verse en la **tabla 3** (Astin y Resick, 1997; Calhoun y Resick, 1993; Resick y Calhoun, 2001; Resick y Schnicke, 1993).

La terapia de procesamiento cognitivo en 12 sesiones puede tener que ser **alargada en pacientes con varios traumas** (como es frecuente en la violación marital) o en pacientes **con histo-**

rias de abuso sexual infantil. Si la mujer violada tiene una historia de incesto, se aconseja un tratamiento individual y más largo (con el tipo de terapia de procesamiento cognitivo o con otras que se han visto que son eficaces como la terapia del perdón interpersonal de Freedman y Enright, 1996), la derivación a grupos de tratamiento con víctimas de incesto o el tratamiento individual con la terapia breve de procesamiento cognitivo seguido de la derivación a los grupos anteriores. Chard (2005) ha adaptado la terapia de procesamiento cognitivo para mujeres adultas víctimas de abuso sexual infantil. El tratamiento incluye 17 sesiones grupales de 90 minutos y 10 sesiones individuales de 60 minutos; las sesiones individuales permiten más tiempo para trabajar el recuerdo traumática y evitan el riesgo de victimización secundaria al escuchar la descripción detallada de los traumas de otros. A diferencia de la terapia de procesamiento cognitivo, esta adaptación dedica una sesión a discutir la familia de origen y los modos en que los propios esquemas fueron establecidos y reforzados durante la infancia; y dedica sesiones a trabajar la asertividad/comunicación, intimidad sexual y apoyo social.

La terapia de procesamiento cognitivo **no se aplica con clientes que abusan de alcohol/fármacos/drogas** o que han logrado la abstinencia, pero temen recaer; en estos casos, la activación emocional inducida por el tratamiento puede intensificar el abuso o facilitar la recaída. Finalmente, el tratamiento de **pacientes violadas por su marido** requiere tener en cuenta una serie de **consideraciones especiales**: alta probabilidad de múltiples violaciones a lo largo de un periodo extenso de tiempo, violaciones unidas a maltrato físico y emocional, verse forzadas a seguir viendo a su violador, batallas llenas de problemas por el divorcio y por la custodia de los hijos y nacimiento de hijos como consecuencia de la violación hacia los que se tienen sentimientos ambivalentes así como culpabilidad por dicha ambivalencia.

Reestructuración cognitiva

Una suposición de la terapia de procesamiento cognitivo es que los síntomas del TEPT están causados normalmente por los denominados **puntos de bloqueo**: creencias contradictorias o fuertes creencias negativas que originan emociones desagradables y conductas desadaptativas. Estos puntos de bloqueo tienen dos fuentes principales:

- **Conflictos entre las creencias previas y la nueva información extraída del trauma.** Por ejemplo, la creencia *"no puedo ser violada por alguien que conozco"* entra en conflicto con haber sido violada por un conocido. Si no cambia la creencia, la mujer puede preguntarse si fue realmente una violación, si interpretó correctamente lo sucedido, si se expresó con claridad o si hizo algo que confundiera al otro. Todo esto tiene repercusiones emocionales y conductuales negativas.
- **Confirmación o reforzamiento de creencias negativas previas** por la información extraída del trauma. Así, la creencia de que los hombres no son buenos puede ser confirmada por la violación. Esto lleva a alejarse aún más de los hombres y crea un problema si la mujer desea relacionarse con ellos.

Los puntos de bloqueo están relacionados con el peligro/seguridad, pero también con otros temas tales como confianza, poder, autoestima y/o intimidad. Los **puntos de bloqueo son identificados a través de** distintos medios; por ejemplo mediante el componente de exposición explicado más adelante y, previamente, mediante una tarea para casa que consiste en **escribir o grabar detalladamente lo que significa para la paciente haber sido violada**. Esta tarea debe hacerse lo más privadamente posible para poder experimentar las emociones que surjan. La paciente debe considerar los efectos que la violación ha tenido en las creencias sobre sí misma, los demás y el mundo, y tener en cuenta los siguientes temas: seguridad, confianza, poder/control, estima e

intimidad. Ejemplos de varios escritos pueden verse en la **tabla 4**.

El relato escrito es **leído en voz alta** por la paciente para prevenir la evitación. Si una persona, no ha realizado la actividad u "olvida" traerla, se le pide que la haga durante la sesión. Deben identificarse las **creencias** implicadas y los **sentimientos** experimentados por la clienta y esta debe ver cómo las primeras afectan a sus sentimientos y conductas. Es fundamental que la clienta sea capaz de ver el impacto que la violación ha tenido en diferentes áreas de su vida.

Para ayudar a ver la conexión entre acontecimientos, pensamientos, sentimientos y conductas, se pide a la clienta que complete varias **hojas A-B-C** (acontecimiento-pensamientos-consecuencias) siguiendo el orden C, A, B. Los acontecimientos a registrar (algo que sucede o sobre lo que se piensa) pueden ser negativos, positivos o neutrales. Al menos una de las hojas debe ser sobre pensamientos acerca de la violación. Las hojas son revisadas en las siguientes sesiones, se corrigen los errores y se identifican puntos de bloqueo.

Dos cuestiones que suelen surgir pronto en la terapia son: a) el **hecho de conocer al violador**, lo cual puede llevar a sentirse más culpable y a tener dudas sobre si fue una violación, y b) **sentirse culpable** por lo ocurrido, al pensar que no se hizo todo lo posible para prevenir o detener la violación. Estas y otras cuestiones son abordadas mediante la provisión de información contraria y la reestructuración cognitiva, la cual comienza en la quinta sesión. Se aconseja **empezar la reestructuración centrándose en creencias que impliquen culpabilidad propia y dudas sobre si hubo violación**, ya que hasta que la clienta no acepte que ha sido violada y que ella no tuvo culpa alguna, será difícil trabajar otras cuestiones. Para reestructurar, el terapeuta emplea una serie de **preguntas de cuestionamiento** (véase la **tabla 5**) que permiten poner en cuestión la validez de los pensamientos desadaptativos y los puntos de bloqueo.

El siguiente paso es presentar a la clienta un **folleto** con las 12 preguntas de cuestionamiento, pedirle que elija **dos puntos de bloqueo y que los trabaje en casa** respondiendo por escrito todas aquellas preguntas que sean aplicables a los mismos. Para que disponga de un **modelo**, se le entrega otro folleto (el cual puede consultarse en Resick y Schnicke, 1993, págs. 69-73) en el que las preguntas son respondidas con relación al siguiente punto de bloqueo: *"puesto que fui con él voluntariamente, es culpa mía haber sido violada; debería haberle conocido mejor"*.

Se revisan las respuestas a las preguntas de cuestionamiento (véase un ejemplo en la tabla 5) y se ayuda a la clienta a analizar y cuestionar los puntos de bloqueo, los cuales suelen hacer referencia a la culpabilización propia por la violación y a la percepción retrospectiva de cómo se podía haber manejado esta de forma diferente. Hay que asegurarse de que las atribuciones, expectativas y otras cogniciones conflictivas subyacentes han sido identificadas.

Cumplido el punto anterior, se describen **patrones erróneos de pensamiento** (errores cognitivos): exageración, sobregeneralización, razonamiento emocional, etc. (véase la **tabla 6**). Se explica que estos patrones de pensamiento son automáticos y dan lugar a sentimientos negativos y conductas desadaptativas (p.ej., evitar relaciones íntimas). Se dan a la clienta ejemplos de las sesiones anteriores o se le pide a la misma algún ejemplo a partir de un acontecimiento reciente. Como tarea para casa, se pide a la clienta que considere sus puntos de bloqueo, busque ejemplos para cada patrón erróneo de pensamiento y examine cómo estos han podido afectar a sus reacciones a la violación. Para ayudarle en esta tarea, se le entrega una hoja con ejemplos (véase la tabla 6).

Se revisan los ejemplos de errores cognitivos, se ayuda a la clienta a cuestionar los pensamientos automáticos y a reemplazarlos por otros más adaptativos, y se discute con ella cómo los patrones incorrectos de pensamiento pueden haber afectado a sus reacciones a la violación. Lle-

gados aquí, se explica la **Hoja de Cuestionamiento de Creencias** (véase la **tabla 8**) y se completa una con la clienta empleando un punto de bloqueo previamente identificado. Después se ayuda a la clienta a elegir al menos un punto de bloqueo para trabajarlo en casa con la mencionada hoja; también se alienta a la clienta a emplear las hojas con los acontecimientos de la semana que hayan suscitado reacciones emocionales. Estas tareas son revisadas en la siguiente sesión y siguen durante el resto del tratamiento (véase la tabla 8).

Las cinco últimas sesiones están dedicadas a **cinco áreas** principales de funcionamiento que suelen ser afectadas por el trauma: **seguridad, confianza, poder/control, estima e intimidad**. En cada área se consideran y reestructuran los esquemas o puntos de bloqueo relacionados con cómo se ve una misma y los relacionados con cómo ve una a los demás. Se aconseja trabajar las áreas en el orden propuesto ya que cada una se construye sobre la anterior. Estas áreas son pertinentes para la mayoría de las víctimas de traumas interpersonales (maltrato físico y psicológico, agresión sexual, abuso infantil) y algunas son importantes para otro tipo de traumas. A continuación se mencionan unos pocos ejemplos en cada una de estas áreas de creencias relacionadas con una misma y con los demás:

- **Seguridad.** Una misma: *"me violarán otra vez"; "no puedo protegerme a mí misma"; "no tengo control sobre los acontecimientos"*. Los demás: *"la gente es peligrosa"; "es de esperar que los otros te hagan daño"*.
- **Confianza.** Una misma: *"no puedo confiar en mis propias percepciones y juicios"; "debería haberme dado cuenta de lo que iba a pasar"; "no se tiene buen juicio si uno comete errores"*. Los demás: *"no se puede confiar en nadie"; "la gente que debía apoyarme me ha traicionado"*.
- **Poder/control.** Una misma: *"o lo controlo todo o perderé totalmente el control"; "debo controlar mis emociones y mis actos siempre"; "si experimento rabia, perderé el control y seré agresiva"; "no puedo controlar los acontecimientos o resolver problemas"*. Los demás: *"debo tener todo el poder en mis relaciones"; "no tengo ningún control en mis relaciones con los demás"; "estoy a la merced de los otros"*.
- **Estima.** Una misma: *"soy mala"; "soy responsable de malas acciones"; "soy indigna y merecedora de infelicidad y sufrimiento"; "debe haber algo mal en mí ya que he sido violada"; "en el fondo soy una guarra y una puta"*. Los demás: *"la gente es básicamente indiferente, inhumana y sólo mira por sí misma"; "la gente es mala y retorcida"; "todos los seres humanos son malévolos"; "los que tienen dinero y poder (o los hombres o los moros) son 'asquerosos'"*.
- **Intimidad.** Una misma: *"no puedo tranquilizarme por mí misma, no puedo manejar mis emociones (necesito el alcohol, la medicación, la comida, el comprar cosas)"*. Los demás: *"nunca podré intimar con otras personas"; "la intimidad supone peligro"; "los hombres no querrán tener relaciones conmigo si saben que he sido violada"*.

La **pauta que se sigue para trabajar cada una de las cinco áreas** es la siguiente. Se identifican las **creencias** previas de la clienta referidas al área, se establece si fueron alteradas o reforzadas por la violación y se determina si la clienta sigue manteniendo creencias negativas al respecto. En tal caso, se discute el impacto que tienen sobre las emociones y conductas y se ayuda a la clienta a reestructurarlas y reemplazarlas por creencias más moderadas: por ejemplo, *"es improbable que suceda otra vez"* en lugar de *"seguro que me violarán otra vez"*. También se alienta la **superación de las actividades temidas** (salir sola, mantener citas, desarrollar nuevas relaciones, tener intimidad con ciertas personas, seguir con las relaciones sexuales, etc.). La clienta reci-

be un **folleto** sobre el área tratada en el que se especifican las posibles creencias previas que son alteradas o confirmadas por la violación, los síntomas emocionales y conductuales asociados con las mismas y formas alternativas de pensar. Como tarea para casa se pide a la clienta que complete al menos una **Hoja de Cuestionamiento de Creencias** con relación al área trabajada. Este trabajo es revisado en la siguiente sesión y se emplean las preguntas de cuestionamiento para reestructurar aquellas cogniciones negativas no modificadas.

Al tratar el área de poder/control, puede ser necesario añadir en algunos casos un **entrenamiento para ser más asertivo** en ciertas situaciones. Al tratar el área de estima, se pide a la clienta que conteste la **Hoja de Identificación de Supuestos** relacionados con la aceptación, competencia y control (véase la **tabla 7**) y que pueden contribuir a una baja autoestima; además, en las actividades entre sesiones se le pide que practique el **hacer y recibir cumplidos** durante la semana y que se permita cada día al menos una **cosa agradable** sin tener que ganársela (p.ej., tomar un baño de espuma, leer una revista, llamar a una amiga para hablar, dar un paseo, comprarse alguna pequeña cosa). Un punto importante en el área de intimidad relativo a no evitar las relaciones sexuales es que si durante las mismas la clienta experimenta un gran miedo o reviviscencias, ambos miembros deben parar unos pocos minutos y mantenerse abrazados hasta que ella se calme.

Concluidas las cinco áreas anteriores, la última actividad formal para casa consiste en **volver a escribir al menos una página sobre el significado actual de la violación**. En la sesión siguiente, se compara este relato con el escrito al comienzo del tratamiento, la clienta examina cómo han cambiado sus creencias y el terapeuta comprueba si persisten creencias negativas que necesiten intervención.

Exposición

Escribir sobre la violación y leerlo es una técnica de exposición que activa los recuerdos y afectos y facilita la extinción de las emociones negativas. Además, permite que terapeuta y cliente identifiquen puntos de bloqueo. La clienta debe ser informada de los propósitos de la técnica y avisada de que sus reacciones a la misma serán inicialmente muy fuertes, aunque terminarán por reducirse si no hay evitación.

Se pide a la clienta que busque lo más pronto posible un **momento y lugar donde pueda escribir privadamente y en detalle sobre el evento traumático**, incluyendo los detalles sensoriales (cosas vistas, sonidos, olores...), pensamientos, imágenes y sentimientos durante el mismo. Es importante que el lugar elegido permita llorar y expresar cualquier emoción sin ser interrumpida o sentirse azorada. Se considera que los relatos escritos son más detallados y más ricos afectivamente que los informes orales. Lo escrito debe ser **leído al menos una vez, pero preferiblemente cada día** antes de la siguiente sesión.

Si la clienta es incapaz de escribir el relato de una sola vez, se le pide que lo haga en varias veces, pero que trace una **línea en la parte o partes en que se ha detenido**. Estas detenciones pueden ayudar a identificar puntos de bloqueo. En el caso de **varias violaciones**, se pide a la clienta que **comience** escribiendo sobre **la más traumática**. Un **ejemplo** de relato puede verse en la **tabla 9**.

En la sesión, la clienta lee en voz alta lo escrito y el terapeuta le ayuda a expresar sus pensamientos y emociones, tanto los tenidos al hacer la actividad en casa como los experimentados durante el trauma. Formas de hacer esto son: *"esto debe haber sido muy atemorizante para usted"; "cuando habla de esto, puedo sentir una gran cantidad de rabia"; "puede decirme*

algo más sobre cómo se siente ahora"; "parece usted muy triste cuando dice esto". Por otra parte, pueden identificarse nuevos puntos de bloqueo hasta ahora desconocidos. Si hay interrupciones en el escrito, debe preguntarse si corresponden a puntos difíciles de recordar y qué es lo que se estaba sintiendo en esos momentos.

Conviene tener en cuenta que cuando el **tratamiento es en grupo** y con el fin de evitar la traumatización secundaria, los **relatos no son leídos en voz alta**. El terapeuta se limita a hacer preguntas para comprobar si los relatos se han hecho bien, si se han experimentado emociones fuertes y si se han recordado nuevas cosas. El terapeuta recoge los relatos para leerlos entre sesiones, identificar los puntos de bloqueo y poder ofrecer retroalimentación a las clientas.

El terapeuta debe **permitir que la clienta experimente sus emociones totalmente, sin interrumpirlas, minimizarlas o interferirlas**. A veces, pueden ocurrir estas cosas cuando el terapeuta se siente incómodo al escuchar el relato. Al no poder integrar el suceso y tolerar sus emociones puede emitir señales más o menos sutiles (expresión de disgusto, dar un pañuelo al cliente cuando llora, poner fin al relato antes de tiempo) que impedirán el procesamiento emocional del trauma.

Si una clienta no ha realizado el escrito, hay que averiguar el motivo y, si procede, señalar que la evitación impide la recuperación. Luego, se pide a la clienta que relate el acontecimiento como si lo hubiera escrito. Por otra parte, en el caso de relatos escritos poco detallados, en los que faltan las partes más temidas, debe pedirse a la clienta que siga escribiendo sobre el trauma hasta que se recuperen los recuerdos más difíciles junto con la emoción asociada a las mismas. Finalmente, **si el relato se hace sin emoción**, hay que parar el mismo y preguntar a la clienta si está reteniendo sus emociones y por qué. Puede tener que discutirse la cuestión de la pérdida de control y el miedo a ser desbordado por las propias emociones. Lo importante es que la clienta comprenda que las emociones tienen una duración limitada (pueden buscarse ejemplos en su propia experiencia pasada), que se reducen cuando son procesadas y que la violación ya pasó y ya no es un peligro inminente. Tras esta discusión, se pide a la clienta que exprese lo que estuvo sintiendo durante el trauma y durante el recuerdo del mismo.

Hay tres aspectos por los que debe preguntarse si no han surgido. Primero, puede plantearse que no es raro que haya **reacciones fisiológicas de activación sexual durante la violación**. Si ocurrió esto último, la clienta puede pensar que su cuerpo la traicionó, sentirse avergonzada y confundida y creer que quizá no fue una violación. Estas ideas deben ser contrarrestadas. Segundo, debe preguntarse por **lo que el violador hizo y dijo durante y después** del suceso. A veces el violador actúa de un modo que confunde a la víctima: la acaricia, la besa suavemente, se despide, le dice que cierre la puerta para estar segura, etc. Esto rompe los esquemas de la víctima y puede incluso hacerle plantear hasta qué punto ha sido una violación. Tercero, debe indagarse la posible existencia de **puntos de bloqueo aún no identificados**; por ejemplo, puede preguntarse a la clienta qué piensa que debería haber hecho. Muchas mujeres creen que deberían haber impedido la violación o haber opuesto más resistencia y esta creencia puede ser apoyada por las opiniones de otros (*"yo habría luchado más fuerte", "si intentaran violarme, lucharía hasta impedirlo"*).

Discutida una exposición, se pide a la clienta que **escriba de nuevo todo el suceso al menos una vez más o bien que añada** nuevos detalles sensoriales, pensamientos y sentimientos cuando su primer escrito ha sido incompleto; es frecuente que el primer escrito contenga sólo hechos. Se dice también a la clienta que **añada entre paréntesis lo que está pensando y sintiendo mientras escribe** el relato. Si la clienta ha sido violada más de una vez, se le alienta a comenzar a **escribir sobre las otras violaciones**. Asimismo, el trauma puede **incluir no sólo la violación, sino otros sucesos** como intervención policial, exámenes médicos, juicio, embarazo o aborto y rechazo por parte de los seres queridos. El relato escrito debe ser leído al menos una vez y preferiblemente varias veces antes de la siguiente sesión.

En la próxima sesión la clienta lee en voz alta el nuevo relato; se le ayuda a analizar los sentimientos durante la violación y al escribir sobre la misma y a discutir las semejanzas y diferencias entre ellos. También se le pide que **valore la intensidad de sus sentimientos tras escribir y leer una segunda vez** sobre la violación en comparación con la primera. Es probable que la intensidad haya disminuido si la clienta se ha permitido experimentar sus emociones. Esto debe emplearse para señalar que las emociones se irán reduciendo o bien que aumentarán o se mantendrán si intentan ser evitadas.

Si la clienta no ha acabado el informe escrito sobre la violación o si hay más violaciones sobre las que no ha escrito, debe seguir con el componente de exposición. Esta sólo abarca dos sesiones por lo general. Esto parece poco, pero según Resick y Calhoun (2001), los resultados no indican que se requiera más tiempo en casos con un único incidente traumático. De todos modos, parece aconsejable que la **extensión de la exposición** se determine en función de que se hayan cubierto los puntos traumáticos importantes (no sólo violación como se dijo antes) y de la respuesta de la clienta: habituación de la emoción intra- e intersesiones.

Por otra parte, en la terapia de procesamiento cognitivo podría buscarse una **mayor integración de la exposición y la reestructuración cognitiva**. Esta última se aplicaría primero fuera de la exposición y luego, las conclusiones alcanzadas se aplicarían durante la exposición. En concreto, se trata primero de identificar y reestructurar los significados asociados con los puntos problemáticos de activación durante la exposición imaginal. Después, se pide al paciente que utilice los nuevos significados durante la exposición, ya sea verbalmente o mediante técnicas de transformación de imágenes. Una mayor explicación se ofrece en el apartado siguiente.

LA TERAPIA COGNITIVA DE EHLERS Y CLARK

La terapia cognitiva de Ehlers y Clark (Ehlers et al., 2005) **se basa en el modelo de estos autores** (Ehlers y Clark, 2000), según el cual el TEPT se instaura cuando la persona procesa el trauma de un modo que conduce a una sensación de amenaza grave y actual. Esta sensación proviene de: a) valoraciones excesivamente negativas del trauma y/o de sus secuelas, y b) una perturbación de la memoria autobiográfica del trauma caracterizada por una pobre elaboración y contextualización, una fuerte memoria asociativa y una fuerte preparación perceptual, todos los cuales llevan a una reexperimentación involuntaria de aspectos del trauma. Los cambios en las valoraciones negativas y en el recuerdo del trauma son impedidos por el empleo de una serie de estrategias cognitivas y conductuales problemáticas (p.ej., hipervigilancia, evitación).

Para cada paciente se desarrolla una versión individualizada del modelo explicativo en el que se identifican los componentes problemáticos y factores mantenedores. Los síntomas y respuestas del paciente son presentados como reacciones normales ante la experiencia vivida. Asimismo, se señala que los modos en que el paciente ha intentado afrontar el problema tienen sentido, pero pueden estar manteniendo el trastorno. Por lo tanto, deben ser modificados.

Los factores mantenedores del TEPT son abordados a través de los procedimientos descritos a continuación, de modo que el peso de estos varía de caso a caso. Los procedimientos vienen agrupados en **tres tipos de metas**: corregir la perturbación de la memoria autobiográfica del trauma, modificar las valoraciones negativas excesivas y eliminar las estrategias cognitivas y conductuales disfuncionales (Ehlers et al., 2005). Los pacientes reciben un CD grabado de cada sesión para escucharla en casa y ayudarles a asimilar los puntos importantes de la terapia.

Reducir la reexperimentación y discriminar los estímulos disparadores.

Se trata de reducir la reexperimentación mediante la elaboración de los recuerdos del trauma y aprender a discriminar los estímulos disparadores. En primer lugar, hay que hacer ver a los pacientes que la **supresión o evitación de pensamientos** contribuye a mantenerlos. Como ejemplo, puede pedírseles que intenten no pensar en elefantes rosas y que observen lo que sucede (es difícil no pensar en ellos). Así pues, la supresión de pensamientos aumenta las intrusiones y reduce el control percibido. Hay que preguntar por los motivos para llevar a cabo dicha supresión. Si el cliente piensa que así previene una consecuencia temida (p.ej., volverse loco), puede llevarse a cabo un experimento conductual para comprobar si esto es cierto o no.

Tras la preparación anterior, se justifica la necesidad de elaborar en detalle el recuerdo del trauma. A partir de aquí, el terapeuta ayuda al cliente a **desarrollar una narración coherente** que comienza antes del trauma, termina después de que el paciente se encuentra seguro (p.ej., se encuentra vivo y a salvo a pesar de pensar que iba a morir) y sitúa la serie de eventos durante el trauma en contexto, en secuencia y en el pasado. La elaboración de esta memoria autobiográfica del trauma ayuda a identificar las valoraciones excesivamente negativas y se piensa que inhibe la recuperación de los recuerdos intrusos inducidos por estímulos disparadores.

Se emplean tres técnicas principales: a) **Revivir el evento en la imaginación** con el mayor detalle posible al tiempo que se describe simultáneamente en tiempo presente lo que está sucediendo y lo que se está sintiendo y pensando. Esto es útil para conectar todos los elementos entre sí y situarlos en contexto. b) **Escribir una narración detallada del evento en tiempo presente**, incluyendo lo que pasó, se hizo, sintió y pensó. Esto es útil cuando aspectos de lo que sucedió y cómo sucedió no están claros. A esto puede ayudar también el empleo de diagramas y modelos, la consulta de noticias sobre el evento y el volver a visitar el sitio del trauma. c) **Volver a visitar el sitio en que ocurrió el trauma**. Esto ayuda al paciente a comprender que el evento es algo pasado y reduce el sentido de presente que caracteriza a las intrusiones. Terapeuta y paciente discuten de qué modo las cosas son diferentes hoy del día del trauma (“entonces” contra “ahora”).

Conviene tener en cuenta que los recuerdos **sobre el trauma pueden ser bastante inexactos o erróneos**. Esto es aún más evidente cuando la persona ha sufrido múltiples traumas, ya que entonces puede producirse una mezcla de recuerdos de los diferentes traumas y sus respectivos significados. Por lo tanto, siempre que sea posible, se aconseja obtener información original (a partir de noticias de los medios, fotos, informes de los servicios de emergencia) y volver al sitio del trauma (véanse los experimentos 9.9 y 9.10 de Mueller, Hackmann y Croft, 2004). De este modo, la información obtenida puede emplearse para comprobar la precisión del recuerdo sobre el trauma y las valoraciones hechas durante el evento.

Al imaginar el trauma o escribir una narración sobre él, lo cual suele hacerse en 3-4 sesiones, el terapeuta hace preguntas para ayudar al paciente a recordar lo que pasó, hizo, sintió y pensó. En sucesivas repeticiones, se va pidiendo un mayor nivel de detalle y de emoción. Posteriormente, se discute la experiencia y el significado de los puntos críticos identificados (momentos de máxima aflicción emocional en el recuerdo del trauma) (véase más adelante).

Discriminar los estímulos disparadores de las intrusiones implica normalmente dos fases: a) Un **análisis cuidadoso de cuándo y dónde ocurren las intrusiones**, para lo cual puede emplearse la entrevista y autorregistros. Por ejemplo, las intrusiones pueden ser disparadas por luces brillantes que recuerdan las luces de una furgoneta que chocó contra el coche de uno. b) **Romper los vínculos entre los disparadores y el recuerdo del trauma**. El paciente debe discriminar entre “entonces” y “ahora” cuando la intrusión ocurre y recordarse que está reaccionando al significado pasado de las luces, no a la realidad actual; también pueden emplearse experimentos con-

ductuales. Si la reexperimentación persiste, pueden emplearse técnicas de transformación imaginal. Por ejemplo, una mujer tenía intrusiones de que tras un choque automovilístico contra una columna, esta salía volando y quedaba a pocos centímetros de su cara; estas intrusiones no disminuyeron tras comprobar que de hecho la columna sólo había quedado a metro y medio. En cambio sí que se redujeron al imaginar que la columna se alejaba volando por los aires.

Modificar las valoraciones excesivamente negativas del trauma y de sus secuelas

Las valoraciones excesivamente negativas del trauma son **identificadas** mediante preguntas, especialmente sobre el **significado de los puntos críticos** (momentos de máxima aflicción emocional en el recuerdo del trauma). Estos puntos críticos son identificados examinando el contenido de las intrusiones, imaginando el trauma o escribiendo sobre él. El paciente debe señalar, al escribir o imaginar (en tiempo presente) el evento traumático, cuándo experimenta una gran activación emocional; en el caso de la imaginación, el terapeuta observa también las respuestas del paciente y le pide que califique su estado emocional (p.ej., cada 5 minutos) y la viveza de lo imaginado. Posteriormente, las valoraciones negativas son **modificadas** mediante reestructuración cognitiva. Así una mujer que pasó a sentirse poco atractiva después de que un violador le dijera que era fea, llegó a la conclusión de que precisamente el violador la había elegido por su atractivo, pero que su comentario se debió a que no podía excitarse sin humillar a las mujeres.

Una vez que el paciente encuentra una valoración alternativa convincente, se le pide que la incorpore en el recuerdo del trauma. El paciente puede hacer esto de dos formas: a) Añadiendo la valoración a una **narración** escrita del trauma y manteniendo en la mente simultáneamente la valoración alternativa y el punto crítico mientras lee la narración. b) Insertando la nueva valoración mientras revive de nuevo el trauma en la **imaginación**. Así, la mujer del ejemplo anterior le dijo al violador su nueva valoración en el momento en que la insultaba. Si es necesario, el proceso se hace en voz alta y el terapeuta ayuda al paciente. Hay que comprobar que la reacción emocional se vaya reduciendo.

En ocasiones no basta con la expresión verbal o escrita de la nueva valoración en el recuerdo del trauma, sino que puede ser necesario realizar ciertas **acciones motoras o transformaciones imaginales** que proporcionan información y estímulos sensoriales que son incompatibles con el significado original al centrarse en el punto crítico. Ejemplos de acciones serían pasearse de acá para allá si el paciente se sintió paralizado o mirar una fotografía reciente de sí mismo si pensó que moriría durante el trauma. Ejemplos de técnicas imaginales serían visualizar como sus heridas sanaron si pensaron que iban a quedar desfigurados para siempre o hacer un avance rápido desde el peor momento hasta el momento en el que el cliente estuvo seguro.

Puesto que los pacientes tienden a recordar los elementos más perturbadores del trauma y a pasar por alto información posterior contraria a las predicciones que hicieron en el momento (p.ej., “no volveré a ver a mi pareja”), es importante que **actualicen la información tanto de lo que sucedió durante el trauma como de lo ocurrido después**. Esta información actualizada sirve para cuestionar las valoraciones negativas excesivas y al igual que las valoraciones alternativas es incorporada en el recuerdo del trauma.

Una estrategia para actualizar la información es **volver a visitar la escena del trauma**, lo cual ayuda a explicar cómo o por qué algo ocurrió. Esto es especialmente útil para aquellos pacientes que piensan que podrían haber hecho algo para evitar el trauma.

Las valoraciones excesivamente negativas de las secuelas del trauma, tales como los síntomas iniciales del TEPT y las respuestas de los otros tras el trauma, son modificadas a través de

la información, el cuestionamiento socrático y los experimentos conductuales. Por ejemplo, una mujer pensaba que sus intensos síntomas de reexperimentación tras un accidente grave de coche indicaban que se volvería tan neurótica como su hermana, por lo que intentaba suprimir a toda costa sus intrusiones y emociones. Se le hizo ver que sus síntomas eran normales tras el trauma sufrido y que sus intentos de suprimirlos ayudaban a mantenerlos. Luego, se expuso a situaciones que provocaban reviviscencias sin intentar detener sus síntomas para observar lo que pasaba. Ejemplos detallados de experimentos similares y de otro tipo de experimentos conductuales pueden verse en Mueller, Hackmann y Croft (2004).

A los pacientes que tienen una sensación de cambio negativo permanente desde el trauma se les anima a **reivindicar su vida previa** volviendo a realizar actividades significativas o mantener contactos sociales que habían sido abandonados tras el evento traumático.

Abandonar las estrategias cognitivas y conductuales disfuncionales

Algunas estrategias reducen la sensación de peligro a corto plazo, pero ayudan a mantener el problema. Entre estas estrategias se encuentran la **evitación de situaciones, no hablar sobre el evento, estar hipervigilante ante nuevos peligros** (p.ej., mirar excesivamente por el espejo retrovisor tras un choque trasero), **intentar suprimir las intrusiones** a toda costa y, en general, cualquier conducta defensiva manifiesta o encubierta. Lo primero es discutir con el paciente los efectos problemáticos que tienen estas estrategias. Después, se dejan de emplear las estrategias para poner a prueba lo que sucede. Por ejemplo, un hombre que pensaba que terminaría por volverse loco si no suprimía sus intrusiones, hizo el experimento de dejarlas pasar por su cabeza sin intentar controlarlas; esto condujo a una reducción de su frecuencia.

Ehlers et al. (2005) señalan varias diferencias entre su terapia cognitiva y otros tratamientos cognitivo-conductuales:

- a) **Revivir imaginalmente el trauma no persigue la habituación emocional** al recuerdo doloroso, sino la identificación de puntos críticos –que serán abordados mediante reestructuración– y la elaboración de una narración del trauma. Además, el revivir imaginal y la reestructuración cognitiva están plenamente integrados, ya que los resultados de esta última se incorporan al primero. Similarmente, la exposición a las situaciones temidas y evitadas no persigue la habituación emocional, sino la prueba de predicciones específicas sobre la sobregeneralización de peligro y la reducción del sentido de “ahora” del recuerdo traumático. Cuando los pacientes vuelven a visitar el sitio del trauma, deben activar el recuerdo del trauma y centrarse en lo que es diferente entre “entonces” y “ahora”.
- b) La **reestructuración cognitiva** se centra en los significados idiosincrásicos del trauma y de sus secuelas. Por lo tanto no se emplean registros diarios de pensamientos ni se discuten temas cognitivos predeterminados como en la terapia de procesamiento cognitivo.
- c) Se utiliza una serie de **técnicas que no se emplean o no son habituales en otros tratamientos**: discriminación de estímulos disparadores, incorporación deliberada de la información actualizada en el recuerdo del trauma, experimentos conductuales para demostrar los efectos negativos de las estrategias mantenedoras del problema (p.ej., supresión de pensamientos, hipervigilancia del peligro) y técnicas de transformación de imágenes.
- d) Se pone un mayor énfasis en identificar y modificar las **valoraciones problemáticas de las secuelas del trauma** (síntomas del TEPT, reacciones de la gente) y en **modificar las**

estrategias conductuales y cognitivas que contribuyen a mantener el problema.

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA DURANTE LA EXPOSICIÓN

Grey, Young y Holmes (2002) han distinguido entre las **emociones y cogniciones experimentadas en el momento del evento traumático** (y, posteriormente, a través de las experiencias de reexperimentación) y las **valoraciones secundarias negativas** que aparecen más tarde. Entre las primeras, pueden darse emociones de miedo, culpa, vergüenza, ira y disgusto, y cogniciones como “puedo morir a causa de mis heridas”, “tengo la culpa de lo que ha pasado”, “no me defendí todo lo que debía”, “estoy contaminada, voy a coger el SIDA”, “cómo se atreve a hacerme esto”, “soy una persona indigna”. Ejemplos de valoraciones secundarias negativas son: “me volveré loco si sigo pensando en ello”, “es peligroso ir a...”, “no se puede confiar en nadie”. Estas valoraciones pueden modificarse a través tanto de la reestructuración cognitiva como de la exposición imaginal prolongada.

Para las emociones y cogniciones experimentadas en el momento del trauma, la exposición imaginal prolongada es bastante eficaz, aunque un cierto número de pacientes no responden a la misma. Incluso, cuando se añade reestructuración verbal, muchos pacientes afirman que **comprenden que no es lógico lo que piensan, pero que siguen sintiéndolo así**. Para paliar este problema, Grey, Young y Holmes (2002) han propuesto integrar la reestructuración dentro de la exposición imaginal. En concreto, su procedimiento sigue las siguientes fases:

Fase 1. Revivir el trauma en la imaginación.

En primer lugar, **se explica al cliente que revivir el trauma en la imaginación** permite recomponer el recuerdo fragmentada del trauma, reducir mediante habituación las emociones asociadas y descubrir las cogniciones perturbadoras que, posteriormente, se trabajarán mediante la reestructuración cognitiva.

El siguiente paso es pedir al cliente que **reviva la escena traumática en su imaginación** del modo más vívido posible y que la describa en voz alta con el mayor detalle posible y hablando en tiempo presente. A intervalos regulares (p.ej., cada 5 minutos), el paciente califica de 0 a 10 su nivel de malestar emocional. Cuando a través de estas calificaciones, o de cambios visibles en el afecto manifestado (p.ej., llanto, rubor, temblor, sudor), se identifica un **punto crítico** o momento de máxima aflicción emocional, se pregunta al paciente por la emoción asociada (miedo, culpa, vergüenza, ira, tristeza, disgusto), por las **cosas que están pasando por su cabeza** y por el significado que tienen para él (p.ej., “tengo la culpa de lo que ha pasado”, “no me defendí todo lo que debía”, “soy una persona indigna”, “no se puede confiar en nadie”). Luego, se prosigue con la exposición imaginal. Terminada esta, se pregunta al cliente si los puntos críticos identificados ocurrieron realmente en el momento del trauma o fueron valoraciones posteriores. También se le pide que identifique los peores momentos del evento y que diga si tuvo cualquier recuerdo nuevo o sorprendente.

Otros posibles indicadores de puntos críticos son el cambio del tiempo presente al pasado o de primera a tercera persona (posible disociación), la descripción superficial de ciertas partes o aspectos importantes del evento (a pesar de que se soliciten detalles adicionales) o la incapacidad para recordar los detalles del momento. Para explorar si estos indicadores reflejan un punto crítico, se le pide al paciente que retenga en su imaginación de modo vívido el momento previo al cambio de tiempo verbal, persona o descripción superficial. Para ello se le ayuda mediante preguntas sobre lo que ve, oye huele o siente en ese momento. Cuando la imagen es vívida y detalla-

da, se pregunta por las cogniciones y significados. Luego, se alienta al paciente a avanzar lentamente hacia los siguientes momentos del evento, se le vuelven a hacer preguntas similares a las anteriores y se le pide que califique la intensidad de sus emociones perturbadoras.

Es importante tener en cuenta que debe haber una **congruencia entre la emoción experimentada y la cognición identificada** (o su significado para la persona). Así, si un paciente informa sentir tristeza en vez de miedo asociada al pensamiento “me van a matar”, será útil hacer nuevas preguntas para tratar de descubrir significados subyacentes (p.ej., “voy a perder la posibilidad de tener niños”).

Fase 2. Reestructuración cognitiva sin exposición.

Una vez identificado puntos críticos y las cogniciones asociadas, se utiliza la **reestructuración cognitiva** para modificar los significados erróneos. Por ejemplo, una mujer afgana que había trabajado como administrativa se había refugiado en la bodega de su tío durante muchas semanas durante el régimen talibán, pero los integristas llegaron a enterarse y asesinaron al tío. Ella se sentía culpable por ello. Se emplearon dos técnicas, el **cuestionamiento socrático** (véase la **tabla 10**) y un **gráfico circular sobre responsabilidad** en el que tuvo que anotar todas las personas e instituciones que pudieron ser responsables del asesinato de su tío: ella misma (50%), los hombres que lo apalizaron (13%), los que ordenaron el asesinato (12%), el gobierno (10%), los soldados que apoyaban al gobierno (5%), EE.UU. (5%) y Rusia y otros países (5%).

Ahora bien, **en muchos casos la reestructuración cognitiva sin revivir imaginalmente el trauma es insuficiente**, ya que los pacientes dicen que saben que no es lógico lo que piensan, pero siguen sintiéndolo así. Cuando esto ocurre, como así fue en el caso presentado en el párrafo anterior, hay que emplear la reestructuración cognitiva durante la exposición. Pero antes de esto, deben hacerse dos cosas:

- **Justificar la necesidad de aplicar la reestructuración dentro del revivir imaginalmente el trauma.** Se puede explicar al paciente que el recuerdo de eventos normales (p.ej., recuerdos de la adolescencia) es actualizado y reinterpretado a partir de la nueva información que se adquiere y que lleva a una nueva percepción o comprensión de los acontecimientos. En cambio, el recuerdo de eventos traumáticos permanece “congelada en el tiempo”, de modo que cuando cualquier recordatorio la activa, la experiencia traumática aparece de nuevo en la cabeza, con toda su fuerza, como si estuviera ocurriendo de nuevo. Lo que se necesita entonces, es activar el recuerdo traumático y actualizarlo a través de la información que se ha derivado de la reestructuración cognitiva y que permitirá cambiar las cogniciones negativas.
- **Elaborar y ensayar argumentos contra las cogniciones negativas.** A partir de la reestructuración cognitiva realizada, el paciente elabora y escribe argumentos específicos contras sus cogniciones negativas (véase un ejemplo en la parte inferior de la tabla 10) y los ensaya en diversas ocasiones. Además, se aclara en qué momentos deberá emplear dichos argumentos (durante los puntos críticos).

No todos los puntos críticos pueden ser identificados durante la primera sesión de exposición; otros nuevos irán surgiendo en las sesiones posteriores. Revivir imaginalmente el trauma permite la recuperación de elementos de la memoria traumática a los que no se puede acceder de otro modo. Además, puede producirse una **reestructuración cognitiva espontánea** de las cogniciones peritraumáticas, por lo que no será necesario aplicar la reestructuración cognitiva a cada uno de los puntos críticos identificados.

Fase 3. Reestructuración cognitiva dentro de la exposición.

El siguiente paso es **revivir en la imaginación todo el evento traumático**. Cuando se llega a un **punto crítico**, se pide al cliente que rebobine y **mantenga dicho punto vívidamente** en su cabeza. El terapeuta pregunta al paciente lo que siente, la intensidad de su emoción y lo que pasa por su cabeza. Luego, facilita el **empleo de los argumentos** previamente ensayados mediante las preguntas oportunas: “¿qué diría usted ahora?”, “¿qué sabe usted ahora?”, “¿hay otro modo de enfocar esto?”. También pueden emplearse contraimágenes para cambiar el significado asociado a los puntos críticos. Después, se prosigue con el procedimiento de revivir el trauma en la imaginación, a partir del punto crítico que se ha trabajado, y se repite las veces que sea necesario. Se graba todo el proceso y se pide al paciente que escuche diariamente la grabación en casa.

A continuación se ofrece un **ejemplo del empleo de la reestructuración cognitiva durante la exposición imaginal**. La paciente era una mujer que se había despertado una noche mientras era víctima de un asalto sexual. El agresor huyó y ella tocó sus genitales y notó que estaban llenos de fluido. Al contar esto durante la exposición imaginal, su cara expresó repugnancia, se estremeció, se revolvió en la silla e informó sentir asco y repulsión. Sus cogniciones fueron: “Me he contagiado con sus gérmenes, me siento asqueada, estoy sucia. ¿Qué pasará con todo esto en mi vagina? Puedo coger el virus del SIDA”. Estas cogniciones de la paciente fueron reestructuradas una vez acabada la exposición. Para ello, en primer lugar, la reacción de asco fue presentada como una respuesta normal y automática ante el asalto sexual. Después, las cogniciones asociadas con el asco fueron contrastadas con información que la clienta no tenía en el momento del asalto: a) la información forense había mostrado que el fluido era saliva y no semen y que no había restos de semen en la vagina; b) los datos médicos indican que es muy improbable contraer el virus del SIDA a través de la saliva sobre los genitales externos. Posteriormente, se llevó a cabo una nueva exposición imaginal con la siguiente reestructuración durante el punto crítico de asco:

T: ¿Qué está sucediendo ahora?

P: Estoy tocando mis genitales, mi mano está húmeda.

T: ¿Cómo se siente ahora mismo?

P: Siento un asco y repugnancia extremos, me siento enferma (muestra expresión de asco).

T: ¿Cómo calificaría este sentimiento de 0 a 10?

P: Diez.

T: ¿Qué está pasando por su cabeza justo ahora?

P: Es repugnante, asqueroso. He cogido sus gérmenes.

T: ¿Qué sabe ahora acerca de lo que está sintiendo?

P: Es normal que reaccione sintiendo un asco tan intenso ante un extraño que toca mis genitales. Esto me hace sentir enferma, estremecerme y hacer muecas.

T: Así pues, es normal que reaccione con una repugnancia intensa. ¿Qué más está pasando por su cabeza?

P: ¿Qué sucederá si todo ese fluido está en mi vagina? Puedo coger el virus del SIDA de este hombre.

T: ¿Qué sabe ahora que no sabía entonces?

P: El fluido que estoy sintiendo es saliva, no semen.

T: Uhm, uhm...

P: Es muy improbable que pueda contraer el virus del SIDA a partir de la saliva de este hombre sobre mis genitales externos, incluso si era seropositivo.

T: ¿Cómo se siente ahora?

P: La humedad es todavía repugnante.

T: Ahora mismo, con el evento claro en su mente, ¿cuánta repugnancia siente de 0 a 10?

P: Siete.

Un guion similar al anterior se repitió tres veces en la primera sesión de reestructuración cognitiva dentro de la exposición imaginal así como en dos sesiones posteriores. Además, se grabó el proceso de revivir imaginalmente toda la experiencia traumática y la clienta escuchó la grabación entre sesiones. La calificación de repugnancia se redujo finalmente a tres.

Es importante que el **revivir imaginalmente el trauma sea lo suficientemente completo** como para activar todos los componentes emocionales de la memoria, de modo que pueda producirse el procesamiento emocional correspondiente. Cuando esto sea interferido por un bajo estado de ánimo, altos niveles de ira o resistencia a expresar emociones, estos aspectos deberán ser abordados primero. Finalmente, incluso después de haber procesado emocionalmente de un modo completo un recuerdo traumática, pueden quedar valoraciones negativas secundarias (p.ej., “no se puede confiar en la gente”) que sea necesario abordar.

DESENSIBILIZACIÓN Y REPROCESAMIENTO MEDIANTE MOVIMIENTOS OCULARES (DRMO)

La desensibilización mediante movimientos oculares fue originalmente diseñada para el tratamiento de los recuerdos traumáticos y fue considerada como una variante de la DS. Posteriormente, se le cambió el nombre a desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares al considerar que el procedimiento **incluía tanto la desensibilización como la reestructuración cognitiva de los recuerdos y atribuciones personales**, y ambos procesos parecían ser el resultado del procesamiento adaptativo de los recuerdos perturbadores.

La DRMO consta de **ocho fases**, de las cuales las seis últimas se repiten en la mayoría de las sesiones (véase Hensley, 2010; Shapiro, 1995, 2001, 2004; Shapiro y Maxfield, 2002). Estas ocho fases pueden ser completadas en unas pocas sesiones o a lo largo de varios meses dependiendo de la gravedad del problema y de las necesidades del paciente. Aunque se ha recomendado que las sesiones sean de 90 minutos, se han obtenido también buenos resultados con sesiones de 50 minutos. Las ocho fases son: 1) historia del cliente y planificación del tratamiento, 2) preparación, 3) evaluación de los componentes del recuerdo a reprocesar, 4) desensibilización, 5) instalación de la cognición positiva, 6), exploración corporal, 7) cierre y 8) reevaluación

Fase 1: Historia del cliente y planificación del tratamiento

Se evalúa en primer lugar si el **cliente cumple las condiciones necesarias para recibir la DRMO**; por ejemplo, tiene que ser capaz de manejar los elevados niveles de perturbación que pueden producirse, lo cual requiere una consideración de sus características personales, condiciones físicas y disponibilidad para trabajar el material traumático.

El siguiente paso es recoger toda la información necesaria para diseñar un plan de tratamiento. Esto requiere llevar a cabo una **evaluación completa**. A partir de aquí se identifican los **aspectos que necesitan ser reprocesados**. Estos aspectos incluyen los eventos que iniciaron el problema, los recuerdos tempranos en que este se fundamenta, los disparadores actuales del material disfuncional (imágenes, cogniciones, emociones, sensaciones) y las conductas y actitudes positivas necesitadas en el futuro. Posteriormente, cuando se haya identificado la creencia negativa dominante de un paciente (p.ej., “seré abandonado”; véase más adelante), se pide a este que explore los recuerdos tempranos de aquellos eventos relacionados con la misma y que sean calificados con 5 o más en la escala de unidades subjetivas de perturbación que va de 0 (“neutral”) a 10 (“la más alta perturbación imaginable”). Estos recuerdos se consideran aspectos excelentes para

el reprocesamiento.

Cuando un paciente presente múltiples traumas o miedos a trabajar, estos deben agruparse en categorías de eventos similares y luego elegir como aspecto a procesar un incidente representativo de cada grupo. Para cada incidente puede determinarse su nivel de perturbación, lo que permite construir una jerarquía. Ahora bien, el hecho de proceder más o menos gradualmente depende del cliente y del terapeuta. Suele ser **frecuente abordar los incidentes más perturbadores primero** bajo la suposición de que preparando al cliente para lo peor, este no tiene sorpresas desagradables más tarde y consigue una mayor sensación de logro; además, las sesiones posteriores resultan más fáciles.

Fase 2: Preparación

Esta fase implica establecer una alianza terapéutica, dar al cliente una **explicación** sobre sus **síntomas**, exponer la teoría y procedimientos de la **DRMO**, indicar los resultados que pueden lograrse, considerar las posibles preocupaciones del cliente y enseñar procedimientos de **relajación** (p.ej., visualización de escenas tranquilizadoras, grabación con ejercicios guiados de relajación) que permitan al cliente manejar la perturbación emocional que puede experimentar durante y entre sesiones, y que también son útiles para cerrar sesiones incompletas.

Fase 3: Evaluación de los componentes del recuerdo a reprocesar

Se trata de evaluar los componentes sensoriales, cognitivos, afectivos y corporales del recuerdo seleccionado. El cliente debe hacer lo siguiente:

- Describir una **imagen** visual que sea la que mejor represente el recuerdo. Esta imagen puede representar el evento traumático en su integridad o la parte más perturbadora del mismo. No es necesario que la imagen sea vívida o completa, ya que lo importante es establecer una vía de acceso al lugar dónde está almacenada la información en el cerebro.
- Identificar una **cognición negativa** que exprese una valoración negativa de sí mismo en el presente y que sea suscitada por la imagen. Por ejemplo, “soy indigno/malo/un fracaso”, “no merezco que me quieran”. O bien “me siento impotente”; en cambio, “me sentí impotente” no es adecuado, ya que es simplemente una descripción de algo que pasó, no un reflejo de cómo uno se siente ahora acerca de sí mismo cuando recuerda lo que pasó. Las creencias negativas son verbalizaciones del afecto perturbador. Si un cliente tiene dificultades para identificar una creencia, el terapeuta puede sugerir algunas alternativas.
- Expresar, con relación al recuerdo a procesar, una **cognición positiva deseada** que más tarde será empleada durante la quinta fase para reemplazar a la cognición negativa. Esta creencia positiva debe ser realista y, siempre que sea posible, incluir un *locus* de control interno (p.ej., “soy una buena persona”, “tengo el control”, “puedo salir adelante”; pero no “él me querrá” o “mis hijos no sufrirán ningún daño”). El cliente debe calificar cuán verdadera siente que es su creencia positiva cuando la asocia con la imagen de su recuerdo; para ello, emplea la escala de **validez de la cognición (VOC)** que va de 1 (“la siento completamente falsa”) a 7 (“la siento completamente verdadera”). Si un cliente tiene dificultades para identificar una creencia positiva, el terapeuta puede sugerir algunas alternativas.

No es infrecuente que a medida que se va reprocesando el material disfuncional surja

una creencia más positiva que la inicialmente identificada. Por otra parte, conviene evitar, por lo general, emplear la palabra “no” en la formulación de la creencia positiva. Asimismo, conviene que la cognición positiva se formule de tal manera que pueda generalizarse a la mayoría del material desadaptativo y que sea útil para afrontar actividades futuras. En este sentido son preferibles las **formulaciones generales y breves** (p.ej., “puedo valérmelas por mí mismo”) a las más específicas (“puedo valérmelas por mí mismo en [situación X]”).

- Mantener en la cabeza la imagen visual y la creencia negativa, identificar las **emociones** suscitadas (ansiedad, tristeza, culpa, ira) y calificar la perturbación causada por estas en ese momento según la escala de 0 (“neutral”) a 10 (“la más alta perturbación imaginable”). Lo más probable es que las emociones y su intensidad cambien una vez que comienza el reprocesamiento.
- Identificar y localizar las **sensaciones corporales** provocadas al concentrarse en la imagen, tales como taquicardia, sudoración o tensión muscular.

Fase 4: Desensibilización

Se avisa al cliente de que durante el procedimiento se le pedirá que se concentre en la imagen, creencia negativa y sensaciones corporales y que lo normal es que el contenido imaginado, el tipo y la intensidad de las emociones y la valoración cognitiva sufran alteraciones, Por lo tanto, debe dejar que las cosas sigan su curso y cuando se le pregunte debe **informar lo que pasa sin hacer inferencias** sobre si debe estar ocurriendo o no. Por otra parte, también se le dice que caso de necesitarlo, puede avisar, levantando una mano, para descansar del procedimiento y aplicar los procedimientos de relajación que ha aprendido con el fin de manejar su perturbación emocional.

Se pide al cliente que **se concentre en la imagen visual, creencia negativa y sensaciones corporales, y que deje que las cosas sigan su curso. Al mismo tiempo debe mover sus ojos de lado a lado**, con la cabeza inmóvil, durante 12 o más segundos siguiendo los dedos del terapeuta. Existen varias clases de movimientos oculares, pero nunca debe continuarse con ellos si el cliente informa de daño ocular, sequedad o ansiedad debida a los mismos.

Lo usual es que el terapeuta levante los **dedos índice y corazón de ambas manos** con la palma hacia el cliente y a **30-35 cm de su cara**. Si el cliente se siente cómodo con esta distancia se le demuestra la dirección de los movimientos oculares moviendo lentamente los dedos del extremo derecho al extremo izquierdo (o a la inversa) del campo visual del cliente una distancia de al menos 30 cm. Luego, se va incrementando la velocidad hasta obtener la velocidad máxima que un paciente pueda seguir con comodidad. Lo más frecuente es realizar **1-2 movimientos por segundo** (un movimiento es un cambio de derecha a izquierda y otra vez a la derecha) y que la mano recorra en cada barrido una **distancia de al menos 30 cm**. Cada movimiento bidireccional se repite **24 veces o más**.

Conviene señalar que el **tipo, velocidad, dirección y número de movimientos se ajustan en función de la reacción del cliente**; si el material disfuncional no se va reprocesando o el cliente no está relativamente cómodo, será necesario realizar cambios en uno o más de estos aspectos. Para el cliente que no puede o le resulta aversivo seguir el tipo de movimientos descritos, pueden colocarse los dos **dedos índices** en los extremos opuestos del campo visual a la altura de los ojos. El terapeuta **los levanta alternativamente** y el cliente mueve los ojos de un dedo a otro cuando se levantan. Aparte de los movimientos horizontales, se han utilizado también **movimientos en diagonal, vertical, circulares o haciendo la figura de un ocho**. Además de los dedos o de la

mano entera, otros estímulos empleados han sido **luces, bolígrafos, puntos de la habitación y marionetas** (para los niños). Junto a los movimientos oculares, también pueden emplearse **golpecitos en las manos** (el cliente las mantiene abiertas sobre sus rodillas y el terapeuta golpea rítmicamente con uno o dos dedos sobre las palmas, alternando entre ambas, a la misma velocidad que se haría con los movimientos oculares) o en las **rodillas y señales auditivas** (p.ej., el terapeuta chasquea alternativamente sus dedos en cada oreja del cliente a la misma velocidad que se haría con los movimientos oculares).

Después de un conjunto de 24 movimientos, se pide al cliente que **termine la imagen y haga una respiración profunda**. Luego, se le pregunta **qué es lo que está notando en ese momento**. Por lo general, **cualquier nuevo material que surja (imagen, cognición, sensación, emoción) se convierte en el foco para el siguiente conjunto de movimientos oculares sin que haya interpretaciones ni comentarios por parte del terapeuta**. Este le dice simplemente al paciente que se concentre en el nuevo material. Todo este ciclo se repite muchas veces durante la sesión y lo normal es que vaya acompañado por cambios informados en emoción, sensaciones y valoraciones cognitivas. Finalmente, el terapeuta pide al cliente que **vuelva a la imagen original**. La **cuarta fase termina cuando** el paciente informa de una perturbación de 0-1 en respuesta a dicha imagen.

Es normal que ocurran cambios en la imagen procesada o que aparezcan imágenes o pensamientos muy diferentes; es decir, el **contenido imaginado puede variar sustancialmente a través de diversas asociaciones**. Shapiro y Maxfield (2002) presentan el caso de una paciente con miedo a posibles terremotos cuya imagen de permanecer escondida con su hijo durante un terremoto dio paso a otras imágenes de abuso sexual por parte del hermano, de peleas entre sus padres, del deseo de proteger a su padre y a su hijo, etc. No es infrecuente encontrar nuevos recuerdos que subyacen a la trabajada y que aunque inicialmente puedan parecer tangenciales, están relacionadas con la anterior a través de asociaciones fisiológicas, afectivas y/o cognitivas.

Por otra parte, Shapiro (1995) señala que en muchos casos los movimientos oculares (o formas alternativas de estimulación) no son suficientes para lograr un reprocesamiento completo. En estos casos el procesamiento se detiene y para que continúe se necesita la aplicación de **estrategias adicionales y de procedimientos avanzados de DRMO**.

Fase 5: Instalación de la cognición positiva

El objetivo de esta fase es instaurar y fortalecer la creencia positiva identificada como sustituta de la creencia negativa original. Esta fase comienza cuando el recuerdo seleccionado no provoca más de un 0-1 de perturbación emocional. Entonces, el terapeuta pregunta al cliente si la cognición positiva previamente identificada aún es útil o si hay otra más adecuada. Luego, le pide que **piense en la imagen original junto con la cognición deseada** y que valore según la escala VOC el **grado en que siente** que dicha **cognición es verdadera**.

A continuación, el cliente **visualiza la imagen original junto con la cognición deseada** mientras se lleva a cabo un conjunto de **movimientos oculares**. Luego, se le dice que valore de 1 a 7 **cuán verdadera siente que es la cognición** positiva ahora cuando piensa en la imagen. Se repite todo este proceso hasta que el cliente indica en 2-3 conjuntos de movimientos que valora con 6-7 la cognición positiva.

Si no se alcanza el nivel de 6 tras varios conjuntos de movimientos, hay que identificar si **otra imagen y/o cognición parecen interferir**; de ser así, se aplica la DRMO al nuevo material interferidor.

Fase 6: Exploración corporal

Una vez que la cognición positiva ha sido totalmente instalada, se pide al cliente que mantenga en su cabeza la imagen que se está trabajando y la cognición positiva y que explore su cuerpo de arriba abajo. Si identifica cualquier tensión residual en forma de sensaciones corporales, estas **sensaciones pasan a ser aspectos a trabajar con sucesivos movimientos oculares**. Si identifica sensaciones positivas o de bienestar, se llevan a cabo también movimientos oculares para fortalecer el sentimiento positivo.

Fase 7: Cierre

El terapeuta decide si el recuerdo ha sido procesado adecuadamente y, si no, ayuda a los clientes a **recuperar el equilibrio emocional** mediante las técnicas de relajación y tranquilización aprendidas en la segunda fase. Además, **avisa** al paciente que el **procesamiento puede seguir** después de la sesión en forma de imágenes, pensamientos, sueños o emociones perturbadoras y que esto es un signo positivo. Se pide al cliente que lleve un **diario** de los pensamientos negativos, sueños, recuerdos, emociones y nuevas comprensiones, los cuales pueden ser empleados como aspectos a trabajar en la siguiente sesión. Además, se le recuerda que puede usar las técnicas de relajación y tranquilización en caso de sentirse muy alterado.

Fase 8: Reevaluación

Esta fase se lleva a cabo al comienzo de cada nueva sesión. El terapeuta pide al cliente que **acceda a lo/s recuerdo/s previamente reprocesado/s y revisa las respuestas del cliente para ver si se mantienen las mejoras de la sesión anterior**. Si persiste material perturbador, vuelve a tratarse mediante la DRMO. También se pregunta al cliente cómo se siente respecto al material anterior y **se revisa su diario** para comprobar en qué medida se han generalizado los efectos del tratamiento y si ha surgido algún elemento de la información ya procesada que necesite ser abordado (p.ej., alguna situación perturbadora). Asimismo, si se descubre cualquier situación futura que pueda en potencia provocar emociones relacionadas con el recuerdo trabajada, también se trabaja con DRMO. Finalmente, puede descubrirse en esta fase nuevo material a procesar una vez que el recuerdo previamente tratada haya sido completamente integrada.

Terapia de reelaboración imaginal y reprocesamiento

Pensada originalmente para **adultos que han sufrido abusos sexuales en la infancia**, la terapia de reelaboración imaginal y reprocesamiento (TRIR) fue propuesta por Smucker (Smucker y Dancu, 1999/2005; Smucker et al., 1995). Combina exposición imaginal, imaginación de dominio y reestructuración cognitiva con el fin de reducir la ansiedad y las imágenes y recuerdos repetitivos del trauma y modificar los esquemas maladaptativos relacionados con el abuso (p.ej., impotencia, victimización, maldad inherente). El empleo de la imaginación se basa en que los recuerdos traumáticos, al menos los infantiles, están codificados primariamente en forma de imágenes y no se puede acceder a ellos por medios puramente lingüísticos. Y además, como han señalado otros autores, la imaginación tiene un impacto más poderoso que el procesamiento verbal sobre las emociones negativas y positivas.

La **exposición imaginal** consiste en el recuerdo visual y reexperiencia de las imágenes, emo-

ciones, sensaciones y creencias asociados con el evento traumático; el fin es activar los mismos, no habituarse a ellos. La **reelaboración imaginal** consiste en cambiar la imaginación del abuso y victimización por una imaginación de dominio que permita a la víctima responder a la escena del abuso como una persona con poder que ya no está paralizada e indefensa. La reelaboración imaginal incluye la tranquilización y sustento del niño por parte del adulto. Todo lo anterior permite **identificar y cuestionar socráticamente durante la reelaboración imaginal los esquemas** maladaptativos que subyacen a las cogniciones relacionadas con el abuso. Un esquema del tratamiento puede verse a continuación. Una descripción paso a paso es proporcionada por Smucker y Dancu (1995, pág. 11).

- **Sesión 1** (1,5 h): Recogida de información (entrevista inicial).
- **Sesión 2** (2 h): Justificar el tratamiento. Reexperimentar en la imaginación la escena de abuso sexual (reexperimentar en el presente lo que realmente sucedió). Desarrollar imaginación de dominio: reelaborar la escena de abuso con el fin incluir estrategias de afrontamiento para expulsar al perpetrador. Tras completar la imaginación de dominio, facilitar la imaginación de "adulto sustenta a niño".
- **Sesión 3** (1,5 h): Revisar tareas para casa. Repetir escena de abuso. Repetir escena de dominio. Repetir imaginación de "adulto sustenta a niño". Explicar justificación de la carta al perpetrador y asignar tareas para casa.
- **Sesión 4** (1,5 h): Revisar tareas para casa y discutir la carta. Repetir escena de abuso. Repetir escena de dominio (incluir cualquier nueva información proveniente de la carta si es apropiado). Repetir imaginación de "adulto sustenta a niño".
- **Sesiones 5-6** (1,5 h cada una): Revisar tareas para casa. Repetir escena de abuso. Repetir escena de dominio. Repetir imaginación de "adulto sustenta a niño".
- **Sesión 7** (1,5 h): Revisar tareas para casa. Adulto conecta con el niño. Repetir imaginación de "adulto sustenta a niño". Asignar tareas para casa.
- **Sesión 8** (1,5 h): Revisar tareas para casa. Adulto conecta con el niño. Repetir imaginación de "adulto sustenta a niño". Discutir las cuestiones relativas a la terminación de la terapia.
- **Sesión 9** (1,5 h): Revisar tareas para casa. Adulto conecta con el niño. Repetir imaginación de "adulto sustenta a niño". Se hacen seguimientos a los 3 y 6 meses.

La **exposición** consiste en volver a representar en la imaginación, con los ojos cerrados, todo el evento traumático, tal como aparece en reviviscencias y pesadillas. El cliente debe verbalizar en voz alta y en tiempo presente lo que está experimentando: detalles sensoriales, sentimientos, pensamientos, acciones. El terapeuta ayuda al cliente a seguir con la imaginación y, al igual que en la imaginación de dominio y en la imaginación de "adulto sustenta a niño", solicita el nivel de malestar (0-100) cada 10 minutos, sin que esto implique dejar de imaginar la escena. (En el caso de traumas horribles, Arntz (2011) ha recomendado que el yo adulto o el terapeuta intervenga en la imagen antes de que el trauma suceda, ya que esto es lo que el paciente necesita ante todo.)

Tras la exposición, comienza la **reelaboración imaginal**. El cliente vuelve a visualizar el comienzo de la escena de abuso, pero ahora visualiza su sí mismo "adulto" que viene a ayudar al "niño" y a oponerse al perpetrador. Si es preciso, el terapeuta ayuda al cliente mediante las preguntas oportunas ("*¿qué hace usted cuando el perpetrador le ve?*"). El papel del ADULTO es proteger al NIÑO de la continuación del abuso, expulsar al perpetrador (si es necesario, con ayuda de otras personas) o conducir al NIÑO a un sitio seguro y "educar" al NIÑO. El terapeuta se muestra **no directivo**, no dice al cliente lo que debe hacer; es este quien debe decidir las estrategias a emplear en esta **imaginación de dominio**.

A continuación, se alienta la **imaginación de "adulto sustenta a niño"**. A través de preguntas, se induce al ADULTO a interactuar directamente con el NIÑO traumatizado ("*¿qué le diría*

usted el ADULTO al NIÑO?, ¿cómo responde el NIÑO?, ¿qué necesita el NIÑO en este momento?"). Si el ADULTO tiene dificultades para sustentar al niño (p.ej., mediante abrazos, tranquilización, promesas de permanecer con él) o lo culpabiliza o desea abandonarlo o dejarlo, puede ser útil plantear preguntas como las siguientes: "¿cuán lejos está usted del NIÑO?; cuando mira directamente en los ojos del NIÑO desde más cerca, ¿qué ve?; ¿puede acercarse al NIÑO y decirle cómo puede él tener la culpa del abuso?; ¿cómo responde el NIÑO? Esta mayor proximidad al NIÑO permite sintonizar mejor con su dolor y hace más difícil culparlo o abandonarlo. Cuando se considera que el cliente puede estar preparado para concluir la imaginación de "adulto sustenta a niño", se le pregunta si tiene algo más que decir o hacer al NIÑO antes de terminar la imaginación y se pone fin a esta.

Terminada la imaginación, se pide al cliente que califique (0-100) cuán difícil fue expulsar al perpetrador, cuán difícil fue para el ADULTO sustentar al NIÑO y cuán vívida fue la imaginación. Luego, se discuten las reacciones del cliente a la imaginación. En esta fase de **reprocesamiento post-imaginación** se busca fomentar el procesamiento lingüístico de lo trabajado en la imaginación y reforzar las representaciones alternativas positivas (visuales y verbales) creadas durante la imaginación de dominio. Finalmente, se entrega una **grabación de la sesión** para que el paciente la revise una o dos veces al día. El cliente debe apuntar su nivel de malestar antes y después de escuchar la grabación y debe llevar un **diario** en el que apunta los síntomas del TEPT experimentados a lo largo de la semana.

En las sesiones 3 a 6 se dedican 15 minutos a revisar las tareas para casa, 60 minutos a los tres tipos de imaginación y 15 minutos a discutir las reacciones del cliente y asignar nuevas tareas. En la sesión 3 se pide al cliente, como parte de sus tareas para casa, que escriba una **carta al perpetrador**, carta que no enviará, en la que exprese sus pensamientos y sentimientos sobre el abuso. Esto ayudará a procesar los recuerdos y emociones dolorosos. Durante las tres últimas sesiones, la imaginación sólo es del tipo "adulto sustenta a niño". El terapeuta facilita esta mediante preguntas como: "¿qué hace el NIÑO ahora?, ¿está solo?, ¿cómo se siente?, ¿cuáles son sus necesidades?, ¿cuán lejos está usted, el ADULTO, del NIÑO?, ¿qué ve cuando mira directamente en los ojos del NIÑO?, ¿qué querría decirle al NIÑO?, ¿cómo le responde el NIÑO a usted, al ADULTO?". Las tareas para casa incluyen escuchar la grabación de la sesión, conectar cada día con el NIÑO e iniciar la imaginación de "adulto sustenta a niño", y seguir con el diario, en el cual se apuntarán la experiencia con la imaginación anterior y las reacciones a la misma.

Las interacciones entre el ADULTO y el NIÑO permiten identificar, **cuestionar sócráticamente y modificar las cogniciones y esquemas subyacentes** relacionados con el abuso al nivel de representación y comprensión de un niño. De este modo disminuyen las percepciones de culpabilidad, indignidad y vergüenza propias, y aumenta la visión positiva de uno mismo y la asignación de la culpa al perpetrador del abuso.

Arntz y Weertman (1999; véase también Arntz, 2011) han modificado algo el procedimiento de Smucker para utilizarlo con pacientes que presentan trastornos de personalidad y lo describen detalladamente. Por otra parte, Holmes, Arntz y Smucker (2007) han distinguido dos tipos básicos de reelaboración imaginal, los cuales se aplican a una diversidad de problemas, no sólo el TEPT. En la **reelaboración imaginal tipo A** una imagen mental negativa preexistente es transformada en una imagen más benigna o positiva. En la **reelaboración imaginal tipo B** se construye una nueva imagen positiva que incluye los significados positivos necesarios para contrarrestar las preocupaciones psicológicas clave o creencias esquemáticas negativas del paciente; así pues, estas son reelaboradas a partir de la imagen positiva. En este segundo tipo de reelaboración no tiene por qué haber necesariamente una imagen negativa recurrente y perturbadora. La reelaboración ayuda al paciente a tener una nueva perspectiva de lo que ocurrió en el pasado, suscitar nuevos sentimientos que no son necesariamente positivos (tal como la ira), identificar necesidades no

satisfechas y afrontar la realidad.

La TRIR ha sido extendida a otros tipos de traumas. Grunert et al. (2003, 2007) trabajaron con pacientes que presentaban TEPT subsecuente a **accidentes industriales** y que no habían respondido a la exposición imaginal (probablemente porque en su caso predominaban las emociones de ira o culpa en vez de miedo). La aplicación posterior de la TRIR produjo cambios significativos en medidas de TEPT, depresión y ansiedad que se mantuvieron a los 6 meses. Naturalmente, en este tipo de TRIR no hay adulto que sustenta a niño, sino que durante la reelaboración imaginal se pide a la persona que imagine a su “yo superviviente” actual entrando en la escena traumática para ayudar a su “yo traumatizado” de entonces a afrontar más eficazmente el evento traumático y a procesarlo más adecuadamente. Esto implica la expresión de emociones como la ira y la reestructuración de creencias relacionadas con el trauma. Cuando es necesario, el terapeuta ayuda en este proceso mediante el diálogo socrático durante la imaginación.

TERAPIA METACOGNITIVA

Esta terapia breve (8-11 sesiones) no requiere revivir los recuerdos del trauma ni modificar el contenido de las cogniciones sobre el trauma o sus recuerdos o sobre sí mismo o el mundo; simplemente persigue desmontar las barreras que impiden el procesamiento normal de los eventos traumáticos. Los **componentes** que incluye son (Wells, 2009):

- **Formulación individualizada del caso** junto con el paciente.
- **Socialización.** Se explica al paciente que los síntomas del TEPT son parte del proceso de adaptación psicológica y que debe permitirse que los recuerdos y pensamientos intrusos sigan su curso. Se enseña al paciente a **distinguir entre** los pensamientos y recuerdos intrusos y el procesamiento extenso posterior en forma de preocupación, rumiación y detención de pensamientos. Se discute que este tipo de procesamiento ayuda a mantener los síntomas y, como apoyo, se usa un experimento sobre los resultados de intentar suprimir un pensamiento (p.ej., intentar no pensar en un oso blanco).
- **Desafiar las creencias metacognitivas sobre la incontrollabilidad** de los pensamientos intrusos y aprender a responder a los mismos de modo diferente. Se pide al paciente lo siguiente a modo de experimento:
 - Responder de un modo particular a los pensamientos intrusos, reviviscencias y pesadillas: **reconocer que ocurren y no comprometerse con ellos.** Para ello se emplea la **conciencia plena objetiva**. Esta implica, por una parte, ser consciente de los pensamientos y creencias; y por otra, dos factores adicionales:
 - No responder al pensamiento de modo conceptual o conductual (p.ej., analizándolo, interpretándolo, valorándolo, preocupándose sobre él o sobre el significado de los síntomas, rumiando por qué ha sucedido, suprimiéndolo, minimizando la amenaza, buscando tranquilización o evitando actividades).
 - Ser consciente de que se está percibiendo un pensamiento que es algo separado del sí mismo. Es decir, en vez de no distinguir los pensamientos de las experiencias directas del sí mismo y del mundo, se trata de ver los pensamientos como simples eventos de la mente, representaciones internas independientes del sí mismo y del mundo real que tienen diversos grados de precisión.
 - **Posponer la preocupación:** al experimentar fenómenos intrusos, reconocer su ocurrencia, aplicar la conciencia plena objetiva, decidir no preocuparse por ellos en el momento presente, sino pensar en ellos al final del día (10 minutos), si se desea, y dejar mientras tanto que desaparezcan por sí mismos. Se explica claramente al pa-

ciente la diferencia entre posponer la preocupación y la estrategia disfuncional de suprimir los pensamientos sobre el trauma. Más adelante en el tratamiento, la posición se aplica a cualquier tipo de preocupación/rumiación, no sólo a los pensamientos relacionados con el trauma.

- **Desafiar las creencias metacognitivas sobre la peligrosidad** de los pensamientos (p.ej., “mis pensamientos sobre el trauma harán que me vuelva loco”). Se da información sobre el valor adaptativo de la ansiedad y el estrés y se usan experimentos en los que se pide al cliente que intente producir los resultados negativos intensificando periódicamente durante un cierto tiempo sus pensamientos.
- **Desafiar las creencias positivas** sobre la utilidad de controlar los pensamientos, rumiar/preocuparse y estar hipervigilante ante las amenazas. Se explican los efectos perjudiciales de estos fenómenos y se pide al paciente analice las ventajas y desventajas de los mismos. También pueden emplearse experimentos para someter a prueba las creencias. Por ejemplo, pedir al cliente que aumente su preocupación o su hipervigilancia unos días y la reduzca otros y observe los efectos sobre los resultados que consigue.
- **Modificación de la atención.** Para reducir la tendencia residual a atender a la amenaza, se vuelve a realizar un análisis de sus ventajas y desventajas y se desafían las primeras. Por ejemplo, se ayuda al paciente a descubrir que la hipervigilancia ayuda a mantener una sensación de peligro. Luego, se pide al paciente que sea consciente de cuándo presta atención a fuentes internas (sensaciones, recuerdos) y externas (p.ej., personas) de amenaza en situaciones que le recuerdan al trauma o en las que se siente vulnerable, que redirija su atención a aspectos no amenazantes del ambiente exterior y que vuelva a centrarse en sus actividades diarias.

Por el momento la eficacia de la terapia metacognitiva a corto y medio plazo viene sugerida por dos estudios no controlados (Wells y Sembi, 2004; Wells et al., 2008), dos estudios controlados (Wells y Colbear, 2012; Wells et al., 2014) en el que la terapia metacognitiva fue superior a la lista de espera y un estudio controlado en el que la terapia metacognitiva fue igual de eficaz que la exposición prolongada en el seguimiento a los tres meses, pero de efectos más rápidos y significativamente más eficaz en algunas medidas en el postratamiento (Wells et al., 2014).

TRATAMIENTO MÉDICO

La eficacia del tratamiento farmacológico ha sido revisada por Albuher y Liberzon (2002), Báguena (2003), Bobes et al. (2000), National Collaborating Centre for Mental Health (2005), Shalev, Bonne y Eth (1996), Steckler y Risbrough, 2012; Stein, Ipser y McAnda (2009), van Etten y Taylor (1998), Watts et al. (2013) y Yehuda et al. (2002). Varios han sido los tipos de fármacos investigados, aunque el número de estudios controlados es aún pequeño y la mayoría de los trabajos han sido llevados a cabo con ex-combatientes con TEPT crónico (una población poco representativa). Los estudios controlados con niños y adolescentes son casi inexistentes.

Entre los **antidepresivos tricíclicos**, la amitriptilina fue superior al placebo en dos estudios en depresión, ansiedad y en síntomas del TEPT, pero la mejora en estos últimos fue pequeña. La imipramina resultó mejor que el placebo en dos estudios en síntomas de reexperimentación, pero no de evitación. La desipramina no fue eficaz en un estudio. Por lo que respecta a los **IMAOs**, la fenelcina fue superior a la imipramina y al placebo (en síntomas de reexperimentación, pero no de evitación) en un estudio, pero no se diferenció del placebo en otro (aunque la muestra fue pequeña). En otra investigación, la fenelcina resultó inferior a la imipramina. En cuanto a la brofaromina, un IMAO reversible, dos estudios multicéntricos han proporcionado resultados discordantes

acerca de su superioridad sobre el placebo.

Por otra parte, se han investigado algunos **inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS)**. La **sertralina** (50-200 mg/día) tomada durante 3 meses ha sido más eficaz que el placebo en dos estudios multicéntricos en los tres grupos de síntomas del TEPT, en funcionamiento social y laboral y en calidad de vida; además, la continuación de su toma durante medio año más ha reducido, en comparación al placebo, las recaídas y discontinuaciones del tratamiento durante dicho periodo, aunque no se sabe que sucede después. En niños y adolescentes, la sertralina no ha sido más eficaz que el placebo (Robb et al., 2010). En un estudio conducido en 37 centros en Estados Unidos y Canadá, la **paroxetina** (20-50 mg/día) ha resultado también superior al placebo en los tres grupos de síntomas del TEPT, depresión y deterioro social, familiar y laboral. En otro trabajo la paroxetina a dosis fijas de 20 o 40 mg/día también ha sido superior al placebo. La sertralina y la paroxetina son fármacos aprobados para el tratamiento del TEPT en Europa y Estados Unidos.

En un trabajo, la **fluoxetina** (20-60 mg/día) se mostró superior al placebo en los síntomas de evitación/embotamiento y activación, pero no en los síntomas disociativos e intrusos ni en hostilidad; los efectos fueron mejores en civiles con traumas recientes que en ex-combatientes con TEPT crónico. En otro estudio, la fluoxetina fue mejor que el placebo; el porcentaje de pacientes recuperados fue más alto en el grupo tratado, especialmente entre aquellos cuya duración del TEPT era superior a 6 años. En un tercer estudio internacional con pacientes militares y civiles que habían experimentado traumas bastante recientes, la fluoxetina (M = 57 mg/día) fue superior al placebo en medidas completadas por calificadores, pero no por los pacientes. La toma continuada de fluoxetina durante 6-15 meses da lugar a mejores resultados que cuando se toma sólo durante 3-6 meses; además, la continuación de su toma durante medio año más de los 3 meses habituales ha reducido, en comparación al placebo, las recaídas y discontinuaciones del tratamiento durante dicho periodo, aunque no se sabe que sucede después. La **fluvoxamina** (100-300 mg/día) se ha mostrado relativamente eficaz en varios estudios no controlados. Otro ISRS por investigar es el citalopram (20-60 mg/día). A pesar de estos resultados positivos de los ISRS, el tamaño del efecto conseguido, ha ido, en general, de bajo a moderado (Cukor et al., 2009; Watts et al., 2013).

En contraste con los estudios con adultos, los **ISRS no parecen eficaces en población infantil** (Keeshin y Strawn, 2014; Makley y Falcone, 2010) y también han sido cuestionados en el TEPT subsecuente a combate (Steckler y Risbrough, 2012).

Varios estudios no controlados sugieren que la **nefazodona** (300-600 mg/día; un inhibidor de la recaptación de la serotonina y la norepinefrina) puede ser eficaz para el TEPT. La **venlafaxina de liberación prolongada** se ha mostrado superior al placebo en un par de estudios y su tamaño del efecto es moderado (Watts et al., 2013).

En un estudio reciente, la **mirtazapina** (15-45 mg/día), un modulador de la norepinefrina-serotonina, ha sido más eficaz que el placebo. También la **prazosina**, un antagonista de los adrenorreceptores alfa-1 ha sido más eficaz que el placebo en un estudio con combatientes (Raskind et al., 2013).

Algunos **anticonvulsivos o antiepilépticos** (lamotrigina, topiramato, tiagabina) se han mostrado superiores al placebo en el tratamiento del TEPT (Berlin, 2007), aunque los datos son escasos. En pacientes que no han respondido a los antidepresivos serotoninérgicos, se han conseguido mejores resultados añadiendo **risperidona o quetiapina** (antipsicóticos atípicos) que placebo, aunque la magnitud de los efectos fue pequeña (Ahearn et al., 2011). Según el metaanálisis de Liu et al. (2014), los antipsicóticos (risperidona y olanzapina) son más eficaces que el placebo tanto

cuando se añaden a otros fármacos como cuando se administran solos.

En cuanto a las **benzodiacepinas**, el alprazolam sólo se mostró superior al placebo en un estudio en la reducción de la ansiedad, pero no en síntomas de reexperimentación y evitación. En otro trabajo, la retirada del alprazolam produjo síntomas graves de abstinencia. El clonacepam mejoró el sueño, las pesadillas, reviviscencias y ataques de pánico en un estudio no controlado. Así pues, los escasos estudios existentes indican que las benzodiacepinas no parecen eficaces para el TEPT. Además, el empleo prolongado de benzodiacepinas durante el trastorno por estrés agudo o en víctimas recientes puede dar lugar a una mayor proporción de TEPT posterior (Feldner, Monson y Friedman, 2008).

Watts et al. (2013) calcularon el **tamaño del efecto de diversos fármacos en comparación al placebo**. Dentro de los antidepresivos se han mostrado eficaces muchos serotoninérgicos (paroxetina [0,74], fluoxetina [0,43], sertralina [0,41]) y la venlafaxina (0,48), con excepción del citalopram. No han funcionado los tricíclicos, los IMAOs, la nefazodona, la mirtazapina y el bupropión. Dentro de los antipsicóticos atípicos hubo resultados favorables para la risperidona (0,41), pero no para la olanzapina; esto último contrasta con los resultados del metaanálisis de Liu et al. (2014). Dentro de los anticonvulsivos, el topiramato fue superior al placebo (1,20), pero no así el divalprex u otros. El ginkgo ha sido eficaz (0,59) en un estudio). Fármacos no eficaces, y poco investigados, fueron las benzodiacepinas, los α -adrenérgicos y los glutamatérgicos.

En resumen, ciertos antidepresivos, la risperidona y el topiramato son los fármacos más eficaces. Los **ISRS son los fármacos de primera elección**, ya que: a) mejoran los distintos componentes del TEPT, la interferencia en la vida y la ansiedad y depresión comórbidas; b) tienen menor riesgo en caso de sobredosis; y c) es posible que tengan menos efectos secundarios, aunque los tienen (fatiga, molestias gástricas, náuseas, diarrea, inquietud, alteraciones del sueño, disfunción sexual, sudoración, aumento de peso a largo plazo). No se han llevado a cabo seguimientos, por lo que **se desconoce el porcentaje de recaídas al retirar el fármaco**. El porcentaje de pacientes que abandonan el tratamiento es mayor en la terapia farmacológica (32%) que en la psicológica (18%) y este porcentaje no parece diferir según los fármacos considerados (van Etten y Taylor, 1998).

El **59% de los pacientes tratados mejoran bastante o mucho** (39% con placebo) con los fármacos más eficaces según la Escala de Impresión Clínica Global, aunque la permanencia de síntomas residuales, especialmente embotamiento afectivo e irritabilidad, es común. La **remisión total sólo se da en el 20-30%** de los pacientes. Se aconseja que la **duración del tratamiento farmacológico** en la práctica clínica habitual sea de 6-12 meses si el TEPT es agudo, 12-24 meses si es el TEPT es crónico y ha habido una buena respuesta, y mayor de 24 meses cuando quedan síntomas residuales. La retirada del fármaco debe hacerse a lo largo de 2-4 semanas, excepto en aquellos pacientes con factores de riesgo de recaída, en cuyo caso el periodo es de 4-12 semanas.

Por lo que respecta al tratamiento de las **víctimas recientes de traumas** con riesgo de desarrollar o cronificar el TEPT, los estudios son escasos, pero los fármacos no parecen ser eficaces (Kearns et al., 2012).

La **estimulación magnética transcraneal repetida** ha sido más eficaz que la estimulación placebo, aunque hubo un cierto deterioro a los 2 meses (Watts et al., 2012). En otro estudio, ha sido superior al placebo (Nam, Pae y Chae, 2013). Con nueve pacientes con TEPT crónico que no había respondido al tratamiento farmacológico ni psicológico, la combinación de exposición imaginal y estimulación magnética transcraneal repetida fue más eficaz que la exposición imaginal más estimulación placebo (Osuch et al., 2009). En el metaanálisis de Watts et al. (2013) y en comparación a grupos control (lista de espera, tratamiento usual o tratamientos activos), la acu-

puntura se mostró eficaz en un estudio (DMT = 1,28), pero no la resonancia magnética transcranial, aunque su tamaño del efecto fue 1,23 (0,00-2,53). En cambio, en el metaanálisis de Berlim y Van den Eynde (2014), con tres estudios y 64 personas, la resonancia magnética transcranial resultó más eficaz que la estimulación placebo en síntomas de TEPT (DMT de 1,65 a 1,91), ansiedad (DMT = 1,24) y depresión (DMT = 0,85).

Por sí sola, en un estudio no controlado con 20 pacientes que no habían respondido a la medicación ni a la TCC, la **terapia electroconvulsiva** seguida de sertralina o mirtazapina dio lugar a mejoras significativas en el 70% de los casos, mejoras que se mantuvieron a los 4-6 meses (Margob, Ali y Andrade, 2010).

Comparación del tratamiento cognitivo-conductual con el farmacológico

Hasta el momento pocos estudios han comparado directamente la TCC con el **tratamiento farmacológico**. Frommberger et al. (2004) aplicaron TCC o paroxetina durante 3 meses. Ambos tratamientos redujeron los síntomas del TEPT y la depresión, pero en el seguimiento a los 6 meses, los síntomas del TEPT se habían reducido aún más en el grupo con TCC, mientras que habían aumentado ligeramente en el de paroxetina.

Según el **metaanálisis** de van Etten y Taylor (1998), el tratamiento psicológico (básicamente conductual y cognitivo-conductual) fue más eficaz que el farmacológico en reducción de síntomas del TEPT y ambos fueron más eficaces que las condiciones control. Las intervenciones farmacológicas más eficaces (los ISRS y la carbamacepina, esta última con un solo estudio) lo fueron tanto como las intervenciones psicológicas más eficaces (exposición con o sin intervenciones cognitivas, DRMO), aunque sin datos de seguimiento. Las guías de tratamiento actuales editadas por diversos organismos e instituciones varían en cuanto a recomendar como primera opción el tratamiento psicológico o farmacológico, aunque las más recientes se inclinan por el primero. Según Forbes et al. (2010) y el National Collaborating Centre for Mental Health (2005), los serotoninérgicos debe ser una segunda línea de tratamiento o un adjunto a la exposición prolongada o a la TCC.

Combinación del tratamiento cognitivo-conductual y farmacológico

Cohen et al. (2007) comprobaron en niños y adolescentes con síntomas de TEPT subsecuentes a abuso sexual que **la eficacia de la TCC centrada en el trauma no se vio prácticamente aumentada añadiendo sertralina**. En comparación al placebo, añadir sertralina a la TCC sólo fue más eficaz en una de diversas medidas. En un estudio posterior, Schneier et al. (2012) hallaron en víctimas de atentado terrorista (World Trade Center) que la **exposición prolongada más paroxetina de liberación prolongada fue más eficaz** que la exposición más placebo en sintomatología TEPT, calidad de vida y porcentaje de pacientes mejorados y remitidos. A las 10 semanas los pacientes que habían completado el tratamiento, descontinuaron la exposición y la mitad siguió con paroxetina, mientras que la otra mitad continuó con el placebo durante 12 semanas más. No hubo diferencias entre estos dos grupos, lo que pone en duda el mantenimiento de la superioridad del tratamiento combinado; sin embargo, la muestra fue muy pequeña.

En otros estudios se ha investigado el beneficio adicional de añadir TCC o fármacos cuando se había recibido previamente uno de los dos tratamientos. En un estudio con una muestra muy pequeña de refugiados camboyanos con TEPT que no habían respondido a una combinación de clonacepam e ISRS distintos de sertralina, **mejoraron más aquellos que cambiaron el ISRS por sertralina más TCC** que los que lo cambiaron por sertralina (Otto et al., 2003). En otro trabajo con pacientes que empezaron tomando sertralina, fue **más eficaz continuar la terapia con expo-**

sición prolongada que con sertralina en aquellos casos que sólo habían respondido parcialmente al fármaco (Rothbaum et al., 2006). En el estudio de Simon et al. (2008), los pacientes que no habían respondido a la exposición prolongada recibieron paroxetina o placebo. No hubo diferencias entre los dos grupos, aunque la muestra fue pequeña.

Basándose en cuatro estudios, el metaanálisis de Hetrick et al. (2010) no halló diferencias entre el tratamiento combinado por un lado y el tratamiento psicológico o farmacológico por otro.

Un fármaco diferente a comentar es la **D-cicloserina**, un agonista parcial del receptor glutamatérgico del N-metil-D-aspartato que ha facilitado la extinción del miedo en investigación con animales y humanos. La D-cicloserina no es un ansiolítico sino un facilitador del aprendizaje. De Kleine et al. (2012) administraron 50 mg de D-cicloserina o placebo una hora antes de cada sesión de exposición. La D-cicloserina aumentó la eficacia de la exposición en el porcentaje de pacientes mejorados, aunque no en otras medidas. Más específicamente, el fármaco no fue más eficaz en los que necesitaron menos de 8 sesiones de tratamiento, pero sí en los pacientes con TEPT más grave que necesitaron 8-10 sesiones. En otro estudio con veteranos de guerra, la adición de D-cicloserina a la exposición produjo peores resultados que añadir placebo (Litz et al., 2012). También con veteranos, la adición de D-cicloserina a la ERV no fue más eficaz que añadir placebo en síntomas de TEPT, aunque redujo más el cortisol y la respuesta de sobresalto durante las escenas de realidad virtual; además, fue más eficaz que añadir placebo en los pacientes que habían respondido con extinción tras la ERV (Rothbaum et al., 2014). En contraste con los estudios anteriores, en el estudio de Difede et al. (2014) añadir 100 mg de D-cicloserina 90 minutos antes de la ERV fue más eficaz que añadir placebo en medidas de TEPT, depresión, ira, sueño y porcentaje de pacientes remitidos y el efecto fue incluso mayor a los 6 meses.

Con niños y adolescentes, Scheeringa y Weems (2014) no hallaron que la D-cicloserina más TCC fuera superior al placebo más TCC, aunque hubo una tendencia a que los resultados fueran más rápidos. Añadida a otros fármacos, con dosis diarias, la D-cicloserina no se ha mostrado más beneficiosa que el placebo (Heresco-Levy et al., 2002). En cambio, añadida o no a otras medicaciones, la D-serina, un agonista total del receptor glutamatérgico del N-metil-D-aspartato, ha sido más eficaz que el placebo en un estudio preliminar (Heresco-Levy et al., 2009).

Según los metaanálisis de Norberg, Krystal y Tolin (2008) y Rodrigues et al. (2014), realizados con diversos trastornos de ansiedad, la D-cicloserina aumenta la eficacia de la exposición, aunque el tamaño del efecto es bajo. El fármaco es más eficaz cuando se administra poco antes (1-2 horas) de las sesiones, pero su eficacia se reduce con la administración repetida y en el seguimiento; estas dos últimas cosas sugieren que su principal papel puede ser aumentar la velocidad o eficiencia de la exposición y facilitar la aceptación de esta. Una dosis por encima de 100-125 mg también puede reducir la eficacia de la D-cicloserina. Por otra parte, según la revisión de Hofmann, Wu y Boettcher (2013) y los datos de Smits et al. (2013a, 2013b), la D-cicloserina administrada antes o tras la exposición no es beneficiosa o sólo lo es cuando el miedo se ha reducido bastante; además, puede resultar perjudicial cuando el miedo es todavía alto tras la sesión. Esto es congruente con la observación de que la D-cicloserina también puede aumentar la reconsolidación de la memoria del miedo en animales. Esto sugeriría administrar o no el fármaco en función del grado de reducción del miedo tras la exposición.

También se ha dicho que la extinción del miedo puede verse facilitada por la **MDMA** (93,4-metilendioxitamfetamina), una fenetilamina que se une a los transportadores de monoamina y los invierte, lo que resulta en la liberación de serotonina y la activación del receptor 5-HT, y en menor medida, en la liberación de norepinefrina y dopamina. No está claro que la MDMA (125 mg) aumente la eficacia de la exposición, ya que sólo se han realizado dos estudios y aunque los resultados han sido prometedores, la terapia psicológica no consistió en exposición,

sino en una intervención no directiva en la que la exposición al evento traumático ocurrió espontáneamente (de Kleine et al., 2013).

Bentz et al. (2010) han afirmado que los **glucocorticoides** pueden facilitar los procesos que subyacen al aprendizaje de extinción durante la terapia de exposición. En particular, pueden tener un efecto inhibitorio en la recuperación de la memoria de miedo y aumentar la consolidación de la memoria relativa a responder sin miedo en las situaciones temidas (memoria de extinción del miedo). En este sentido, Aerni et al. (2004) hallaron en un estudio piloto con tres pacientes que, en comparación al placebo, dosis bajas de **cortisol** (10 mg/día) redujeron los recuerdos traumáticos. Uno de los pacientes estaba recibiendo psicoterapia y los otros dos, no.

TABLAS

Tabla 1. Proporción de ocurrencia de 29 tipos de eventos traumáticos (ET), riesgo condicional de desarrollar TEPT tras cada uno de ellos y proporción de todos los casos de TEPT que representa.

	Proporción de ocurrencia de ET	Riesgo condicional de TEPT	Proporción de todos TEPT
	% (error típico)	% (error típico)	% (error típico)
Exposición a violencia organizada			
Civiles en zona de guerra	1.4 (0.1)	1.3 (0.5)	0.5 (0.2)
Civiles en región de terror	1.0 (0.1)	1.6 (0.6)	0.4 (0.1)
Socorrista en zona de guerra	0.3 (0.1)	0.8 (0.7)	0.1 (0.1)
Refugiado/a	0.7 (0.1)	4.5 (2.0)	0.8 (0.4)
Secuestrado/a	0.4 (0.1)	11.0 (3.0)	1.0 (0.3)
Cualquiera	3.9 (0.2)	2.9 (0.5)	2.8 (0.5)
Participación en violencia organizada			
Experiencia de combate	1.0 (0.1)	3.6 (0.8)	0.9 (0.2)
Testigo de muerte/lesiones graves o descubrió cadáver	16.2 (0.5)	1.3 (0.3)	5.3 (1.0)
Vio atrocidades	2.7 (0.3)	5.4 (4.1)	3.7 (2.8)
Causó accidentalmente muerte/lesiones graves	0.7 (0.1)	2.8 (1.0)	0.5 (0.2)
Causó deliberadamente muerte/lesiones graves	0.7 (0.1)	4.0 (3.1)	0.7 (0.5)
Cualquiera	21.3 (0.6)	2.1 (0.6)	11.2 (3.1)
Violencia interpersonal			
De niño vio peleas física en casa	2.4 (0.1)	3.9 (0.7)	2.3 (0.4)
Abuso físico en la infancia	2.7 (0.1)	5.0 (1.0)	3.4 (0.7)
Golpeado/a por otra persona (no su cónyuge o pareja)	3.3 (0.2)	2.5 (0.6)	2.1 (0.5)
Asaltado/a o amenazado/a con arma	8.2 (0.3)	1.8 (0.4)	3.8 (0.8)
Cualquiera	16.6 (0.4)	2.8 (0.3)	11.5 (1.3)
Violencia en la relación sexual			
Golpeado/a por cónyuge o pareja	1.4 (0.1)	11.7 (1.3)	4.1 (0.5)
Violado/a	1.8 (0.1)	19.0 (2.2)	8.4 (1.0)
Asaltado/a sexualmente	3.2 (0.2)	10.5 (1.5)	8.4 (1.2)
Acechado/a	2.9 (0.2)	7.6 (2.0)	5.4 (1.4)
Otro evento	1.4 (0.1)	9.1 (1.0)	3.1 (0.4)
"Evento privado" (que no se quiere describir)	1.5 (0.1)	9.2 (1.1)	3.5 (0.4)
Cualquiera	12.1 (0.3)	10.9 (0.8)	32.9 (2.1)
Otros ET que suponen amenaza para la vida			
Enfermedad potencialmente mortal	5.1 (0.2)	2.0 (0.3)	2.5 (0.4)
Accidente potencialmente mortal de vehículo a motor	6.2 (0.2)	2.6 (0.4)	4.1 (0.7)
Otro accidente potencialmente mortal	3.0 (0.2)	4.9 (2.3)	3.7 (1.8)
Desastre natural	3.9 (0.4)	0.3 (0.1)	0.3 (0.1)
Exposición a tóxicos químicos	3.5 (0.3)	0.1 (0.0)	0.1 (0.0)
Otros desastres causados por el hombre	1.9 (0.2)	2.9 (1.3)	1.4 (0.7)
Cualquiera	23.7 (0.6)	2.0 (0.4)	12.0 (2.1)
Otras experiencias traumáticas en la red social			
Muerte inesperada de un ser querido	16.8 (0.4)	5.4 (0.5)	22.6 (1.9)
Enfermedad potencialmente mortal de un niño	3.3 (0.1)	4.8 (0.6)	4.0 (0.5)
Otra experiencia traumática de un ser querido	2.4 (0.2)	5.1 (1.3)	3.1 (0.8)
Cualquiera	22.5 (0.4)	5.3 (0.4)	29.7 (2.0)
Total	100.0	4.0 (0.2)	100.0

Nota. Tomado de Kessler et al. (2014, pág. 268).

Tabla 2. Reelaboración de una pesadilla (Butler, Fennell y Hackmann, 2008).

Evocar una descripción de la pesadilla

Se pide al cliente que describa la pesadilla recurrente en primera persona y tiempo presente, y que reflexione sobre su significado.

El cliente describe la pesadilla en la que él es una persona diminuta en un coche enorme que se mueve a gran velocidad. No puede alcanzar los mandos y se siente completamente impotente.

Reflexión sobre el significado y la historia de los elementos de la pesadilla

Se considera el o los significados de la pesadilla y las posibles distorsiones cognitivas. Se incluye el cuestionamiento verbal de estas.

El coche del cliente fue embestido lateralmente y tuvo que esforzarse para mantenerlo recto y poder sacarlo de la carretera. Cuando consiguió pararlo, no puedo recordar si había golpeado a otros coches y tuvo miedo de haber causado una carnicería. Se quedó con el miedo de perder el control del coche al conducir.

La terapia le ayudó a rellenar los huecos en su comprensión de los hechos. Ahora sabe que controló el coche y lo sacó de la carretera sin causar ningún daño. Él fue siempre un buen conductor y el accidente no fue culpa suya. La sensación de ser diminuto y de no tener el control en la carretera está influida por sus recuerdos de ser maltratado físicamente por sus hermanastros cuando era un niño pequeño, pero ahora es un hombre adulto.

Reflexión sobre cómo cambiar la pesadilla

Se pide al cliente que considere qué elementos de la pesadilla querría cambiar para hacer que la pesadilla sea menos angustiada y, caso de que se haya utilizado terapia cognitiva, esté más acorde con una valoración más realista de lo que sucedió en el pasado o es probable que suceda en el futuro.

El cliente decide que necesita imaginar primero que está conduciendo por una gran carretera sintiéndose como si fuera diminuto y sin tener el control del coche. Luego, necesita cambiar a darse cuenta de que esto es sólo una ilusión y que en realidad él es un hombre adulto, totalmente capaz de alcanzar los mandos. Finalmente, decide terminar el guion de la pesadilla imaginado que está conduciendo con confianza a través de la carretera principal, saliendo luego de la carretera y aparcando el coche.

Evocar la pesadilla otra vez e imaginar los cambios seleccionados en el guion

El cliente se describe sentándose en el coche y sintiéndose diminuto y sin tener el control. Luego, toma conciencia de sus anchos hombros y largas piernas. Se siente muy confiado y conduce felizmente a lo largo de la carretera. Puede alcanzar fácilmente los controles y conduce con habilidad a través del denso tráfico. Abandona la carretera principal y aparca el coche antes de cerrarlo con llave e irse.

Actividades entre sesiones

Se pide al cliente que practique el guion imaginal en casa y se le dice que si se despierta con la pesadilla, puede continuarla pasado el peor momento y transformar el final de forma más realista.

Tabla 3. Terapia de procesamiento cognitivo para las víctimas de violación.

Sesión 1

- Conceptualizar el TEPT en términos cognitivo-conductuales.
- Explicar las metas de la terapia y justificar y describir esta.
- Entregar un folleto sobre los puntos de bloqueo (conflictos entre los esquemas previos y la nueva información extraída del trauma).
- Actividades entre sesiones: escribir o grabar detalladamente lo que significa haber sido violada.

Sesión 2

- Revisar la formulación cognitiva del TEPT: ejemplo para ver cómo las cogniciones influyen en las emociones y conductas.
- La clienta lee en voz alta el escrito sobre el significado de la violación; se le ayuda a identificar los puntos de bloqueo implicados y sentimientos experimentados y la conexión entre ambos.
- Completar con la clienta una hoja A-B-C (acontecimiento-pensamientos-consecuencias).
- Actividades entre sesiones: completar varias hojas A-B-C para apreciar la conexión entre acontecimientos, pensamientos, sentimientos y conductas.

Sesión 3

- Revisar las hojas A-B-C: corregir errores e identificar puntos de bloqueo.
- Actividades entre sesiones: escribir un relato detallado de la violación y leerlo; seguir con las hojas A-B-C.

Sesión 4

- Revisar las hojas A-B-C.
- La clienta lee en voz alta el relato sobre la violación y expresa los pensamientos y emociones tanto los tenidos al hacer la actividad en casa como los experimentados durante el trauma.
- Terapeuta puede comenzar a cuestionar suavemente puntos de bloqueo (p.ej., autoculpabilización).
- Actividades entre sesiones: volver a escribir un relato detallado de la violación y eventos subsiguientes, y añadir los pensamientos y sentimientos tenidos al escribir y leer el relato; seguir con las hojas A-B-C.

Sesión 5

- Revisar las hojas A-B-C.
- La clienta lee en voz alta el nuevo relato; se le ayuda a analizar los sentimientos durante la violación y al escribir, a discutir las semejanzas y diferencias entre ellos y a valorar la intensidad de sus sentimientos tras escribir y leer una segunda vez en comparación con la primera.
- Reestructurar sistemáticamente creencias que implican culpabilidad propia y dudas sobre si hubo violación. El terapeuta emplea una serie de preguntas de cuestionamiento.
- Entregar un folleto con las 12 preguntas de cuestionamiento y otro folleto en el que las preguntas son respondidas en relación a un punto de bloqueo.
- Actividades entre sesiones: elegir dos puntos de bloqueo y trabajarlos respondiendo por escrito todas aquellas preguntas que sean aplicables a los mismos; seguir con el informe escrito si no se ha terminado o si hay más violaciones sobre las que no se ha escrito.

(continúa)

Tabla 3. Terapia de procesamiento cognitivo para las víctimas de violación (continuación).

Sesión 6

- Revisar las respuestas a las preguntas de cuestionamiento y ayudar a analizar y cuestionar los puntos de bloqueo.
- Explicar y dar ejemplos de patrones erróneos de pensamiento (sobregeneralización, razonamiento emocional...) y del impacto de los mismos. Entregar una hoja con ejemplos.
- Actividades entre sesiones: considerar los puntos de bloqueo, buscar ejemplos para cada patrón erróneo de pensamiento y examinar cómo estos han podido afectar a las propias reacciones a la violación.

Sesión 7

- Revisar los ejemplos de patrones erróneos de pensamiento, ayudar a la clienta a cuestionar los pensamientos automáticos y a reemplazarlos por otros más adaptativos, y discutir con ella cómo los patrones erróneos de pensamiento pueden haber afectado a sus reacciones a la violación.
- Explicar la Hoja de Cuestionamiento de Creencias y completar una con la clienta empleando un punto de bloqueo previamente identificado.
- Identificar las creencias previas de la clienta referidas al área de seguridad, establecer si fueron alteradas o reforzadas por la violación y determinar si la clienta sigue manteniendo creencias negativas al respecto. En tal caso, discutir el impacto que tienen sobre las emociones y conductas y ayudar a la clienta a reestructurarlas y reemplazarlas por creencias más moderadas.
- Entregar folleto sobre el área de seguridad en el que se especifican las posibles creencias previas que son alteradas o confirmadas por la violación, los síntomas asociados con las mismas y formas alternativas de pensar.
- Actividades entre sesiones: trabajar al menos un punto de bloqueo con la Hoja de Cuestionamiento de Creencias y emplear también estas hojas con los acontecimientos perturbadores de la semana; completar al menos una Hoja de Cuestionamiento de Creencias en relación al área de seguridad.

Sesión 8

- Revisar las Hojas de Cuestionamiento de Creencias y emplear las preguntas de cuestionamiento para reestructurar aquellas cogniciones negativas no modificadas.
- Introducir el área de confianza y trabajarla como la de seguridad en la sesión 7.
- Actividades entre sesiones: trabajar al menos un punto de bloqueo con la Hoja de Cuestionamiento de Creencias y emplear también estas hojas con los acontecimientos perturbadores de la semana; completar al menos una Hoja de Cuestionamiento de Creencias en relación al área de confianza así como a la de seguridad si quedan puntos de bloqueo relativos a esta.

Sesiones 9-12

- Similares a la 8, excepto en que las áreas trabajadas son respectivamente poder/control, estima e intimidad. En la sesión 11 se pide a la clienta que vuelva a escribir en casa sobre el significado actual de la violación y en la sesión 12 se compara este relato con el escrito al comienzo del tratamiento, se examina cómo han cambiado las creencias y se comprueba si persisten creencias negativas que requieran intervención.
- En la última sesión se revisan los conceptos y habilidades aprendidos y los progresos logrados, se discuten las metas para el futuro y se recuerda a la clienta la importancia de seguir practicando sus nuevas habilidades y de no volver a sus conductas de evitación y patrones erróneos de pensamiento.

Nota. Elaborado a partir de Resick y Schnicke (1993).

Tabla 4. Ejemplos de significado de la violación para tres pacientes.

Paciente 1. Haber sido violada significa para mí que algo que nunca podré recobrar me fue arrebatado por alguien que probablemente ni incluso lo recuerda ni se preocupa por ello.

La persona que fui antes ya no existe. Significa que ya no me siento segura, incluso durante las horas diurnas. Creía que la violación les ocurría a las mujeres bellas, durante la noche y en un lugar apartado, un mundo alejado de todos. Pensaba que era algo de lo que tendría que preocuparme sólo cuando fuera adulta. Mi experiencia hizo añicos cada una de estas creencias y ahora es difícil determinar qué creer: lo que es verdad y puede confiarse en ello, y qué creencias pueden ser desafiadas en cualquier momento.

Ser violada significa que ahora no me permitiré estar lo bastante relajada. He de tener el control todas las veces y haré cualquier esfuerzo para abandonar una situación en la que no crea que tengo algún control, algún modo de dirigirlo todo. Soy una monstruosidad del control en mis relaciones. Esto hace la intimidad muy difícil. Separarme refuerza el hecho que soy de algún modo diferente de los que me rodean. La intimidad física es una imposibilidad absoluta. El momento en el que alguien se aproxima de un modo remotamente íntimo, entro en estado de pánico, me pongo a la defensiva y me enfurezco. Considero hostil cualquier avance porque creo que él está siendo egoísta y sólo quiere conseguir placer: yo soy sólo un medio para un fin. No puedo soportar el recordar cada vez lo que sucedió, así que trazo una línea y no la cruzo.

Desde que fui violada, no confío en los hombres, ¡en ninguno de ellos! Durante una época tuve miedo incluso de mi propio padre, un hombre que nunca haría daño a nadie y menos a su propia hija. Me pregunto constantemente si estoy confiando en la gente adecuada. Nunca vi al que me violó: ¿cómo puedo saber quién es de confianza?

Paciente 2. Las creencias que yo desarrollé sobre la violación al crecer fueron simples: *las chicas buenas no son violadas; nunca me sucederá o me resistiré y no lo permitiré; la gente buena no viola a la gente; la gente que conoces o amas no te viola.* Cuando me casé a los 20 años, él tenía 19 años y medio. Estas mismas creencias continuaron junto con algunas más: *las esposas están subordinadas a sus maridos; los maridos no violan o pueden violar a sus mujeres; ¡harás o debes hacer cualquier cosa por tu marido en aras del amor!* Los efectos de las violaciones y del abuso sexual son muchos. Comencé no queriendo ir a la cama por la noche con mi marido, no sabiendo lo que esperar, pero con miedo a separarme: *"los católicos no se divorcian"*. Me odié a mí misma por cómo me trataba, mi autoestima y dignidad estaban dos metros por debajo del desagüe. Me sentía indefensa e impotente. Tenía miedo a decir algo: ¿quién me creería? ¿y qué pensarían de mí por *permitir que se repitiera?* *Comencé a no confiar en nadie, especialmente en aquellos que amas que están cerca de ti. Temo cualquier clase de intimidación o cercanía incluso con aquellos que quiero muchísimo.* [Las creencias problemáticas o puntos de bloqueo aparecen en cursiva.]

Paciente 3. Cuando Mark me violó, él también violó y manipuló mi mente. Ya no confié en nadie más ni en mí misma. Estuve resentida y enfadada con el mundo. Estuve también muy asustada. No me sentí segura en ningún sitio, salvo en el bosque. Odié mi habitación. Había sido siempre mi lugar más seguro. Fue allí donde fui violada cada vez. He estado enfadada con él por haberme quitado esto. Por violarme en mi propia cama. Tuve que dormir en la cama durante dos años más. No me llevé nada cuando me mudé. Todos esos años de buenos recuerdos fueron destrozados. No sentí que nada fuera sagrado o especial. Me aparté de mis amigos de la infancia, instituto, universidad y trabajo. Creo que esto tiene que ver con la intimidad. Me hace sentir triste el haberme apartado de tanta gente.

La violación creó un "odio" hacia la sociedad, religión, políticos y, especialmente, gente de negocios. Después de la violación me encontré muy perdida, herida, resentida y sola. La sociedad me pareció tan hipócrita e injusta. Antes de la violación, yo veía el mundo un poco de esta manera, pero tenía una gran esperanza. La mayoría de las personas eran buenas. Yo tenía una gran cantidad de amor y compasión que ofrecer. Después de la violación y durante la misma, el mundo pareció deformado y grotesco. La mayoría de las personas son escoria, avaros e hipócritas. La familia Kennedy refuerza esto. Cada vez que veía las noticias o leía el periódico, esta idea quedaba reforzada.

He dirigido parte de esta rabia hacia mí misma por dejar que la violación sucediera. Esta rabia interna ha generado una guerra en mi mente. Esta guerra se llevó gran parte de la confianza en mí misma, estima e identidad. Está rompiendo mi corazón el mirar atrás y ver cuanto me fue arrebatado. La gente, recuerdos y sentimientos que yo tenía para mí. Duele que alguien tenga el poder y quiera quitarle esto a otro. Mark me lo quitó.

Nota. Tomado de Resick y Schnicke (1993, págs. 9-10, 41-42) y Resick y Calhoun (2001, págs.81-82).

Tabla 5. Ejemplo de aplicación de las preguntas de cuestionamiento.

Debajo hay una lista de preguntas para ayudarle a cuestionar sus creencias maladaptativas o problemáticas. No todas las preguntas serán apropiadas para la creencia que elija cuestionar. Conteste tantas preguntas como pueda para la creencia que ha elegido cuestionar abajo.

Creencia: Debí haber sido capaz de pararlo.

1. **¿Cuáles son las pruebas a favor y en contra de esta idea?**
Muy pocas pruebas a favor; no tuve ningún modo de saber que él haría eso. Yo pesé al menos 35 kilos menos que él. Debí haber estado paralizada o demasiado asustada como para hacer algo más o haber pensado que resultaría herida.
2. **¿Está confundiendo un hábito con un hecho?**
Pensar que debí haber sido capaz de pararlo es un hábito ahora, pero no creo que lo fuera al principio. Creo que estoy buscando tranquilizarme de que no es un hecho.
3. **¿Están sus interpretaciones de la situación demasiado alejadas de la realidad como para ser precisas?**
Me resulta difícil separar la realidad del modo en que me siento. No creo razonable esperar que algún otro fuera capaz de pararlo y no debo esperarlo de mí misma tampoco.
4. **¿Está usted pensando en términos de todo o nada?**
Sí: pienso que si hubiera hecho físicamente algo más para parar la violación, esta no habría sucedido, en vez de que habría sido sólo una posibilidad el haberle detenido a él.
Otra alternativa que el terapeuta señaló a esta cliente fue la posibilidad de que hubiese sido más gravemente herida o incluso asesinada si hubiera hecho más de lo que hizo en ese momento.
5. **¿Está empleando palabras o frases que son extremas o exageradas (esto es, siempre, nunca, necesito, debo, tengo que, no puedo y cada vez).**
Sí: debí.
6. **¿Está usted empleando ejemplos seleccionados fuera de contexto?**
No aplicable.
7. **¿Está usted buscando pretextos o excusas (por ejemplo, no es que tenga miedo, es que no me apetece salir de casa; los demás esperan que sea perfecta; no quiero hacer la llamada porque no tengo tiempo)?**
No aplicable.
8. **¿Es la fuente de información digna de confianza?**
No.
9. **¿Está pensando en términos de certeza en vez de probabilidades?**
Ver el punto 4.
El terapeuta discutió esto con la cliente, la cual estaba convencida de que debía haber detenido al violador. Ella comprendió, sin embargo, que el haberlo podido parar fue una cuestión de probabilidad y que esta fue pequeña.
10. **¿Está confundiendo una baja probabilidad con una alta probabilidad?**
Probablemente no hubiera podido pararlo.
11. **¿Están sus juicios basados en sentimientos en vez de en hechos?**
Sí: culpa, resistencia a mostrar debilidad.
12. **¿Se está centrando en factores no pertinentes?**
Creo que haberlo parado es no pertinente. La cuestión es que sucedió y yo puedo continuar mi vida.

Nota. Tomado de Resick y Schnicke (1993, págs. 75-77).

Tabla 6. Ejemplos de patrones erróneos de pensamiento (errores cognitivos).

1. **Sacar conclusiones cuando no hay pruebas o estas son contradictorias.** Ejemplo: Todos los hombres son indignos de confianza.
2. **Exagerar o minimizar el significado de un acontecimiento: Usted hincha las cosas desproporcionadamente o reduce su importancia inapropiadamente.** Ejemplo: Puesto que no fui apalazada, mi violación no es tan grave o mala como otras que he oído.
3. **Pasar por alto aspectos importantes de la situación.** Ejemplo: Puesto que no luché mucho, debe significar que lo quise.
4. **Sobresimplificar los acontecimientos o creencias como buenos/malos, verdaderos/falsos.** Ejemplo: Fue mi culpa el no informar de la violación a la policía.
5. **Sobregeneralizar a partir de un solo episodio: Usted ve un suceso negativo como un patrón interminable de derrota o aplica a todo un grupo una asociación que extrajo del violador.** Ejemplo: Ahora que he sido violada, creo que seré violada otra vez. Todos (raza, características personales) los hombres son violadores.
6. **Lectura de la mente: Usted asume que la gente piensa negativamente de usted cuando no hay pruebas claras para esto.** Ejemplo: Puesto que mis amigos y familia no han sacado a colación la violación, deben pensar que es mi culpa o me culpan de algún modo.
7. **Razonamiento emocional: Usted razona a partir de cómo se siente.** Ejemplo: Debido a que me siento aterrorizada cuando estoy cerca de un hombre, esto debe significar que ellos intentan violarme.

Nota. Tomado de Resick y Schnicke (1993, págs. 78-79).

Tabla 7. Ejemplos de supuestos relacionados con tres cuestiones principales.

ACEPTACIÓN

1) Tengo que ser cuidado por alguien que me quiera. 2) Necesito que me comprendan. 3) No me pueden dejar sola. 4) No soy nada a no ser que me quieran. 5) Ser rechazada es la peor cosa en el mundo. 6) No puedo soportar que otros se enfaden conmigo. 7) Tengo que complacer a los demás. 8) No puedo soportar el estar separada de los demás. 9) Crítica significa rechazo personal. 10) No soy capaz de estar sola.

COMPETENCIA

1) Yo soy lo que yo consigo. 2) Tengo que ser alguien. 3) El éxito lo es todo. 4) Sólo hay ganadores y perdedores en la vida. 5) Si no estoy en la cima, soy un fracaso. 6) Si bajo el ritmo, fracasaré. 7) Tengo que ser la mejor en cualquier cosa que haga. 8) Los éxitos de los demás quitan valor a los míos. 9) Si cometo un error, es un fracaso. 10) El fracaso es el fin del mundo.

CONTROL

1) Tengo que ser mi propio jefe. 2) Soy la única que puedo solucionar mis problemas. 3) No puedo soportar que otros me digan lo que tengo que hacer. 4) No soy capaz de pedir ayuda. 5) Los demás están siempre intentando controlarme. 6) Tengo que ser perfecta para tener el control. 7) O tengo todo el control o estoy completamente fuera de control. 8) No puedo soportar estar fuera de control. 9) Las reglas y regulaciones me aprisionan. 10) Si permito que alguien intime demasiado conmigo, me controlará.

Nota. Tomado de Beck y Emery (1985, págs. 289-290).

Tabla 8. Ejemplo de autorregistro de cuestionamiento de creencias completado por una paciente.

Columna A	Columna B	Columna C	Columna D	Columna E	Columna F
Situación	Pensamientos automáticos	Cuestionamiento de pensamientos automáticos	Patrones Erróneos de Pensamiento	Pensamientos alternativos	Descatastrofización
<p>Describa los eventos, pensamientos o creencias que conducen a las emociones desagradables.</p>	<p>Escriba los pensamientos automáticos que preceden a las emociones de la columna A.</p> <p>Califique la creencia en cada pensamiento automático de 0 a 100%.</p>	<p>Use las Hojas de Preguntas de Cuestionamiento para examinar sus pensamientos automáticos de la columna B.</p>	<p>Use la Hoja de Patrones Erróneos de Pensamiento para examinar sus pensamientos automáticos de la columna B.</p>	<p>¿Qué más puedo decir en vez de la columna B?</p> <p>¿De qué otro modo puedo interpretar la situación en vez de la columna B?</p> <p>Califique la creencia en los pensamientos alternativos de 0 a 100%.</p>	<p>¿Qué es lo peor que puede suceder realmente?</p> <p>Sentir que me traicioné a mí misma.</p>
<p>Sentir que me traicioné a mí misma por ser violada.</p> <p>Emoción(es)</p> <p>Especifique triste, enfadado, etc. y califique el grado en que siente cada emoción de 0 a 100%.</p> <p>Enfadada: 85% Triste: 15%</p>	<p>Debería haber tenido el control. Debería haber conseguido el control y no dejarle que continuara durante cinco semanas.</p> <p>90%</p>	<p>Yo no tenía el control. Mark fue el que tuvo el control de la violación. Yo tuve el control de lo que dije. Yo no tuve el control total de que la gente lo supiera o no. Mark tuvo el poder de hablar a la gente e incluso de mentirle sobre ello.</p> <p>Yo no puedo controlar todos los acontecimientos externos, pero tengo algún control sobre lo que me sucede y sobre las reacciones a los acontecimientos.</p>	<p>Sacar conclusiones: Debería haber tenido el control.</p> <p>Pasar por alto aspectos importantes: Yo no tengo control sobre otra gente. Tuve algún control al no contarle, pero no tuve el control total; estaba conmovida.</p>	<p>No me traicioné a mí misma. Mark me traicionó. Yo no dejé que me violara. Con el control que tuve sobre las opciones disponibles en ese momento, no me traicioné a mí misma. Elegí un camino que fue muy doloroso y solitario, pero que protegió mi sí mismo interno, quizá por un gran sentido de amor hacia mí misma.</p> <p>95%</p>	<p>Incluso si sucediera, ¿qué podría hacer?</p> <p>Reevaluar la situación. Obtener ayuda si la necesitara. Recordar quién soy y de dónde vengo. Leer estas hojas.</p> <p>Resultado</p> <p>Recalifique la creencia en los pensamientos automáticos de la columna B de 0 a 100%.</p> <p>5%</p> <p>Especifique y califique las emociones posteriores de 0 a 100%.</p> <p>Enfadada: 3% Triste: 7% Resuelta: 90%</p>

Nota. Tomado de Resick y Calhoun (2001, pág. 104).

Tabla 9. Ejemplo de un escrito detallado de una paciente de 26 años sobre su violación a los 15.

Estábamos bailando en la habitación de delante, practicábamos todo el tiempo. Era una canción lenta. No estábamos bailando obscenamente, estábamos practicando para poder ganar un concurso y también porque nos gustaba bailar. Éramos compañeros de baile. Mientras estábamos bailando, me besó. Seguimos bailando y yo disfrutaba con ello. Él deslizó su mano en mi pecho y por un breve momento fue realmente bueno, pero yo tenía un novio. Retiré su mano y le miré con recriminación, pero continué bailando. Nunca realmente dejamos de bailar. Fue como parte del baile. Cuando la canción terminó, me estaba sonriendo. Tenía una erección. Yo me sentí muy incómoda y confusa. Nunca nos besábamos cuando bailábamos. Me sentí internamente amenazada. Yo estoy allí de pie intentando comprender la situación cuando él me rodea con sus brazos y empieza a besar mi cuello. Lo empujé, pero él apretó sus brazos alrededor mío. Él cuchichea que puede afirmar que me gusta. Esto será satisfactorio. Dice que no se lo dirá a nadie, en especial no a mi novio. Esto me irritó. Me disgustó. Intenté quedar libre y hablé con odio. Le dije que me dejara sola, que me dejara ir. Él me apretó más y me arrastró por el comedor hasta la cama de mi habitación. Cayó sobre mí. Intenté quedar libre y no pude. No pude escapar. Me tenía sujeta. Sus manos agarraban mis muñecas y sus piernas retenían las mías. Él puso mi antebrazo derecho bajo su axila derecha y sujetó mi muñeca izquierda con su mano. Con su otra mano bajó mis bragas y luego sus calzoncillos. Me sonrió mientras acariciaba suavemente su *polla* como dando a entender que se preparaba para algo bueno. Intenté liberarme otra vez. Él puso ambas manos sobre mis muñecas y abrió mis piernas con las suyas. Grité lo más fuerte que pude cuando entró dentro de mí. Él puso mi propio brazo en mi boca. Luego, comenzó a besarme suavemente por todo. Yo estaba postrada allí y sintiéndome vacía. Lloraba, pero me sentía insensible. La sábana se pegó a mi mejilla. Estaba toda mojada. Podía sentirme postrada allí insensible, las lágrimas resbalando por mi mejilla, mi cabeza estaba vuelta completamente hacia un lado y mis ojos, fuertemente cerrados. Pensé en mis padres, familia, infancia, novio y amigos como si la vida estuviera proyectándose delante de mí. Luego, él me besó en la mejilla. No estuvo más sobre mí. Abrí mis ojos y sus calzoncillos estaban arriba y se estaba marchando. Le oí marcharse por la puerta principal. Se acabó. Estaba postrada en mi cama, conmocionada. No sentía todavía que me pudiera mover. Después, sentí el dolor y la humedad entre mis piernas. Supe lo que había sucedido. Llorando, me levanté. Noté el semen en mi vientre y casi vomité entonces. Retiré las sábanas de mi cama, me quité las bragas y las puse sobre las sábanas. Fui al baño y me di una ducha. Miré cómo el agua arrastraba la sangre del interior de mis muslos. Fregué y fregué. Luego, estaba demasiado agotada para permanecer de pie. Me senté acurrucada en la ducha y sollocé incontrolablemente. Estuve allí alrededor de 30 minutos. Diez de estos minutos fueron después de que el agua caliente se acabara. Sentaba bien. Estaba casi helada. Finalmente, salí y me puse el pijama. Fueron sólo las 16:30. Fui a la cama de mis padres. No sabía que pensar o sentir. No quería pensar sobre lo que había sucedido. Estaba tan agotada que sólo quería ir a dormir. ¿Cómo comenzaría incluso a explicarlo? No estaba bastante segura de mí misma. Conocía los hechos, pero lo ocurrido no tenía sentido. Sólo quería ir a dormir y olvidar. Cuando mi madre regresó a casa. le dije que estaba enferma. Permanecí en esa oscura habitación toda la noche. No estaba durmiendo o soñando todavía, pero podía sentir mi mente corriendo. Fue como si mi mente estuviera pensando con mayor detalle sobre las cosas que pensé mientras estaba siendo violada. Le amaba, pero le odiaba. Había estado orgullosa de él y ahora me daba asco. ¡Oh Dios mío, ya no soy virgen! No lo obsequié, dejé que alguien lo tomara, o lo perdí, o me fue arrebatado. Sé ciertamente, sin embargo, que no lo obsequié y que me duele. Quería que mi primera vez fuese especial. Yo hacía manitas con mi novio. Sabía que sería probablemente satisfactorio cuando estuviese preparada, pero sería especial con alguien especial. Maldición, yo sólo tenía 15 años. Quería realmente a Bob, mi novio. Sólo hacía un mes que salíamos y realmente nos queríamos. Él tenía dos años más. Era realmente un buen muchacho. Nosotros quedábamos, nos besábamos y paseábamos, pero no habíamos pensado en el sexo. Pude sentir cómo me transformé esa noche. Pude sentirme cambiando mis pensamientos, miedos y deseos. Fue a un nivel totalmente inconsciente. Conscientemente, estuve tumbada en la cama de mis padres, hecha un ovillo en las mantas y durmiendo toda la noche. No creo que moviera un músculo. Sin embargo, pude sentir a mi subconsciente trabajando muy duramente. Supe que nunca sería la misma. El cambio sucedió esa noche. Me desperté como una persona diferente.

(continúa)

Tabla 9. Ejemplo de un escrito detallado de una paciente de 26 años sobre su violación a los 15 (continuación).

Elegí no contarlo para que mucha gente no resultara dañada. Yo no sería la mensajera de esta clase de daño y dolor. Sabía lo que todos ellos sentirían. Por esto la escogí como la mejor solución. Puse las sábanas y las bragas en la lavadora y se acabó.

Fui a la escuela como era habitual. Estuve callada y distante. Mark se cruzó conmigo en el vestíbulo. Recuerdo de pie allí al lado de mi taquilla, mirándole ferozmente. De pie allí en el vestíbulo con tanta gente alrededor, viéndole y recordando, me sentí usada y avergonzada. Durante el resto del día evité a todo el mundo y me encerré en mí misma. Me quedé después de la escuela para un partido de *softball*. Llegué a casa sobre las 18 horas y todos habían llegado ya. Me fui a la cama temprano otra vez. El siguiente día fue un poco mejor, pero no mucho. Realmente, hablé. Esa tarde, Mark dijo que quería hablar conmigo cuando bajáramos del autobús. Estuve mirando fijamente por la ventanilla durante todo el camino a casa. Había sido siempre un viaje tan bonito. Pensé que quizá quería excusarse. Aunque fue violento, había sido amable. Le desgarraría con mis palabras por lo que me hizo. Luego, le perdonaría o al menos lo intentaría y lo manejaría. Pero no ocurrió así.

Nos sentamos en el sofá y él comenzó a hablar sobre lo ocurrido. Sentía que pasara como pasó. Podía haber sido mucho mejor si yo no hubiera luchado. Él sabía que me había gustado. No había gritado hasta que él me penetró y no se lo había dicho a nadie. Le dije que estaba mintiendo y que estaba enfermo. Le dije que me había violado. Me dijo que yo estaba mintiendo y que me había gustado. Yo no había gritado o luchado durante toda la violación y no se lo había dicho a nadie. Él comienza a hablar de mi novio. ¿Qué diría si lo supiera? ¿Qué pensarían mis padres de mí si lo supieran? Si todos supieran que me había gustado. Yo no detuve el proceso. Dijo que sabía que yo era lo bastante fuerte para pararlo y que no lo hice. Cogió mi mano y me llevó al dormitorio, me bajó las bragas y comenzó a besar mi cuerpo y cuello. Me dijo cómo iba a gustarme y que ninguno lo sabría porque yo no quería que ellos supieran que me gustaba. Se sentirían avergonzados. Sería algo entre él y yo, y ambos gozaríamos de ello. Yo permanecía allí muerta. No podía dejar que dijera a nadie lo que había sucedido dos días antes. Iba a decirles que yo lo deseaba. Iba a decirles lo que me hizo y que me gustó. Le dejé ponerme en la cama y tener relaciones sexuales. Ya no importaba. Pensaba que si alguien lo sabía, eso me destrozaría. La gente me miraría de forma diferente. Me tratarían como a una guarra y aquí estoy con él encima de mí. Él me manipuló de este modo durante tres semanas. Me odié a mí misma. Le odié. Ya me daba igual. Él me hacía hacer cosas que yo sabía que no me gustaban. Una vez me hizo tumbarme boca abajo y me penetró analmente. Grité de dolor y luego grité: ¡basta! Él paró y lo dejó. Unos pocos días después, vino otra vez. Estuvo amenazador. Él lo dirá todo. La verdad fue incluso peor. Han sido cuatro semanas. Él se volvió más violento y persistente. Me hundí más profundamente en un agujero negro. Tras unos pocos sucesos más, vine a casa de la escuela y llamé a mi madre. Tenía que parar aquello, cualquiera que fuera el costo. Mientras se lo decía, pude ver cómo su corazón se rompía, así que le dije que yo dejé que pasara, pero que las cosas se habían descontrolado y le pedí que por favor parara aquello. La siguiente tarde fui al trabajo de mi madre. Aguanté el farol. Recuerdo haber cantado "*Estoy en la cima del mundo mirando la creación*". Sentí una gran esperanza.

Luego, él comenzó a amenazarme en la escuela. Suspendiéndolo sobre mi cabeza. Susurrando que yo no podría escaparme, aunque mis padres habían hecho los arreglos necesarios para que estuviera con una amiga después de la escuela. La parte extraña fue que mi propia casa no fue incluso segura. Su hermana me dijo que no causara problemas. Después de un tiempo, Mark se marchó y me dejó sola. Comenzó a implicarse más en los estudios y deportes. Yo lo mantuve todo dentro y me culpé a mí misma por todo lo sucedido. Probablemente había sido una guarra. Nada importaba ya. Una guerra de diez años había comenzado en mi mente. Lo que él me dijo era verdad contra lo que yo sabía era verdad. Él me violó. Él me manipuló. Él me torturó y atormentó. Él violó mi mente y mi cuerpo. Pero entonces yo no sabía qué creer o hacer, así que comencé a plantearme quién era yo, como en una fantasía.

Me aterrorizaba el pensamiento de que él pudiera tener razón. Que yo quisiera aquello. No podía creerlo, pero ¿por qué no grité, no luché y no lo conté? Quizá, lo busqué. Todos se convirtieron en mis enemigos. Las personas cercanas a mí fueron apartadas para no resultar dañadas y todas las demás fueron apartadas para que yo no resultara dañada.

Nota. Tomado de Resick y Calhoun (2001, págs. 84-86).

Tabla 10. Ejemplo de reestructuración cognitiva de un pensamiento de culpa y argumentos derivados.

- P: Soy la culpable de la muerte de mi tío porque estaba en su casa.
- T: ¿Puedo preguntarle cuándo tomó la decisión de ir a casa de su tío?
- P: Él me sugirió que fuera, ya que había muy poca actividad talibán en la zona y no se habían registrado casas durante muchos meses.
- T: Así que usted fue para allá inmediatamente.
- P: No, yo no quería ir, no quería ponerle en peligro.
- T: Así pues, ¿cómo llegó a ir allí?
- P: Él me persuadió para que fuera, dijo que era lo más seguro.
- T: ¿Puede volver a aquel tiempo y decirme de 0 a 100 cuán seguro pensaba que era ir a casa de su tío?
- P: Pensé que la probabilidad de peligro era muy baja, 10-20%.
- T: Así que usted no sabía que era peligroso.
- P: No, no lo sabía.
- T: Me gustaría plantearle un marco hipotético para ver lo que piensa. Imagine que un niño ve una plancha eléctrica por vez primera en su vida y la toca. ¿Culparía al niño por haberse quemado?
- P: No.
- T: Si el niño viera la plancha al día siguiente y la tocara de nuevo, ¿le culparía por la quemadura?
- P: Sí, lo haría.
- T: ¿Cuál es la diferencia para el niño entre el primer y el segundo día?
- P: El primer día el niño no sabía nada, pero el segundo ya estaba avisado.
- T: Así pues, ¿cuál diría usted que es la relación entre conocimiento y culpa?
- P: Tú no tienes la culpa si no sabes que algo va a suceder, pero si sabes que va a suceder, tienes la culpa.
- T: ¿Qué relación tiene esto con usted?
- P: Yo no sabía que iba a suceder.
- T: Así, ¿qué dice esto sobre si es culpable o no?
- P: No soy culpable porque no lo sabía. Pero debería haber sabido que iba a suceder.
- T: ¿Cómo podía haber sabido que iba a suceder?
- P: No lo sé.
- T: Pensemos sobre esto. ¿Cómo podía haber sabido que algo iba a suceder en el futuro?
- P: No lo sé.
- T: ¿Qué tendría que ser usted para saber lo que iba a suceder en el futuro?
- P: Una adivina.
- T: ¿Es usted una adivina?
- P: No.
- T: Así, ¿cómo podía haber sabido lo que iba a suceder?
- P: No podía haberlo sabido.
- T: Así, ¿qué dice esto sobre su responsabilidad por el asesinato de su tío?
- P: No sabía lo que sucedería y no pude haberlo sabido porque no puedo anticipar el futuro; así que no tengo la culpa.

Argumentos contra la culpa escritos por la clienta en una tarjeta

1. Otros comparten la responsabilidad: gobiernos, superpotencias, personas que mataron a mi tío, jefe de los soldados, soldados que apoyan al gobierno.
2. No sabía lo que le sucedería a mi tío (ambos pensamos que era seguro). Por tanto, puesto que no lo sabía, no tengo la culpa de su muerte.

Nota. Tomado de Grey, Young y Holmes (2002, págs. 47-48).

REFERENCIAS

- Abbey, G., Thompson, S. B. N., Hickish, T. y *Heathcote*, D. (2014). A meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder. *Psycho-Oncology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3654>
- Aerni, A., Traber, R., Hock, C., Roozendaal, B., Schelling, G., Papassotiropoulos, A. et al. (2004). Low-dose cortisol for symptoms of posttraumatic stress disorder, *American Journal of Psychiatry*, *161*, 1488–1490.
- Afifi, T., Asmundson, G., Taylor, S. y Jang, K. (2010). The role of genes and environment on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: A review of twin studies. *Clinical Psychology Review*, *30*, 101-112.
- Ahearn, E. P., Juergens, T., Cordes, T., Becker, T. y Krahn, D. (2011). A review of atypical antipsychotic medications for posttraumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, *26*(4), 193-200.
- Ahmad, A., Larsson, B. y Sundelin-Wahlsten, V. (2007). EMDR treatment for children with PTSD: Results of a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, *61*(5), 349-354.
- Alario, S. (1993). Tratamiento conductual de un trastorno por estrés postraumático. En S. Alario (Ed.), *Estudio de casos en terapia del comportamiento*. Valencia: Promolibro.
- Albright, D. y Thyer, B. (2010). Does EMDR reduce post-traumatic stress disorder symptomatology in combat veterans?. *Behavioral Interventions*, *25*, 1-19.
- Albucher, R.C. y Liberzon, I. (2002). Psychopharmacological treatment in PTSD: A critical review. *Journal of Psychiatric Research*, *36*, 355-367.
- Alvarez, J., McLean, C., Harris, A. S., Rosen, C. S., Ruzek, J. I. y Kimerling, R. (2011). The comparative effectiveness of cognitive processing therapy for male veterans treated in a VHA posttraumatic stress disorder residential rehabilitation program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*(5), 590-599.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed., texto revisado). Washington: Autor.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Washington: Autor.
- Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L. y Page, A. (2003). *The treatment of anxiety disorders: Clinician guides and patient manuals* (2ª ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Andrews, G., Slade, T. y Peters, L. (1999). Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *British Journal of Psychiatry*, *174*, 3-5.
- Antony, M.M., Orsillo, S.M. y Roemer, L. (Eds.). (2001). *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. Nueva York: Klumer/Plenum.
- Arntz, A. (2011). Imagery rescripting for personality disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, *18*, 466-481.
- Arntz, A., Tiesema, M. y Kindt, M. (2007). Treatment of PTSD: A comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *38*, 345-370.
- Arntz, A. y Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, *37*, 715-740.
- Astin, M.C. y Resick, P.A. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 171-209). Madrid: Siglo XXI.
- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2013). *Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. University of Melbourne: ACPMH. <http://www.acpmh.unimelb.edu.au/resources/resourcesguidelines.html>
- Bados, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico: Un programa psicológico de intervención paso a paso*. Madrid: Pirámide.
- Báguena, M.J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de estrés postraumático. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp. 311-335). Madrid: Pirámide.
- Báguena, M.J., Villarroja, E., Beleña, A., Díaz, A., Roldán, C y Reig, R. (2001). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala Revisada de Impacto del Estresor (EIE-R). *Análisis y Modificación de Conducta*, *27*, 581-604.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford. Cap. 13.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª ed.). Nueva York: Guilford.
- Barlow, D.H., Ellard, K.K., Fairholme, C.P., Farchione, T.J., Boisseau, C.L. Allen, L.B. y Ehrenreich-May, J. (2011a). *The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Client Workbook*. Nueva York: Oxford University Press.
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B. y Ehrenreich-May, J. (2011b). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Nueva York: Oxford University Press.
- Barrera, T. L., Mott, J. M., Hofstein, R. F. y Teng, E. J. (2013). A meta-analytic review of exposure in group cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, *33*, 24-32.
- Basoglu, M., Livanou, M., Salcioglu, E. y Kalender, D. (2003). A brief behavioural treatment of chronic post-traumatic stress disorder in earthquake survivors: Results from an open clinical trial. *Psychological Medicine*, *33*, 647-654.
- Basoglu, M., Salcioglu, E. y Livanou, M. (2007). A randomized controlled study of single-session behavioural treatment of earthquake-related post-traumatic stress disorder using an earthquake simulator. *Psychological Medicine*, *37*, 203-213.
- Beck, A.T. y Emery, G. (con Greenberg, R.L.). (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.

- Beidel, D. C., Frueh, B., Uhde, T. W., Wong, N. y Mentrikoski, J. M. (2011). Multicomponent behavioral treatment for chronic combat-related posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 224-231.
- Benish, S., Imel, Z. y Wampold, B. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*, 28(5), 746-758.
- Bentz, D., Michael, T., de Quervain, D. y Wilhelm, F. (2010). Enhancing exposure therapy for anxiety disorders with glucocorticoids: From basic mechanisms of emotional learning to clinical applications. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 223-230.
- Berlim, M. T. y Van den Eynde, F. (2014). Repetitive transcranial magnetic stimulation over the dorsolateral prefrontal cortex for treating posttraumatic stress disorder: An exploratory meta-analysis of randomized, double blind and sham-controlled trials. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 59, 487-496.
- Berlin, H. (2007). Antiepileptic drugs for the treatment of post-traumatic stress disorder. *Current Psychiatry Reports*, 9(4), 291-300.
- Bernaldo-de-Quirós, M., Estupiñá, F. J., Labrador, F. J., Fernández-Aria, I., Gómez, L., Blanco, C. y Alonso, P. (2012). Diferencias sociodemográficas, clínicas y de resultados del tratamiento entre los trastornos de ansiedad. *Psicothema*, 24(3), 396-401.
- Bernstein, E.M. y Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Bichescu, D., Neuner, F., Schauer, M. y Elbert, T. (2007). Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2212-2220.
- Bisson, J.I. (2003). Early interventions following traumatic events. *Psychiatric Annals*, 33, 37-44.
- Bisson, J. y Andrew, M. (2009). Psychological treatments of post-traumatic stress disorder (PTSD) (Review). The Cochrane Library, 2009 (2), <http://www.thecochranelibrary.com>.
- Bisson, J., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D. y Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.
- Blain, L. M., Galovski, T. E. y Robinson, T. (2010). Gender differences in recovery from posttraumatic stress disorder: A critical review. *Aggression and Violent Behavior*, 15(6), 463-474.
- Blake, D.D., Abueg, F.R., Woodward, S.H. y Keane, T.M. (1993). Treatment efficacy in posttraumatic stress disorder. En T.R. Giles (Ed), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 195-226). Nueva York: Plenum.
- Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Klauminzer, G., Charney, D.S. y Keane, T.M. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *Behavior Therapist*, 13, 187-188.
- Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Devineni, T., Veazey, C.H., Galovski, T.E., Mundy, E., Malta, L.S. y Buckley, T.C. (2003). A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 79-96.
- Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Malta, L.S., Freidenberg, B.M., Canna, M.A., Kuhn, E., Sykes, M.A. y Galovski, T.E. (2004). One- and two-year prospective follow-up of cognitive behavior therapy or supportive psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 745-759.
- Bohes J, Calcedo-Barba A, Garda M, Francois M, Rico-Villademoros F, González MI, Bascarán M1; Bousoño M y Grupo Español de Trabajo para el Estudio del Trastorno por Estrés Postraumático (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28, 207-218.
- Bobes, J., Bousoño, M., Calcedo, A. y González, M.P. (2000). *Trastorno de estrés postraumático*. Barcelona: Masson.
- Bobes, J., G.-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A. y Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Ars Médica.
- Bobes, J., González, M.P., Bascarán, M.T. y Ferrando, L. (1998). Instrumentos de evaluación: Escalas de detección, de gravedad y discapacidad y de calidad de vida. En S. Cervera, M. Roca y J. Bobes (Dirs.), *Fobia social* (pp. 97-140). Barcelona: Masson.
- Boden, M., Kimerling, R., Jacobs-Lentz, J., Bowman, D., Weaver, C., Carney, D., . . . Trafton, J. A. (2012). Seeking Safety treatment for male veterans with a substance use disorder and post-traumatic stress disorder symptomatology. *Addiction*, 10, 578-586.
- Bohus, M., Dyer, A.S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., . . . Steil, R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 221-233.
- Bomyea, J. y Lang, A. J. (2012). Emerging interventions for PTSD: Future directions for clinical care and research. *Neuropharmacology*, 62(2), 607-616.
- Boscarino, J.A. (2006). External-cause mortality after psychologic trauma: The effects of stress exposure and predisposition. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 503-514.
- Boscarino, J.A. (2008). A prospective study of PTSD and early-age heart disease mortality among Vietnam veterans: Implications for surveillance and prevention. *Psychosomatic Medicine*, 70, 668-676.
- Botella, C. y Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bousquet Des Groseilliers, I., Marchand, A., Cordova, M. J., Ruzek, J. I. y Brunet, A. (2013). Two-year follow-up of a brief dyadic cognitive-behavioral intervention designed to prevent PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 462-469.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. y Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- Breh, D.C. y Seidler, G.H. (2007). Is peritraumatic dissociation a risk factor for PTSD? *Journal of Trauma and Dissociation*, 8, 53-69.

- Breslau, N. (2001). The epidemiology of posttraumatic stress disorder: What is the extent of the problem? *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (suppl. 17), 16-22.
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 923-929.
- Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10, 198-210.
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C. y Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Brewin, C. R., Andrews, B. y Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Brewin, C.R., Lanius, R.A., Novac, A., Schnyder, U. y Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V: Life after criterion A. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 366-373.
- Brewin, C.R., Scragg, P., Robertson, M., Thompson, M., d'Ardenne, P. y Ehlers, A. (2008). Promoting mental health following the London bombings: A screen and treat approach. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 3-8.
- Briere, J. (2002). *Multiscale Dissociation Inventory (MDI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Britton, J.C. y Rauch, S.L. (2009). Neuroanatomy and neuroimaging of anxiety disorders. En M.M. Antony, y M.B. Stein, (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 97-110). Nueva York: Oxford University Press.
- Bryant, R., Felmingham, K., Falconer, E., Benito, L., Dobson-Stone, C., Pierce, K., et al. (2010). Preliminary evidence of the short allele of the serotonin transporter gene predicting poor response to cognitive behavior therapy in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 67, 1217-1219.
- Brom, D., Kleber, R.J. y Defares, P.B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607-612.
- Brown, T.A. y Barlow, D.H. (1997). *Casebook in abnormal psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Brown, T.A., Campbell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R. y Mancill, R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599.
- Bryant, R. y Guthrie, R. (2007). Maladaptive self-appraisals before trauma exposure predict posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 812-815.
- Bryant, R.A., Harvey, A.G., Dung, S.T., Sackville, T. y Basten, C. (1998). Treatment of acute stress disorder: A comparison de cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 862-866.
- Bryant, R.A., Mastrodomenico, J., Felmingham, K.L., Hopwood, S., Kenny, Kandris, L.E., Cahill, C. y Creamer, M. (2008). Treatment of acute stress disorder: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 65, 659-667.
- Bryant, R.A., Moulds, M.L. y Guthrie, R.M. (2000). Acute Stress Disorder Scale: A self-report measure of acute estrés disorder. *Psychological Assessment*, 12, 61-68.
- Bryant, R.A., Moulds, M.L., Guthrie, R.M., Dang, S.T., y Nixon, R.D. (2003). Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 706-12.
- Bryant, R.A., Moulds, M., Guthrie, R. y Nixon, R.D. (2003). Treating acute stress disorder following mild traumatic brain injury. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 585-587.
- Bryant, R.A., Moulds, M.L., Guthrie, R.M. y Nixon, R.D. (2005). The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral therapy in treating acute stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 334-340.
- Bryant, R.A., Moulds, M.L. y Nixon, R.V.D. (2003). Cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: A four-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 489-494.
- Bryant, R. A., O'Donnell, M. L., Creamer, M., McFarlane, A. C. y Silove, D. (2013). A multisite analysis of the fluctuating course of posttraumatic stress disorder. *JAMA Psychiatry*, 70(8), 839-846.
- Bryant, R.A., Sackville, T., Dang, S.T., Moulds, M. y Guthrie, R. (1999). Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1780-1786.
- Buckner, J., Cromer, K., Merrill, K., Mallott, M., Schmidt, N., Lopez, C., et al. (2009). Pretreatment intervention increases treatment outcomes for patients with anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 126-137.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M. y Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Butler, G., Fennell, M. y Hackmann, A. (2008). *Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: Mastering clinical challenges*. Nueva York: Guilford.
- Caballo, V. E. (Dir.). (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Cahill, S.P., Carrigan, M.H. y Frueh, B.F. (1999). Does EMDR work? And if so, why?: A critical review of controlled outcome research and dismantling research. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 5-33.
- Calhoun, K.S. y Atkeson, B.M. (1991). *Treatment of rape victims: Facilitating psychosocial adjustment*. Elmsford, NY: Pergamon.
- Calhoun, K.S. y Resick, P.A. (1993). Post-traumatic stress disorder. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2ª ed., pp. 48-98). Nueva York: Guilford.
- Canino, G., Shrout, P.E., Rubio-Stipec, M., Bird, H.R., Bravo, M., Ramírez, R. et al. (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 61, 85-93.
- Carlier, I.V.E., Lamberts, R.D., van Uchelen, A.J. y Gersons, B.P.R. (1998). Clinical utility of a brief diagnostic test for posttraumatic stress disorder. *Psychosomatic Medicine*, 60, 42-47.
- Casement, M. D. y Swanson, L. M. (2012). A meta-analysis of imagery rehearsal for post-trauma nightmares: Effects on nightmare frequency, sleep quality, and posttraumatic stress. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 566-574.

- Catani, C., Kohiladevy, M., Ruf, M., Schauer, E., Elbert, T. y Neuner, F. (2009). Treating children traumatized by war and Tsunami: A comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka. *BMC Psychiatry*, 9, 22-22.
- Chambless, D. L. (2012). Adjunctive couple and family intervention for patients with anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 548-560.
- Chambless, D.L. y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chapman, C., Mills, K., Slade, T., McFarlane, A. C., Bryant, R. A., Creamer, M., . . . Teesson, M. (2012). Remission from post-traumatic stress disorder in the general population. *Psychological Medicine*, 42(8), 1695-1703.
- Chard, K.M. (2005). An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 965-971.
- Clark, D.M. (2006). *Terapia cognitiva para el trastorno por estrés postraumático*. Seminario organizado por la Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament. Barcelona, 11 de mayo de 2006.
- Clark, D. M. y Ehlers, A. (2004). Posttraumatic stress disorder: from cognitive theory to therapy. En R. L. Leahy (Ed.), *Contemporary cognitive therapy* (pp. 141-160). Nueva York: Guilford
- Cloitre, M. (2009). Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: A review and critique. *CNS Spectrums*, 14 (Suppl. 1), 32-43.
- Cloitre, M., Koenen, K.C., Cohen, L.R. y Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1067-1074.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K.C., Nooner, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C., . . . Petkova, E.. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 167, 915-924
- Coffey, S. F., Stasiewicz, P. R., Hughes, P. M., & Brimo, M. L. (2006). Trauma-focused imaginal exposure for individuals with comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Revealing mechanisms of alcohol craving in a cue reactivity paradigm. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 425-435.
- Cohen, J.A., Deblinger, E. , Mannarino, A.P. y Steer, R.A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 393-402.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Berliner, L. y Deblinger, E. (2000). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: An empirical update. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 1202-1223.
- Cohen, J., Mannarino, A., Perel, J. y Staron, V. (2007). A pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 811-819.
- Cottraux, J., Note, I., Yao, S., de Mey-Guillard, C., Bonasse, F., Djamoussian, D. et al. (2008). Randomized controlled comparison of cognitive behavior therapy with Rogerian supportive therapy in chronic post-traumatic stress disorder: a 2-year follow-up. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(2), 101-110.
- Connor, K.M. y Butterfield, M.I. (2005). Trastorno por estrés postraumático. En J.R.T. Davidson (Ed.), *Trastorno por estrés postraumático* (pp. 15-31). Barcelona: Medical Trends. (Original de 2003.)
- Cook, J.M., Harb, G.C., Gehrman, P.R., Cary, M.S., Gamble, G.M., Forbes, D. y Ross, R.J. (2010). Imagery rehearsal for posttraumatic nightmares: A randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 553-563.
- Cook, J.M., Schnurr, P.P. y Foa, E.B. (2004). Bridging the gap between posttraumatic stress disorder research and clinical practice: The example of exposure therapy. *Psychotherapy*, 41, 374-387.
- Corcoran, K. y Fischer, J. (2000). Measures for clinical practice: A source book. Volume II: Adults (3ª edición). Nueva York: Free Press.
- Crespo, M. y Gómez, M.M. (2012). *Escala Global de Estrés Postraumático (EGEP)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Cukor, J., Spitalnick, J., Difede, J., Rizzo, A. y Rothbaum, B. (2009). Emerging treatments for PTSD. *Clinical Psychology Review*, 29, 715-726.
- Craske, M.G., Stein, M.B., Sullivan, G., Sherbourne, C., Bystritsky, A., Rose, R.D. . . . Roy-Byrne, P. (2011). Disorder-specific impact of coordinated anxiety learning and management treatment for anxiety disorders in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 68, 378-388.
- Craske, M.G. y Tsao, J.C.I. (1999). Self-monitoring with panic and anxiety disorders. *Psychological Assessment*, 11, 466-479.
- Creamer, M., McFarlane, A.C. y Burgess, P. (2005). Psychopathology following trauma: The role of subjective experience. *Journal of Anxiety Disorders*, 86, 175-182.
- Crumlish, N. y O'Rourke, K. (2010). A systematic review of treatments for post-traumatic stress disorder among refugees and asylum-seekers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 237-251.
- Cusack, K. y Spates, C.R. (1999). The cognitive dismantling of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 87-99.
- Darves-Bornoz, J., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J., Kovess-Masfety, V., et al. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Survey. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 455-462.
- Davidson, J.R.T., Book, S.W., Colket, J.T., Tupler, L.A., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J.C., Smith, R.D., Davison, R.M., Katz, R. y Feldman, M.E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27, 153-160.
- Davidson, P.R. y Parker, K.C.H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 305-316.
- Davis, J.L. y Wright, D.C. (2007). Randomized clinical trial for treatment of chronic nightmares in trauma-exposed adults.

- Journal of Traumatic Stress*, 20., 123–133.
- Davis, T.E., May, A. y Whiting, S. E. (2011). Evidence-based treatment of anxiety and phobia in children and adolescents: Current status and effects on the emotional response. *Clinical Psychology Review*, 31, 592-602
- de Kleine, R. A., Hendriks, G., Kusters, W. C., Broekman, T. G. y van Minnen, A. (2012). A randomized placebo-controlled trial of D-cycloserine to enhance exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 71, 962-968.
- Dell'Osso, L., Carmassi, C., Rucci, P., Conversano, C., Shear, M., Calugi, S. et al. (2009). A multidimensional spectrum approach to post-traumatic stress disorder: Comparison between the Structured Clinical Interview for Trauma and Loss Spectrum (SCI-TALS) and the Self-Report instrument (TALS-SR). *Comprehensive Psychiatry*, 50, 485-490.
- Dell'Osso, L., Shear, M.K., Carmassi, C., Rucci, P., Maser, J.D., Frank, E., et al. (2008). Validity and reliability of the Structured Clinical Interview for the Trauma and Loss Spectrum (SCI-TALS). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 28, 4(2).
- de Paúl, J. (1995). Trastorno por estrés postraumático. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carrobbles (Dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos: Vol. 1* (pp. 443-469). Madrid: Siglo XXI.
- Devilley, G.J. y Spence, S.H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 131-157
- de Bont, P. A. J. M., van Minnen, A. y de Jongh, A. (2013). Treating PTSD in patients with psychosis: A within-group controlled feasibility study examining the efficacy and safety of evidence-based PE and EMDR protocols. *Behavior Therapy*, 44, 717-730.
- de Kleine, R. A., Rothbaum, B. O. y van Minnen, A. (2013). Pharmacological enhancement of exposure-based treatment in PTSD: A qualitative review. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, Article ID 21626. doi:[10.3402/ejpt.v4i0.21626](https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21626)
- de Vries, G. y Olf, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 259-267.
- Diehle, J., Opmeer, B. C., Boer, F., Mannarino, A. P. y Lindauer, R. J. L. (2014). Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: What works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*. Advance online publication. doi:[10.1007/s00787-014-0572-5](https://doi.org/10.1007/s00787-014-0572-5)
- Diehle, J., Schmitt, K., Daams, J. G., Boer, F. y Lindauer, R. J. L. (2014). Effects of psychotherapy on trauma-related cognitions in posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 257-264.
- Difede, J., Cukor, J., Jayasinghe, N., Patt, I., Jedel, S., Spielman, L., Giosan, C. y Hoffman, HG. (2007). Virtual reality exposure therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder following September 11, 2001. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 1639-1647.
- Difede, J., Cukor, J., Wyka, K., Olden, M., Hoffman, H., Lee, F. S. y Altemus, M. (2014). D-cycloserine augmentation of exposure therapy for post-traumatic stress disorder: A pilot randomized clinical trial. *Neuropsychopharmacology*, 39, 1052-1058.
- DiGangi, J. A., Gomez, D., Mendoza, L., Jason, L. A., Keys, C. B. y Koenen, K. C. (2013). Pretrauma risk factors for posttraumatic stress disorder: A systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 33, 728-744.
- Di Nardo, P.A., Brown, T.A. y Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime version (ADIS-IV-L)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Duffy, M., Gillespie, K. y Clark, D.M. (2007). Post-traumatic stress disorder in the context of terrorism and other civil conflict in Northern Ireland: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 334, 1147-1150.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma: El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., Amor, P.J. y De Corral, P. (2005). Evaluación del trastorno de estrés postraumático. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. (pp. 489-505). Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (Eds.). (1998a). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (1998b). Trastorno de estrés postraumático. En Vallejo, M.A. (Ed.), *Manual de terapia de conducta*, (Vol I, pp. 429-469). Madrid: Dykinson.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (2005). Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático en una víctima de terrorismo. En J.P. Espada, J. Olivares y F.X. Méndez (Coords.), *Terapia psicológica: Casos prácticos* (pp. 159-178). Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.
- Echeburúa, E., de Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Echeburúa, E., de Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1990). Tratamiento psicológico del estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales: Una revisión. *Análisis y Modificación de Conducta*, 16, 417-437.
- Echeburúa, E., de Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996). Treatment of acute posttraumatic stress disorder in rape victims: An experimental study. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 455-482.
- Echeburúa, E., de Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995). *Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*. La Coruña: Fundación Paidea.
- Echeburúa, E., de Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behavior Modification*, 21, 433-456.
- Ehlers, A. y Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.

- Ehlers, A. y Clark, D.M. (2003). Early psychological interventions for adult survivors of trauma: A review. *Biological Psychiatry*, 53, 817-826.
- Ehlers, A. y Clark, D.M. (2008). Post-traumatic stress disorder: The development of effective psychological treatments. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, Suppl. 47, 11-18.
- Ehlers, A., Clark, D.M., Dunmore, E., Jaycox, L., Meadows, E. y Foa, E.B. (1998). Predicting response to exposure treatment in PTSD: The role of mental defeat and alienation. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 457-471.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., Grey, N., Liness, S., Wild, J., . . . McManus, F. (2010). Intensive cognitive therapy for PTSD: A feasibility study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 383-398.
- Ehlers, A. Clark, D.M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C. y Mayou, R. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1024-1032.
- Ehlers, A. Clark, D.M., Hackmann, A., McManus, F. y Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 413-431.
- Ehlers, A., Grey, N., Wild, J., Stott, R., Liness, S., Deale, A., . . . Clark, D. M. (2013). Implementation of cognitive therapy for PTSD in routine clinical care: Effectiveness and moderators of outcome in a consecutive sample. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 742-752
- Ehrenreich-May, J. y Bilek, E.L. (2012). The Development of a transdiagnostic, cognitive behavioral group intervention for childhood anxiety disorders and co-occurring depression symptoms. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 41-55.
- Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M., Freitag, J. y Emmelkamp, P.M.G. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clinical Psychology Review*, 34, 645-657.
- Engel, C.C., Cordova, E.H., Benedek, D.M., Liu, X., Gore, K.L., Goertz, C., . . . Ursano, R.J. (2014). Randomized effectiveness trial of a brief course of acupuncture for posttraumatic stress disorder. *Medical Care*, 52, S57-S64.
- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the ESEMeD European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (suppl. 420), 21-27.
- Espada, J.P. y Méndez, F.J. (2000). Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de estrés post-traumático por accidente de tráfico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 105, 83-103.
- Falsetti, S., Resnick, H. y Davis, J. (2008). Multiple channel exposure therapy for women with PTSD and comorbid panic attacks. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37, 117-130.
- Fecteau, G. y Nicki, R. (1999). Cognitive behavioural treatment of post traumatic stress disorder after motor vehicle accident. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 201-214.
- Feeny, N., Zoellner, L., Mavissakalian, M. y Roy-Byrne, P. (2009). What would you choose? Sertraline or prolonged exposure in community and PTSD treatment seeking women. *Depression and Anxiety*, 26, 724-731.
- Feldner, M.T., Monson, C.M. y Friedman, M.J. (2007). A critical analysis of approaches to targeted PTSD prevention. *Behavior Modification*, 31, 80-116.
- Foa, E. (2000). Psychosocial treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (suppl. 5), 43-48.
- Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L. y Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451.
- Foa, E., Dancu, C.V., Hembree, E.A., Jaycox, L.H., Meadows, E.A. y Street, G.P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87, 194-200.
- Foa, E.B., Ehlers, A., Clark, D.M., Tolin, D.F. y Orsillo, S.M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314.
- Foa, E.B., Hearst-Ikeda, D. y Perry, K.J. (1995). Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 948-955.
- Foa, E.B., Hembree, E. y Rothbaum, B. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences. Therapist guide*. Londres: Oxford University Press.
- Foa, E., Hembree, E.A., Cahill, S.P., Rauch, S.A.M., Riggs, D.S., Feeny, N.C. y Yadin, E. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 953-964.
- Foa, E.B., Keane, T.M. y Friedman, M.J. (Eds.). (2000). Guidelines for treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 539-588.
- Foa, E.B., Keane, T.M. y Friedman, M.J. (2003). *Tratamiento del estrés posttraumático*. Barcelona: Ariel.
- Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J. y Cohen, J.A. (Eds.). (2009). *Effective Treatments for PTSD. Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2ª ed.). Nueva York: Guilford.
- Foa, E.B., McLean, C.P., Capaldi, S. y Rosenfield, D. (2013). Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: A randomized clinical trial. *JAMA*, 310, 2650-2657.
- Foa, E. y Meadows, E.A. (1997). Psychosocial treatments of posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480.
- Foa, E. y Rauch, S.A.M. (2004). Cognitive changes during prolonged exposure versus prolonged exposure plus cognitive restructuring in female assault survivors with posttraumatic stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 879-884.
- Foa, E. y Rothbaum, B. (1998). *Treating the trauma of rape*. Nueva York: Guilford.
- Foa, E., Rothbaum, B. y Furr, J.M. (2003). Augmenting exposure therapy with other CBT procedures. *Psychiatric Annals*, 33, 47-53.
- Foa, E.B., Steketee, G. y Rothbaum, B.O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder.

- Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Foa, E.B., Zoellner, L.A., Feeny, N.C., Hembree, E.A. y Alvarez-Conrad, J. (2002) Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1022-1028.
- Foa, E.B., Zoellner, L.A., Feeny, N.C. (2006). An evaluation of three brief programs for facilitating recovery after assault. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 29-43.
- Forbes, D., Creamer, M., Bisson, J.I., Cohen, J.A., Crow, B.E., Foa, E.B., ... Ursano RJ (2010). A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions. *Journal of Trauma Stress*, 23, 537-552.
- Forbes, D., Lewis, V., Parslow, R., Hawthorne, G., & Creamer, M. (2008). Naturalistic comparison of models of programmatic interventions for combat-related post-traumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 1051-1059.
- Forbes, D., Lloyd, D. D., Nixon, R. V., Elliott, P. P., Varker, T. T., Perry, D. D., . . . Creamer, M. M. (2012). A multisite randomized controlled effectiveness trial of cognitive processing therapy for military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 442-452.
- Forbes, D., Phelps, A.J., McHugh, A.F., Debenham, P., Hopwood, M. y Creamer, M. (2003). Imagery rehearsal in the treatment of posttraumatic nightmares in Australian veterans with chronic combat-related PTSD: 12-month follow-up data. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 509-513.
- Ford, J. D., Steinberg, K. L. y Zhang, W. (2011). A randomized clinical trial comparing affect regulation and social problem-solving psychotherapies for mothers with victimization-related PTSD. *Behavior Therapy*, 42(4), 560-578.
- Frans, Ö., Rimmö, P.-A., Åberg, L. y Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 291-299.
- Freedman, S.R. y Enright, R.D. (1996). Forgiveness as an intervention goal with incest survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 983-992.
- Frommberger, U., Stieglitz, R., Nyberg, E., Richter, H., Novelli-Fischer, U., Angenendt, J., Zaninelli, R. y Berger, M. (2004). Comparison between paroxetine and behaviour therapy in patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): A pilot study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 8, 19-23.
- Frost, N. D., Laska, K. M. y Wampold, B. E. (2014). The evidence for present-centered therapy as a treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 1-8.
- Frueh, B.C., Monnier, J., Yim, E., Grubaugh, A.L., Hamner, M.B. y Knapp, R.G. (2007). A randomized trial of telepsychiatry for post-traumatic stress disorder. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 13(3), 142-147.
- Frueh, B.C., Turner, S.M. y Beidel, D.C. (1995). Exposure therapy for combat-related PTSD: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 15, 799-817.
- Frueh, B.C., Turner, S.M., Beidel, D.C., Mirabella, R.F. y Jones, W.J. (1996). Trauma management therapy: A preliminary evaluation of a multicomponent behavioral treatment for chronic combat-related PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 7, 533-543.
- Galovski, T., Monson, C., Bruce, S. y Resick, P. (2009). Does cognitive-behavioral therapy for PTSD improve perceived health and sleep impairment? *Journal of Traumatic Stress*, 22, 197-204.
- García-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A., Parallada, M., Bousño, M. y Bobes, J. (2011). *Banco de instrumentos para la práctica de la psiquiatría clínica* (6ª ed.). Madrid: CYESAN.
- García-Vera, M.P. y Romero, L. (2004). Tratamiento psicológico de los trastornos por estrés derivados de los atentados del 11-M: De la psicología clínica basada en la evidencia a la práctica profesional. *Clínica y Salud*, 15, 355-385.
- Gavey, N. (1991). Sexual victimization prevalence among New Zealand University students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 464-466.
- Gerger, H., Munder, T. y Barth, J. (2014). Specific and nonspecific psychological interventions for PTSD symptoms: A meta-analysis with problem complexity as a moderator. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 601-615.
- Gerger, H., Munder, T., Gemperli, A., Nüesch, E., Trelle, S., Jüni, P. y Barth, J. (2014). Integrating fragmented evidence by network meta-analysis: Relative effectiveness of psychological interventions for adults with post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 44, 3151-3164.
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Drouin, M. y Guay, S. (2009). Effectiveness of cognitive behavioural therapy administered by videoconference for posttraumatic stress disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(1), 42-53.
- Gershuny, B.S., Cloitre, M. y Otto, M.W. (2003). Peritraumatic dissociation and PTSD severity: Do event related fears about death and control mediate their relation? *Behaviour Research and Therapy*, 41, 157-166.
- Gersons, B.P.R., Carlier, I.V.E., Lamberts, R.D. y Van der Kolk, B.A. (2000). Randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy for police officers with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 13, 333-347.
- Gidron, Y. (2002). Posttraumatic stress disorder after terrorist attacks: A review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 118-121.
- Gidron, Y., Gal, R., Freedman, S., Twiser, I., Lauden, A., Snir, Y. y Benjamin, J. (2001). Translating research findings to PTSD prevention: Results of a randomized-controlled pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 773-780.
- Gidron, Y., Gal, R., Givati, G., et al. (2007). Interactive effects of memory structuring and gender in preventing posttraumatic stress symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 179-182.
- Gilboa-Schechtman, E., Foa, E. B., Shafran, N., Aderka, I. M., Powers, M. B., Rachamim, L., et al. (2010). Prolonged exposure versus dynamic therapy for adolescent PTSD: a pilot randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 1034-1042.
- Gillespie, K., Duffy, M., Hackmann, A. y Clark, D.M. (2002). Community based cognitive therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder following the Omagh bomb. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 345-357.
- Gospodarevskaya, E. y Segal, L. (2012). Cost-utility analysis of different treatments for post-traumatic stress disorder in sexually abused children. *Children and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6:15. doi:10.1186/1753-2000-6-15
- Goldberg, L.R. (1999). The Curious Experiences Survey: A revised version of the Dissociative Experiences Scale: Factor

- structure, reliability, and relations to demographic and personality variables. *Psychological Assessment*, 11, 134-145.
- Graña, J.L. y Navarro, D. (2000). Modelo psicopatológico y tratamiento de un caso con un trastorno de estrés postraumático. *Psicología Conductual*, 8, 329-355.
- Grey, N., Young, K. y Holmes, E. (2002). Cognitive restructuring within reliving: A treatment for peritraumatic emotional "hotspots" in posttraumatic stress disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 37-56.
- Gros, D. F., Yoder, M., Tuerk, P. W., Lozano, B. E. y Acierno, R. (2011). Exposure therapy for PTSD delivered to veterans via telehealth: Predictors of treatment completion and outcome and comparison to treatment delivered in person. *Behavior Therapy*, 42(2), 276-283.
- Grunert, B.K., Smucker, M.R., Weis, J.M. y Rusch, M.D. (2003). When prolonged exposure fails: Adding an imagery-based cognitive restructuring component in the treatment of industrial accident victims suffering from PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 333-346.
- Grunert, B.K., Weis, J.M., Smucker, M.R. y Christianson, H.F. (2007). Imagery rescripting and reprocessing therapy after failed prolonged exposure for post-traumatic stress disorder following industrial injury. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 317-328.
- Hagenaars, M. A., van Minnen, A. y de Rooij, M. (2010). Cognitions in prolonged exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 421-434.
- Hammarbeg, M. (1992). Penn Inventory for Posttraumatic Stress Disorder: Psychometric properties. *Psychological Assessment*, 4, 67-76.
- Hans, E. y Hiller, W. (2013). A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 33, 954-964.
- Hapke, U., Schumann, A., Rumpf, H., John, U. y Meyer, C. (2006). Post-traumatic stress disorder: The role of trauma, pre-existing psychiatric disorders, and gender. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 299-306.
- Haro, J., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I. et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126, 445-451.
- Harvey, A.G., Bryant, R.A. y Tarrier, N. (2003). Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 501-522.
- Haug, T., Nordgreen, T., Öst, L. G. y Havik, O. E. (2012). Self-help treatment of anxiety disorders: A meta-analysis and meta-regression of effects and potential moderators. *Clinical Psychology Review*, 32(5), 425-445.
- Hembree, E.A., Foa, E.B., Dorfan, N.M., Street, G.P., Kowalski, J. y Tu, X. (2003). Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *Journal of Traumatic Stress*, 16, 555-562.
- Hensley, B.J. (2010). Manual básico de EMDR. Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos. Bilbao: desclee de Brouwer.
- Heresco-Levy, U., Kremer, I., Javitt, D.C., Goichman, R., Reshef, A., Blanaru, M. y Cohen, T. (2002). Pilot-controlled trial of D-cycloserine for the treatment of post-traumatic stress disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 5, 301-307.
- Heresco-Levy, U., Vass, A., Bloch, B., Wolosker, H., Dumin, E., Balan, L. et al. (2009). Pilot controlled trial of D-serine for the treatment of post-traumatic stress disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 12, 1275-1282.
- Hersen, M. y Last, C.G. (1993). *Manual de casos de terapia de conducta*. Bilbao: Desclee de Brouwer. (Original de 1985.)
- Hetrick, S.E., Purcell, R., Garner, B. y Parslow, R. (2010). Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*, 7, CD007316.
- Hickling, E.J. y Blanchard, E.B. (1997). The private practice psychologist and manual-based treatments: Posttraumatic stress disorder secondary to motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 191-203.
- Hickling, E.J. y Blanchard, E.B. (2006a). *Overcoming the trauma of your motor vehicle accident: A cognitive-behavioral treatment program*. Therapist guide. Londres: Oxford University Press.
- Hickling, E.J. y Blanchard, E.B. (2006b). *Overcoming the trauma of your motor vehicle accident: A cognitive-behavioral treatment program*. Client workbook. Londres: Oxford University Press.
- Hien, D., Wells, E., Jiang, H., Suarez-Morales, L., Campbell, A., Cohen, L. et al. (2009). Multisite randomized trial of behavioral interventions for women with co-occurring PTSD and substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 607-619.
- Hinton, D.E., Chhean, D., Pich, V., Safren, S.A., Hofmann, S.G. y Pollack, M.H. (2005). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for Cambodian refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: a cross-over design. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 617-629.
- Ho, M.S.K. y Lee, C.W. (2012). Cognitive behaviour therapy versus eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic disorder – is it all in the homework then? *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 62, 253-260
- Hofmann, S.G., Wu, J.Q. y Boettcher, H. (2013). D-cycloserine as an augmentation strategy for cognitive behavioral therapy of anxiety disorders. *Biology of Mood & Anxiety Disorders*, 3: 11. doi:10.1186/2045-5380-3-11
- Hofmann, S. y Smits, J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 621-632.
- Högberg, G., Pagani, M., Sundin, Ö., Soares, J., Åberg-Wistedt, A., Tärnell, B. et al. (2008). Treatment of post-traumatic stress disorder with eye movement desensitization and reprocessing: Outcome is stable in 35-month follow-up. *Psychiatry Research*, 159(1-2), 101-108.
- Hollifield, M., Sinclair-Lian, N., Warner, T.D. y Hammerschlag, R. (2007). Acupuncture for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled pilot trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 504-513.
- Holmes, E.A., Arntz, A. y Smucker, M.R. (2007). Imagery rescripting in cognitive behaviour therapy: Images, treatment techniques and outcomes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 297-305.
- Hyer, L., Davis, H., Boudewyns, P. y Woods, M.G. (1991). A short form of the Mississippi Scale for Combat-Related PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 510-518.

- Imel, Z. E., Laska, K., Jakupcak, M. y Simpson, T. L. (2013). Meta-analysis of dropout in treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(3), 394-404.
- Inda, M. Lemos, S., López, A.M. y Alonso, J.L. (2005). La simulación de enfermedad física o trastorno mental. *Papeles del Psicólogo, 26*, 99-108.
- Ironson, G., Freund, B., Strauss, J.L. y Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: A community—based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 113-128.
- Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Zand, S.O. y Dolatabadi, S. (2004). A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*, 358-368.
- Jacobs, J.R. y Bovasso, G.B. (1992). Toward the clarification of the construct of depersonalization and its association with affective and cognitive dysfunctions. *Journal of Personality Assessment, 59*, 352-365.
- Jaicox, L.H. y Foa, E.B. (1996). Obstacles in implementing exposure therapy for PTSD: Case discussions and practical solutions. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 3*, 176-184.
- Jaicox, L.H., Foa, E.B. y Morral, A.R. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 185-192.
- Jeffreys, M. D., Reinfeld, C., Nair, P. V., Garcia, H. A., Mata-Galan, E. y Rentz, T. O. (2014). Evaluating treatment of posttraumatic stress disorder with cognitive processing therapy and prolonged exposure therapy in a VHA specialty clinic. *Journal of Anxiety Disorders, 28*, 108-114.
- Jeffries, F. W. y Davis, P. (2013). What is the role of eye movements in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for post-traumatic stress disorder (PTSD)? A review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 41*, 290-300.
- Jehu, D. con Gazan, M. y Klassen, C. (1988). *Beyond sexual abuse: Therapy with women who were childhood victims*. Chichester: Wiley.
- Jones, J.C. y Barlow, D.H. (1990). The etiology of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology review, 10*, 299-328.
- Kangas, M., Henry, J.L. y Bryant, R.A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer; A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review, 22*, 499-524.
- Kanwar, A., Malik, S., Prokop, L.J., Sim, L.A., Feldstein, D., Wang, Z. y Murad, M.H. (2013). The association between anxiety disorders and suicidal behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety, 30*, 917-29.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. y Grebb, J.A. (1996). *Sinopsis de psiquiatría (7ª ed.)*. Buenos Aires: Panamericana. (Original de 1994.)
- Keane, T.M., Caddell, J.M. y Taylor, K.L. (1988). Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 85-90.
- Keane, T.M., Gerardi, R.J., Quinn, S.J. y Litz, B.T. (1992). Behavioral treatment of post-traumatic stress disorder. En S.M. Turner, K.S. Calhoun y H.E. Adams (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy (2ª ed., pp. 87-97)*. Nueva York: Wiley.
- Kearns, M. C., Ressler, K. J., Zatzick, D. y Rothbaum, B. O. (2012). Early interventions for PTSD: A review. *Depression and Anxiety, 29*(10), 833-842.
- Keeshin, B.R. y Strawn, J.R. (2014). Psychological and pharmacologic treatment of youth with posttraumatic stress disorder: An evidence-based review. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 23*, 399-411.
- Kehle-Forbes, S. M., Polusny, M. A., MacDonald, R., Murdoch, M., Meis, L. A. y Wilt, T. J. (2013). A systematic review of the efficacy of adding nonexposure components to exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*, 317-322.
- Kemp, M., Drummond, P. y McDermott, B. (2010). A wait-list controlled pilot study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for children with post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms from motor vehicle accidents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 15*, 5-25.
- Kessler, R.C. (2007). The global burden of anxiety and mood disorders: Putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) findings into perspective. *Journal of Clinical Psychiatry, 68* (Suppl 2), 10-19.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. y Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593-602.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O. y Ellen, E.W. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 617-627.
- Kessler, R. C., Rose, S., Koenen, K. C., Karam, E. G., Stang, P. E., Stein, D. J., . . . Carmen Viana, M. (2014). How well can post-traumatic stress disorder be predicted from pre-trauma risk factors? An exploratory study in the WHO world mental health surveys. *World Psychiatry, 13*, 265-274.
- Kessler, R.C., Ruscio, A.M., Shear, K. y Wittchen, H-U. (2009). Epidemiology of anxiety disorders. En M.M. Antony, y M.B. Stein, (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 19-33). Nueva York: Oxford University Press.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. y Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048-1060.
- Khoo, A., Dent, M. T. y Oei, T. S. (2011). Group cognitive behaviour therapy for military service-related post-traumatic stress disorder: Effectiveness, sustainability and repeatability. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 45*(8), 663-672.
- Kilpatrick, D.G. (1988). Rape Aftermath Symptom Test. En M. Hersen y A.S. Bellack (Eds.), *Dictionary of behavioral assessment techniques* (pp. 366-367). Elmsford, NY: Pergamon.
- King, A. P., Erickson, T. M., Giardino, N. D., Favorite, T., Rauch, S. A. M., Robinson, E., . . . Liberzon, I. (2013). A pilot study of group mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for combat veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD). *Depression and Anxiety, 30*, 638-645.
- Kleim, B., Grey, N., Wild, J., Nussbeck, F. W., Stott, R., Hackmann, A., . . . Ehlers, A. (2013). Cognitive change predicts

- symptom reduction with cognitive therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 383-393.
- Kliem, S. y Kröger, C. (2013). Prevention of chronic PTSD with early cognitive behavioral therapy. A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 753-761.
- Knaevelsrud, C. y Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*, 7, 13-13.
- Knaevelsrud, C. y Maercker, A. (2010). Long-term effects of an internet-based treatment for posttraumatic stress. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39, 72-77.
- Koenen, K.C., Amstadter, A.B. y Nugent, N.R. (2009). Gene-environment interaction in posttraumatic stress disorder: an update. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 416-426.
- Kornor H, Winje D, Ekeberg O, et al. (2008). Early trauma-focused cognitive-behavioural therapy to prevent chronic post-traumatic stress disorder and related symptoms: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 8, 81. doi:10.1186/1471-244X-8-81
- Koucky, E. M., Galovski, T. E. y Nixon, R. D. V. (2012). Acute stress disorder: Conceptual issues and treatment outcomes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(3), 437-450.
- Kowalik, J., Weller, J., Venter, J. y Drachman, D. (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of pediatric posttraumatic stress disorder: A review and meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(3), 405-413.
- Krakov, B., Kellner, R., Pathak, D. y Lambert, L. (1995). Imagery rehearsal treatment for chronic nightmares. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 837-843.
- Krakov, B. y Zadra, A. (2006). Clinical management of chronic nightmares: imagery rehearsal therapy. *Behavioral Sleep Medicine*, 4, 45-70.
- Krysinska, K. y Lester, D. (2010). Post-traumatic stress disorder and suicide risk: A systematic review. *Archives of Suicide Research*, 14, 1-23.
- Kubany, E.S. y Haynes, S.N. (2001). *Trauma Related Guilt Inventory. Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Kubany, E.S., Haynes, S.N., Abueg, F.R., Manke, F.P., Brennan, J.M. y Stahura, C. (1996). Development and validation of the Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI). *Psychological Assessment*, 8, 428-444.
- Kubany, E.S., Haynes, S.N., Leysen, M.B., Owens, J.A., Kaplan, A.S., Watson, S.B. y Burns, K.. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire.. *Psychological Assessment*, 12, 210-224.
- Kubany, E.S., Hill, E.E., Owens, J.A., Iannce-Spencer, C., McCaig, M.A., Tremayne, K.J. y Williams, P.L. (2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 3-18.
- Kubany, E.S., Leysen, M.B., Kaplan, A.S. y Kelly, M.P. (2000). Validation of posttraumatic stress disorder: The Distressing Event Questionnaire (DEQ). *Psychological Assessment*, 12, 197-209.
- Kuckertz, J. M., Amir, N., Boffa, J. W., Warren, C. K., Rindt, S. E. M., Norman, S., . . . McLay, R. (2014). The effectiveness of an attention bias modification program as an adjunctive treatment for post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 25-35.
- Labrador, F.J., Fernández-Velasco, M.R. y Rincón, P.P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 527-547.
- Labrador, F.J., Paz, P., de Luis, P. y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica: Programa de actuación*. Madrid: Pirámide.
- Labrador, F.J. y Rincón, P.P. (2003). Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: evaluación de un programa de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 905-932.
- Laffaye, C., Rosen, C., Schnurr, P. y Friedman, M. (2007). Does compensation status influence treatment participation and course of recovery from post-traumatic stress disorder?. *Military Medicine*, 172(10), 1039-1045.
- Lang, P.J. (1988). Fear, anxiety, and panic: Context, cognition, and visceral arousal. En S. Rachman y J.D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 219-236). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., van de Ven, J-P., Schrieken, B. y Emmelkamp, P.M.G. (2003). Interapy: A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the Internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 901-909.
- Lange, A., van de Ven, J-P., Schrieken, B. y Emmelkamp, P.M.G. (2001). Interapy. Treatment of posttraumatic stress through the Internet: a controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32, 73-90.
- Lanius, R. A., Brand, B., Vermetten, E., Frewen, P. A. y Spiegel, D. (2012). The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: Rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications. *Depression and Anxiety*, 29(8), 701-708.
- Lauterbach, D. y Vrana, S. (1996). Three studies on the reliability and validity of a self-report measure of posttraumatic stress disorder. *Assessment*, 3, 17-25.
- Lauterbach, D., Vrana, S., King, D.W. y King, L.A. (1997). Psychometric properties of the civilian version of the Mississippi PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 499-513.
- Le, Q. A., Doctor, J. N., Zoellner, L. A. y Feeny, N. C. (2014). Cost-effectiveness of prolonged exposure therapy versus pharmacotherapy and treatment choice in posttraumatic stress disorder (the optimizing PTSD treatment trial): A doubly randomized preference trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75, 222-230.
- Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J. y Greenwald, R. (2002). Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1071-1089.
- Lee, C. W. y Cuijpers, P. (2013). A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 231-239.

- Lenz, S., Bruijn, B., Serman, N. S. y Bailey, L. (2014). Effectiveness of cognitive processing therapy for treating posttraumatic stress disorder. *Journal of Mental Health Counseling*, 36, 360-376.
- Liebowitz, M.R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Lindauer, R.J.L., Boonin, J., Habraken, J.B.A., van Meijel, E.P.M., Uylings, H.B.M., Olff, M., et al. (2008). Effects of psychotherapy on regional cerebral blood flow during trauma imagery in patients with post-traumatic stress disorder: a randomized clinical trial. *Psychological Medicine*, 38, 543-554.
- Lindauer, R.J., Gersons, B.P., van Meijel, E.P., Blom, K., Carlier, I.V., Vrijlandt, I. y Olff, M. (2005). Effects of brief eclectic psychotherapy in patients with posttraumatic stress disorder: randomized clinical trial. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 205-212.
- Littrell, J. (1998). Is the reexperience of painful emotions therapeutic? *Clinical Psychology Review*, 18, 71-102.
- Litz, B.T., Blake, D.D., Gerardi, R.G. y Keane, T.M. (1990). Decision making guidelines for the use of direct therapeutic exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapist*, 13, 91-93.
- Litz, B.T., Engel, C.C., Bryant, R.A. y Papa, A. (2007). A randomized, controlled proof-of-concept trial of an Internet-based, therapist-assisted self-management treatment for posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 1676-1683.
- Litz, B.T., Salters-Pedneault, K., Steenkamp, M.M., Hermos, J.A., Bryant, R.A., Otto, M.W. y Hofmann, S.G.. (2012). A randomized placebo controlled trial of D-cycloserine and exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatry Research*, 46, 1184-1190.
- Liu, X.-h., Xie, X.-h., Wang, K.-y. y Cui, H. (2014). Efficacy and acceptability of atypical antipsychotics for the treatment of post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized, *double-blind*, placebo-controlled clinical trials. *Psychiatry Research*, 219, 543-549.
- Lohr, J.M., Tolin, D.F. y Lilienfeld, S.O. (1998). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing: Implications for behavior therapy. *Behavior Therapy*, 29, 123-156.
- Lovell, K., Marks, I.M., Norshirvani, H., Thrasher, S. y Livanon, M. (2001). Do cognitive and exposure treatments improve various PTSD symptoms differently? A randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 107-112.
- Mabey, L. y van Servellen, G. (2014). Treatment of post-traumatic stress disorder in patients with severe mental illness: A review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 42-50.
- Marchand, A., Beaulieu-Prévost, D., Guay, S., Bouchard, S., Drouin, M. y Germain, V. (2011). Relative efficacy of cognitive-behavioral therapy administered by videoconference for posttraumatic stress disorder: A six-month follow-up. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 20(3), 304-321.
- Marcus, S.V., Marquis, P. y Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy*, 34, 307-315.
- Margoob, M., Ali, Z. y Andrade, C. (2010). Efficacy of ECT in chronic, severe, antidepressant- and CBT-refractory PTSD: An open, prospective study. *Brain Stimulation*, 3, 28-35.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M. y Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317-325.
- Marshall, G.N., Orlando, M., Jaycox, L.H., Foy, D.W. y Belzberg, H. (2002). Development and validation of a modified version of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. *Psychological Assessment*, 14, 123-134.
- Martín, J.L. y de Paúl, J. (2005). Situaciones traumáticas: Un estudio sobre su prevalencia en población universitaria. *Psicología Conductual*, 13, 79-96.
- Mas, B. (1995). Trastorno por estrés postraumático: El abuso sexual infantil y su tratamiento. En J.M. Buceta y A.M. Bueno (Eds.), *Psicología y salud: Control del estrés y trastornos asociados* (pp. 385-419). Madrid: Dykinson.
- Makley, A.T. y Falcone, R.A. Jr (2010). Posttraumatic stress disorder in the pediatric trauma patient. *Seminars in Pediatric Surgery*, 19, 292-299.
- Markowitz, J.C., Petkova, E., Neria, Y., Van Meter, P.E., Zhaom Y., Hembree, E. . . . Marshall, R.D. (2015). Is exposure necessary? A randomized clinical trial of interpersonal psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 172, 430-440..
- Matulis, S., Resick, P.A., Rosner, R. y Steil, R. (2014). Developmentally adapted cognitive processing therapy for adolescents suffering from posttraumatic stress disorder after childhood sexual or physical abuse: A pilot study. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17, 173-190.
- McDonagh, A., Friedman, M., McHugo, G., Ford, J., Sengupta, A., Mueser, K., Demment, C.C., Fournier, D., Schnurr, P.P. y Descamps, M. (2005). Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 515-526.
- McEvoy, P. M., Grove, R. y Slade, T. (2011). Epidemiology of anxiety disorders in the Australian general population: Findings of the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian And New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 957-967.
- McHugh, R.K., Whitton, S.W., Peckham, A.D., Welgem J.A, y Otto, M.W. (2013) Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 595-602.
- McLay, R. N., Wood, D. P., Webb-Murphy, J. A., Spira, J. L., Wiederhold, M. D., Pyne, J. M. y Wiederhold, B. K. (2011). A randomized, controlled trial of virtual reality-graded exposure therapy for post-traumatic stress disorder in active duty service members with combat-related post-traumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(4), 223-229.
- McLean, C.P., Yeh, R., Rosenfield, D. y Foa, E.B. (2015). Changes in negative cognitions mediate PTSD symptom reductions during client-centered therapy and prolonged exposure for adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 68, 64-69.
- McPherson, J. (2012). Does narrative exposure therapy reduce PTSD in survivors of mass violence? *Research on Social*

- Work Practice*, 22(1), 29-42
- Meichenbaum, D. (1994). *A clinical handbook / practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder (PTSD)*. Waterloo, Ontario: Autor.
- Meichenbaum, D. (1994). Tratamiento de clientes con trastornos de estrés post-traumático: Un enfoque cognitivo-conductual. *Revista de Psicoterapia*, 5, 5-84.
- Meiser-Stedman, R. (2002). Towards a cognitive-behavioral model of PTSD in children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5, 217-232.
- Méndez, F.X. y Macià, D. (1994). Evaluación de los problemas de ansiedad. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación conductual hoy* (pp. 426-483). Madrid: Pirámide.
- Miles, J.V., Marshall, G.N. y Schell, T.L. (2008). Spanish and English versions of the PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C): Testing for differential item functioning. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 369-376.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós. (Original de 1991.)
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing* (2ª ed.). New York: Guilford.
- Moffitt, T., Caspi, A., Taylor, A., Kokaua, J., Milne, B., Polanczyk, G. et al. (2010). How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychological Medicine*, 40, 899-909.
- Monson, C.M., Schnurr, P.P., Resick, P.A., Friedman, M.J., Young-Xu, Y. y Stevens, S.P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 898-907.
- Morath, J., Gola, H., Sommershof, A., Hamuni, G., Kolassa, S., Catani, C., . . . Kolassa, I. (2014). The effect of trauma-focused therapy on the altered T cell distribution in individuals with PTSD: Evidence from a randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*, 54, 1-10.
- Morina, N., Wicherts, J. M., Lobbrecht, J. y Priebe, S. (2014). Remission from post-traumatic stress disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of long term outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 34, 249-255.
- Morland, L. A., Mackintosh, M., Greene, C. J., Rosen, C. S., Chard, K. M., Resick, P. y Frueh, B. C. (2014). Cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder delivered to rural veterans via telemental health: A randomized noninferiority clinical trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75, 470-476.
- Morland, L.A., Pierce, K. y Wong, M.Y. (2004). Telemedicine and coping skills groups for pacific island veterans with post-traumatic stress disorder: a pilot study. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 10(5), 286-289.
- Moser, J., Cahill, S. y Foa, E. (2010). Evidence for poorer outcome in patients with severe negative trauma-related cognitions receiving prolonged exposure plus cognitive restructuring: Implications for treatment matching in posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 72-75..
- Mott, J. M., Sutherland, R. J., Williams, W., Lanier, S. H., Ready, D. J. y Teng, E. J. (2013). Patient perspectives on the effectiveness and tolerability of group-based exposure therapy for posttraumatic stress disorder: Preliminary self-report findings from 20 veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 453-461.
- Mueller, M., Hackmann, A. y Croft, A. (2004). Post-traumatic stress disorder. En J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann y M. Mueller (Eds.). *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy* (pp. 183-201). Oxford: Oxford University Press.
- Mueser, K., Rosenberg, S., Xie, H., Jankowski, M., Bolton, E., Lu, W., et al. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 259-271.
- Muñoz, M., Roa, A., Pérez, E., Santos-Olmo, A.B. y de Vicente, A. (2002). *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid: Pirámide.
- Nam, D.-H., Pae, C.-U. y Chae, J.-H. (2013). Low-frequency, repetitive transcranial magnetic stimulation for the treatment of patients with posttraumatic stress disorder: A double-blind, sham-controlled study. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 11, 96-102.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2005). Post-traumatic stress disorder: the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Londres: National Institute for Clinical Excellence.
- Najavits, L. (2002). *Seeking Safety: Cognitive-behavioral therapy for PTSD and substance abuse*. Nueva York, Guilford
- Nelson, R. J. (2013). Is virtual reality exposure therapy effective for service members and veterans experiencing combat-related PTSD? *Traumatology*, 19, 171-178.
- Neuner, F., Catani, C., Ruf, M., Schauer, E., Schauer, M., & Elbert, T. (2008). Narrative exposure therapy for the treatment of traumatized children and adolescents (KidNET): From neurocognitive theory to field intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 641-664.
- Neuner, F., Kurreck, S., Ruf, M., Odenwald, M., Elbert, T. y Schauer, M. (2010). Can asylum-seekers with posttraumatic stress disorder be successfully treated? A randomized controlled pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39, 81-91.
- Neuner, F., Onyut, P.L., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, E. y Elbert, T. (2008). Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counselors in an African refugee settlement: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 686-694.
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U. y Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 579-587.
- Nickerson, A. et al. (2007, julio). A comparison of imaginal exposure, in vivo exposure, and their combination with cognitive therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. Comunicación presentada en el V World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies. Barcelona.
- Nickerson, A., Bryant, R. A., Silove, D. y Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical Psychology Review*, 31, 399-417.

- Nijdam, M.J., Gersons, B.P., Reitsma, J.B., de Jongh A. y Olf, M. (2012). Brief eclectic psychotherapy v. eye movement desensitization and reprocessing therapy for post-traumatic stress disorder: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 200, 224-231.
- Nixon, R. D.V. (2012). Cognitive processing therapy versus supportive counseling for acute stress disorder following assault: A randomized pilot trial. *Behavior Therapy*, 43(4), 825-836.
- Norberg, M., Krystal, J. y Tolin, D. (2008). A meta-analysis of D-cycloserine and the facilitation of fear extinction and exposure therapy. *Biological Psychiatry*, 63, 1118-1126.
- Norris, F.H. y Perilla, J.L. (1996). The Revised Civilian Mississippi Scale for PTSD: Reliability, validity, and cross-language stability. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 285-298.
- Norton, P. J. y Barrera, T. L. (2012). Transdiagnostic versus diagnosis-specific CBT for anxiety disorders: A preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depression and Anxiety*, 29(10), 874-882.
- Norton, P.J., Barrera, T.L., Mathew, A.R., Chamberlain, L.D., Szafranski, D.D., Reddy, R., . . . Smith, A. H. (2013). Effect of transdiagnostic CBT for anxiety disorders on comorbid diagnoses. *Depression and Anxiety*, 30, 168-173.
- Norton, P. y Philipp, L. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A quantitative review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 214-226.
- Norton, P.J. y Price, E.C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 521-531.
- O'Donnell, M.L., Alkemade, N., Nickerson, A., Creamer, M., McFarlane, A.C., Silove, D., . . . Forbes, D. (2014). Impact of the diagnostic changes to post-traumatic stress disorder for DSM-5 and the proposed changes to ICD-11. *British Journal of Psychiatry*, 205, 230-235.
- O'Donohue, W.T. y Elliot, A.N. (1992). Treatment of the sexually abused child: A review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 218-228.
- Olf, M., Langeland, W., Draiger, N. y Gersons, B.P.R. (2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 183-204.
- Oltmanns, T.F., Neale, J.M. y Davison, G.C. (1995). *Case studies in abnormal psychology* (4ª ed.). Nueva York: Wiley.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios de investigación*. Madrid: Panamericana. (Original de 1994.)
- Osuch, E. A., Benson, B. E., Luckenbaugh, D. A., Geraci, M., Post, R. M. y McCann U. (2009). Repetitive TMS combined with exposure therapy for PTSD: A preliminary study. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 54-59.
- Otto, M.W., Hinton, D., Korbly, N.B., Chea, A., Ba, P., Gershuny, B.S. y Pollack, M.H. (2003). Treatment of pharmacotherapy-refractory posttraumatic stress disorder among Cambodian refugees: a pilot study of combination treatment with cognitive-behavior therapy vs sertraline alone. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1271-1276.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. y Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Paunovic, N. (1997). Exposure therapy for post-traumatic stress disorder: Its relative efficacy, limitations and optimal application. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 26, 54-69.
- Paunovic, N. y Öst, L-G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1183-1197.
- Pereda, N., Arch, M., Peró, M., Guàrdia, J. y Forns, M. (2011). Assessing guilt after traumatic events: The Spanish adaptation of the Trauma-Related Guilt Inventory. *European Journal of Psychological Assessment*, 27, 251-257.
- Pereda, N. y Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect*, 31, 417-426
- Perkins, B.R. y Rouanzoin, C.C. (2002). A critical evaluation of current views regarding eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Clarifying points of confusion. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 77-97.
- Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V. y Karatzias, A. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 299-318.
- Powers, M.B., Halpern, J.M., Ferenschak, M.P., Gillihan, S.J. y Foa, E.B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30, 635-641.
- Puntí, J., Sánchez, D. y Raich, R.M. (2006). Tratamiento psicológico de un caso de estrés postraumático en una adolescente víctima de una guerra y agresión sexual mediante práctica psicológica basada en pruebas. En F.X. Méndez, J.P. Espada y M. Orgilés (Coords.), *Terapia psicológica con niños y adolescentes: Estudio de casos clínicos* (pp. 153-171). Madrid: Pirámide.
- Raskind, M. A., Peterson, K., Williams, T., Hoff, D. J., Hart, K., Holmes, H., et al. (2013). A trial of prazosin for combat trauma PTSD with nightmares in active-duty soldiers returned from Iraq and Afghanistan. *American Journal of Psychiatry*, 170, 1003-1010.
- Ray, W.J. y Faith, M. (1995). Dissociative experiences in a college age population: Follow-up with 1190 subjects. *Personality and Individual Differences*, 18, 223-230.
- Reger, G. M., Durham, T. L., Tarantino, K. A., Luxton, D. D., Holloway, K. M. y Lee, J. A. (2012). Deployed soldiers' reactions to exposure and medication treatments for PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. doi: [10.1037/a0028409](https://doi.org/10.1037/a0028409)
- Reinholt, N. y Krogh, J. (2014). Efficacy of transdiagnostic cognitive behavior therapy for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis of published outcome studies. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43, 171-184.
- Resick, P.A. y Calhoun, K.S. (2001). Posttraumatic stress disorder. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3ª ed., pp. 60-113). Nueva York: Guilford.
- Resick, P.A., Galovski, T., Uhlmansiek, M., Scher, C., Clum, G. y Young-Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to

- dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 243-258.
- Resick, P.A. y Miller, M.W. (2009). Posttraumatic stress disorder: Anxiety or traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 384-390.
- Resick, P.A., Nishith, P., Weaver, T.L., Astin, M.C. y Feuer, C.A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867-879.
- Resick, P., Nishith, P. y Griffin, M. (2003). How well does cognitive-behavioral therapy treat symptoms of complex PTSD? An examination of child sexual abuse survivors within a clinical trial. *CNS Spectrums*, 8, 351-355.
- Resick, P.A. y Schnicke, M.K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims*. Newbury Park, CA: Sage.
- Resick, P. A., Suvak, M. K., Johnides, B. D., Mitchell, K. S. y Iverson, K. M. (2012). The impact of dissociation on PTSD treatment with cognitive processing therapy. *Depression and Anxiety*, 29(8), 718-730.
- Resick, P. A., Williams, L. F., Suvak, M. K., Monson, C. M. y Gradus, J. L. (2012). Long-term outcomes of cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder among female rape survivors. *Journal of Consulting And Clinical Psychology*, 80(2), 201-210.
- Resnick, H., Acierno, R., Kilpatrick, D.G. y Holmes M. (2005). Description of an early intervention to prevent substance abuse and psychopathology in recent rape victims. *Behavior Modification*, 29, 156-188.
- Resnick, H., Acierno, R., Waldrop, A.E. et al. (2007). Randomized controlled evaluation of an early intervention to prevent post-rape psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2432-2447.
- Rhudy, J.L., Davis, J.L., Williams, A.E., McCabe, K.M., Bartley, E.J., Byrd, P.M. y Pruiksma, K.E. (2010). Cognitive behavioral treatment for chronic nightmares in trauma exposed persons: assessing physiological reactions to nightmare related fear. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 365-382.
- Richards, D.A., Lovell, K. y Marks, I.M. (1994). Post-traumatic stress disorder: Evaluation of a behavioral treatment program. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 669-680.
- Riley, K.C. (1988). Measurement of dissociation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 449-450.
- Rizvi, S.L., Vogt, D.S. y Resick, P.A. (2009). Cognitive and affective predictors of treatment outcome in cognitive processing therapy and prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 737-743.
- Robb, A. S., Cueva, J. E., Sporn, J., Yang, R. y Vanderburg, D. G. (2010). Sertraline treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder: A double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 20(6), 463-471.
- Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, et al. (2009). Systematic review and meta-analysis of multiple-session early interventions following traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 166, 293-301.
- Roberts, R.E., Roberts, C.R. y Xing, Y. (2007). Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *Journal of Psychiatric Research*, 41, 959-967.
- Robles, J.I. y Medina, J.L. (2002). *Intervención psicológica en las catástrofes*. Madrid: Síntesis.
- Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Campayo, J. et al. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119, 52-58.
- Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C. Meijer, A.M. y Stams, G.J. (2009). Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 599-606.
- Rodrigues, H., Figueira, I., Lopes, A., Gonçalves, R., Mendlowicz, M. V., Coutinho, E. S. F. y Ventura, P. (2014). Does D-cycloserine enhance exposure therapy for anxiety disorders in humans? A meta-analysis. *PLoS One*, 9(7), 1. doi:http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0093519
- Rolfesnes, E. S. y Idsoe, T. (2011). School-based intervention programs for PTSD symptoms: A review and meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 155-165.
- Rosen, G.M. y Lilienfeld, S.O. (2008). Posttraumatic stress disorder: An empirical evaluation of core assumptions. *Clinical Psychology Review*, 28, 837-868.
- Ross, C.A., Joshi, S. y Currie, R. (1990). Dissociative experiences in the general population. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1547-1552.
- Rothbaum, B.O., Astin, M.C. y Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 607-616.
- Rothbaum, B.O. y Foa, E.B. (1992). Exposure therapy for rape victims with post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapist*, 15, 219-222.
- Rothbaum, B.O., Foa, E.B. y Hembree, E. (2007). *Reclaiming your life from a traumatic experience: A prolonged exposure treatment program. Client workbook*. Londres: Oxford University Press.
- Rothbaum, B.O., Cahill, S.P., Foa, E.B., Davidson, J.R., Compton, J., Connor, K.M., Astin, M.C. y Hahn, C.G. (2006). Augmentation of sertraline with prolonged exposure in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 625-638.
- Rothbaum, B. O., Kearns, M. C., Price, M., Malcoun, E., Davis, M., Ressler, K. J., . . . Houry, D. (2012). Early intervention may prevent the development of posttraumatic stress disorder: A randomized pilot civilian study with modified prolonged exposure. *Biological Psychiatry*, 72(11), 957-963.
- Rothbaum, B.O., Price, M., Jovanovic, T., Norrholm, S. D., Gerardi, M., Dunlop, B., . . . Ressler, K.J. (2014). A randomized, double-blind evaluation of D-cycloserine or alprazolam combined with virtual reality exposure therapy for posttraumatic stress disorder in Iraq and Afghanistan war veterans. *The American Journal of Psychiatry*, 171, 640-648.
- Rowa, K., Gifford, S., McCabe, R., Milosevic, I., Antony, M.M. y Purdon, C. (2014). Treatment fears in anxiety disorders: Development and validation of the Treatment Ambivalence Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 979-993.

- Roy-Byrne, P.P., Craske, M.G., Sullivan, G., Rose, R.D., Edlund, M.J., Lang, A.J., ... Stein, M.B. (2010). Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: A randomized controlled trial. *JAMA*, *303*, 1921-1928.
- Rubin, D.C., Berntsen, D. y Bohni, M.K. (2008). A memory-based model of posttraumatic stress disorder: evaluating basic assumptions underlying the PTSD diagnosis. *Psychological Review*, *115*, 985-1011.
- Sarasua, B., Echeburúa, E. y de Corral, P. (1993). Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático en una víctima reciente de violación. *Análisis y Modificación de Conducta*, *19*, 189-213.
- Schaal, S., Elbert, T. y Neuner, F. (2009). Narrative exposure therapy versus interpersonal psychotherapy: a pilot randomized controlled trial with Rwandan genocide orphans. *Psychotherapy and Psychosomatics* *78*(5), 298-306.
- Schauer, M., Neuner, F. y Elbert, T. (2005). The victim's voice: A training manual for narrative exposure therapy. A treatment program for survivors of war, terror and torture. Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Schauer, M., Neuner, F. y Elbert, T. (2011). *Narrative exposure therapy: a short-term treatment for traumatic stress disorders* (2ª ed.). Cambridge/Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers, 2011a
- Scheeringa, M. S. y Weems, C. F. (2014). Randomized placebo-controlled D-cycloserine with cognitive behavior therapy for pediatric posttraumatic stress. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *24*, 69-77.
- Scheeringa, M. S., Weems, C. F., Cohen, J. A., Amaya-Jackson, L. y Guthrie, D. (2011). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six year-old children: a randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *52*(8), 853-860.
- Schneier, F. R., Neria, Y., Pavlicova, M., Hembree, E., Sun, E., Amsel, L. y Marshall, R. D. (2012). Combined prolonged exposure therapy and paroxetine for PTSD related to the World Trade Center attack: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, *169*(1), 80-88.
- Schnurr, P.P., Friedman, M.J., Engel, C.C., Foa, E.B., Shea, M.T., Chow, B.K., Resick, P.A., Thurston, V., Orsillo, S.M., Haug, R., Turner, C. y Bernardy, N. (2007). Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: a randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, *297*, 820-830.
- Schnurr, P.P., Friedman, M.J., Foy, D.W., Shea, M.T., Hsich, F.Y., Lavori, P.W., Glynn, S.M., Wattenberg, M. y Bernardy, N.C. (2003). Randomized trial of trauma focused group therapy for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 481-489.
- Schoolt, M., Putman, P. y van Der Does, W. (2013). Attentional bias modification in posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *82*(2), 99-105.
- Schottenbauer, M.A., Glass, C.R., Arnkoff, D.B., Tendick, V. y Gray, S.H. (2008). Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review and methodological considerations. *Psychiatry*, *71*, 134-168.
- Seidler, G.H. y Wagner, F.E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, *36*, 1515-1522.
- Shalev, A.Y., Bonne, O. y Eth, S. (1996). Treatment of posttraumatic stress disorder: A review. *Psychosomatic Medicine*, *58*, 165-182.
- Shalev, A.Y., Ankri, Y., Israeli-Shalev, Y. et al. (2012). Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment: results from the Jerusalem Trauma Outreach and Prevention Study. *Archives of General Psychiatry*, *69*(2), 166-176.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. Nueva York: Guilford.
- Shapiro, F. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Evaluation of controlled PTSD research. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *27*, 209-218.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2ª ed.). Nueva York: Guilford.
- Shapiro, F. (2004). *EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)*. Ciudad de México: Pax México.
- Shapiro, F. y Maxfield, L. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of Clinical Psychology*, *58*, 933-946.
- Sharpe, L., Tarrier, N., Rotundo, N. (1994). Treatment of delayed post-traumatic stress disorder following sexual abuse: a case example. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *22*, 233-242.
- Sheehan, D.V., Harnett-Sheehan, K. y Raj, B.A. (1996). The measurement of disability. *International Clinical Psychopharmacology*, *11* (suppl. 3), 89-95.
- Sherman, J.J. (1998). Effects of psychotherapy treatments for PTSD: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Traumatic Stress*, *11*, 413-435.
- Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J.B., Carlier, I.V.E., De Vries, M.H. y Gersons, B. P. R. (2007). Treatment of acute posttraumatic stress disorder with brief cognitive behavioral therapy: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 82-90.
- Simeon, D., Guralnik, O. y Schmeidler, J. (2001). Development of a Depersonalization Severity Scale. *Journal of Traumatic Stress*, *14*, 341-349.
- Simon, N.M., Connor, K.M., Lang, A.J., Rauch, S., Krulwicz, S., LeBeau, R.T., ... Pollack, M.H. (2008). Paroxetine CR augmentation for posttraumatic stress disorder refractory to prolonged exposure therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, *69*, 400-5.
- Skeffington, P. M., Rees, C. S. y Kane, R. (2013). The primary prevention of PTSD: A systematic review. *Journal of Trauma & Dissociation*, *14*(4), 404-422.
- Sledjeski, E.M., Speisman, B. y Dierker, L.C. (2008). Does number of lifetime traumas explain the relationship between PTSD and chronic medical conditions? Answers from the National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R). *Journal of Behavioral Medicine*, *31*, 341-349.
- Sloan, D. M., Feinstein, B. A., Gallagher, M. W., Beck, J. G. y Keane, T. M. (2013). Efficacy of group treatment for posttraumatic stress disorder symptoms: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and*

- Policy*, 5, 176-183.
- Sloan, D. M., Marx, B. P., Bovin, M. J., Feinstein, B. A. y Gallagher, M. W. (2012). Written exposure as an intervention for PTSD: A randomized clinical trial with motor vehicle accident survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 50(10), 627-635.
- Sloan, D. M., Marx, B. P. y Greenberg, E. M. (2011). A test of written emotional disclosure as an intervention for posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 299-304.
- Smith, P., Perrin, S., Dalgleish, T., Meiser-Stedman, R., Clark, D.M. y Yule, W. (2013). Treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 26, 66-72.
- Smith, P., Yule, W., Perrin, S., Tranah, T., Dalgleish, T. y Clark, D. (2007). Cognitive-behavioral therapy for PTSD in children and adolescents: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 1051-1061.
- Smits, J.A.J., Rosenfield, D., Otto, M.W., Marques, L., Davis, M.L., Meuret, A.E., . . . Hofmann, S.G. (2013a). D-cycloserine enhancement of exposure therapy for social anxiety disorder depends on the success of exposure sessions. *Journal of Psychiatric Research*, 47, 1455-1461.
- Smits, J.A.J., Rosenfield, D., Otto, M.W., Powers, M.B., Hofmann, S.G., Telch, M.J., Pollack, M.H. y Tart, C.D. (2013b). D-Cycloserine enhancement of fear extinction is specific to successful exposure sessions: evidence from the treatment of height phobia. *Biological Psychiatry*, 73, 1054-1058.
- Smucker, M.R. y Dancu, C. (2005). *Cognitive-behavioral treatment for adult survivors of childhood trauma: Imagery rescripting and reprocessing*. Oxford: Rowman & Littlefield. (Original de 1999.)
- Smucker, M.R., Dancu, C., Foa, E.B. y Niederee, J.L. (1995). Imagery rescripting: A new treatment for survivors of childhood sexual abuse suffering from posttraumatic stress. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 9, 3-17.
- Somers, J., Goldner, E., Waraich, P. y Hsu, L. (2006). Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorders: A Systematic Review of the Literature. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 51, 100-113.
- Spence, J., Titov, N., Dear, B. F., Johnston, L., Solley, K., Lorian, C., . . . Schwenke, G. (2011). Randomized controlled trial of Internet-delivered cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 28(7), 541-550.
- Spence, J., Titov, N., Johnston, L., Jones, M. P., Dear, B. F. y Solley, K. (2014). Internet-based trauma-focused cognitive behavioural therapy for PTSD with and without exposure components: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 162, 73-80.
- Spitzer, R.L., First, M.B. y Wakefield, J.C. (2007). Saving PTSD from itself in DSM-V. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 233-241.
- Stapleton, J.A., Taylor, S. y Asmundson, G.J.G.. (2006). Effects of three PTSD treatments on anger and guilt: Exposure therapy, eye movement desensitization and reprocessing, and relaxation training. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 19-28.
- Steckler, T. y Risbrough, V. (2012). Pharmacological treatment of PTSD—Established and new approaches. *Neuropharmacology*, 62(2), 617-627.
- Stein, D.J., Ipser, J. y McAnda, N. (2009). Pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder: A review of meta-analysis and treatment guidelines. *CNS Spectrums*, 14 (Suppl. 1), 25-31.
- Stein, M.B., Jang, K.L., Taylor, S., Vernon, P.A. y Livesley, W.J. (2002). Genetic and environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: A twin study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1675-1681.
- Stein, D.J., McLaughlin, K.A., Koenen, K.C., Atwoli, L., Friedman, M.J., Hill, E.D., . . . Kessler, R. C. (2014). DSM-5 and ICD-11 definitions of posttraumatic stress disorder: Investigating “narrow” and “broad” approaches. *Depression and Anxiety*, 31, 494-505.
- Stenmark, H., Catani, C., Neuner, F., Elbert, T. y Holen, A. (2013). Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 641-647.
- Stewart, R. y Chambless, D. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 595-606.
- Steuwe, C., Lanius, R. A. y Frewen, P. A. (2012). Evidence for a dissociative subtype of PTSD by latent profile and confirmatory factor analyses in a civilian sample. *Depression and Anxiety*, 29(8), 689-700.
- Strand, V.C., Pasquale, L.E. y Sarmiento, T.L. (2004). *Child and adolescent trauma measures A review*. West Harrison, NY: Children F.I.R.S.T. Recuperado de <http://www.ncswtraumaed.org/wp-content/uploads/2011/07/Child-and-Adolescent-Trauma-Measures-A-Review-with-Measures.pdf>
- Suliman, S., Troeman, Z., Stein, D. J. y Seedat, S. (2013). Predictors of acute stress disorder severity. *Journal of Affective Disorders*, 149, 277-281.
- Surís, A., Link-Malcolm, J., Chard, K., Ahn, C. y North, C. (2013). A randomized clinical trial of cognitive processing therapy for veterans with PTSD related to military sexual trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 28-37.
- Talbot, L. S., Maguen, S., Metzler, T. J., Schmitz, M., McCaslin, S. E., Richards, A., . . . Neylan, T. C. (2014). Cognitive behavioral therapy for insomnia in posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *Sleep*, 37, 327-341.
- Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faraguer, B., Reynolds, M., Graham, E. y Barrowclough, C. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 13-18.
- Tarrier, N. y Humphreys, L. (2000). Subjective improvement in PTSD patients with treatment by imaginal exposure or cognitive therapy: Session by session changes. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 27-34.
- Tarrier, N., Liversidge, T. y Gregg, L. (2006). The acceptability and preference for the psychological treatment of PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1643-1656.
- Tarrier, N. y Sommerfield, C. (2004). Treatment of chronic PTSD by cognitive therapy and exposure: 5-year follow-up.

- Behavior Therapy*, 35, 231-246.
- Tarrier, N., Sommerfield, C., Pilgrim, H., y Faragher, B. (2000). Factors associated with outcome of cognitive-behavioral treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 191-202.
- Taylor, S. (2003). Outcome predictors for three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17, 149-162.
- Taylor, S., Thordarson, D.S., Maxfield, L., Fedoroff, I.C. y Lovell, K. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three treatments for PTSD: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 330-338.
- Teubert, D. y Pinquart, M. (2011). A meta-analytic review on the prevention of symptoms of anxiety in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 1046-1059.
- Thünker, J. y Pietrowsky, R. (2012). Effectiveness of a manualized imagery rehearsal therapy for patients suffering from nightmare disorders with and without a comorbidity of depression or PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 50(9), 558-564.
- Titov, N., Andrews, G., Johnston, L., Robinson, E. y Spence, J. (2010). Transdiagnostic internet treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 890-899.
- Titov, N., Dear, B. F., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G. y McEvoy, P. (2011). Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 441-452.
- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L. y Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 32, 122-138.
- Tuerk, P. W., Wangelin, B., Rauch, S. A. M., Dismuke, C. E., Yoder, M., Myrick, H., . . . Acierno, R. (2012). Health service utilization before and after evidence-based treatment for PTSD. *Psychological Services*. Advance online publication. doi:[10.1037/a0030549](https://doi.org/10.1037/a0030549)
- Tuerk, P. W., Yoder, M., Grubaugh, A., Myrick, H., Hamner, M. y Acierno, R. (2011). Prolonged exposure therapy for combat-related posttraumatic stress disorder: An examination of treatment effectiveness for veterans of the wars in Afghanistan and Iraq. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(3), 397-403.
- Tuerk, P.W., Yoder, M., Ruggiero, K.J., Gros, D.E. y Acierno, R. (2010). A pilot study of prolonged exposure therapy for posttraumatic stress disorder delivered via telehealth technology. *Journal of Traumatic Stress*, 2 (1), 116-123.
- van den Hout, M. A., Rijkeboer, M. M., Engelhard, I. M., Klugkist, I., Hornsveld, H., Toffolo, M. B. y Cath, D. C. (2012). Tones inferior to eye movements in the EMDR treatment of PTSD. *Behaviour Research And Therapy*, 50, 275-279.
- van der Kolk, B.A., Stone, L., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M. y Spinazzola, J. (2014). Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75, e559-e565.
- van der Velden, P. y Wittmann, L. (2008). The independent predictive value of peritraumatic dissociation for PTSD symptomatology after type I trauma: A systematic review of prospective studies. *Clinical Psychology Review*, 28, 1009-1020.
- Vandervord Nixon, R., Sterk, J. y Pearce, A. (2012). A randomized trial of cognitive behaviour therapy and cognitive therapy for children with posttraumatic stress disorder following single-incident trauma. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 327-337.
- van Emmerik, A. A. P., Reijntjes, A. y Kamphuis, J. H. (2013). Writing therapy for posttraumatic stress: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 82-88.
- van Emmerik, A.A., Kamphuis, J.H. y Emmelkamp, P.M. (2008). Treating acute stress disorder and posttraumatic stress disorder with cognitive behavioral therapy or structured writing therapy: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 93-100.
- Van Etten, M.L. y Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.
- van Ingen, D.J., Freiheit, S.R. y Vye, C.S. (2009). From the lab to the clinic: Effectiveness of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 69-74.
- Van Minnen, A., Arntz, A. y Keijsers, G.P.G. (2002). Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: Predictors of treatment outcome and dropout. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 439-457.
- van Minnen, A. y Foa, E.B. (2006). The effect of imaginal exposure length on outcome of treatment for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 427-438.
- van Minnen, A. y Hagensars, M. (2002). Fear activation and habituation patterns as early process predictors of response to prolonged exposure treatment in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 359-367.
- van Minnen, A. y Hagensars, M. A. (2010). Avoidance behaviour of patients with posttraumatic stress disorder. Initial development of a questionnaire, psychometric properties and treatment sensitivity. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(3), 191-198.
- Vaughan, K., Armstrong, M., Gold, R. y O'Connor, N. (1994). A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 283-291.
- Veronen, L.J. y Kilpatrick, D.G. (1983). Stress management for rape victims. En D. Meichenbaum y M.E. Jaremko (Eds.), *Stress reduction and prevention* (pp. 341-374). Nueva York: Plenum.
- Walker, C.E., Bonner, B.L. y Kaufman, K.L. (1988). *The physically and sexually abused child: Evaluation and treatment*. Elmsford, NY: Pergamon.
- Walter, K.H., Dickstein, B.D., Barnes, S.M. y Chard, K.M. (2014). Comparing effectiveness of CPT to CPT-C Among U.S. veterans in an interdisciplinary residential PTSD/TBI treatment program. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 438-445.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., Laska, K. M., Benish, S., Miller, S. D., Flückiger, C., . . . Budge, S. (2010). Determining what

- works in the treatment of PTSD. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 923-933.
- Watson, C.G., Juba, M.P., Manifold, V., Kucala, T. y Anderson, P.E.D. (1991). The PTSD interview: Rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III-based technique. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 179-188.
- Watts, B. V., Landon, B., Groft, A. y Young-Xu, Y. (2012). A sham controlled study of repetitive transcranial magnetic stimulation for posttraumatic stress disorder. *Brain Stimulation*, 5, 38-43.
- Watts, B. V., Scnurr, P.P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W.B. y Friedman, M.J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 541-550.
- Weathers, F.W. y Keane, T.M. (2007). The criterion A problem revisited: Controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 107-121.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guildford.
- Wells, A. y Colbear, J. S. (2012). Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: A preliminary controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 68(4), 373-381.
- Wells, A. y Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: a preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 307-318.
- Wells, A., Walton, D., Lovell, K. y Proctor, D. (2014). Metacognitive therapy versus prolonged exposure in adults with chronic post-traumatic stress disorder: A parallel randomized controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-014-9636-6>
- Wells, A., Welford, M., Fraser, J., King, P., Mendel, E., Wisely, J. et al. (2008). Chronic PTSD treated with metacognitive therapy: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(1), 85-92.
- Williams, R.M., Davis, M.C. y Millsap, R.E. (2002). Development of the Cognitive Processing of Trauma Scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 349-360.
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. y ... Steinhausen, H.-C. (2001). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679.
- Wittchen, H.-U., Nelson, C. y Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.
- Wolf, E. J., Lunney, C. A., Miller, M. W., Resick, P. A., Friedman, M. J. y Schnurr, P. P. (2012). The dissociative subtype of PTSD: A replication and extension. *Depression and Anxiety*, 29(8), 679-688.
- Yehuda, R., Marshall, R., Penkower, A. y Wong, C.M. (2002). Pharmacological treatments of post-traumatic stress disorder. En P. Nathan y J. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (2ª ed., pp. 411-445). Nueva York: Oxford University Press.
- Zalta, A. K., Gillihan, S. J., Fisher, A. J., Mintz, J., McLean, C. P., Yehuda, R. y Foa, E. B. (2014). Change in negative cognitions associated with PTSD predicts symptom reduction in prolonged exposure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 171-175.
- Zayfert, C., DeViva, J.C., Becker, C.B., Pike, J.L., Gillock, K.L. y Hayes, S.A. (2005). Exposure utilization and completion of cognitive behavioral therapy for PTSD in a "real world" clinical practice. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 637-645.
- Zlotnick, C., Bruce, S.E., Shea, M.T. y Keller, M.B. (2001). Delayed posttraumatic stress disorder (PTSD) and predictors of first onset of PTSD in patients with anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 404-406.
- Zlotnick, C., Johnson, J. y Najavits, L. (2009). Randomized controlled pilot study of cognitive-behavioral therapy in a sample of incarcerated women with substance use disorder and PTSD. *Behavior Therapy*, 40, 325-336.
- Zoellner, L.A., Feeny, N.C., Cochran, B. y Pruiitt, L. (2003). Treatment choice for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 879-886.
- Zubizarreta, I., Echeburúa, E., Sarasua, B., y de Corral, P. (1998). Tratamiento psicológico del trastorno por estrés postraumático crónico en una víctima de agresión sexual no reciente. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 771-795.
- Zubizarreta, I., Sarasua, B., Echeburúa, E., de Corral, P., Sauca, D. y Emparanza, I. (1994). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa (Ed.), *Personalidades violentas* (pp. 129-152). Madrid: Pirámide.