



Facultat de Psicologia
 Departament de Personalitat, Avaluació
 i Tractament Psicològics

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Arturo Bados

28 de octubre de 2009

ÍNDICE

NATURALEZA.....	2
Trastorno por estrés agudo	5
EDAD DE COMIENZO Y CURSO	6
FRECUENCIA.....	8
PROBLEMAS ASOCIADOS	10
GÉNESIS Y MANTENIMIENTO.....	11
EVALUACIÓN.....	16
Entrevista.....	16
Cuestionarios.....	18
Cuestionarios de tipo diagnóstico para el TEPT	18
Cuestionarios generales sobre el TEPT.....	19
Cuestionarios sobre aspectos específicos relacionados con el TEPT.....	21
Cuestionarios de interferencia o discapacidad	24
Cuestionarios para el trastorno por estrés agudo.....	25
Observación y autorregistro	25
Registros psicofisiológicos.....	25
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.....	25
Eficacia del tratamiento psicológico	26
Tamaño del efecto, significación clínica y mantenimiento de los resultados	38
Variables predictoras.....	40
Utilidad clínica del tratamiento psicológico.....	42
Programas de intervención conductual breve para víctimas recientes	44
Exposición.....	48
Exposición terapéutica directa (Keane et al., 1992).....	49
Procedimiento de exposición de Foa	50
Otros procedimientos de exposición	53
Inoculación de estrés	53
Terapia de procesamiento cognitivo.....	55

Reestructuración cognitiva.....	56
Exposición.....	59
La terapia cognitiva de Ehlers y Clark	61
Reducir la reexperimentación y discriminar los estímulos disparadores.....	62
Modificar las valoraciones excesivamente negativas del trauma y de sus secuelas.....	63
Abandonar las estrategias cognitivas y conductuales disfuncionales	64
Reestructuración cognitiva durante la exposición.....	65
Fase 1. Revivir el trauma en la imaginación.....	65
Fase 2. Reestructuración cognitiva sin exposición.....	66
Fase 3. Reestructuración cognitiva dentro de la exposición.....	67
Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (DRMO).....	68
Reelaboración imaginal.....	72
Terapia metacognitiva	74
TRATAMIENTO MÉDICO	75
TABLAS	77
REFERENCIAS	87

NATURALEZA

El trastorno por estrés postraumático (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 intrusos; 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) (*American Psychiatric Association, 1994*).

El diagnóstico de TEPT según el DSM-IV requiere, además de los criterios A a 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, 1994*). La duración de 1 mes ha sido criticada porque no permite distinguir entre TEPT y la recuperación natural después de un trauma.

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; esto último es considerado como respuesta de evitación en el DSM-IV. 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 trastor-

no 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.

Sucesos traumáticos

Entre los sucesos traumáticos **experimentados directamente** se encuentran: combate militar, ataques personales violentos (agresión sexual, agresión física, atraco), secuestro, ser 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) o recibir un diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales (p.ej., cáncer, SIDA). 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 daño grave o muerte no natural de otra persona debido a asaltos violentos, accidente, guerra, desastres o la visión inesperada de cadáveres humanos o parte de los mismos. Los sucesos traumáticos **transmitidos** incluyen agresión personal violenta, accidente grave o daño grave experimentados por un familiar o amigo íntimo; muerte repentina e inesperada de un familiar o amigo íntimo; saber que un hijo padece una enfermedad potencialmente mortal.

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.

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, como el propio DSM-IV reconoce, eventos que no cumplen el criterio A1 (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 psicopatología, fuerza de las reacciones peritraumáticas y apoyo social). Cuarto, diversos autores han afirmado que el criterio A2 del DSM-IV (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). 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.

Reexperimentación persistente del suceso traumático

Esta reexperimentación tiene lugar de una o más de las siguientes cinco formas y el DSM-IV exige que se dé al menos una de ellas (*American Psychiatric Association, 1994*):

- **Recuerdos del suceso recurrentes e intrusos que causan malestar** y que incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. En los niños pequeños pueden aparecer juegos repetitivos en los que se expresan temas o aspectos del trauma; por ejemplo, tras un grave accidente de automóvil, un niño puede recrearlo repetidamente en sus juegos haciendo chocar sus coches.
- **Sueños recurrentes sobre el suceso que causan malestar.** En los niños pueden darse sueños terroríficos en los que no se puede reconocer el contenido; pueden tener pesadillas de monstruos, de rescatar a otros o de amenazas a sí mismos o a otros.
- **Actuar o sentir como si el suceso traumático estuviera repitiéndose;** se incluye aquí la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y memorias vívidas, repentinas y breves (reviviscencias o *flashbacks*), incluyendo las que ocurren al despertarse o intoxicarse con sustancias psicoactivas. En niños pequeños puede observarse una representación específica o escenificación del trauma. Las **reviviscencias** suelen ir acompañadas de una alta activación (sudoración, temblores, palpitaciones, disnea) y la persona puede sentirse inmovilizada e inconsciente de su entorno. Cualquier estímulo asociado con el trauma puede provocar reviviscencias, aunque la persona no sea consciente de esta conexión (Calhoun y Resick, 1993).
- **Malestar psicológico intenso al exponerse a** estímulos internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático. Por ejemplo, aniversarios de este suceso; tiempo frío y con nieve o guardias uniformados para supervivientes de campos de exterminio en climas fríos; tiempo húmedo y caluroso para los combatientes en el Sur del Pacífico; entrar en un ascensor para una mujer que fue violada en un ascensor.
- **Reactividad fisiológica** (taquicardia, actividad electrodermal, etc.) **al exponerse a** estímulos internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.

Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y disminución de la capacidad general de reacción

El DSM-IV exige que la disminución de la reactividad general no se diera antes del trauma y que se den tres o más de los siguientes siete criterios: a) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones relacionados con el suceso traumático; b) esfuerzos para evitar actividades, lugares o gente que hacen recordar el trauma; c) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma; d) reducción acusada del interés o de la participación en actividades significativas; e) sensación de desapego o distanciamiento de los demás; f) restricción de la gama de afectos (p.ej., incapacidad de sentir amor, capacidad muy reducida para sentir emociones asociadas con intimidad, ternura y sexualidad); g) sensación de un futuro con menos perspectivas (no se espera tener una profesión, casarse, tener hijos, llevar una vida normal o, en el caso de los niños,

convertirse en un adulto).

En realidad, este grupo de síntomas parece comprender realmente **dos categorías diferentes**, tal como han indicado diversos análisis factoriales: a) evitación, la cual incluye los tres primeros, y b) embotamiento emocional, la cual incluye los cuatro últimos. Es muy probable que ciertos tratamientos afecten a una de estas categorías, pero no a la otra, y que cada una de estas requiera, como sugieren Hickling y Blanchard (1997), diferentes técnicas.

Síntomas persistentes de activación aumentada (hiperactivación)

El DSM-IV exige que los siguientes cinco síntomas no estuvieran presentes antes del trauma y que se den dos o más de ellos: a) dificultades para conciliar o mantener el sueño (que pueden ser debidas a pesadillas recurrentes en las que el suceso traumático es revivido), b) irritabilidad o ataques de ira, c) dificultades para concentrarse o completar tareas, d) hipervigilancia y e) respuesta exagerada de sobresalto. Los ataques de ira son más frecuentes en ex-combatientes varones, pero no son raros entre las mujeres con TEPT y son muy atemorizantes para la persona cuando no son consecuentes con su comportamiento y autoconcepto previos al trauma.

Dado que el DSM-IV sólo exige cumplir 6 de los 17 síntomas incluidos en los criterios B, C y D, **la categoría diagnóstica del TEPT es muy heterogénea**, de modo que dos personas pueden presentar TEPT sin compartir ningún síntoma.

TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO

El trastorno por estrés agudo **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. Los **síntomas** para el diagnóstico del trastorno por estrés agudo son (*American Psychiatric Association*, 1994):

- **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).
- **Reexperimentación persistente del suceso traumático** al menos de una de las siguientes formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, memorias vívidas y repentinas (reviviscencias) recurrentes; o sensación de revivir la experiencia; o malestar al exponerse a lo que hace recordar el suceso traumático.
- **Evitación acusada de** los estímulos que hacen recordar el trauma (p.ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, gente).
- **Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación** (p.ej., dificultad para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada, inquietud motora).

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la **CIE-10** para la reacción a estrés agudo difieren de los del DSM-IV 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. A diferencia del DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 no exigen necesariamente la presencia de síntomas disociativos o de reexperimentación persistente del acontecimiento estresante (Organización Mundial de la Salud, 1994/2000).

EDAD DE COMIENZO Y CURSO

Según la *American Psychiatric Association* (1994), 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 un estudio epidemiológico estadounidense, la edad mediana de inicio ha sido 23 años (Kessler, Berglund et al., 2005). 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.

En cuanto a los **predictores del desarrollo del TEPT o de sus síntomas**, pueden distinguirse los predictores distantes y los próximos. 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) y frecuencia del trauma son variables muy importantes en el desarrollo del TEPT. 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), memorias muy perturbadoras que son experimentadas 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 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, las emociones peritraumáticas, la amenaza percibida para la vida y, en menor medida, el ajuste previo, la experiencia de uno o más traumas previos y la historia familiar de psicopatología. 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. 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, memorias, sentimientos, sensaciones).

Ahora bien, 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 mentales durante los primeros días o semanas tras el trauma. Estos problemas sesgarían el recuerdo de la disociación peritraumática.

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, 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.

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. Según Yehuda, Marshall y Giller (1998), cerca de la mitad de los casos **se recuperan** en los 3-6 primeros meses, mientras que en muchos otros (30-40%) los síntomas persisten más de 12 meses después del trauma. Según el *Nacional Comorbidity Survey*, sólo el 20% 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**. De acuerdo con Yehuda, Marshall y Giller (1998), a los 2-3 años la mayoría de las personas ya no presentan TEPT, pero en las que siguen presentando el trastorno, los síntomas tienden a intensificarse y a complicarse con trastornos comórbidos. Sin embargo, según el *Nacional Comorbidity Survey*, el 55% de las personas aún presentan TEPT después de 3 años.

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*, en cerca del 40% de las personas con TEPT, este nunca remite incluso después de muchos años (10) e independientemente de si han recibido tratamiento o no.

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.

FRECUENCIA

En un estudio sueco con 1.824 personas aleatoriamente seleccionadas, la prevalencia global (tener el trastorno en algún momento de la vida) fue del 5,6% (2 mujeres por cada hombre) (Frans et al., 2005). En el *National Comorbidity Survey Replication*, llevado a cabo con 5.692 estadounidenses adultos, la prevalencia **anual** fue 3,5% y la **global**, 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).

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 (ESE-MeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004). La prevalencia **anual** del TEPT fue **0,9%** (0,4% en varones y 1,3% en mujeres) y la **global**, **1,9%** (0,9% en varones y 2,9% en mujeres).

Las cifras de prevalencia son naturalmente mucho más altas en personas que han sufrido algún trauma. Se calcula que **al menos la mitad de las personas ha experimentado uno o más acontecimientos traumáticos**. Los hombres tienen una probabilidad algo mayor de experimentar sucesos traumáticos que las mujeres. En el *National Comorbidity Survey*, un 61% de los varones y un 51% de las mujeres informaron haber experimentado al menos un acontecimiento traumático; un trauma en el 27% de los varones y el 26% de las mujeres, y más de un trauma en el 34% de los varones y el 25% de las mujeres. 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).

La **prevalencia** (o hablando más exactamente, el **riesgo condicional**¹) **del TEPT tras la exposición a un suceso traumático** se sitúa entre el 15% y el 24% en la población general (Bebes et al., 2000, cap. 2; Breslau, 2001), aunque este porcentaje varía mucho según el tipo de trauma. En el *National Comorbidity Survey*, este porcentaje fue del **8,1% para los varones y 20,4% para las mujeres**. En general, las mujeres tienen el doble de probabilidad que los hombres de padecer TEPT subsecuentemente a eventos traumáticos. Breslau (2002) ha señalado que este mayor riesgo puede no reflejar una vulnerabilidad generalizada, sino una vulnerabilidad específica a desarrollar TEPT tras la violencia mediante asalto o ataque.

Según diversos estudios revisados por de Paúl (1995) y otros trabajos que se mencionan a continuación, la **prevalencia del TEPT en personas que han experimentado ciertos traumas** ha sido la siguiente:

- **Violación.** La prevalencia global del TEPT suele ser del 50% o superior en las víctimas de violación. Los porcentajes son mayores si el agresor es un extraño y si ha habido agre-

¹ 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.

sión física o amenaza con arma. Calhoun y Resick (1993) y Foa, Hearst-Ikeda y Perry (1995) citan otros datos interesantes. En un estudio retrospectivo la prevalencia global de TEPT fue del 31% en comparación con el 5% entre las no víctimas; la prevalencia actual fue del 11%. En dos estudios prospectivos (con menos problemas de recuerdo, por tanto) la prevalencia del TEPT, sin tener en cuenta el criterio temporal de al menos 1 mes de duración, fue del 90-94% a las 2 semanas de la violación, del 60-64% a las 4 semanas y del 47-51% a las 12 semanas. Todos los datos anteriores se refieren a mujeres. Sin embargo, el 6-10% de las víctimas adultas son hombres y el porcentaje puede subir hasta el 18% si se incluye a los niños. En comparación a las mujeres es más probable que los hombres desarrollen TEPT tras una violación: 65% contra 46% en el *National Comorbidity Survey* (Kessler et al., 1995).

Conviene tener en cuenta que la violación es algo frecuente. Según datos de estudios americanos, el 15-24% de las mujeres han sufrido al menos una violación y el 12-31% un intento de violación (Resick y Schnicke, 1993). En una investigación de alcance nacional citada por Foa, Hearst-Ikeda y Perry (1995), el 13% de las mujeres americanas habían sido violadas y el 11% habían sufrido un intento de violación al menos una vez. En otros estudios con universitarias americanas o neozelandesas en los que se tuvo en cuenta la peor agresión sexual sufrida, el 11-12% de las mujeres sufrieron un intento de violación y el 14-15% fueron violadas (Gavey, 1991). Sólo del 10% al 50% de las violaciones son denunciadas a la policía (Echeburúa et al., 1995).

Por otra parte, el 27% de las mujeres y el 12% de los hombres que sufrieron **acoso sexual con contacto genital** desarrollaron TEPT según el *Nacional Comorbidity Survey* (Kessler et al., 1995). La prevalencia del acoso sexual es mayor que la de la violación.

- **Malos tratos físicos y/o psicológicos.** En una muestra española femenina la prevalencia global del TEPT ha sido del 51%; el porcentaje fue del 48% entre las mujeres maltratadas física y psicológicamente y del 54% entre las maltratadas sólo psicológicamente (Zubizarreta et al., 1994). En el caso de los malos tratos físicos en la infancia, la prevalencia global ha sido del 22% en varones y 49% en mujeres según el *Nacional Comorbidity Survey* (Kessler et al., 1995). Según este mismo estudio, en el caso del abandono en la infancia la prevalencia global ha sido del 24% en varones y 20% en mujeres

En España, al menos el 11% de las mujeres padecen maltrato físico y/o psicológico. A diferencia de otros agentes estresantes, el maltrato físico y/o psicológico suele ser crónico y hay una diversidad de razones por las que una persona adulta puede aguantar dicha situación: miedo al agresor, indefensión, estar deprimida, falta de apoyo social, pensar que las cosas cambiarán, no querer reconocer el fracaso de la relación, sentirse más o menos culpable de lo que pasa, miedo a la soledad, minimización del maltrato, justificación de este, dependencia económica, dependencia afectiva, preocupación por los hijos, miedo al que dirán, altruismo (no querer dejar al otro "tirado": "¿cómo se las arreglará el pobre desgraciado?").

- **Asalto con violencia.** La prevalencia global del TEPT es al menos del 21% (Breslau et al., 1998). Foa, Hearst-Ikeda y Perry (1995) citan dos estudios prospectivos en los que la prevalencia del TEPT tras un asalto fue del 62-70% a las 2 semanas, del 40-48% a las 4 semanas y del 21-22% a las 12 semanas. Para casos de **ataque masivo con armas de fuego en un lugar público en tiempos de paz**, los datos son 20% de los varones y 36% de las mujeres un mes después.
- **Ataques terroristas.** Abenhaim et al. (1992, citado en Gidron, 2002) encontraron que la prevalencia del TEPT, evaluada 3-8 años después del suceso traumático, fue del 18%,

con un valor de 10,5% entre las víctimas que no sufrieron daños y un valor máximo de 30,7% entre las víctimas gravemente dañadas.

- **Ser amenazado con un arma o secuestrado.** La prevalencia global del TEPT ha sido del 1,9% en varones y 32,6% en mujeres según el *Nacional Comorbidity Survey* (Kessler et al., 1995).
- **Accidentes de tráfico.** La prevalencia global del TEPT es del 10-20% (amplitud 8-39%) (Gidron et al., 2001). Tres años después de un accidente, la prevalencia del TEPT fue del 11% en un amplio estudio longitudinal. Suele ser más frecuente el subsíndrome de TEPT, en el que hay un menor número de síntomas de evitación y embotamiento afectivo.
- **Desastres naturales.** La prevalencia global del TEPT ha oscilado entre 3,5% y 16% tras desastres como incendios, terremotos y erupciones volcánicas (Yehuda, Marshall y Giller, 1998).
- **Muerte inesperada y repentina de un ser querido.** La prevalencia global del TEPT es del 14% (Breslau et al., 1998).
- **Presenciar una agresión grave o un asesinato.** La prevalencia global del TEPT ha sido del 6,4% en varones y 7,5% en mujeres según el *Nacional Comorbidity Survey* (Kessler y cols, 1995).
- **Ex-combatientes del Vietnam.** La prevalencia global del TEPT fue 3,5% si no habían sido heridos, 20-40% si fueron heridos y cerca del 50% si fueron hechos prisioneros. Según un estudio de alcance nacional, la prevalencia actual en varones más de 10 años después del conflicto fue del 15% en conjunto y del 36% en aquellos expuestos a gran estrés bélico. En comparación, los porcentajes fueron del 2,5% en un grupo de veteranos no combatientes y del 1,2% en civiles; la prevalencia global fue del 31% de los ex-combatientes en conjunto (Keane et al., 1992).
- **Refugiados del sudeste asiático.** La prevalencia global del TEPT, evaluada 10-15 años después del suceso traumático, ha sido del 54-93%. La prevalencia actual ha oscilado entre el 11% y el 86% (Paunovic y Öst, 2001). Los porcentajes varían según la muestra, tipo de eventos traumáticos y país considerado.
- **Judíos víctimas del holocausto.** La prevalencia global del TEPT, evaluada más de 40 años después del suceso traumático, ha sido el 51% de los que estuvieron en campos de concentración y el 65% de los internados en campos de exterminio.

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 (*American Psychiatric Association*, 1994; Báguena, 2001).

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), los

suicidios e 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%). Según Connor y Butterfield (2003/2005), la frecuencia de intentos de suicidio en pacientes con TEPT es seis veces superior a la de la población general.

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%). 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 con 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, dolos crónico) 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, 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 viola-

ción 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) 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 procesamiento 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, incomprensión, 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 30% de la varianza en los síntomas del TEPT e incluso influyen en el riesgo a padecer cierto tipo de traumas, en concreto aquellos que implican violencia (robo, secuestro, ser golpeado, asalto sexual) (Stein et al., 2002). Esto último podría explicarse por la mediación de ciertos rasgos de personalidad, tales como el neuroticismo.

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. Kaplan, Sadock y Grebb (1994/1996) y de Paúl (1995) han señalado otros factores de vulnerabilidad que pueden facilitar la aparición o mayor gravedad del TEPT: sucesos traumáticos en la infancia (p.ej., maltrato físico, abuso sexual), ciertos rasgos de personalidad (dependiente, límite, neuroticismo), abuso/dependencia de alcohol actual o reciente, historia de trastornos psiquiátricos (p.ej., trastornos de ansiedad o afectivos). Estos factores pueden contribuir a la percepción de impredecibilidad y/o incontrolabilidad.

Se piensa que la **expectativa 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 expectativa, 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 memorias traumáticas), sino que estas propiedades se extiendan a otros muchos estímulos internos (pensamientos, recuerdos, 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 los fóbicos. 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; por ejemplo, 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 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 las memorias traumáticas asociadas. 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 reexpe-

rimentación del trauma (Jones y Barlow, 1990). La memoria del trauma no es una memoria completa y elaborada, sino una memoria fragmentada, afectiva, somatosensorial e incontrolable que es disparada por estímulos externos y sensaciones asociados, que parece que ocurra ahora (en vez de algo pasado) y que no está bien integrada con otras memorias autobiográficas; todo esto facilita una reexperimentación involuntaria de aspectos del trauma.

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., las memorias traumáticas sólo son accedidas 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 las memorias traumáticas.

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 las memorias vívidas y repentinas (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 ocurrido (*¿por qué a mí?, ¿por qué tuve que volver por ese camino?*). Estas cogniciones y emociones asociadas pueden facilitar igualmente las memorias intrusas, 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.

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.

Desde un **punto de vista biológico**, se ha argüido que es posible que los sistemas transmisores de la noradrenalina y dopamina queden alterados en respuesta al suceso traumático y que esto favorezca la aparición de reacciones de miedo en ausencia de estímulos amenazantes (falsas alarmas), síntomas intrusos (pesadillas, recuerdos), respuestas de sobresalto, irritabilidad y conducta agresiva. Se ha dicho además, que durante el evento traumático se produce una analgesia mediada por la liberación de opiáceos endógenos. La reexposición a los recuerdos del trauma provoca frecuentes respuestas opiáceas que pueden favorecer una *adicción* al trauma. Cuando la reexposición cesa, el nivel de opiáceos endógenos disminuye, aumenta la actividad adrenérgica y aparecen síntomas como respuestas de sobresalto, hipervigilancia, ansiedad y perturbaciones del sueño (Jones y Barlow, 1990). Finalmente, la disminución de noradrenalina (que puede seguir a un aumento de la misma ante estímulos asociados con el trauma) y serotonina puede dar lugar a síntomas de anhedonia, retraimiento social y embotamiento afectivo (Calhoun y Resick, 1993).

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 previos 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 (*American Psychiatric Association*, 1994). 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 per-

manecer 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. 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, 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 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 para el TEPT (*PTSD Interview*; Watson et al., 1991). Es una entrevista estructu-

rada 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; 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, activación). 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 Infantil Revisada de Impacto de Eventos Traumáticos (*Children's Impact of Traumatic Events Scale – Revised, CITES-R*; Wolfe et al., 1991). Se trata de una entrevista estructurada de 78 ítems, valorados según una escala de 3 puntos, que pretende evaluar el impacto del abuso sexual desde la perspectiva del niño (8-16 años). Se distinguen 11 subescalas distribuidas en cuatro dimensiones: TEPT (Pensamientos intrusos, Evitación, Hiperactivación, Ansiedad sexual), Reacciones Sociales (Reacciones negativas por parte de otros, Apoyo social), Atribuciones del Abuso (Autorresponsabilización/culpabilización, Autoeficacia [confianza en parar el abuso si sucede de nuevo], Vulnerabilidad, Mundo peligroso) y Eroticismo (esta dimensión hace referencia a ideas e impulsos sexuales).

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 es la **Entrevista para los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV (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 responder 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

Cuestionarios de tipo diagnóstico para el TEPT

Escala Diagnóstica Postraumática (*Postrumatic Diagnostic Scale, PDS*; Foa et al., 1997). Evalúa los criterios del TEPT según el DSM-IV (permitiendo así un posible diagnóstico, aunque esto es cuestionable) y la gravedad de los síntomas del trastorno. La escala comienza con una lista de 12 acontecimientos traumáticos (incluyendo una categoría de "otros") y el paciente tiene que marcar aquellos que ha experimentado u observado. Luego, 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 siguiente 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. 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 (Kubany, Haynes et al., 2000) 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. 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 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); 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. 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 (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) y la **Escala TEPT de Purdue - Revisada** (*Purdue PTSD Scale-Revised, PPTSD-R*; Lauterbach y Vrana, 1996).

Cuestionarios generales sobre el TEPT

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 em-

pleados para medir el impacto de sucesos traumáticos. Se trata de un cuestionario de 15 ítems que la persona valora en una escala 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*), la cual evalúa también los síntomas de hiperactivación (Weiss y Marmar, 1997, citado en Báguena et al., 2001, y en Echeburúa, Amor y de Corral, 2005). Consta de 22 ítems (siete de intrusión, ocho de evitación y siete de hiperactivación) que la persona valora en una escala 4 puntos (0, 1, 3, 5) según la frecuencia con que haya experimentado cada síntoma durante los últimos 7 días. Los análisis factoriales no respaldan la existencia de un factor 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 hacen 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*.

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 corres-

pondientes a los criterios B, C y D del DSM-IV. 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.

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 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

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 Culpabilidad Relacionada con el Trauma (*Trauma-Related Guilt Inventory, TRGI*; Kubany et al., 1996). 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.

Inventario de Cogniciones Postraumáticas (*Posttraumatic Cognitions Inventory, PCI*; 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) Autocul-pabilización 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).

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 Modificado de Experiencias Disociativas Peritraumáticas (*RAND Peri-traumatic 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 un 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, fanta-

sía/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 manifiesto 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.

Inventario Modificado de Miedos de Veronen-Kilpatrick (*Veronen-Kilpatrick Modified Fear Survey, VKMFS*; Veronen y Kilpatrick, 1980, citado en Echeburúa et al., 1995). Consta de 120 ítems referidos a elementos, situaciones o experiencias que pueden provocar miedo y que son valorados de 1 a 5. Presenta siete subescalas: a) miedo a animales, b) miedos clásicos, c) miedo a las relaciones sociales e interpersonales, d) miedo a situaciones que reflejan daño o malestar, e) miedo al fracaso o a la pérdida de autoestima, f) miedos diversos, y g) miedos relacionados con la violación; esta última subescala consta de 45 ítems. De todos modos, un análisis factorial ha puesto de manifiesto ocho factores que sólo coinciden en parte con los anteriores. El inventario puede consultarse en Echeburúa et al. (1995).

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.

Lista de Verificación de Síntomas 90-R (*Symptom Checklist-90-R, SCL-90-R*; Derogatis, 1977). Es un cuestionario que consta de 90 ítems calificados de 0 a 4 y que se ha utilizado frecuentemente para evaluar características psicopatológicas. El cuestionario tiene nueve subescalas: somatización, síntomas obsesivo-compulsivos, susceptibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Además, proporciona tres puntuaciones globales: a) Índice de Gravedad Global: suma de todas las puntuaciones dividida por 90. b) Índice de Malestar referido a Síntomas Positivos: suma de todas las puntuaciones dividida por el Total de Síntomas Positivos. c) Total de Síntomas Positivos: número de ítems contestados con una puntuación distinta de 0. El primero de estos índices ha sido muy empleado en investigaciones con víctimas de violación. Además, Saunders, Arata y Kilpatrick (1990) han identificado una subescala de 28 ítems que puede ayudar a la identificación inicial de personas con posible TEPT sub-

secuente a un delito. Por otra parte, conviene tener en cuenta que es normal y no indicativo de patología grave que las personas con TEPT, especialmente si el trauma es de tipo interpersonal, puntúen alto en las escalas de ideación paranoide y psicoticismo debido respectivamente a la pérdida de confianza en los demás y a la confusión de ciertos síntomas (reviviscencias) con otras experiencias extrañas (alucinaciones).

Cuestionario de Control de la Ansiedad (*Anxiety Control Questionnaire, ACQ*; Rapee et al., 1996). A través de sus 30 ítems, valorados de 0 a 5 según el grado en que se esté de acuerdo con ellos, evalúa el control percibido sobre las reacciones y síntomas de ansiedad ("puedo relajarme normalmente cuando quiero") y las amenazas y problemas externos ("poco puedo hacer para influir en los juicios de la gente sobre mí"). Se han identificado provisionalmente dos factores correspondientes a estos dos tipos de aspectos (reacciones emocionales y eventos externos). Se supone que una baja puntuación en este cuestionario tras el tratamiento indicaría una mayor probabilidad de recaída. El instrumento puede consultarse en la fuente original y en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

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 diversas escalas (0-5, 0-8, 0-10, etc.) en las que la persona valora la interferencia producida por sus problemas en su vida en general y/o la interferencia 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 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*; Cardaña 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 SASQR. 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 exposición 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 una patología nuclear que subyace a todos los trastornos de ansiedad considerados por el DSM-IV y la CIE-10.

Dentro de esta patología nuclear 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 culpabilidad². Esta patología compartida, 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.

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 un alto tamaño del efecto pre-post ($d = 1,29$) que ha sido significativamente mayor que el de los grupos control ($d = 0,14$); además, las mejoras se han mantenido en seguimientos de hasta 6 meses. Falta comprobar si el tratamiento en grupos con trastornos de ansiedad diferentes es igual de eficaz que el tratamiento con grupos homogéneos; de ser así, se facilitaría la aplicación y propagación de la terapia cognitivo-conductual.

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 en cinta** las grabaciones sobre descripciones de los mismos y **dibujar o jugar** en el caso de los niños.
- **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.
- **Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares** (DRMO, Shapiro, 1995, 2001, 2004). Es un procedimiento diseñado para el tratamiento de las memorias traumáticas 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.
- **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 cog-

² 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.

nitiva, 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 imaginariamente el trauma.

- **Terapia cognitiva conductual 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.

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 **reelaboración imaginacional** (Smucker, Dancu, Foa y Niederee, 1995), tratamiento que ha sido extendido a otros tipos de traumas (Arntz, Tiesema y Kindt, 2007; Grunert et al., 2003).

Otros tratamientos menos investigados han sido la hipnosis, la terapia psicodinámica breve y la psicoterapia ecléctica breve. Finalmente, hay un par de estudios no controlados que sugieren la eficacia a corto y medio plazo de la **terapia metacognitiva** para el TEPT (Wells y Sembi, 2004; Wells et al., 2008).

La bibliografía sobre el tratamiento del TEPT en adultos ha sido revisada por Astin y Resick (1997), Báguena (2003), Bisson et al. (2007), Blake, Abueg, Woodward y Keane (1993), Cloitre (2009), Foa (2000), Foa y Meadows (1997), Foa, Rothbaum y Furr (2003), 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 Benish, Imel y Wampold (2008), Bisson et al. (2007), Bradley et al. (2005), Centro Nacional Colaborador para la Salud Mental (2005, citado en Butler et al., 2006), Sherman (1998) y van Etten y Taylor (1998). Una revisión centrada en niños y adolescentes es la de Cohen et al. (2000). 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 con ex-combatientes, víctimas de violación y grupos constituidos por pacientes con diversos traumas; en estudios no controlados ha sido eficaz además con víctimas de agresiones físicas y sexuales, incesto y accidentes. La exposición es el tratamiento que cuenta hasta el momento con pruebas más fuertes sobre su eficacia. 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, 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 imaginacional puede ser menos eficaz que cuando se combina con exposición en vivo**. En dos estudios en los que se ha empleado sólo exposición imaginacional (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 imaginacional; 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 (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 mejor que la lista de espera.

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. 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). Otros dos estudios no controlados con pacientes con traumas de guerra y accidentes de tráfico también han mostrado que la ERV es eficaz.

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 de expresar sus sentimientos y actuar según sus necesidades. 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) han presentado la **terapia mediante exposición narrativa** para víctimas de guerra, terror y tortura. Esta terapia se ha mostrado más eficaz a corto y medio plazo que la psicoeducación (5 vs. 1 sesión respectivamente) (Bichescu et al., 2007) y que el aconsejamiento no directivo (Neuner et al., 2004). En dicha 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 y 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. Existen datos de que este tipo de terapia es también útil con niños (Catani et al., 2009; Neuner et al., 2008).

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.

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.

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.

En un estudio con pacientes que presentaban TEPT y otro trastorno mental grave (del estado de ánimo o psicótico) la combinación de reestructuración cognitiva y entrenamiento en respiración con el tratamiento usual (fármacos, aconsejamiento, rehabilitación vocacional) fue más eficaz que este último (Mueser et al., 2008).

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. Según Resick et al. (2008), la terapia completa no parece más eficaz que cada de uno de sus componentes por separado (reestructuración cognitiva, exposición). En un estudio posterior con la misma muestra inicial, 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. Monson et al. (2006) han mostrado que la terapia de procesamiento cognitivo es

más eficaz que la lista de espera en veteranos de guerra con TEPT subsecuente a traumas militares.

La **terapia cognitiva (TC)** de Ehlers y Clark ha resultado más eficaz que la lista de espera (Duffy, Gillespie y Clark, 2007; Ehlers et al., 2005), la evaluación repetida (Ehlers et al., 2003) y un libro de autoayuda (Ehlers et al., 2003). Suele extenderse hasta 12 sesiones de frecuencia semanal, aunque en un estudio sin asignación aleatoria ha sido aplicada en plan intensivo durante 1 semana y ha resultado igual de eficaz (Clark, 2006). 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, 1997³; 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).

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 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.

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 abajo al hablar de los programas multi-componentes.

La **desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (DRMO)** se ha mostrado eficaz para el tratamiento del TEPT en el postratamiento y seguimiento, tanto en estu-

³ 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).

dios 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). 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 contraste con el metaanálisis de van Etten y Taylor, el del Centro Nacional Colaborador para la Salud Mental (2005, citado en Butler et al., 2006) no halló que la DRMO y la terapia cognitivo-conductual difirieran ni en eficacia ni en la velocidad del cambio.

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. 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).

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 inoculación de estrés (Deville y Spence, 1999) han sido mejores que la DRMO. Así pues, los resultados no son concordantes, aunque los metaanálisis de Bisson et al. (2007), del Centro Nacional Colaborador para la Salud Mental (2005, citado en Butler et al., 2006) y de Seidler y Wagner (2006) no han hallado que la DRMO y la terapia cognitivo-conductual difieran en eficacia.

Por otra parte, cabe mencionar la **terapia de ensayo imaginal**, desarrollada por Krakow 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 se aplica en dos sesiones de 3 horas más una sesión de 1 hora, 3 semanas más tarde. A diferencia de la exposición, no se requiere imaginar las pesadillas. Para empezar, se explica al paciente la naturaleza de las pesadillas y se le enseña a realizar ejercicios de imaginación empleando escenas agradables. A continuación se le pide que: a) **Escriba una pesadilla reciente**; para minimizar el papel de la exposición, se suele pedir al paciente que elija una pesadilla que no implique una reproducción del evento traumático. b) **La cambie del modo que desee** para crear un conjunto diferente de imágenes, generalmente más positivo; este nuevo sueño tiene menos elementos negativos y más elementos positivos y de dominio que la pesadilla original (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 varios minutos. Finalmente, se dice al paciente que imagine la nueva escena 5-20 minutos cada día, pero no la pesadilla original. Caso de haber distintas pesadillas, se comienza por las menos traumáticas y se aplica el procedimiento a cada una de ellas. Si hay muchas 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).

Otros tratamientos que han resultado superiores a la lista de espera en algún estudio han sido la hipnosis (Brom et al., 1989), la psicoterapia psicodinámica (Brom et al., 1989) y la psicoterapia ecléctica breve, una combinación de TCC y aproximaciones psicodinámicas (Gersons et al., 2000; Lindauer et al., 2005, 2008). Esta última ha producido cambios en la circunvolución frontal media derecha que correlacionaron con cambios en los síntomas del TEPT (Lindauer et al., 2008). 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.

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.
- **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.

Por ejemplo, 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. 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). 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 medidas de TEPT, depresión, problemas de conducta, vergüenza y atribuciones relacionadas con el abuso; asimismo, los padres del primer grupo mejoraron más en diversas medidas.

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. 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. Es posible que los resultados puedan ser mejorados si previamente a la exposición se enseñan habilidades de regulación afectiva, como hicieron Cloitre et al. (2000) en el estudio comentado más arriba.

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.

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 fueron positivos, aunque el estudio no fue controlado. 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).

Najavits (2002) presenta una terapia cognitivo-conductual dirigida a tratar paralelamente el

TEPT y el abuso de sustancias. Esta terapia se ha mostrado eficaz y en un estudio con mujeres de bajos nivel socioeconómico en la que fue combinada con apoyo comunitario, fue superior a este apoyo comunitario, pero igual de eficaz que un tratamiento dirigido sólo al abuso de sustancias (Hien et al., 2004). 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.

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 memorias traumáticas; 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 incompreensión 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 autculpaibilización, 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 memorias 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 Calhoun, 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 las memorias traumáticas 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 y la DRMO se han mostrado claramente eficaces y sin diferencias entre ellos** (Benish, Imel y Wampold, 2008; Bisson et al., 2007; Bradley et al. 2005; Sherman, 1998; van Etten y Taylor, 1998). Según el metaanálisis de Bisson et al. (2007), estos tratamientos podrían ser más eficaces que el manejo del estrés y que otras terapias consideradas conjuntamente (terapia de apo-

yo, aconsejamiento no directivo, terapias psicodinámicas e hipnoterapia). Sin embargo, este metaanálisis ha sido criticado por Benish, Imel y Wampold (2008) por incluir en el grupo de otras terapias a terapias que no son realmente tales, sino intervenciones para controlar los efectos placebo. En su metaanálisis, Benish, Imel y Wampold (2008) no hallaron diferencias entre las 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 (resolución de problemas), 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 traumática. Para personas que se encuentran aún en ese tipo de situaciones (p.ej., violencia familiar, abuso sexual, guerra), se requieren otras intervenciones.

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. Sobre el **23%** de los pacientes **abandonan** la intervención una vez iniciada (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%). Teniendo en cuenta los estudios con 30 o más pacientes por condición, Arntz, Tiesema y Kindt (2007) calculan un 36% de abandonos para la exposición prolongada. El porcentaje de abandonos es mayor en la práctica clínica habitual. 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. 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), ansiedad, depresión y calidad de vida; también hay mejoras en salud percibida y calidad del sueño. El tamaño del efecto, calculado mediante la diferencia de medias estandarizada, 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. 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 las medidas del TEPT ha sido 1,31. Según los metaanálisis de Bisson et al. (2007) y el Centro Nacional Colaborador para la Salud Mental (2005, citado en Butler et al., 2006), 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), Centro Nacional Colaborador para la Salud Mental (2005, citado en Butler et al., 2006) 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).

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. 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.

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).

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 tratamiento 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

Se considerarán ahora los factores **predictores del abandono** del tratamiento y de los resultados de este. Una menor credibilidad en la terapia y una menor motivación han estado asociadas con el abandono en dos y un estudio respectivamente (Tarrier et al., 1999; Taylor, 2003). Por lo que respecta a la exposición imaginal prolongada, variables predictoras del abandono han sido el consumo de benzodiazepinas y el de alcohol (este último en varones) (van Minnen, Arntz y Keij-

sers, 2002). No parece que las variables demográficas ni las características del trauma predigan el abandono.

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, 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., 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.

- Variables que **no han predicho consistentemente** resultados negativos: sexo, 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)
- 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, 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 Hagenaars (2002) hallaron que los pacientes no mejorados presentaron una ansiedad más alta al inicio de la primera sesión de exposición.

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**: la implicación emocional en la primera sesión de exposición y la habituación entre sesiones (aunque no intra-

sesión). 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.

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 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. La TC de Ehlers y Clark incluyó exposición imaginal, exposición en vivo y reestructuración cognitiva verbal y conductual. Revivir el trauma en la imaginación y la reestructuración estuvieron estrechamente integrados. Una vez que los significados asociados con los puntos problemáticos de activación durante la exposición imaginal fueron identificados y reestructurados, se pidió a los pacientes que introdujeran los nuevos significados durante la exposición, ya fuera verbalmente o mediante técnicas de transformación de imágenes. 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).

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.

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 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).

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 despide 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 Maercker (2007) hallaron además que el programa permitía el establecimiento de una buena relación terapéutica, la cual correlacionó con los buenos resultados. 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 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.

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.

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 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 TCC.

En cuanto a la **aceptabilidad 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. Haría falta ver si estos resultados se replican con una población clínica. En este estudio, de las 27 universitarias que cumplieron criterios de TEPT según un cuestionario, el 74% eligió exposición y el 22%, sertralina. 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).

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). 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). 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 Clark (2003) han propuesto ofrecer en primer lugar la evaluación y luego llevar a cabo el tratamiento sólo con aquellos que permanecen sintomáticos.

Kilpatrick (1992) desarrolló un programa de tratamiento breve (**4-6 horas**) para tratar a víctimas recientes de **violación** (hasta 3 meses después de la misma) y que puede ser aplicado por paraprofesionales. La duración del programa está pensada teniendo en cuenta que el estrés extremo y la desorganización conductual presentes en las víctimas recientes de violación impiden

cualquier tratamiento que requiera una gran participación. La intervención, que aún no ha sido investigada de forma controlada, consta de **cuatro componentes**.

- **Entrevista inductora de afecto.** Tras entrenar brevemente a las víctimas en relajación y respiración profunda y conseguido un estado moderado de relajación se pregunta a las víctimas por la violación con el fin de reconstruir la situación anterior a la misma, el primer momento percibido de peligro, la violación y la situación posterior. En cada una de estas cuatro partes se pide a la víctima que vuelva a sentir lo que sintió en ese momento, que exprese esos sentimientos y que deje que su cuerpo experimente lo que sintió. Como consecuencia se produce una descarga emocional y una activación de memorias y sensaciones bloqueadas.
- **Conceptualización del miedo y ansiedad en términos de aprendizaje:** las reacciones de la víctima son esperables y es normal que se generalicen, el miedo puede ser más o menos intenso, las sensaciones no son incapacitantes, la ansiedad se manifiesta a nivel físico, conductual y cognitivo, etc.
- **Examen de las vías por las que la víctima se siente responsable o culpable por haber sido violada.** Se analizan los modos en que la mujer aprende a sentirse responsable de la violación, la influencia de los medios de comunicación, cine y fábulas en la atribución de dicha responsabilidad, y el condicionamiento de la mujer a sentirse responsable por el posible embarazo. Se examinan también las implicaciones del sentirse culpable y se anima a la víctima a reconocer el papel de algunas fuerzas sociales en la responsabilidad de la violación: socialización del varón para ser agresivo en el sexo, transmisión de que la mujer disfruta al ser forzada, etc.
- **Aprendizaje de habilidades de afrontamiento.** Se alienta a las víctimas a ser más asertivas (p.ej., trato con la policía y jueces, hablar con otros sobre el tema y decidir con quién). Para manejar los síntomas subsecuentes a la violación se enseña respiración profunda, relajación muscular y detención del pensamiento. Finalmente, se sugiere iniciar o reanudar actividades evitadas a causa del miedo (volver a trabajar, salir con amigos, tener relaciones afectivas y sexuales, etc.).

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 presentaron TEPT contra el 20% del grupo no tratado.

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 las memorias traumáticas, 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 **acci-**

dentos 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 habían 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 mejoría, 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.

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 procesos 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.

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 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).

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.

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 en cinta** las 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 circunstancias”). b) Acentúa la **distinción entre recordar y reencontrar** el evento traumático y permite así comprender que lo segundo, pero no lo primero, es peligroso. c) Ayuda a crear una **memoria organizada y coherente** del evento traumático. 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 la memoria traumática lleva a la **reducción de la ansiedad** y no a su aumento. y e) aumenta la **sensación de dominio**. 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 in-

formaron 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 las memorias traumáticas 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 de Foa

El procedimiento de **exposición de Foa** (Foa, Hembree y Rorhbaum, 2007; Foa y Rorhbaum, 1998; Rothbaum y Foa, 1992) incluye psicoeducación, entrenamiento en respiración, exposición imaginal y exposición en vivo. Es similar a la exposición directa de Keane, aunque difiere en algunos aspectos. El tratamiento es individual y puede ser llevado a cabo en 9 sesiones de 90 minutos. Las dos primeras sesiones están dedicadas a evaluación, acuerdo sobre conceptualización del problema, justificación del tratamiento y elaboración de una jerarquía de las principales actividades o situaciones temidas y/o evitadas, pero que son seguras; por ejemplo, en el caso de una mujer violada, acudir a fiestas, salir sola, permanecer sola en casa, hablar con hombres. La exposición en vivo a estas situaciones temidas comienza ya en la segunda sesión. Un manual para el paciente puede verse en Rothbaum, Foa y Hembree (2007).

- La 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**. 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 fisiológicas, 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. Asimismo, tras algunas exposiciones, se anima al paciente a concentrarse en los aspectos más perturbadores de sus memorias.

Las descripciones son repetidas varias veces en cada sesión, sin pausas en medio, durante **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 vigilarse que la **ansiedad se reduzca** antes de terminar una sesión; es decir, aunque hayan pasado los 60 minutos, la exposición imaginal no será terminada si el paciente sigue con mucho malestar. En aquellos casos en que la ansiedad no se reduce gradualmente, pueden emplearse verbalizaciones de afrontamiento (p.ej., *"pero usted va a sobrevivir"*). Terminada la exposición, se reserva un tiempo en que cliente y terapeuta hablan de las experiencias de aquel con la exposición.

Conviene señalar aquí que 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 Hagenars (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 cada día la cinta grabada**. Sin embargo, conviene tener en cuenta que la mayoría de los clientes no practican diariamente (Scott y Stradling, 1997, citado en van Minnen, Arntz y Keijsers, 2002).
- Se pide al cliente que **realice ciertas tareas de exposición en vivo a estímulos temidos**, pero objetivamente seguros. 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 (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. 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.

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 (habituaación) mejoran mucho más con el tratamiento en una diversidad de medidas que los clientes de los grupos alta implicación/baja habituaación y baja implicación/baja habituaación. Así pues, **tanto la implicación emocional como la habituaación 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 la memoria traumática suscite ansiedad y reviviscencias (Jaycox, Foa y Morral, 1998). La implicación emocional con sus memorias traumáticas 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 abajo. 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 memorias al revivir el trauma reflejan **derrota mental o ausencia de planificación mental**. También mejoran menos los clientes cuyas memorias 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 las memorias al revivir el trauma reflejan derrota mental o ausencia de planificación mental o las memorias 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 en la misma experiencias de dominio**.

La ansiedad arrolladora, la disociación, las reviviscencias muy intensas, la ira intensa y el embotamiento emocional pueden impedir el procesamiento emocional durante la exposición (Cook, Schnurr y Foa, 2004; Jaycox y Foa, 1996). Los clientes que presentan una **ansiedad excesiva** y persistente, disociación y/o reviviscencias muy intensas durante la exposición 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. En estos casos se requeriría un **enfoque más graduado** (p.ej., incrementar gradualmente el tiempo de exposición imaginal, dejar tener los ojos abiertos, permitir cortas pausas para relajarse o regularizar la respiración, relatar en tiempo pasado y en forma de diálogo con el terapeuta, imaginar inicialmente la escena como si fuese una película) o el empleo de **estrategias de afrontamiento** (p.ej., relajación). También es posible que el cliente malinterprete la información de la exposición (la mujer anterior que atribuye la amabilidad de los hombres a intenciones perversas); en este caso, sería 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** las memorias traumáticas. 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 contribuyan 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 abajo. 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 las memorias traumáticas *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 Tarrrier, 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 cliente, 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 cliente 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 cliente 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 cinta 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 cliente debe terminar afrontando en la realidad las situaciones representadas.

- # **Práctica cognitiva** (llamada modelado encubierto por los autores). Su entrenamiento comienza cuando la cliente ya domina las habilidades anteriores. Se trata de visualizar escenas y situaciones ansiógenas e imaginarse que uno las afronta con éxito. Esta 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 cliente 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 cliente 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"; "concéntrate 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 cliente 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). La mayoría del trabajo terapéutico es llevado a cabo por los pacientes entre sesiones. La exposición se emplea para activar las memorias traumáticas 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 1** (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 historias 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 la memoria 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 abajo 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 2**.

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 cliente y esta debe ver cómo las primeras afectan a sus sentimientos y conductas. Es fundamental que la cliente 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 cliente 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 cliente 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 3**) que permiten poner en cuestión la validez de los pensamientos desadaptativos y los puntos de bloqueo.

El siguiente paso es presentar a la cliente 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 3) y se ayuda a la cliente 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 4**). 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 cliente 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 cliente 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 4).

Se revisan los ejemplos de errores cognitivos, se ayuda a la cliente a cuestionar los pensa-

mientos 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. Llegados aquí, se explica la **Hoja de Cuestionamiento de Creencias** (véase la **tabla 6**) y se completa una con la cliente empleando un punto de bloqueo previamente identificado. Después se ayuda a la cliente a elegir al menos un punto de bloqueo para trabajarlo en casa con la mencionada hoja; también se alienta a la cliente 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 6**).

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 cliente referidas al área, se establece si fueron alteradas o reforzadas por la violación y se determina si la cliente 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 cliente 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 relacio-

nes, tener intimidad con ciertas personas, seguir con las relaciones sexuales, etc.). La cliente recibe 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 cliente 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 cliente que conteste la **Hoja de Identificación de Supuestos** relacionados con la aceptación, competencia y control (véase la **tabla 5**) 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 cliente 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 cliente 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 las memorias y afectos y facilita la extinción de las emociones negativas. Además, permite que terapeuta y cliente identifiquen puntos de bloqueo. La cliente 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 cliente 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 cliente 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 cliente que **comience** escribiendo sobre **la más traumática**. Un **ejemplo** de relato puede verse en la **tabla 7**.

En la sesión, la cliente 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 clientes.

El terapeuta debe **permitir que la cliente 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 cliente 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 cliente 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 cliente que siga escribiendo sobre el trauma hasta que se recuperen las memorias 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 cliente 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 cliente 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 cliente 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 cliente 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 cliente 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 cliente 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 cliente que **añada entre paréntesis lo que está pensando y sintiendo mientras escribe** el relato. Si la cliente 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 cliente 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 cliente 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 cliente 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 cliente: 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 **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 la memoria 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 una cinta grabada 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 las memorias 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 la memoria 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 las memorias intrusas inducidas 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 las **memorias sobre el trauma pueden ser bastante inexactas o erróneas**. Esto es aún más evidente cuando la persona ha sufrido múltiples traumas, ya que entonces puede producirse una mezcla de memorias 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 de la memoria 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. Después se discute la experiencia y el significado de los puntos calientes identificados (momentos de máxima aflicción emocional en la memoria del trauma) (véase más abajo).

Discriminar los estímulos disparadores de las intrusiones implica normalmente dos fases: a) Un **análisis cuidadoso de cuándo y donde 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 la memoria 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 conductuales. Si la reexperimentación persiste, pueden emplearse técnicas de transformación imagi-

nal. 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 calientes** (momentos de máxima aflicción emocional en la memoria del trauma). Estos puntos calientes 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 la memoria 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 caliente 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 qué 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 la memoria 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 caliente. 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 lo ocurrido después**. Esta información actualizada sirve para cuestionar las valoraciones negativas excesivas y al igual que las valoraciones alternativas es incorporada en la memoria 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 deja de emplear la estrategia 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) El **revivir imaginalmente el trauma no persigue la habituación emocional** a la memoria dolorosa, sino la identificación de puntos calientes –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” de la memoria traumática. Cuando los pacientes vuelven a visitar el sitio del trauma, deben activar la memoria 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 la memoria 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 la memoria 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 caliente** 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 calientes 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 calientes 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 caliente, 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 detallada, 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 calientes 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 8**) 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 la memoria de eventos normales (p.ej., recuerdos de la adolescencia) es actualizada y reinterpretada a partir de la nueva información que se adquiere y que lleva a una nueva percepción o comprensión de los acontecimientos. En cambio, la memoria 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 la memoria traumática y actualizarla 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 8) y los ensaya en diversas ocasiones. Además, se aclara en qué momentos deberá emplear dichos argumentos (durante los puntos calientes).

No todos los puntos calientes pueden ser identificados durante la primera sesión de exposición; otros nuevos irán surgiendo en las sesiones posteriores. El 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 calientes 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 caliente**, 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 calientes. Después, se prosigue con el procedimiento de revivir el trauma en la imaginación, a partir del punto caliente que se ha trabajado, y se repite las veces que sea necesario. Todo el proceso es grabado en cinta y se pide al paciente que la escuche diariamente 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 cliente 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 caliente 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 guión similar al anterior se repitió tres veces en la primera sesión de reestructuración cog-

nitiva dentro de la exposición imaginal así como en dos sesiones posteriores. Además, la cliente escuchó entre sesiones la cinta en la que se había grabado el proceso de revivir imaginalmente toda la experiencia traumática. 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 una memoria 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 las memorias traumáticas 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 las memorias y atribuciones personales**, y ambos procesos parecían ser el resultado del procesamiento adaptativo de las memorias perturbadoras.

La DRMO consta de **ocho fases**, de las cuales las seis últimas se repiten en la mayoría de las sesiones (véase 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 de la patología 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.

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 la patología, las memorias tempranas en que esta 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 abajo), se pide a este que explore las memorias tempranas de aquellos eventos relacionados con la misma y que sean calificados con 5 o más en la escala de unidades subjetivas de alteración (**USAs**) que va de 0 (“neutral”) a 10 (“la más alta perturbación imaginable”). Estas memorias 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 USA, 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, cinta 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 de la memoria a reprocesar

Se trata de evaluar los componentes sensoriales, cognitivos, afectivos y corporales de la memoria seleccionada. El cliente debe hacer lo siguiente:

- Describir una **imagen** visual que sea la que mejor represente la memoria. 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 a la memoria 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 memoria; 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 unidades subjetivas de alteración (**USAs**) que va 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 0-1 USAs 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 nuevas memorias 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

El objetivo de esta fase es instaurar y fortalecer la creencia positiva identificada como sustituta de la creencia negativa original. Esta fase comienza cuando la memoria seleccionada 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 verdadera** dicha cognición.

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 fortale-

cer el sentimiento positivo.

Fase 7: Cierre

El terapeuta decide si la memoria ha sido procesada 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, memorias, 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 la/s memoria/s previamente reprocesada/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 la memoria trabajada, también se trabaja con DRMO. Finalmente, puede descubrirse en esta fase nuevo material a procesar una vez que la memoria previamente tratada haya sido completamente integrada.

REELABORACIÓN IMAGINAL

Es un nuevo tratamiento del TEPT pensado originalmente para **adultos que han sufrido abusos sexuales en la infancia** y que ha sido propuesto por 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 las memorias traumáticas, al menos las infantiles, están codificadas primariamente en forma de imágenes y no se puede acceder a ellas 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, pensamientos y afectos asociados con el evento traumático. 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. Todo esto permite **identificar y cuestionar 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 (1999).

- **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 afron-

tamiento 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 (Smucker et al., 1995, pág. 11).

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.

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 la **imaginación de dominio**.

Concluida la imaginación de dominio, 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 y se le entrega una **grabación de la sesión** para que la revise dos veces al día. El cliente debe apuntar su nivel de malestar antes y después de escuchar la cinta 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 cinta 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 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) han modificado algo el procedimiento de Smucker para utilizarlo con pacientes que presentan trastornos de personalidad. 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. En este último proceso, 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.

TERAPIA METACOGNITIVA

Esta terapia breve (8-11 sesiones) no requiere la habituación a las memorias del trauma ni modificar las cogniciones sobre el trauma o sus memorias; simplemente persigue desmontar las barreras que impiden el procesamiento normal de los eventos traumáticos. Los **componentes** que incluyeron en el estudio de Wells y Sembi (2004) fueron:

- a) **Explicar los efectos perjudiciales** de los estilos de pensamiento rumiación/preocupación y de la hipervigilancia hacia la amenaza.
- b) Pedir al paciente que analice las **ventajas y desventajas de ambos fenómenos**.
- c) Responder de un modo particular a los pensamientos intrusos, reviviscencias y pesadillas: **reconocer que ocurren y no comprometerse con ellos**; es decir, no cuestionar su significado, no intentar averiguar que ha pasado, no rumiar por qué ha sucedido, no preocuparse por el significado de los síntomas, no suprimir los pensamientos o evitar los síntomas.
- d) **Posponer la preocupación**; al experimentar fenómenos intrusos, reconocer su ocurrencia, decidir no preocuparse por ellos en el momento presente, sino pensar sobre ello al final del día (media hora) y dejar mientras tanto que los pensamientos desaparezcan por sí mismos.

- e) **Modificación de la atención.** El paciente debe ser consciente de cuándo presta atención a fuentes internas (sensaciones, memorias) y externas (p.ej., personas) de amenaza en situaciones que le recuerdan al trauma o en las que se siente vulnerable y parar su vigilancia hacia la amenaza. Para aplicar esta técnica, se le pide que practique de forma no sistemática ni prolongada en situaciones en las que se sienta vulnerable. Si es necesario (no lo fue en este estudio), se pide al cliente que redirija su atención a aspectos no amenazantes del ambiente exterior.

La terapia metacognitiva también incluye **simulaciones mentales de afrontamiento del trauma y desafío directo de las creencias metacognitivas disfuncionales sobre los síntomas**, aunque estos componentes no fueron aplicados en este estudio para minimizar la superposición con la exposición imaginal y la reestructuración cognitiva y poder evaluar así los efectos de las estrategias metacognitivas. 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). Si se confirmara la eficacia de la terapia metacognitiva simplificada, constituiría una primera línea de tratamiento fácil de aplicar y sin necesidad de un entrenamiento extenso en terapia cognitivo-conductual.

TRATAMIENTO MÉDICO

La eficacia del tratamiento farmacológico ha sido revisada por Albucher y Liberzon (2002), Báguena (2003), Bobes et al. (2000), Shalev, Bonne y Eth (1996), Stein, Ipser y McAnda (2009), van Etten y Taylor (1998) 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).

En cuanto a 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 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).

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 continuada** se ha mostrado superior al placebo en un par de estudios.

En un estudio reciente, la **mirtazapina** (15-45 mg/día), un modulador de la norepinefrina-serotonina, ha sido más eficaz que el placebo.

Algunos **anticonvulsivos o antiepilépticos** (lamotrigina, topiramato, tiagabina) se han mostrado superiores al placebo en el tratamiento del TEPT (Berlin, 2007). En pacientes que no han respondido a los antidepresivos serotoninérgicos, se han conseguido mejores resultados añadiendo **olanzapina o risperidona** (antipsicóticos atípicos) que placebo, aunque la magnitud de los efectos ha sido modesta para la mayoría de los pacientes.

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).

En resumen, los antidepresivos 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 (14%) 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. 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.

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.

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.

En un estudio con pacientes que empezaron tomando sertralina, fue más eficaz continuar la terapia con exposición prolongada que con sertralina en aquellos casos que sólo habían respondido parcialmente al fármaco (Rothbaum et al., 2006). En otro estudio con una muestra muy pequeña de refugiados camboyanos con TEPT que no habían respondido a una combinación de clonazepam 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).

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 ve prácticamente aumentada añadiendo sertralina.** En comparación al placebo, añadir sertralina a la TCC sólo fue más eficaz en una de de diversas medidas.

Un último fármaco a comentar es la **D-cicloserina**, un agonista parcial del receptor glutamatergico 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. Por el momento su posible papel potenciador de la terapia psicológica no ha sido estudiado en el TEPT.

TABLAS

Tabla 1. 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 cliente 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 cliente 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 cliente 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 subsecuentes, 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 cliente 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 1. 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 cliente 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 cliente empleando un punto de bloqueo previamente identificado.
- Identificar las creencias previas de la cliente referidas al área de seguridad, establecer si fueron alteradas o reforzadas por la violación y determinar si la cliente sigue manteniendo creencias negativas al respecto. En tal caso, discutir el impacto que tienen sobre las emociones y conductas y ayudar a la cliente 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 cliente 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 cliente 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 2. 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 intimidad 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 cuánto 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 3. 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 4. 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 apalizada, 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 5. 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 6. 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 protegí 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 7. 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 7. 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 8. 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 cliente 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

- 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.
- Albucher, R.C. y Liberzon, I. (2002). Psychopharmacological treatment in PTSD: A critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 36, 355-367.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders* (4ª 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., 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Berlin, H. (2007). Antiepileptic drugs for the treatment of post-traumatic stress disorder. *Current Psychiatry Reports*, 9(4), 291-300.
- 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., 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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., 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., 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.
- 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., 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.
- 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.
- 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.
- 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. y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- 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.
- 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.

- 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. (2003). 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., 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.
- Craske, M.G. y Tsao, J.C.I. (1999). Self-monitoring with panic and anxiety disorders. *Psychological Assessment*, 11, 466-479.
- 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.
- 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.
- de Paúl, J. (1995). Trastorno por estrés postraumático. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carrobes (Dir.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos: Vol. 1* (pp. 443-469). Madrid: Siglo XXI.
- Derogatis, L.R. (1977). *Manual I: Scoring, administration and procedures for the SCL-90*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- 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
- Difede, J., Cukor, J., Jayasinghe, N., Patt, I., Jedel, S., Spielman, L., Giosan, C. y Hoffman, H.G. (2007). Virtual reality exposure therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder following September 11, 2001. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 1639-1647.
- 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., 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.
- 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.
- 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 postraumático*. Barcelona: Ariel.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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-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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Hammarbeg, M. (1992). Penn Inventory for Posttraumatic Stress Disorder: Psychometric properties. *Psychological Assessment*, 4, 67-76.
- Harvey, A.G., Bryant, R.A. y Tarrier, N. (2003). Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 501-522.
- 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.
- Hersen, M. y Last, C.G. (1993). *Manual de casos de terapia de conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1985.)
- 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.A., Cohen, L.R., Miele, G.M., Litt, L.C. y Capstick, C. (2004). Promising treatments for women with comorbid PTSD and substance use disorders. *The American Journal Of Psychiatry*, 161, 1426-1432.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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., 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.
- 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.
- Kilpatrick, D.G. (1992). Tratamiento psicológico de las agresiones sexuales. En E. Echeburúa (Ed.), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad* (pp 145-161). Madrid: Pirámide.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Liebowitz, M.R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Lindauer, R. J.L., Booij, J., Habraken, J.B.A, van Meijel, E.P.M., Uylings, H.B.M., Olf, 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 Olf, 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Najavits, L. (2002). *Seeking Safety: Cognitive-behavioral therapy for PTSD and substance abuse*. Nueva York, Guilford
- 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., 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.
- 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. 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'Donohue, W.T. y Elliot, A.N. (1992). Treatment of the sexually abused child: A review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 218-228.
- 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.)
- 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.
- 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.
- 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.
- Rapee, R.M., Craske, M.G., Brown, T.A. y Barlow, D.H. (1996). Measurement of perceived control over anxiety-related events. *Behavior Therapy*, 27, 279-293.
- 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.
- 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., 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., 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.
- 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.
- Robles, J.I. y Medina, J.L. (2002). *Intervención psicológica en las catástrofes*. Madrid: Síntesis.
- 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.
- Saunders, B.E., Arata, C.M. y Kilpatrick, D.G. (1990). Development of a crime-related post-traumatic stress disorder scale for women within the Symptom Checklist-90-Revised. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 439-448.
- 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.
- 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.
- 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., Hsieh, 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.
- 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.
- 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., Olff, 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.
- 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.
- Smucker, M.R. y Dancu, C. (1999). Cognitive-behavioral treatment for adult survivors of childhood trauma: Imagery rescripting and reprocessing. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- 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.
- 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.
- 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.
- Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, 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.
- 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.
- 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 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 Hageaars, 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.
- 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.
- 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.
- 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. 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., 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.
- Wolfe, V.V., Gentile, C., Michienzi, T., Sas, L. y Wolfe, D.A. (1991). The Children's Impact of Traumatic Events Scale: A measure of post-sexual-abuse PTSD symptoms. *Behavioral Assessment*, 13, 359-383.
- 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.
- 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.
- Zoellner, L.A., Feeny, N.C., Cochran, B. y Pruitt, 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.

APÉNDICE. Otros instrumentos de evaluación en el trastorno por estrés postraumático.

ENTREVISTA

Escala de Resultados del Tratamiento del TEPT (*Treatment Outcome PTSD Scale, TOP-8*; Davidson, 1997) Pretende evaluar los resultados del tratamiento del TEPT. Presenta 8 síntomas correspondientes al evento traumático más perturbador y que se encuadran dentro de los tres grupos de criterios diagnósticos del TEPT según el DSM-IV. El clínico valora de 0 a 4 cuánto le han perturbado al cliente durante la última semana cada uno de los 8 síntomas. Se ha propuesto un punto de corte de 12. Puede consultarse en inglés en el *Journal of Clinical Psychiatry, 1999, 60* (suppl. 18), 78-79. Y en castellano en Bobes et al. (2000, 2002).

Escala de Valoración Global de Duke para el TEPT (*Duke Global Rating Scale for PTSD, DGRSP*; Davidson et al., 1998, citado en Bobes, 2000). El clínico evalúa de 1 a 7 en qué medida han cambiado para mejor o peor tres componentes del TEPT: intrusión, evitación/embotamiento e hiperactivación. En el cuarto ítem hace una valoración similar para el cambio total en el TEPT. Puede consultarse en Bobes et al. (2000, 2002).

CUESTIONARIOS DE TIPO DIAGNÓSTICO

Cuestionario de Experiencias Traumáticas (*Questionnaire to Rate Traumatic Experiences, QTR*; Davidson et al., 1993, citado en Bobes et al., 2000). Consta de tres partes. La primera lista 17 experiencias traumáticas frecuentes más una de tipo abierto, y el cliente debe decir para cada una si la ha sufrido, la edad que tenía y la duración de la experiencia. Después, el paciente selecciona la experiencia que más le desagrada recordar y contesta 9 preguntas sobre características de la misma. La tercera parte incluye 18 síntomas del TEPT; la persona debe contestar sí o no ha experimentado alguno de ellos en cualquier momento después del suceso. Este es un instrumento que puede ser útil con finalidades de cribado. Puede consultarse en Bobes et al. (2000).

Escala de Síntomas del TEPT (*PTSD Symptom Scale, PSS*; Foa, Riggs, Dancu y Rothbaum, 1993). Es un cuestionario con 17 ítems correspondientes a los síntomas del TEPT según el DSM-III-R. La gravedad de cada síntoma durante las dos últimas semanas es valorada según una escala de 0-3. Puede calcularse una puntuación total y tres puntuaciones parciales (reexperimentación del trauma, evitación, activación). Existe una versión de esta escala que puede emplearse como entrevista semiestructurada, lo cual parece aumentar el porcentaje de pacientes diagnosticados con TEPT.

Foa, E.B., Riggs, D.S., Dancu, C.V. y Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 6*, 459-473.

Escala de Trauma de Davidson (*Davidson Trauma Scale, DTS*; Davidson, 1996). Presenta cinco síntomas del TEPT y el cliente debe valorar, en referencia a la última semana, primero la frecuencia de 0 a 4 de cada uno de ellos y luego el grado en que le han perturbado (también de 0 a 4). Se ha propuesto un punto de corte de 40. Puede consultarse en el *Journal of Clinical Psychiatry, 1999, 60* (suppl. 18), 80.

Lista de Comprobación del TEPT (*PTSD Checklist, PC*; Blanchard et al., 1996). Consta de 17 ítems correspondientes a los síntomas del TEPT según el DSM-IV. La persona tiene que responder empleando una escala de intensidad de 1 a 5 en qué medida le ha perturbado cada uno de ellos durante el último mes.

Blanchard, E.B., Jones-Alexander, J., Buckley, T.C. y Forneris, C.A. (1996). Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy*, 34, 669-673.