



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 18 No. 3

Septiembre de 2015

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

Mario Guzmán Sescosse¹, Ferran Padrós Blázquez², Francisco Laca Arocena³
y Tonatiuh García Campos⁴.

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Universidad de Colima y
Universidad de Guanajuato.
México

RESUMEN

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) es una alteración que surge como consecuencia de haber experimentado o de haberle explicado a una persona un evento que pone en riesgo la vida o la integridad de un ser humano. La frecuencia del trastorno en México es difícil concretar según los estudios realizados, pero debido los elevados índices de violencia en la mayoría de estados de la República, es razonable inferir que su prevalencia en nuestro país es elevada. Por ello, es necesario conocer aquellos tratamientos que han mostrado evidencia de su eficacia. En el presente trabajo se describen y comparan las intervenciones, junto con sus resultados, para el TEPT: La Terapia de Exposición Prolongada (TEP), la Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC), La Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma (TCCCT) y la Desensibilización y Reprocesamiento del Movimiento Ocular (DRMO). Se realizó una búsqueda en diversos buscadores de publicaciones científicas en español e inglés tales como: Pubmed, Redalyc y Dialnet. Se trabajó con artículos de estudios experimentales y cuasi-experimentales Finalmente, se discuten los resultados encontrados y de las implicaciones clínicas derivadas de ellas.

¹ Doctorante del Doctorado Interinstitucional en Psicología y Psicólogo Clínico en Guadalajara. marioguzmans@hotmail.com.

² Doctor en Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo fpadros@uoc.edu.

³ Doctor en Psicología, Universidad de Colima, flarocena@gmail.com

⁴ Doctor en Psicología, Universidad de Guanajuato, tonat99@hotmail.com

Palabras clave: Trastorno por Estrés Postraumático, Terapia cognitivo Conductual, Terapia de Exposición Prolongada, terapia de Procesamiento Cognitivo, Desensibilización y Reprocesamiento del Movimiento Ocular.

EVIDENCE BASED PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS FOR POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

ABSTRACT

Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) is a disorder that arises from experiencing or have explained to a person an event that threatens the life or integrity of a human being. The frequency of the disorder in Mexico is difficult to specify according to studies, but because of the high levels of violence in most states of the Republic, it is reasonable to infer that its prevalence in our country is high. Therefore, it is necessary to know the treatments that have shown evidence of efficacy. In this paper we describe and compare interventions, along with their results, for PTSD: Prolonged Exposure Therapy (PE), Cognitive Processing Therapy (CPT), Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy (TFCBT) and Desensitization and Reprocessing Eye Movement (EMDR). A search was conducted in various scientific search engines in Spanish and English publications such as Pubmed, Redalyc and Dialnet. We worked with articles and finally experimental or quasi-experimental studies, the results are discussed and clinical implications derived from them.

Keywords: Posttraumatic Stress Disorder, Cognitive Behavioral Therapy, Prolonged Exposure Therapy, Cognitive Processing Therapy, Desensitization and Reprocessing Eye Movement.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) se presenta en sujetos que experimentaron, presenciaron o les explicaron algún acontecimiento con alto potencial traumático caracterizado por muerte o amenaza para su integridad física o la de otros (American Psychiatric Association, 2013). El TEPT conlleva: *Síntomas de reexperimentación*; recuerdos, sueños, ilusiones, alucinaciones o flashbacks del acontecimiento. *Síntomas de evitación*; evita pensamientos, conversaciones, lugares o personas asociadas al acontecimiento, además muestra desesperanza y restricción afectiva. *Síntomas de activación arousal*; Trastornos del sueño, ira, pobre concentración, hipervigilancia y sobresalto (APA, 2013).

Mc Pherson-Sexton (2006), sitúa la prevalencia del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en México en el 13%. Por su parte, Medina-Mora (2005), encontró una prevalencia de sólo el 1.45% en población Mexicana. Esta diferencia de hallazgos, así como el no contar con estudios epidemiológicos más recientes, dificulta conocer la prevalencia real del TEPT en México.

Sin embargo los elevados índices de violencia en nuestro país; 50,079 homicidios cometidos de enero del 2013 a septiembre del 2014; 1,529 secuestros y 4,988 extorsiones de Enero a Septiembre del 2014 (Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, 2014), hacen suponer que son muchas las personas que requieren tratamientos eficaces para dicho trastorno. En el presente trabajo se revisan y comparan, junto con su eficacia, las principales intervenciones psicológicas para el TEPT. Para ello se revisaron artículos originales de carácter experimental o cuasi-experimentales que fueron publicados en revistas indexadas y que se obtuvieron a través de diversos buscadores científicos como: Pubmed, Redalyc y Dialnet. Los artículos fueron tanto en Inglés como en Español y fueron organizados y analizados por tipo de intervención.

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS PARA EL TEPT

Existen diversos tratamientos que han mostrado evidencia sobre su eficacia en el tratamiento del TEPT; La Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma (TCCCT), La Terapia de Exposición Prolongada (TEP), la Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC) y la Desensibilización y Reprocesamiento del Movimiento Ocular (DRMO). En este trabajo se describen las características de cada uno de los tratamientos así como de los resultados obtenidos en diversas investigaciones. Se comentan algunas deficiencias y finalmente se incluyen propuestas de investigación futura.

Terapia de Exposición Prolongada (TEP)

La TEP ha sido desarrollada por Foa y Kozak (1985), como un tratamiento basado en la exposición imaginada y en vivo de los estímulos asociados con el evento traumático. Está basada en la teoría del aprendizaje donde se considera que el sujeto realizó asociaciones con diversos estímulos que fueron apareados al evento traumático, lo que generará que en el futuro

reexperimente el evento traumático al encontrar <<gatillos>> en el ambiente que elicitán la memoria traumática. Posteriormente, el sujeto buscará evitar dichas asociaciones para impedir la aparición de la ansiedad o en su defecto para disminuirla cuando se presente, dicha evitación será reforzada a través de un mecanismo de condicionamiento operante y de ese modo se mantendrá el trastorno.

La TEP tiene como objetivo que el paciente pueda tener un nuevo aprendizaje de la situación experimentada a través de la exposición al evento traumático en una condición controlada y sin los niveles de ansiedad originalmente experimentados, lo que da paso a una nueva asociación. Es un tratamiento protocolar específico para el TEPT y conlleva 4 áreas a trabajar con el paciente (Foa, Hembree, Cahill, Rauch, Riggs, Feeny, y Yadin, 2005):

- 1- Psicoeducación sobre las características y los mecanismos explicativos del mantenimiento de la sintomatología del TEPT, así como los efectos terapéuticos de la exposición y la necesidad de llevarla a cabo para lograr la recuperación del trastorno.
- 2- Técnicas del control de la ansiedad basadas en la respiración.
- 3- La exposición en vivo representa un aspecto medular de esta terapia. Se realiza una jerarquización de personas, situaciones y lugares donde el sujeto experimenta ansiedad (sin que exista un peligro real, pero que estos fueron asociados al evento traumático). Posteriormente, se acuerda el afrontamiento o la aproximación gradual a ellos hasta que la ansiedad disminuya, de tal forma que se genere un recondicionamiento y no evoquen más la ansiedad en el sujeto.
- 4- La exposición prolongada hace referencia al ejercicio de exposición de manera mental al trauma a través de la repetición del evento en exposición imaginada. El objetivo es que el sujeto reexperimente mentalmente el evento traumático, de la forma más vívida posible, identificando todos sus componentes como los sonidos, los aromas, las personas presentes, etc. y exponiéndose a ellos hasta que la ansiedad disminuya. Permitiendo así un nuevo aprendizaje que impida la reaparición de los síntomas en el futuro al pensar en ellos. Comúnmente se hace una sesión de imaginación en

el consultorio con el terapeuta donde se profundiza en lo que hemos señalado y ésta se graba para que el paciente la use como tarea cada día entre una sesión y otra.

El objetivo mayor de esta terapia es que los pacientes tengan una visión más racional de las situaciones temidas y evitadas que le permitan seguir con su vida diaria sin experimentar los elevados niveles de ansiedad y controlando los aspectos de la memoria traumática entendiendo que eso no forma parte del momento presente.

Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC).

La Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC) fue desarrollada por Resick y Schnicke (1992), con la intención de buscar el efecto de la reestructuración cognitiva, el diálogo socrático y el *writtens accounts* (WA), como técnica de exposición, que consiste en escribir los recuerdos del evento traumático, leerlos al terapeuta y el procesamiento emocional asociado a los recuerdos (Resick, Nishith, Weaver, Astin y Feuer, 2002) todo esto con la intención de comparar estos componentes frente a la terapia de exposición prolongada.

Esta terapia puede ser utilizada tanto en formato individual como en formato grupal y al igual que la TEP, la TPC cuenta con cuatro fases en el proceso de aplicación (Resick, Nishith, Weaver, Astin y Feuer, 2002):

- 1- Psicoeducación sobre el TEPT desde una perspectiva Cognitivo Conductual, es decir, haciendo énfasis en la relación entre las cogniciones incluyendo las creencias y la percepción que se tiene sobre el evento traumático y los síntomas del trastorno.
- 2- El procesamiento del trauma puede ser hecho con ejercicios de escritura acerca de lo ocurrido o con narración frente al terapeuta, después de ello se lleva a cabo el diálogo Socrático sobre lo sucedido en el evento traumático y el sentido que el paciente le ha otorgado. La finalidad es que se genere una nueva interpretación que aporte mayor esperanza y que sea más saludable para el paciente.
- 3- Detención del pensamiento; se le enseña al paciente cómo puede detener y modificar sus pensamientos y las interpretaciones que hace sobre lo sucedido. Lo cual permite al paciente que adopte una actitud más proactiva sobre su bienestar, convirtiéndose en su propio terapeuta.

- 4- **Reestructuración Cognitiva;** se busca que el paciente pueda hacer uso de las herramientas cognitivas para modificar no solo las interpretaciones sobre el evento traumático, sino también sobre los eventos del aquí y ahora y cómo las interpretaciones que les asigna influyen en la experiencia traumática. El objetivo mayor es modificar el esquema cognitivo activado por el evento en el paciente.

Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma (TCCCT)

Originalmente la TCCCT fue diseñada para atender a la población infantil y adolescente con TEPT (Cohen, Mannarion y Deblinger, 2006). Propuestas como la de Labrador, Fernández y Rincon (2009) y Cáceres-Ortiz, Labrador-Encinas, Ardila-Mantila, y Parada-Ortiz (2011). tienen como objetivo a la población adulta con dicho trastorno. El tratamiento es aplicado en un número de tan solo 8 sesiones de 60 minutos cada una y con una frecuencia semanal. Esta intervención se basa en la exposición imaginada al evento traumático y en exposición en vivo a situaciones evitadas. Además se trabaja con psicoeducación de la violencia y los síntomas del paciente. En técnicas de relajación basadas en la respiración. Identificación y modificación de creencias irracionales a través del A-B-C de Ellis y aumento de las actividades placenteras.

Desensibilización y Reprocesamiento del Movimiento Ocular (DRMO)

Shapiro (1989) y Coetzee y Regel, (2005), señalan que el procedimiento de este tratamiento se basa en la evaluación inicial que se hace al paciente. En ese momento el terapeuta busca, entre la narración del evento traumático, una cognición positiva; declaración positiva auto referente, auto validante que refleje autoestima y auto confianza, que promueve cambio y puede ser generalizable a otras situaciones, ej; “puedo cuidarme” o “soy una persona valiosa” y que se asocie con seguridad y calma. Dicha cognición será utilizada en los momentos en que la memoria traumática y las creencias asociadas a esta se disparen.

En las sesiones se realizan ejercicios de atención dual repetitivos de 30 segundos con las memorias traumáticas prestando atención a las cogniciones negativas, y las sensaciones corporales que se asocian a estas. Durante el

proceso se lleva a cabo una tarea motora, preferentemente el DRMO que consiste en movimientos oculares de lado a lado siguiendo el dedo del terapeuta, también se pueden utilizar tonos sonoros administrados por auriculares.

Dicho ejercicio será repetido hasta que se consiga un nivel de habituación tal, que el sujeto no reporte malestar emocional ante las memorias traumáticas. Posterior a ello, se le solicitará al sujeto que utilice las cogniciones positivas que se vieron en la evaluación, mientras se continúa con los ejercicios. Estos mismos culminan cuando el paciente reporta emociones positivas y un sentido del yo fortalecido ante las memorias traumáticas.

Pasado esto, se analizan situaciones desencadenadoras de memorias traumáticas y se explica al paciente la importancia de replicar el uso de memorias y cogniciones positivas en dicho momento. Además se le solicita que utilice un diario donde registre los momentos y situaciones que desencadenaron la memoria traumática y cómo reaccionó ante ello, recordando que es justo ahí donde debe hacer uso de las cogniciones positivas.

El supuesto teórico subyacente de por qué es efectiva esta técnica, radica en el procesamiento adaptativo de la información. Es decir, a través de los ejercicios de atención dual se genera un efecto de habituación ante las memorias traumáticas hasta tal punto que no provocan más las reacciones de malestar asociadas a ellas y se remplazan por las memorias y las cogniciones positivas antes comentadas promoviendo un cambio positivo en las creencias del individuo que conllevan procesos cognitivos, emocionales y de respuestas somáticas más adaptativos.

La duración de las sesiones es de entre 60 y 90 minutos y pueden variar en el número de aplicación que van desde 1 sola sesión hasta 12 o más dependiendo de la gravedad del trauma y la reacción del paciente. La frecuencia de aplicación va de una a dos semanales.

HALLAZGOS OBTENIDOS EN LAS INTERVENCIONES PARA EL TEPT

Resultados de la TEP

En un estudio aleatorizado de (Foa, Hembree, Cahill, Rauch, Riggs, Feeny, y Yadin, 2005), donde se compara el efecto de la TEP frente a la TEP con

Reestructuración Cognitiva TEPRC y la lista de espera. Se encontró que ambas intervenciones generaban mayores resultados que la lista de espera, que la TEPRC no era mejor que la TEP y que la eficacia de esta última perduraba después de un año en el 80% de los pacientes, en el 12% habían incluso mejorías después de ese tiempo y el 8% mostraba recaída en los síntomas del TEPT.

En otro estudio Foa, Dancu, Hembree, Jaycox, Meadows, y Street, (1999) en donde compararon el efecto de la TEP N = 25, frente a la Lista de Espera (LE) N= 15, Entrenamiento en Inoculación al Estrés (EIS) N = 26 y una combinación de PE+EIS N = 30, encontraron que las tres intervenciones eran superiores a la lista de espera. Sin embargo se observó que el tamaño del efecto en la disminución de los síntomas del TEPT era mayor con el uso de la TEP sólo que en combinación con EIS o frente a esta última sin TEP.

Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou y Trasher (1998), compararon el efecto de la TEP N = 23 frente a la Reestructuración Cognitiva (RC) N=19, la RC+TEP N = 24 y el Entrenamiento en Relajación (ER) N = 21, encontró que la RC y la TEP eran efectivas pero que el nivel de funcionamiento final era mejor en aquellos que habían recibido la TEP

Resultados de la TPC

En un estudio (Resick, 2002), con una N de 171 mujeres víctimas de violación se probó la efectividad de la TPC frente a la TEP y la atención mínima (AM). Las mediciones se realizaron pre y post, así como tres y nueve meses posteriores al tratamiento. Al finalizar el tratamiento sólo el 19% de los pacientes cumplían los criterios diagnósticos para el TEPT. Se observó que ambos tratamientos fueron igual de efectivos y superiores que la AM. Sin embargo la TPC mostró mejores resultados en 2 de 4 subescalas relacionadas con la culpa y mostrando un mejor estado de funcionamiento en el post tratamiento, a los tres meses, pero no a los nueve meses donde el estado de funcionamiento fue igual para ambos grupos.

Otro estudio Resick, Uhlmansieck, Clum, Galovski, Scher y Ch (2008), buscó dismantelar los componentes terapéuticos de la TPC y probar el valor relativo de cada uno; Terapia Cognitiva (TC), Relatos Escritos (RE) y protocolo completo (TPC). Contó con una N = 150 mujeres con historia de asalto físico y

sexual que cumplieran los criterios para el TEPT. Los mejores resultados fueron para la TC y la TPC reduciendo los síntomas de 30 puntos a 13 puntos en el seguimiento del post tratamiento. En el caso de RE la disminución fue de 30 a 20

Resultados de la TCCCT

Labrador, Fernández y Rincón (2009), utilizando un diseño cuasi experimental con una N = 20 de dos grupos independientes (grupo control y grupo de tratamiento) con medidas repetidas en el pre tratamiento, post tratamiento y seguimiento a los seis meses encontraron que el 80% de los sujetos no cumplía los criterios diagnósticos para el TEPT en la evaluación de post tratamiento. Además en las variables concomitantes como depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas. En cambio el grupo control no mostró mejoría ni en los síntomas del TEPT ni en las variables concomitantes.

Dichas mejorías fueron evaluadas a los seis meses con una prueba no paramétrica de rangos de Wilcoxon para muestras dependientes, encontrando que las mejorías se sostuvieron manteniéndose entre un 80% y 90% de mejoría.

Los resultados obtenidos son similares a los encontrados en la intervención en modo grupal con mujeres víctimas de violencia de pareja, Alonso y Labrador (2010), donde se elaboró un diseño cuasi experimental con una N = 23 de dos grupos independientes (grupo control y grupo de tratamiento) con medidas repetidas en el pre tratamiento, post tratamiento y seguimiento al mes, tres, seis y doce meses. Tanto en el post tratamiento como en las evaluaciones posteriores hubo una superación del TEPT en el 70% de los sujetos.

Resultados de la DRMO

En un ensayo clínico aleatorizado de Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund, y Muraoka (1998), con veteranos de guerra (N = 35) donde se comparó la DRMO, frente a la relajación con biofeedback y la lista de espera se obtuvieron los siguientes resultados:

Los veteranos en tratamiento con DRMO (N = 10) obtuvieron menos severidad de los síntomas del TEPT frente al grupo control (N = 12) y frente al grupo de

relajación con biofeedback ($n = 13$), de igual forma se obtuvieron mejores beneficios en el post tratamiento y en el seguimiento. Estas diferencias entre grupos se asociaron a grandes tamaños de el efecto a través (d de Cohen = 1.01, 1.07, y 1.01 respectivamente)

De igual forma Wilson, Becker, y Tinker (1995), llevaron a cabo otro ensayo clínico aleatorizado ($N = 80$), donde reclutaron adultos que experimentarían memorias traumáticas y les asignaron aleatoriamente una de dos condiciones: tres sesiones de 90 minutos de DRMO o un retraso de 6 semanas en el tratamiento como control (seguido de DRMO). Los resultados encontrados fueron los siguientes: los participantes con DRMO tuvieron mayores reducciones de pensamientos intrusivos, síntomas de evitación, y síntomas somáticos en relación con los participantes del grupo control. Estas diferencias entre los grupos se asocian a tamaños medios y grandes en el efecto.

SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS EN LOS TRATAMIENTOS

Existen un elemento en común en las cuatro propuesta revisadas; la exposición al evento traumático. Dicha exposición se hace imaginada (al evento traumático) y en vivo (situaciones temidas asociadas al evento traumático) (Foa, 2006), en Relatos escritos (Resick y Schnicke, 1992), en exposición imaginada (al evento traumático) y en vivo (a situaciones temidas) (Labrador, Fernández y Rincon, 2009), y a través de apareamiento de una memoria positiva con la memoria traumática (Shapiro, 1989).

Foa, Huppert y Cahill (2006), explican que la exposición es necesaria para modificar las cogniciones disfuncionales subyacentes que sostienen el TEPT. Para Resick (2002, 2008a, 2008b), la exposición tiene la finalidad de generar el procesamiento cognitivo interrumpido en el evento traumático. Además la exposición facilita la habituación en un contexto de seguridad donde el sujeto puede reexperimentar sin que exista un peligro real en el presente generando un cambio en el condicionamiento original.

Otras semejanzas se encuentran en las estrategias de tipo cognitivo conductual. La TEP, la TPC y la TCCCT trabajan en la identificación y modificación de las creencias sobre uno mismo, los demás y el mundo elicitadas por la experiencia traumática. También la TEP y la TCCCT trabajan con técnicas de relajación basadas en la respiración diafragmática.

En cuanto a los esquemas cognitivos subyacentes la TEP y la TPC trabajan con el esquema de vulnerabilidad o indefensión resultado de la experiencia traumática. Sin embargo la TPC trabaja además los esquemas de seguridad, control y poder, confianza, estima e intimidad.

La DRMO basa su intervención en la teoría de la información dual para sostener que la exposición a la memoria traumática junto con la memoria positiva generará habituación y una disminución de la respuesta traumática. Por lo tanto esta intervención no trabaja de manera directa la reestructuración cognitiva en la modificación de los esquemas subyacentes.

DEFICIENCIAS EN LAS INTERVENCIONES

Si bien las cuatro intervenciones han mostrado tener efectividad, existen algunas deficiencias necesarias de señalar. En el caso de la TCCCT de Labrador, Fernández y Rincon (2009), no se encontró estudios realizados por investigadores independientes que hallan realizado investigaciones donde se contrasten los hallazgos. Además, en los artículos revisados no se encontró el procedimiento de las sesiones, sesión por sesión que permita conocer, comprender y replicar la intervención.

La TPC cuenta con distintos recursos de entrenamiento y consulta para profesionales, para pacientes y familiares de pacientes. Resulta muy fácil encontrar su manuales gratuitos tanto en inglés como en español. Existen investigaciones realizadas por distintos investigadores que muestran la eficacia encontrada por Resick. Sin embargo, en el estudio Resick, Uhlmansieck, Clum, Galovski, Scher y Ch (2008), donde desmantela los componentes terapéuticos de su intervención encontró que el protocolo completo y la pura terapia cognitiva tenían los mismos efectos en cuanto a la disminución de síntomas del TEPT, por lo que sería conveniente analizar la conveniencia o no de aplicar el protocolo completo.

La TEP ha sido analizada por diversos investigadores independientes y ha mostrado la misma eficacia. Resulta deseable contar con un estudio como el realizado por Resick, Uhlmansieck, Clum, Galovski, Scher y Ch (2008), a la TPC pero enfocado a la TEP para conocer la efectividad de los componentes terapéuticos y determinar si es necesario o no la aplicación del protocolo completo.

En cuanto a la DRMO existen inquietudes que han sido resaltadas por Perkins y Rouanzoin (2002); la eficacia reportada ha sido de parte del grupo de Shapiro; se ha considerado que las investigaciones han carecido de rigor estadístico por lo que no pueden ser concluyentes; investigadores independientes se ven impedidos en realizar sus propios estudios por ser una terapia que cuenta con derechos de autor. Finalmente, no queda claro el mecanismo terapéutico que opera en la intervención.

PROPUESTA DE INVESTIGACIONES FUTURAS

Sería conveniente la realización de estudios independientes que muestren la efectividad reportada por los autores aquí mencionados. De igual forma el análisis de Resick, Uhlmansieck, Clum, Galovski, Scher y Ch (2008), sobre la efectividad de cada uno de los componentes terapéuticos resulta deseable para realizarlo con las demás intervenciones. Investigaciones de este tipo podrían aportar mayor certeza en el momento de decidir cuál es la mejor opción terapéutica para los pacientes.

También resulta conveniente la realización de estudios con distintas poblaciones y no sólo con la población del país de origen del autor. Esto permitiría identificar si la eficacia de las terapias es igual, menor o mayor en distintas poblaciones y contextos.

CONCLUSIONES

Las TCC aquí revisadas cuentan con evidencia suficiente que respaldan su eficacia en el tratamiento de los síntomas del TEPT, además sus beneficios perduran con el paso del tiempo. En el caso de la TEP (Foa, Hembree, Cahill, Rauch, Riggs, Feeny, y Yadin, 2005), el 80% de los pacientes mantuvieron la mejoría después de un año e incluso un 12% mostró mejorías después de dicho periodo. La TPC (Resick, Uhlmansieck, Clum, Galovski, Scher y Ch, 2008), obtuvo los mismos resultados que la TEP pero con mayores puntuaciones en las subescalas de culpa. La TCCCT ha mostrado ser una terapia efectiva en la mayoría de los casos en una brevedad de ocho sesiones. La DRMO ha sido igualmente evaluada y mostrado efectividad en la disminución de síntomas, aunque no ha estado exenta de críticas en cuanto a la metodología y los resultados obtenidos.

Consideramos que las intervenciones aquí revisadas pueden ser una buena opción terapéutica para la mayoría de los casos y que los clínicos se pueden ver beneficiados al utilizar terapias basadas en evidencia. En el caso de la TEP y la TPC existen diversos recursos y manuales para su aplicación que resultan de gran ayuda para el clínico en el momento de su aplicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, E. y Labrador, F. (2010) *Eficacia de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático en mujeres inmigrantes víctimas de violencia de pareja: un estudio piloto*. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**, 44 (3), 547-559
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a. ed. texto revisado, DSM-V-TR). Washington, DC: Autor.
- Carlson, J. G., Chemtob, C. M., Rusnak, K., Hedlund, N. L., y Muraoka, M. Y. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. **Journal of Traumatic Stress**, 11(1), 3-24.
- Cáceres-Ortiz, E., Labrador-Encinas, F., Ardila-Mantila, P. y Parada-Ortiz, D. (2011). Tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja. **Psychologia: avances de la disciplina**, 5, (2), 13-31
- Coetzee, R. y Stephen Regel, S. (2005) Eye movement desensitisation and reprocessing: an update. **Advances in Psychiatric Treatment**, 11, 347–354
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., y Deblinger, E. (2006). **Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents**. New York: The Guilford Press.
- Foa, E. B., y Kozak, M. J. (1985). **Treatment of anxiety disorders: implications for psychopathology**. In A. H. Tuma y J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 421–452). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Foa, E. B., y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. **Psychological Bulletin**, 99, 20–35.
- Foa, E. B., 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**, 67, (2) 194–200.
- Foa, E. B., Hembree, E., Cahill, S., Rauch, S., Riggs, D., feeny, N. 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 (5), 953–964.
- Foa, E. B. (2006) Psychosocial therapy for posttraumatic stress disorder.

***Journal of Consulting and Clinical Psychiatry*, 67 (2), 40-45.**

- Foa, E. B., Huppert, J. D. y Cahill, S. P. (2006) ***Emotional processing theory. pathological anxiety: emotional processing in etiology and treatment***, Olasov, B (Ed) Guilford, NY.
- Labrador, F. J. Fernández, R. y Rincón, P. P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático. ***Pensamiento Psicológico*, 6 (13), 49-68**
- Marks, I. M., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou M. Y Trasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring; A controlled study. ***Archives of General Psychiatry*, 55 (4), 317-325.**
- McPherson, S. (2006) A comprehensive view of post-traumatic stress disorder: populations, etiology, treatments, and more. ***Journal of Police Crisis Negotiations*, 6 (1)**
- Medina-Mora, Ma.E., Borges, G., Lara, C., Ramos, L. y Zambrano, J. (2005) Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. ***Salud pública de México*, 47 (1)**
- 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 (5), 898-907.**
- Resick PA, y Schnicke MK. (1992) Cognitive processing therapy for sexual assault victims. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748–756.** [PubMed: 1401390]
- 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 (4), 867-879.**
- Resick, P. A., Monson, C.M., y Chard, K.M. (2008). Cognitive processing therapy: veteran/military version. Washington, DC: Department of Veterans' Affairs.
- Resick, P. A. , Uhlmansieck, M., Clum, G., Galovski, T., Scher y Ch., 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 Consoultin Clinical Psychology*. 76 (2): 243–258.**

- Rincon, P. P. *Trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia domestica: evaluación de programas de tratamiento*. Tesis doctoral Universidad Complutense de Madrid. ISBN: 84-669-2390-x
- Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, (2014) ***Informe de víctimas de homicidio, secuestro y extorsión 2014***. Recuperado de: <http://www.secretariadoejecutivosnsp.gob.mx/work/models/SecretariadoEjecutivo/Resource/1406/1/images/publicacionvictimassep14.pdf>
- Schubert, S. y Lee, C. (2009) Adult PTSD and Its treatment with EMDR: a review of controversies, evidence, and theoretical knowledge. ***Journal of EMDR Practice and Research*, 3** (3).
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization processing in the treatment of traumatic memories. ***Journal of Traumatic Stress*, 2**, 199–223.
- Tedeschi, R.G., y Calhoun, L.G. (1995). ***Trauma and transformation: growing in the aftermath of suffering***. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Tedeschi, R.G. y Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. ***Psychological Inquiry*, 15** (1), 1-18.
- Wilson, S. A., Becker, L. A., y Tinker, R. H. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing treatment for psychologically traumatized individuals. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63**(6), 928-937.