

DEPARTAMENT DE PERSONALITAT, AVALUACIÓ I  
TRACTAMENT

TRATAMIENTO PARA LAS REACCIONES AL ESTRÉS  
MEDIANTE REALIDAD VIRTUAL

VERÓNICA GUILLÉN BOTELLA

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA  
Servei de Publicacions  
2008

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 6 de febrer de 2008 davant un tribunal format per:

- D<sup>a</sup>. Amparo Belloch Fuster
- D. Carmelo Vazquez Valverde
- D. Jordi Miró Martínez
- D. Manuel Angel Franco Martín
- D<sup>a</sup>. Conxa Perpiñá Tordera

Va ser dirigida per:

D<sup>a</sup>. Rosa Baños Rivera

©Copyright: Servei de Publicacions  
Verónica Guillén Botella

---

Depòsit legal:

I.S.B.N.:978-84-370-7118-3

Edita: Universitat de València  
Servei de Publicacions  
C/ Artes Gráficas, 13 bajo  
46010 València  
Spain  
Telèfon: 963864115



VNIVERSITAT  
DE VALÈNCIA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos  
Psicológicos

**TRATAMIENTO PARA LAS REACCIONES AL  
ESTRÉS MEDIANTE REALIDAD VIRTUAL**

Tesis Doctoral

**Presentada por:  
Verónica Guillén Botella**

**Dirigida por:  
Dra. Rosa María Baños Rivera**

La presente tesis doctoral ha sido realizada gracias a los siguientes proyectos:

- EMMA “*Engaging Media for Mental Health Applications*” (FET-IST-2001-39192) V Programa Marco de la Comisión Europea, dentro de la línea de investigación *Future and Emerging Technologies* FET Programme, 8<sup>th</sup> call.
- “BIEN-E-STAR: Nuevas tecnologías de la información y la comunicación: integración y consolidación de su uso en ciencias sociales para mejorar la salud, la calidad de vida y el bienestar” (SEJ2006-14301/PSIC) Ministerio de Educación y Ciencia. PROYECTOS CONSOLIDER

*A mis padres*

Me gustaría expresar mi más sincero agradecimiento a la directora de este trabajo, la Dra. Rosa Baños. Su mentalidad abierta y rigurosa y su sentido del trabajo han impregnado este trabajo. Le agradezco enormemente todo su ánimo a lo largo de este proceso.

En segundo lugar, quisiera agradecer el apoyo recibido al equipo de profesionales de Previ, formado no sólo por un extraordinario equipo clínico sino por un maravilloso equipo humano.

A los compañeros del Servicio de Asistencia Psicológica de la Universitat Jaume I y al equipo de técnicos de la Universidad Politécnica de Valencia, porque a pesar de la distancia nuestra colaboración continúa siendo tan estrecha y enriquecedora como desde nuestros inicios.

Por último, doy las gracias a las personas que han colaborado en este estudio, por su motivación y ganas de superarse. Porque nos han ilusionado, nos han hecho aprender, y finalmente, han hecho que este estudio saliera adelante.

# ÍNDICE

---

<b>I. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>8</b>
<b>1. ESTRÉS .....</b>	<b>8</b>
<b>1.1. DEFINICIÓN. ....</b>	<b>8</b>
1.1.1. TEORÍAS BASADAS EN LA RESPUESTA.....	10
1.1.2. TEORÍAS BASADAS EN EL ESTÍMULO.....	12
1.1.3. TEORÍAS BASADAS EN LA INTERACCIÓN.....	14
<b>2. REACCIONES ANTE EL ESTRÉS .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....</b>	<b>23</b>
2.1.1. HISTORIA .....	24
2.1.2. DEFINICIÓN.....	26
2.1.3 CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS .....	29
2.1.4 ALGUNAS PRECISIONES CONCEPTUALES Y DIAGNÓSTICAS: .....	33
2.1.5 LAS EXPLICACIONES PSICOLÓGICAS:.....	42
<b>2.2. LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS.....</b>	<b>48</b>
2.2.1. HISTORIA .....	48
2.2.2. DEFINICIÓN.....	49
2.2.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS .....	54
2.2.4. POLÉMICAS DIAGNÓSTICAS.....	59
2.2.5. UN CASO ESPECIAL DE TA: EL “DUELO COMPLICADO” (DC) .....	63
<b>2.3. REACCIONES POSITIVAS AL ESTRÉS .....</b>	<b>73</b>
2.3.1. LA RESILIENCIA ( <i>RESILIENCE</i> ) .....	76
2.3.3. LA FORTALEZA ( <i>HARDINESS</i> ).....	77
2.3.3. EL CRECIMIENTO POSITIVO ( <i>GROWTH, THRIVING</i> ) .....	78
<b>3. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LAS REACCIONES AL ESTRÉS ...</b>	<b>82</b>
<b>3.1. TRATAMIENTOS PARA EL TEPT.....</b>	<b>82</b>
3.1.1. PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA .....	83
3.1.2. HIPNOTERAPIA O HIPNOSIS CLÍNICA.....	84
3.1.3. EMRD: MOVIMIENTOS OCULARES, DESENSIBILIZACIÓN Y REPROCESAMIENTO.....	85
3.1.4. TRATAMIENTOS COGNITIVO-COMPORTAMENTALES (TCC).....	85
3.1.5 TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT).....	90
<b>3.2. TRATAMIENTOS PARA LOS TA .....</b>	<b>91</b>
<b>3.3. TRATAMIENTOS PARA EL DUELO COMPLICADO .....</b>	<b>96</b>
<b>3.4. APORTACIONES RECIENTES.....</b>	<b>101</b>
3.4.1. EL SIGNIFICADO Y LAS NARRATIVAS.....	103
3.4.2. EL PAPEL CENTRAL DE LAS EMOCIONES .....	104
3.4.3. LA APORTACIÓN DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA.....	106
3.4.4. EL USO DE LA REALIDAD VIRTUAL (RV) EN LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.....	113
<b>4. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PARA LAS REACCIONES AL ESTRÉS APOYADO EN LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS: “EL MUNDO DE EMMA” .....</b>	<b>120</b>

<b>II. MÉTODO</b> .....	<b>130</b>
<b>1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS</b> .....	<b>130</b>
<b>2. DISEÑO Y PROCEDIMIENTO</b> .....	<b>131</b>
<b>2.1. MUESTRA:</b> .....	132
<b>2.2. INSTRUMENTOS Y MEDIDAS DE EVALUACIÓN COMUNES A TODA LA MUESTRA.</b> .....	134
2.2.1. MEDIDAS PRE- Y POST-TRATAMIENTO.....	134
2.2.2. MEDIDAS SEMANALES .....	137
<b>2.3. INSTRUMENTOS Y MEDIDAS DE EVALUACIÓN ESPECÍFICOS PARA CADA GRUPO DIAGNÓSTICO.</b> .....	139
2.3.1. TRASTORNO POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO .....	139
2.3.2. DUELO COMPLICADO .....	140
2.3.3. TRASTORNOS ADAPTATIVOS.....	141
<b>2.4. PROCEDIMIENTO</b> .....	141
<b>2.5. EL AMBIENTE VIRTUAL: EL MUNDO DE EMMA</b> .....	142
2.5.1. DESCRIPCIÓN: ELEMENTOS DEL AMBIENTE VIRTUAL. ....	143
2.5.2. DESCRIPCIÓN DEL <i>SOFTWARE</i> Y <i>HARDWARE</i> DEL MUNDO DE EMMA.....	155
2.5.3. EL MODO DE APLICACIÓN BÁSICO DE EL MUNDO DE EMMA .....	156
<b>2.6. TRATAMIENTOS</b> .....	158
2.6.1. EL TRATAMIENTO DEL TEPT. ....	158
2.6.2. EL TRATAMIENTO DEL DUELO COMPLICADO.....	166
2.6.3. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS.....	174
<b>3. RESULTADOS</b> .....	<b>184</b>
<b>3.1. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS:</b> .....	184
3.1.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS .....	184
3.1.2. VARIABLES CLÍNICAS .....	185
<b>3.2. ANÁLISIS GLOBAL DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS</b> .....	186
3.2.1. DIFERENCIAS EN EL CUESTIONARIO DE ADAPTACIÓN.....	187
3.2.2. CAMBIOS EN LOS CUESTIONARIOS QUE EVALÚAN EL AFECTO..	188
3.2.3. CAMBIOS EN LAS MEDIDAS DE FRECUENCIA E INTENSIDAD DE LAS EMOCIONES .....	191
3.2.4. CAMBIOS EN LAS MEDIDAS DE EVITACIÓN, TEMOR Y GRADO DE CREENCIA.....	193
3.2.5. CAMBIOS EN LAS MEDIDAS DE AUTO-EFICACIA Y RESILIENCIA..	195
3.2.6. CAMBIOS EN LAS VALORACIONES DE LOS PACIENTES POR PARTE DE LOS TERAPEUTAS .....	196
3.2.7. DIFERENCIAS EN LA OPINIÓN DEL TRATAMIENTO POR PARTE DE LOS PACIENTES.....	197
3.2.8. OPINIONES CUALITATIVAS DEL TRATAMIENTO POR PARTE DE LOS PACIENTES Y DE LOS TERAPEUTAS.....	198
<b>3.3 CAMBIOS EN LAS MEDIDAS ESPECÍFICAS DE CADA GRUPO DIAGNÓSTICO</b> .....	209
3.3.1 TRASTORNOS ADAPTATIVOS Y DUELO.....	209
3.3.2. TRASTORNO POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO .....	211



<b>4. DISCUSIÓN.....</b>	<b>213</b>
<b>5. CONCLUSIONES.....</b>	<b>231</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>233</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>271</b>

# I. MARCO TEÓRICO

## 1. ESTRÉS

### 1.1. DEFINICIÓN.

El término “estrés” posiblemente sea uno de los más usados y, tal vez por eso, más ambiguos en Psicología. No sólo lo utilizan frecuentemente psicólogos, psiquiatras, médicos o sociólogos, sino también la gente en general, tanto en conversaciones cotidianas, como en los medios de comunicación. Tal abuso ha contribuido a crear una notable confusión incluso en los círculos científicos. Para intentar clarificar algo este problema, haremos una primera alusión a su significado inicial, siguiendo las indicaciones de Sandín (1995)

En el siglo XIV, se empleaba para referirse a experiencias negativas tales como adversidades, dificultades o sufrimiento. Es en el siglo XVIII, por influencia del biólogo Hooke, cuando el concepto de estrés se asoció a fenómenos físicos como carga (*load*) y distorsión (*strain*). *Carga* significaba el peso ejercido sobre una estructura mediante una fuerza externa. *Estrés* era la fuerza interna generada dentro de un cuerpo por la acción de otra fuerza externa que tiende a distorsionar dicho cuerpo. *Distorsión* era la deformación en tamaño o forma de la estructura respecto a su estado original, debido a la acción conjunta de la carga y el estrés.

Ya en el siglo XX, en la década de los 30, Hans Selye, un joven austriaco con una beca postdoctoral en la Universidad McGill de Montreal, llevaba a cabo sus famosos experimentos del ejercicio físico extenuante con ratas de laboratorio, comprobando la elevación de las hormonas suprarrenales (ACTH, adrenalina y noradrenalina), la atrofia del sistema linfático y la presencia de úlceras gástricas. En 1936 Selye publicaba sus trabajos en la prestigiosa revista *Nature*, en un artículo en el que introducía el término “estrés” en el campo de la salud, definiéndolo inicialmente como la “Respuesta General de Adaptación” del organismo frente a un estímulo que amenaza su homeostasis.

A partir de este marco de referencia general, el concepto de estrés se ha aplicado de forma diferente según distintos enfoques. Por un lado, los enfoques fisiológicos y bioquímicos (p. ej., Selye, 1954) consideran al estrés en términos de respuesta. Por otro lado, las orientaciones psicológicas y psicosociales (p. ej., Holmes y Rahe, 1967) ponen más énfasis en la situación estimular, y tienden a asumir el estrés como un fenómeno externo focalizado en el estímulo. Por último, las perspectivas interaccionales (p.ej., Lazarus, 1966) enfatizan los factores psicológicos o subjetivos (cognitivos) que median entre los agentes estresantes y las respuesta fisiológicas. Estas tres concepciones marcan el desarrollo de la teoría general del estrés y de su aplicación al campo psicopatológico, que se explica con más detenimiento a continuación.

### **1.1.1. TEORÍAS BASADAS EN LA RESPUESTA.**

La teoría del estrés formulada por Hans Selye, una de las más populares en este campo, entiende el estrés como “una respuesta no específica del organismo ante las demandas hechas sobre él”. Según esta teoría, un estresor puede ser cualquier agente nocivo para el equilibrio del sistema homeostático del organismo, que provoque en el organismo la respuesta inespecífica de necesidad de reajuste o “estrés”. Por ejemplo, Selye considera el calor, el frío, las drogas, el ejercicio físico, etc., como estímulos que pueden elicitar este tipo de respuestas, ya que todos estos agentes tienen algo en común: incrementan la demanda de ajuste del organismo (necesidad de reequilibrarse).

De acuerdo con Selye, en el “Síndrome General de Adaptación”, el organismo pasa por tres estadios universales de afrontamiento. Primero, la “reacción de alarma”, en la que el organismo se prepara par “luchar o huir”. Esta preparación supone cambios físicos: incremento del ritmo cardíaco, del ritmo respiratorio, de la presión sanguínea, dilatación de las pupilas, tensión de los músculos, vasoconstricción periférica, aumento de la glucemia, liberación de adrenalina, noradrenalina, glucocorticoides, etc. Una vez finalizada la lucha o la huida, el organismo recupera su funcionamiento habitual, reponiéndose del enorme gasto de energías físicas y emocionales, pero si la amenaza persiste, sigue un segundo estadio de adaptación, la “fase de

resistencia". Sin embargo, ningún organismo puede mantener esta condición de excitación durante mucho tiempo, y si el estresor continua, el organismo entra en la "fase de agotamiento" y se produce lo que Selye denominó el "Síndrome General de Adaptación". En esta condición, el organismo no cuenta con el tiempo necesario para su recuperación, y comienzan a agotarse sus energías físicas y psíquicas.

Como vemos, este enfoque supone entender el estrés en términos de respuesta. Asimismo, añade que el estrés puede estar asociado tanto a estímulos agradables como desagradables (por ejemplo, la carencia de estrés significaría la muerte).

Esta teoría fue seguida y mejorada por otros autores como Mason (1971). Una de las hipótesis más controvertidas de Selye es su idea de que la respuesta de estrés es inespecífica, ya que puede observarse ante diversos estresores como el frío, el calor, el ejercicio físico o el dolor. Sin embargo, Mason considera que la gran sensibilidad del sistema neuroendocrino para responder a los estímulos emocionales, permite sugerir que en lugar de una respuesta inespecífica a las distintas amenazas, lo que existe es una respuesta específica para los estímulos emocionales. Por ello, Mason sugiere que la respuesta de estrés debería considerarse como una respuesta provocada por el factor psicológico que acompaña a todos los agentes que amenazan a la homeostasis del individuo. Por ejemplo, en un experimento Mason manipuló el ayuno como estresor. Generalmente, si se priva a un grupo de animales de sus raciones de comida en presencia de otros, los animales sometidos al ayuno presentarán hiperactividad en la corteza suprarrenal. Sin embargo, no podemos afirmar que esto se deba realmente al ayuno, ya que normalmente los animales se muestran disconformes ante el hecho de que sus compañeros coman y ellos no. Para aislar este u otros efectos psicológicos, Mason diseñó un doble proceso experimental. Primero colocaba a un grupo de monos en ayunas en un pequeño cubículo, privado, protegido de la presencia de otros monos o de posibles efectos extraños. Luego les proporcionaba productos sabrosos, pero no nutritivos, que eran similares tanto en apariencia como en sabor a los de la dieta normal. Aunque los monos no comían mucho, lo hacían lo suficiente como para que penetrase en su tracto intestinal. En estas circunstancias Mason observaba que los cambios producidos por el ayuno no eran significativos, por lo que parecía que el ayuno por si mismo no era eficaz para producir la activación del eje hipotálamo-

hipófiso-suprarrenal, siendo más bien la condición psicológica que acompaña al ayuno lo que provocaba la estimulación de la respuesta al estrés. Algo semejante ocurre en seres humanos, por ejemplo, el ejercicio físico no modifica significativamente los niveles de 17-OHCS plasmáticos o en orina, salvo cuando el ejercicio se desarrolla en situaciones competitivas.

En suma, Mason demuestra, por un lado, que el organismo responde desde un punto de vista hormonal, de forma global a los estímulos estresantes, implicándose muchos otros sistemas neuroendocrinos además de los señalados por Selye. Por otro lado, constata que los estímulos psicológicos poseen mayor propiedad estresante que los estímulos físicos sugeridos por Selye.

### **1.1.2. TEORÍAS BASADAS EN EL ESTÍMULO.**

Las definiciones de este enfoque tratan al estrés como una variable independiente, al contrario que el enfoque anterior, que lo considera como variable dependiente. El grupo de Holmes (p. ej., Holmes y Rahe, 1967) es uno de los responsables del desarrollo de esta perspectiva, conocida como enfoque psicosocial del estrés o enfoque de sucesos vitales. Estas teorías defienden que las personas poseen unos ciertos límites de tolerancia al estrés, pudiendo variar de unos individuos a otros. Por encima de tales límites, el estrés empieza a hacerse intolerable y aparecen los daños fisiológicos y/o psicológicos.

La orientación basada en el estímulo es la que más se acerca a la idea popular de estrés. Esta línea parte de que ciertos acontecimientos vitales inducen algún tipo de cambio en el organismo, lo cual produce una necesidad de reajuste. El efecto potencial de los sucesos vitales sobre la salud se han medido en “unidades de cambio vital”, asignándose a algunos sucesos más unidades de cambio vital que a otros.

Entre las diversas críticas interpuestas al enfoque psicosocial destaca la relacionada con la ponderación de los sucesos. Y es que este enfoque presenta un problema importante al delimitar cuáles son las situaciones que se consideran “estresantes”.

Es lógico pensar que una situación puede ser estresante para una persona, pero muy poco o nada para otras.

En un intento de subsanar este problema, se ha hecho una diferenciación entre lo que es un “suceso vital o sucesos mayores” y un “suceso menor”. Por un lado, los sucesos vitales serían experiencias objetivas que alterarían, o amenazarían con alterar, las actividades usuales del individuo, causando un reajuste sustancial en su conducta (Sandín y Chorot, 1993). De hecho, tal y como se ha definido, la principal propiedad definitoria de suceso vital es el cambio (Sandler y Guenther, 1985). Esto es, los sucesos vitales son aquellos acontecimientos que implican cambio en las actividades usuales de los individuos que los experimentan: su potencial estresante está en función de la cantidad de cambio que conlleva. Tales sucesos vitales pueden ser extraordinarios y extremadamente traumáticos, pero a veces son eventos más o menos normativos, tales como el matrimonio, el divorcio, la pérdida de trabajo o las pequeñas violaciones de la ley.

Por otro lado, los “sucesos menores” son sucesos de ocurrencia diaria (o casi diaria) y menos impactantes sobre la persona, pero mucho más frecuentes y más próximos temporalmente al individuo, como las disputas familiares, los problemas económicos, etc. En concreto, se definen dos tipos de eventos: los *hassles* (fastidios, contrariedades o sucesos negativos) y los *uplifts* (placeres o satisfacciones). Los *hassles* consisten en demandas irritantes, frustantes y estresantes, que caracterizan nuestras transacciones cotidianas. Incluyen, por ejemplo, problemas prácticos fastidiosos, como perder o romper cosas, sucesos fortuitos como las inclemencias del tiempo, o contrariedades en las relaciones interpersonales como discusiones o problemas familiares. Por su parte, las satisfacciones o *uplifts* son experiencias positivas, como las derivadas de manifestaciones amorosas, recibir buenas noticias, etc.

Progresivamente fueron surgiendo nuevos desarrollos en la perspectiva psicosocial que incluyen diversas dimensiones de evaluación de la situación, tales como el impacto del estrés (estrés percibido), la controlabilidad, la predictibilidad, la novedad, la valencia (positiva o negativa), la dependencia o independencia.

### 1.1.3. TEORÍAS BASADAS EN LA INTERACCIÓN

El máximo exponente de la perspectiva interaccional es Lazarus (Lazarus y Folkman, 1984). Las teorías interactivas o transaccionales tienden a maximizar la relevancia de los factores psicológicos (básicamente cognitivos) que median entre los estímulos (estresores o estresantes) y las respuestas de estrés. Los dos enfoques analizados más arriba tienden a ver a la persona como algo pasivo en el proceso de estrés. En cambio, la perspectiva interaccional define el estrés como un “encuentro” que implica relaciones particulares entre la persona y su entorno.

Uno de los aspectos centrales de la teoría es la relevancia de la evaluación cognitiva (*appraisal*), como mediador esencial entre las reacciones de estrés y los estímulos potencialmente estresantes. Según Lazarus, la evaluación cognitiva es un proceso universal, mediante el cual las personas valoran constantemente la significación de lo que está ocurriendo, relacionado con su bienestar personal.

La teoría de Lazarus, distingue tres tipos de evaluación:

- ◆ La **evaluación primaria**: se refiere a la evaluación del significado del estresor o la amenaza. Se produce en cada encuentro con algún tipo de demanda externa o interna y puede dar lugar a cuatro modalidades de evaluación:
  - *Amenaza*: Anticipación de un daño que todavía no se ha producido, pero cuya ocurrencia parece inminente.
  - *Daño-pérdida*: Hace referencia a un daño psicológico que ya se ha producido, como por ejemplo una pérdida irreparable.
  - *Desafío*: Se refiere a la valoración de una situación que implica a la vez una posible ganancia positiva y una amenaza. Resulta de demandas difíciles que la persona se siente segura de superar siempre que movilice y emplee adecuadamente sus recursos.
  - *Beneficio*: Este tipo de reacción no induce a reacciones de estrés.

A partir de estas formas de evaluación, se pueden deducir tres tipos de estrés: amenaza, pérdida y desafío. Un aspecto importante de la teoría de Lazarus es la pluralidad de la valoración primaria, es decir, el estrés no es un

fenómeno unitario, lo que lleva a este autor a desterrar definitivamente la idea de que el estrés es meramente una forma de valoración.

- ◆ La **evaluación secundaria**: se refiere a la valoración de la controlabilidad del estresor y de los propios recursos de la persona para afrontar la situación. Lazarus sugiere que la reacción de estrés depende sustancialmente de la valoración que la persona haga de sus recursos de afrontamiento, determinando en gran proporción que la persona se sienta asustada, desafiada u optimista. Los recursos de afrontamiento incluyen habilidades de afrontamiento (*coping*), apoyo social y recursos materiales.
- ◆ Por último, la **reevaluación** implica los procesos de *feedback* que acontecen a medida que se desarrolla la interacción entre el individuo y las demandas externas o internas. La reevaluación permite que se produzcan correcciones sobre las valoraciones previas.

En suma, lo que diferencia al modelo transaccional de Lazarus es la gran relevancia que le otorga a la evaluación cognitiva como factor determinante de que una situación estresante llegue o no a producir estrés en la persona. Esta perspectiva supone enfatizar la importancia del individuo como alguien activo interactuando con su medio. Se trata, pues, de un modelo relacional o procesual, donde el estrés es un proceso interaccional, es una relación particular entre la persona y la situación que se produce cuando la persona valora que las demandas exceden sus recursos de ajuste y hacen que peligre su bienestar (Lazarus y Folkman, 1984).

#### **1.1.4. VARIABLES RELEVANTES**

De todo lo expuesto hasta ahora, se desprende que no existe una reacción universal ante los acontecimientos negativos y estresantes. Para poder conocer como reaccionarán las personas ante acontecimientos adversos, debemos tener en cuenta diferentes variables. La reacción dependerá, entre otras cosas, del tipo específico de estresor, de la valoración que haga de él la persona, de las estrategias de afrontamiento que utilice, y de las características personales tanto demográficas



(edad, cultura, sexo,...) como de personalidad. Pasamos a describir a continuación, brevemente, cada uno de estos apartados.

#### *a) Las situaciones estresantes*

Como antes indicábamos, no es fácil definir qué es un estresor. Desde los enfoques basados en la respuesta, sería cualquier agente nocivo para el equilibrio del sistema homeostático del organismo. Para el planteamiento focalizado en el estímulo, serían aquellas situaciones que generan algún tipo de cambio en el organismo, que lleva a una necesidad de reajuste. Por último, desde las perspectivas interaccionales, sería cualquier estímulo que, según el individuo, excede sus capacidades de afrontamiento. Por tanto, la variedad de situaciones o estímulos susceptibles de ser considerados como estresantes es enorme, y pueden existir muy distintos tipos de estresores.

A la hora de clasificar los acontecimientos estresantes, algunos autores lo hacen en función de la naturaleza sustantiva de los mismos. Así, se han establecido categorías como problemas de salud, económicos y laborales, en las relaciones sociales, etc. Otros investigadores han propuesto clasificaciones basadas en las percepciones del investigador o de los sujetos con respecto a lo que está en juego. Por ejemplo, como ya hemos comentado, Lazarus y Launier (1978) clasifica los acontecimientos de acuerdo a si son acontecimientos de pérdida, amenaza o de desafío.

Además de estos listados de acontecimientos estresantes, antes ya indicábamos que hay autores que prefieren clasificarlos en dos grandes categorías: “sucesos vitales o mayores” (experiencias objetivas que alteran o amenazan con alterar las actividades usuales del individuo, causando un reajuste sustancial en su conducta) y “sucesos menores” (de ocurrencia diaria o casi diaria y menos impactantes, pero mucho más frecuentes y más próximos temporalmente). Los primeros pueden ser, tanto extraordinarios y traumáticos, como más o menos normativos (matrimonio, divorcio, pérdida de empleo,...). En un apartado posterior analizaremos con mayor detalle la definición de “acontecimiento traumático”.

Otra pregunta relevante en este apartado es ¿hay diferencias en el impacto psicológico que producen distintos tipos de acontecimientos estresantes?. Es decir, ¿qué características formales del estresor nos puedan ayudar a prever el impacto que tendrá sobre la persona?. Como se desprende de las teorías enunciadas anteriormente, este impacto dependerá más de las cualidades “percibidas” del estresor que de sus cualidades “absolutas”. Por ejemplo, una promoción laboral, o incluso las vacaciones, pueden tener propiedades estresantes para algunas personas en ciertos momentos. En cualquier caso, se suele indicar que hay ciertas dimensiones formales que son relevantes a la hora de analizar el estresor. Entre estas dimensiones estarían las siguientes:

- *duración*: los estresores de larga duración (p.ej., pobreza, desempleo) pueden tener consecuencias importantes en la persona.
- *frecuencia*: también es importante analizar con qué frecuencia ocurre el estresor (p.e., maltratos repetidos).
- *cantidad*: el estresor puede ser un hecho aislado o una cadena de acontecimientos seguidos.
- *origen*: normalmente se dividen en naturales (inundaciones, terremotos, accidentes, etc.) o artificiales o humanos (terrorismo, violación, maltrato, etc.). Parece que este factor tiene mucha relevancia como predictor de las reacciones al estrés que veremos más adelante.
- *intensidad*: puede referirse a la intensidad de la emoción que elicit, que puede ir desde leve a muy elevada, provocando un nivel muy alto de *arousal* (como ocurre en los acontecimientos traumáticos) pero también puede aludir a la “enormidad” o desproporción del acontecimiento.
- el grado en que es *inesperado* e *impredecible* es otro factor importante.

#### *b) La evaluación cognitiva.*

Tal y como hemos visto, tanto los sucesos vitales como los acontecimientos diarios (o sucesos menores) ejercen demandas sobre la persona. Ésta, a su vez, las valora y, dependiendo de cómo sea esta valoración (primaria y secundaria), se producirá o no la respuesta de estrés. Ésta ocurrirá si se produce una ruptura del balance entre

la percepción de la demanda y la percepción de los recursos personales para superarla, es decir, si la persona percibe que el suceso supera o excede sus recursos (enfrentamiento, apoyo social, etc.) (Lazarus y Folkman, 1984).

Muy pronto, surgen otras líneas de investigación que arrojan datos acerca de la importancia de las variables de corte cognitivo y otras variables psicológicas (control, predictibilidad, novedad, etc.). Por ejemplo, Feuerstein, (1986), sugiere que el control percibido reduce las respuestas de estrés, al menos por la actuación de dos posibles mecanismos implicados, la ganancia de información y la respuesta anticipatoria. La ganancia de información asociada al control se traduce en un incremento de predictibilidad del estresor y anticipación del evento aversivo. La respuesta anticipatoria consiste en una preparación cognitiva para un suceso, implicando la interpretación y evaluación del suceso. La respuesta anticipatoria prepara al organismo para hacer frente a la situación amenazante, anticipándose a la llegada efectiva del agente estresor (Sandín, 1981). El control percibido, por tanto, puede ser un mediador importante de la respuesta de estrés. Se ha indicado con frecuencia, que más importante que el control real es el control que percibe el sujeto o, como algunos autores han sugerido, la "ilusión de control":

Por otro lado, numerosos estudios, como los de Rahe y Arthur (1978) comienzan a medir el estrés sobre la base de dimensiones psicológicas asociadas a la evaluación cognitiva. Los cuestionarios de sucesos vitales comienzan a incluir la variable de estrés percibido o malestar personal (o *distrés*) producido por el sujeto, o características como la deseabilidad, controlabilidad, negatividad (positivo/negativo), predictibilidad (esperado/inesperado), novedad, y dependiente versus independiente. Asumen que dependiendo de la forma en que el sujeto evalúe estas dimensiones puede variar el efecto del suceso vital. Por ejemplo, cuando el sujeto percibe los sucesos como negativos, incontrolables, impredecibles, independientes, indeseables, suele perturbar la salud de forma más prominente

Por último, mencionar que la valencia de estas dimensiones no siempre está determinada únicamente por la valoración o percepción que hace la persona, sino que el tipo de situación puede ser en ocasiones determinante. De hecho, existe más bien una interacción entre ambos, siendo menos manifiesta la influencia de la percepción/valoración de la persona cuando la imposición ambiental es mayor, y

viceversa. Por ejemplo, un evento que ocurre independientemente del sujeto, como la pérdida de un amigo íntimo, supone que la persona lo perciba como totalmente incontrolable; en cambio, un suceso sobre una disputa familiar puede ser más o menos dependiente de la conducta del sujeto, y más o menos controlable. De lo cual se deduce, que aunque el individuo puede evaluar cada elemento situacional, también la situación puede condicionar determinadas formas de evaluación cognitiva.

### c) *El afrontamiento del estrés*

El afrontamiento o *coping* es un concepto que se ha empleado en diferentes sentidos. Se ha entendido como una reducción o supresión del estado de estrés, es decir, como un resultado. Cuando desaparece la respuesta fisiológica de estrés, entonces se dice que existe *coping*. Sin embargo, esta conceptualización del afrontamiento no suele ser empleada en el momento actual, pues como indica Lazarus (1993a), confunde el proceso con el resultado. Actualmente se entiende que las estrategias de afrontamiento hacen referencia a los esfuerzos cognitivos y conductuales que hace el individuo para hacer frente al estrés, es decir, para manejar tanto las demandas internas como externas generadoras del estrés, como del estado emocional desagradable vinculado al mismo (Sánchez- Cánovas, 1991).

En psicofisiología el término afrontamiento ha sido usado en un sentido bastante restringido habitualmente para denotar formas de orientar la conducta hacia estresores de laboratorio (Vingerhoets, 1985). Por ejemplo, Orbrist lo usó para indicar el grado de control que tiene el sujeto sobre un estímulo en una situación experimental.

Sin embargo, el afrontamiento también se relaciona de forma bastante estrecha con las dimensiones de evaluación cognitiva de la situación, de tal forma que a veces resulta difícil separar ambos componentes. Por ejemplo, cuando un animal experimental es sometido a estímulos estresantes de laboratorio (por ejemplo, descarga eléctrica) impredecibles e incontrolables (implica la imposibilidad de escape), nos encontramos ante una situación experimental de *coping* pasivo. Ante

estas circunstancias es fácil provocar experimentalmente algunas alteraciones físicas, como úlceras gastrointestinales (Weiss, 1971), hipertensión (Folkow, 1975) y desarrollo de tumores (Sklar y Anisman, 1979), así como también alteraciones psicológicas como la indefensión o la depresión (Seligman, 1975).

En suma, actualmente, parece haber suficiente consenso en el sentido de apoyar que el afrontamiento juega un papel importante como mediador entre las circunstancias estresantes y la salud. Además, tras más de 30 años de investigación, hay acuerdo en algunos puntos como los siguientes (Folkman y Moskowitz, 2000):

- El afrontamiento tiene múltiples funciones, entre las que se encuentra la regulación del malestar y el manejo de problemas que producen malestar (Parkes y Endler, 1996)
- El afrontamiento está influido por la valoración de las características del contexto estresante, incluyendo cómo se valore su controlabilidad
- El afrontamiento está influido por disposiciones de personalidad, como el optimismo (Carver y Scheier, 1999), el neuroticismo, o la extraversión (McCrae y Costa, 1986)
- El afrontamiento está influido por los recursos sociales (Pierce, Sarason y Sarason, 1996).

En general, el desarrollo teórico y metodológico del concepto de afrontamiento podría agruparse en dos aproximaciones distintas, una que lo asume como un estilo personal de afrontar el estrés, lo cual significa que es relativamente estable, y otra que lo entiende como un proceso. A continuación se describen estas dos orientaciones.

Por un lado, algunos autores hacen referencia a los estilos de afrontamiento, partiendo de la base de que se trata de disposiciones estables personales para hacer frente a situaciones estresantes. En esta línea se sitúa, por ejemplo, el modelo de Byrne (1964) de represor/sensibilizador. Según Byrne, se trata de un constructo unidimensional del afrontamiento, estando en un extremo las personas altamente represoras (quienes niegan psicológicamente la ansiedad) y en el otro las altamente sensibilizadoras (quienes incrementan la ansiedad). Ambos estilos tienden a

responder de forma estereotipada, en lugar de establecer respuestas apropiadas para la situación.

Otro modelo que ha adquirido gran relieve es el propuesto por Miller (1987). Realiza una diferenciación entre *monitoring*, indica el grado en que un individuo está alerta y sensibilizado con respecto a la información relacionado con la amenaza, y *blunting*, que denota el grado en que un individuo evita o transforma cognitivamente la información de amenaza. Miller lo denomina *blunting* porque ayuda al individuo a atenuar el impacto psicológico del origen objetivo del peligro. El modelo hace referencia a la forma en que las personas procesan cognitivamente la información relacionada con los sucesos aversivos, para reducir las reacciones de estrés concomitantes. Ambos tipos podrían traducirse como incrementador y atenuador respectivamente. Estos tipos se han operacionalizado evaluando las preferencias que tienen los individuos por la información y la distracción, mediante la escala *Miller Behavioral Style Scale* (MBSS). Se ha referido que ambos tipos, incrementador y atenuador, pueden predecir algunos fenómenos psicopatológicos asociados al estrés. Existe evidencia, por ejemplo, de que los incrementadores tienden a valorar como amenazantes algunas situaciones ambiguas. Se ha observado que este tipo de personas atienden más a las situaciones negativas (implican cierta amenaza potencial), pudiendo influir sobre el propio proceso de evaluación cognitiva (Muris y Jong, 1990). No obstante, Miller (1990) ha indicado que estos estilos de afrontamiento pueden ser más o menos adaptativos en función de la situación estresante (controlabilidad de la situación). Por ejemplo, la combinación de bajo incrementador/alto atenuador es una forma efectiva de afrontar las situaciones en las que la amenaza es incontrolable o ante frustración aversiva por demora en la gratificación. En cambio, los modos alto incrementador/bajo atenuador son formas efectivas de afrontamiento cuando el contexto permite un mayor control de la amenaza. Por ejemplo, cuando una situación es controlable, como reducir el riesgo de infarto disminuyendo el consumo de cigarrillos, incrementar la información (alto incrementador/bajo atenuador) permite que el individuo pueda regular apropiadamente su propia conducta; por el contrario, cuando la persona ignora la información y tiende a distraerse (bajo incrementador/alto atenuador) respecto a los riesgos de las salud, se encuentra desmotivada para adoptar acciones adaptativas y más saludables.

Desde otra perspectiva, Lazarus propone un modelo centrado en el afrontamiento como proceso (Lazarus, 1966; 1993 a y b, Lazarus y Folkman, 1994). Así, el afrontamiento se define como los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas externas e internas, que son evaluadas como algo que excede los recursos de la persona. Siguiendo a Lazarus, la consideración del afrontamiento como proceso implica asumir los siguientes principios:

1. El afrontamiento *debe separarse de los resultados*, es decir, el término afrontamiento se emplea indistintamente de que el proceso sea eficaz o ineficaz. No existen procesos de afrontamiento universalmente buenos o malos, sino que depende de múltiples factores como la persona, el tipo específico de encuentro (relación entre la persona y el estresor), etc.
2. El afrontamiento *depende del contexto*. Esto es, el afrontamiento empleado para hacer frente a las distintas amenazas varía en función de la significación adaptativa y los requerimientos de otras amenazas.
3. Aunque el afrontamiento *no es un proceso estable*, unas estrategias son más estables o consistentes que otras a través de las situaciones
4. Existen dos tipos fundamentales de *estrategias de afrontamiento*, uno focalizado en el problema y otro focalizado en la emoción. La estrategia *focalizada en el problema* hace referencia a cambiar la relación ambiente-persona, actuando sobre el ambiente o sobre uno mismo; se trata de manejar activamente la fuente generadora de estrés. Por su parte, el afrontamiento *focalizado en la emoción* trata de cambiar el modo en que se trata o se interpreta lo que está ocurriendo para mitigar el estrés (p. ej., de vigilancia a evitación o de negación a reevaluación). Es decir, esta estrategia trata de cambiar el significado relacional de lo que está pasando, éste es un modo muy poderoso de reducir el estrés y la emoción. Ambas formas de afrontamiento, en la práctica, pueden facilitarse mutuamente (p. ej., la reducción previa de los estados emocionales facilita el afrontamiento de situaciones, y viceversa, un afrontamiento adecuado del problema conlleva la reducción de la respuesta emocional) o interferirse (p. ej., minimizar la relevancia de un suceso puede inhibir las actividades dirigidas al afrontamiento del problema).
5. El afrontamiento *depende de la evaluación* respecto a que pueda o no hacerse algo para cambiar la situación. Si la valoración dice que puede hacerse algo (que

la condición estresante puede ser controlable por la acción), predomina el afrontamiento focalizado en el problema. Si la valoración dice que no puede hacerse nada, predomina el afrontamiento centrado en la emoción.

Folkman y Lazarus (1988) identifican ocho diferentes grupos estrategias de afrontamiento:

1. **Confrontación:** Acciones directas dirigidas hacia la situación (p. ej., expresar ira hacia la persona causante del problema, tratar de que la persona responsable cambie de idea, etc.)
2. **Distanciamiento:** Tratar de olvidarse del problema, negarse a tomarlo en serio, comportarse como si nada hubiera ocurrido.
3. **Autocontrol:** Guardar los problemas para uno mismo, procurar no precipitarse, etc.
4. **Búsqueda de apoyo social:** Pedir consejo o ayuda a un amigo, hablar con alguien que puede hacer algo concreto, contar a un familiar el problema.
5. **Aceptación de responsabilidad:** Disculparse, criticarse a uno mismo, reconocerse causante del problema.
6. **Escape-evitación:** Esperar a que ocurra un milagro, evitar el contacto con la gente, tomar alcohol o drogas.
7. **Planificación de solución de problemas:** Establecer un plan de acción y seguirlo, cambiar algo para que las cosas mejoren.
8. **Reevaluación positiva:** Volver a evaluar la situación desde otra perspectiva. Por ejemplo, la experiencia enseña; cambié y maduré como persona, etc.

Como puede observarse, algunas de ellas están centradas en el problema (confrontación, planificación de solución de problemas), mientras que otras se focalizan en la emoción (distanciamiento, autocontrol, aceptación de la responsabilidad, escape-evitación y reevaluación positiva). La búsqueda de apoyo social puede focalizarse tanto en el problema como en la emoción (en función de cómo lo enfoque el individuo). La investigación indica que las personas utilizan ambos tipos de estrategias para afrontar los acontecimientos estresantes.

Otra clasificación que suele utilizarse en la literatura científica sobre el afrontamiento es la división entre estrategias activas y evitadoras. Las activas incluyen respuestas



comportamentales o emocionales, cuyo fin es cambiar la naturaleza del estresor en sí mismo, o cambiar el modo en que se piensa sobre él. Las estrategias evitadoras incluyen acciones (p.ej. abuso de alcohol) o estados mentales (p.ej., retirada) que impiden que la persona se dirija directamente a la situación estresante.

Todas estas distinciones, tanto la focalizada en el problema versus en la emoción, o la activa versus evitadora, sólo tienen una utilidad limitada en la comprensión del afrontamiento, y la investigación ha desarrollado diversas clasificaciones que han originado diferentes instrumentos de medida. El análisis de los diferentes modos de clasificar y definir las diferentes estrategias de afrontamiento excedería el alcance de este trabajo.

En cuanto a la eficacia de las diferentes estrategias, se han asumido diferentes hipótesis a la hora de estudiar esta cuestión. En general, se considera que las activas, tanto comportamentales como emocionales, son más eficaces para enfrentarse a las situaciones estresantes, mientras que las evitadoras pueden llegar a ser factores de riesgo psicológicos o marcadores de respuestas adversas a los acontecimientos estresantes (Holahan y Moos, 1987).

En cuanto a las centradas en el problema versus la emoción, algunos autores mantienen que las primeras son más eficaces. Una postura más matizada sugiere que este tipo de estrategias instrumentales funciona bien sólo para algunos acontecimientos estresantes (especialmente aquellos que suponen problemas cognitivos, como dificultades económicas), mientras que las estrategias afectivas, centradas en la emoción, son mejores para tratar experiencias que presentan problemas emocionales (p. ej., conflictos en las relaciones personales). En una línea similar, muchos estudios indican que las estrategias focalizadas en el problema son más apropiadas en aquellas situaciones en las que realmente puede hacerse algo, pero menos en aquellas en las que se tiene que aceptar la situación tal y como es (no controlables). En estas últimas situaciones parece que las estrategias más apropiadas son las centradas en la emoción que, por su parte, serían menos apropiadas cuando hay posibilidad de acción. Esta hipótesis se ha denominado "bondad de ajuste" (Folkman, 1984), y se ha estudiado en diversos contextos, como desastres naturales (Baum, Fleming y Slinger, 1983) y acontecimientos vitales

estresantes (Conway y Terry, 1992; Forsythe y Compas, 1987; Mattlin, Wethington, y Kessler, 1990; Vitaliano, DeWolfe, Maiuro, Russo, y Katon, 1990).

Por otro lado, algunos autores plantean que la eficacia del afrontamiento también depende de las características personales o del ambiente. Por ejemplo, en población anciana parece que las estrategias que mejor predicen el ajuste a la vejez son aquellas que implican el uso del humor, la búsqueda de información y el “seguir haciendo” (Staudinger y Fleeson, 1996). Otros autores plantean que cada estrategia tiene consecuencias diferentes, por ejemplo, las personas que usan estrategias de re-evaluación experimentan más emociones positivas y menos negativas que las que utilizan estrategias de supresión (Gross y John, 2003). Las estrategias de reevaluación se asocian a mejores relaciones interpersonales y mayor apoyo social. Por su parte, la ansiedad y la depresión se han relacionado positivamente con el uso de estrategias focalizadas en la emoción (como la evitación cognitiva), y negativamente con estrategias focalizadas en el problema (Vitaliano, Keaton y Russo, Mairo y Jones, 1987).

Por su parte, el grupo de Lazarus, aún asumiendo que la eficacia adaptativa puede variar en función del contexto, ha señalado que algunas estrategias como la planificación de solución de problemas y la reevaluación positiva, suelen asociarse a resultados positivos; mientras que otras, como la confrontación y el distanciamiento, se han relacionado con resultados negativos. Las restantes estrategias (autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad y escape-evitación) ofrecen datos menos discriminativos en este sentido, tal vez porque varían más en razón de las demandas contextuales y el tipo de transacción.

Para finalizar este apartado, concluiremos con un enfoque alternativo al modelo centrado en los estilos de afrontamiento como proceso sugerido por Lazarus y Folkman (1984). Como hemos mencionado, el grupo de Lazarus considera que las estrategias de afrontamiento pueden ser estables a través de diferentes situaciones estresantes. Muchos autores han empleado los instrumentos psicométricos desarrollados por este grupo (por ejemplo, el *Ways Coping Questionnaire* -(WCQ- Folkman y Lazarus, 1988), aplicándolos como una medida de rasgo (y no como una orientación procesual). Para hacer esto se han modificado las instrucciones, preguntando a la persona cómo afronta habitualmente el estrés, en lugar de cómo

afronta encuentros específicos de estrés (Lazarus, 1993a). Por lo tanto, una medida procesual del afrontamiento se convierte en una medida de rasgo o estilo de afrontamiento. Esta perspectiva difiere de la anterior (estilos de afrontamiento) ya que implica una metodología diferente y una concepción más tendente a la multidimensionalidad (uso de varias estrategias de afrontamiento en función del momento y de la situación). Por ejemplo, Törestad, Magnusson y Oláh (1990) han mostrado evidencia sobre la estabilidad del afrontamiento, demostrando como éste está determinado tanto por la situación como por la persona (rasgo). Según estos autores, las estrategias de afrontamiento no se reducen ni a un proceso (dependencia de las cualidades percibidas de la situación) ni a disposiciones personales, sino que se deben a una interacción de ambos factores. Aparte de demostrar el carácter interaccionista del afrontamiento, de la investigación de Törestad y colaboradores se deriva que, en efecto, los individuos tienen tendencias a usar ciertas estrategias de afrontamiento transituacionalmente. Estos autores categorizan el afrontamiento según tres dimensiones: constructivo, pasivo y de escape. El *constructivo* se refiere a los esfuerzos cognitivos y conductuales dirigidos a tratar con los sucesos estresantes de una manera directa y confrontativa. El afrontamiento *pasivo* incluye soluciones dirigidas a la emoción, mediante las cuales nada puede hacerse respecto a cambiar la situación o moverse de ella. El afrontamiento de *escape* hace referencia a las acciones cognitivas y conductuales que implican salirse del campo físico y psicológicamente. La primera dimensión se corresponde con la definida por Lazarus como focalizado en el problema y el pasivo y escape se solaparían con el afrontamiento centrado en la emoción.

Otros autores como Endler y Parker (1990) demostraron cómo las personas tienen preferencias en el empleo de estrategias de afrontamiento, es decir, utilizan en mayor medida estrategias particulares independientemente de la situación de estrés. Estos autores aislaron mediante análisis factorial tres dimensiones del afrontamiento: orientado hacia la tarea, la emoción y la evitación. La subescala orientado a la tarea correlacionaba positivamente con las dimensiones de Lazarus focalizado en el problema y en la reevaluación positiva. Las otras dos subescalas (orientado a la emoción y evitación) se asociaban positivamente a la dimensión focalizada en la emoción de Lazarus. Un aspecto destacable del estudio de Endler y colaboradores es la definición de afrontamiento de acuerdo con dos dimensiones

básicas, aspecto que contrasta en cierto modo con el modelo bidimensional de Lazarus.

Por último, Roger; Jarvis y Najarian (1993) decidieron separar la dimensión evitación/escape de la categoría focalizada en la emoción aludiendo a que, algunos ítems en análisis factoriales tienden a saturar conjuntamente en ambas dimensiones, lo cual es lógico porque estos ítems implican tanto componentes de evitación como de emoción. Por ejemplo, modos de afrontamiento como soñar, imaginar otras situaciones, etc., son definidos por Endler y colaboradores como pertenecientes a la categoría emocional, pero tienden a asociarse a la dimensión de evitación y, de hecho, poseen un claro significado de evitación cognitiva. Roger y colaboradores obtienen factorialmente tres dimensiones primarias: racional (o tarea), emocional y evitación; y amplían el modelo aislando un cuarto factor, el afrontamiento relacionado con un desapego afectivo (*detachment*) respecto a los sucesos estresantes (*detached coping*; afrontamiento de separación o independencia) el cual significa “desengancharse” de la situación estresante. Estos autores argumentan que cuando el individuo está menos implicado sentimentalmente con el evento, el afrontamiento suele ser más efectivo. Afirman que el sentimiento de separación no implica negación ni intentos de evitar el estrés, y es distinto de las estrategias centradas en la tarea. Los ítems incluidos en esta cuarta dimensión hacen referencia a contenidos como soñar acerca de mejores cosas del futuro, tratar de olvidarse de la totalidad del problema, hablar del problema lo menos posible, etc. Los autores obtienen correlaciones positivas entre esta dimensión y la estrategia orientada racionalmente (tarea), así como en las estrategias emoción y evitación, sugiriendo que los primeros tipos (racional y separación) son estrategias adaptativas, y los dos segundos (emoción y evitación) son desadaptativas. Aunque esta nueva perspectiva podría solucionar algunos de los problemas del modelo tripartito, sin embargo no deja claro que el contenido de esta estrategia de afrontamiento no se solape con la evitación y, posiblemente, con el afrontamiento emocional.

#### d) Las características de personalidad

Además de variables como la valoración cognitiva y las estrategias de afrontamiento) y de otras como el apoyo social, o los factores demográficos (edad, sexo, etc.), los investigadores han investigado un conjunto de variables personales de tipo disposicional (es decir, relativamente estables) que parecen modular las reacciones del individuo a las situaciones estresantes. Estas variables explican, en parte, las posibles diferencias individuales en las reacciones de estrés. Se han sugerido diferentes tipos de asociación entre las variables de personalidad y los trastornos asociados al estrés, como por ejemplo (Sandín y Chorot, 1993):

1. La personalidad puede influir sobre la salud a través de mecanismos fisiológicos directos (por ejemplo, reactividad cardiovascular) y/o indirectos (modulación del sistema inmunitario).
2. Las características de personalidad pueden potenciar la enfermedad al motivar conductas no saludables (por ejemplo, consumo excesivo de alcohol).
3. Ciertos aspectos de personalidad pueden aparecer como resultado de procesos asociados a la enfermedad (por ejemplo, la dependencia).

Tal y como hemos mencionado, las variables disposicionales que han sido propuestas como factores moduladores de la relación entre el estrés y la enfermedad son múltiples y diversas. Algunas de estas variables son consideradas como potenciadoras de la salud, como por ejemplo, la fortaleza (*hardiness*), el optimismo, el sentido del humor, la motivación de sociabilidad, la autoestima, etc.. Otras variables disposicionales se consideran facilitadoras de la enfermedad, como por ejemplo, la reactividad al estrés, la conducta tipo A, hostilidad, el cinismo, el antagonismo, la alexitimia, la personalidad o conducta tipo C, el estilo represor o la motivación de logro.

Sin entrar en un análisis detallado de la relación entre personalidad y estrés, lo cual excedería con creces el objetivo de este trabajo, señalaremos aquí sólo algunas relaciones entre variables de personalidad y afrontamiento.

Existe evidencia que demuestra que las características de personalidad predisponen al uso de determinadas estrategias de afrontamiento (Carver, Scheier y Weintraub, 1989). Por ejemplo, las personas neuróticas suelen utilizar estrategias ineficaces

que aún producen una mayor reactividad al acontecimiento estresante (Bolger y Zuckerman, 1995). De acuerdo con Ferguson (2001), las personas con altas puntuaciones en neuroticismo e introversión suelen utilizar estrategias ineficaces como la negación. Sin embargo el optimismo se relaciona con un afrontamiento activo y con el uso de estrategias encaminadas a producir cambios en la situación adversa (Aspinwall y Taylor, 1997; Chang, 1998; Scheier, Weintraub, y Carver, 1986). Los optimistas tienden a buscar apoyo social, implicarse en re-valoraciones positivas y pensar que tienen recursos suficientes para afrontar la situación (Scheier et al., 1986).

También hay estudios que relacionan la fortaleza (*hardiness*), una dimensión de la que hablaremos más adelante con mayor detalle, con las estrategias de afrontamiento. Kobasa (1982) y Gentry y Kobasa (1984) indican que las personas fuertes (*hardy*) prefieren estrategias activas, transformacionales (es decir, que transforman las situaciones adversas en benignas por medio de estrategias focalizadas en el problema), mientras que las personas con puntuaciones bajas en fortaleza prefieren estrategias como la retirada o la negación, que ni resuelven el problema, ni transforman la situación, y que incluso pueden llegar a incrementar la inadaptación y los afectos negativos.

## **2. REACCIONES ANTE EL ESTRÉS**

Como acabamos de ver, es difícil definir qué se entiende por estrés. En la actualidad, y de modo general, se suele definir como una serie de procesos fisiológicos y psicológicos, que se desarrollan cuando existe un exceso percibido de demandas ambientales sobre las capacidades percibidas del individuo para poder satisfacerlas; y cuando el fracaso en lograrlas tiene consecuencias importantes percibidas por la persona. Es decir, en este concepto se incluye la interacción de, al menos, tres factores: el ambiente, el modo en que la persona percibe ese ambiente y el modo en que percibe sus propios recursos para afrontar las demandas del ambiente. Por tanto, un aspecto muy importante en el concepto de estrés es la propia percepción del individuo, por lo que un mismo acontecimiento puede ser considerado como inocuo o como catastrófico por diferentes personas.

Teniendo en cuenta lo anterior, no es sorprendente encontrar que las reacciones humanas ante las situaciones adversas son tremendamente complejas. Dependen de las características específicas del suceso, del momento particular en que se produce, del lugar, del *background* cultural y social, del contexto evolutivo, etc. Ante un mismo acontecimiento negativo, las reacciones de las personas pueden ser muy variables. En general, podríamos agruparlas en cinco grandes bloques diferentes:

- En primer lugar, la mayoría de las personas reaccionan de modo “esperable” (lo que se denomina “frecuente” o “usual”), con tristeza, ansiedad, enfado, problemas comportamentales, etc., que les perturban sólo transitoriamente.
- En otras personas, esas perturbaciones emocionales y comportamentales pueden ser más intensas y alterar su funcionamiento cotidiano durante un tiempo algo más largo.
- En el caso de algunas otras personas, esas reacciones emocionales y/o comportamentales pueden llegar a ser lo suficientemente intensas y duraderas como para conllevar un diagnóstico específico (trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, etc.).
- Hay quien puede vivir y percibir el acontecimiento con tal intensidad, que éste es capaz de remover sus asunciones vitales sobre el mundo o sobre sí mismo, y se queda como “fijado” o “atrapado” por el acontecimiento”.
- Y aún hay algunas personas que viven el acontecimiento como una oportunidad de crecimiento personal, y les produce un “cambio positivo” en sus vidas.

Todas estas reacciones son posibles, y a algunas de ellas dedicaremos este apartado. Existen diferencias entre todas ellas, tanto en los estresores que suelen producirlas, como en la sintomatología con que se manifiestan. Dejaremos las reacciones “normales” y las que implican un diagnóstico de trastorno de estado de ánimo, y nos centraremos en el Trastorno por Estrés Post-Traumático (TEPT), en los Trastornos adaptativos (TA) y en el Cambio Pos-traumático.

## 2.1. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

A todos nos han conmovido acontecimientos como los ocurridos el 11-S, el 11-M, o el tsunami que asolaba en las navidades del 2004 a varios países asiáticos. Sin embargo, no se trata de acontecimientos en absoluto infrecuentes. Los seres humanos, a lo largo de nuestra historia, hemos vivido numerosas catástrofes naturales, como inundaciones, huracanes, terremotos, etc., y también, desgraciadamente, conocemos el terror que nosotros mismos producimos, como la guerra, el terrorismo, la violencia de género, la delincuencia, etc. Este tipo de acontecimientos, que hoy denominamos traumáticos, han estado permanentemente presente a lo largo de toda la historia de la humanidad y en todas las culturas, hasta tal punto que algunos autores señalan que la reacción frente al trauma, el actualmente denominado Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT), es una reacción anormal a hechos normales. De hecho, se calcula que cada año hay más de 150 millones de personas afectadas directamente por algún desastre. Breslau, Kessler, Chilcoat, Schultz, Davis y Andreski (1998) señalaban recientemente que el 90% de los norteamericanos estaría expuesto a un acontecimiento estresante, tal y como es definido por el DSM-IV (APA, 1994)

Sin embargo, y como antes comentábamos, la manera de responder a estos acontecimientos es muy variada. Mientras que en la inmensa mayoría de las personas sus efectos negativos se mitigan e incluso desaparecen con el tiempo (es más, pueden tener incluso efectos positivos, de crecimiento personal como ya decíamos), algunas personas experimentan secuelas a largo plazo, incluso de por vida, si no reciben el tratamiento adecuado. En un informe del año 2000, el *Department of Health and Human Services* de EEUU estimaba que el 9% de las personas expuestas a un acontecimiento estresante desarrollaría un TEPT (U.S. Dept. H.H.S., 2000). Como veremos más adelante, estas cifras indican, por un lado, la importancia del TEPT como un problema de salud pública, pero también indican que la exposición a un acontecimiento traumático es un requisito necesario, pero ni mucho menos suficiente para desarrollar secuelas patológicas significativas. Un 9% es una minoría de las personas que han estado expuestas a un estresor. Por tanto, no es en absoluto descabellado pensar que pueden existir mecanismos de recuperación y curación naturales. En este sentido, puede que una intervención



prematura o excesivamente agresiva incluso interfiera con estos mecanismos naturales (Everly, 2000).

En este apartado abordaremos, en primer lugar, las características definicionales y diagnósticas del TEPT, así como de otros diagnósticos estrechamente relacionados. Posteriormente, resumiremos algunas de las explicaciones psicológicas más elaboradas que se han dado a este trastorno.

### **2.1.1. HISTORIA**

El TEPT constituye uno de los cuadros clínicos de más reciente incorporación a los sistemas de clasificación diagnóstica, ya que no aparece reflejado como tal hasta 1980, con la publicación de la tercera versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-III (APA, 1980). Sin embargo, se pueden encontrar descripciones de cuadros psicopatológicos similares a lo largo del siglo XIX y XX, e incluso se pueden encontrar descripciones en la poesía de Homero, de Shakespeare o de Goethe. En la tradición psicopatológica, ya se hacían algunas referencias (recogidas por Smith, 1982; citado por Keane, 1989) sobre el malestar psicológico experimentado por algunos combatientes en la guerra civil americana. Son más conocidas las descripciones realizadas en los inicios del siglo XX por Freud (1919) o por Ferenczi, Abraham, Simmel y Jones (1921) sobre los trastornos psicológicos sufridos por algunos combatientes de la primera guerra mundial y a los que se denominó “neurosis de guerra”, englobándolos dentro del grupo de las “neurosis traumáticas”. Durante la segunda guerra mundial aparecen trabajos donde los autores empiezan a utilizar terminología psiquiátrica para referirse a las alteraciones que experimentan las personas que padecían trastornos por estrés relacionados con el combate. Se citaban problemas de ansiedad, depresión, trastornos del sueño, pesadillas, culpa y problemas para controlar la agresión. Estos síntomas son descritos también en los primeros trabajos que se publican sobre los ex combatientes del Vietnam (Figley, 1978) antes de la aparición del DSM-III y, como podrá apreciarse más adelante, constituyen síntomas presentes en los criterios actuales para diagnosticar el TEP. Asimismo, antes de la publicación del DSM-III, ya se habían realizado algunas descripciones de este síndrome en víctimas de

violaciones (Burgués y Holstrom, 1974) y en víctimas de catástrofes naturales (Titchener y Kapp, 1976).

El DSM en su primera versión DSM-I (APA, 1952) incluía una categoría diagnóstica denominada "Gran reacción al estrés" y el DSM-II (APA, 1968) incorporaba otra categoría "Trastorno situacional transitorio". En los dos casos, se trataba de una respuesta a una situación ambiental de excesivo estrés, con lo cual se están refiriendo a lo que en el DSM-III se denominará, por primera vez, TEPT. Sin embargo, las dos primeras versiones del DSM, no especificaban los síntomas del trastorno y describían únicamente las reacciones agudas al estrés. La denominación de TEPT en el DSM-III supone la evolución desde una reacción aguda en individuos con buen ajuste premórbido, hacia un síndrome especificable que ocurre como respuesta aguda o crónica, con o sin patología preexistente o concurrente.

La inclusión de este trastorno en el DSM-III se debió en gran medida a la presión ejercida por los veteranos de la guerra del Vietnam (McNally, 2003). Este colectivo quería contar con una categoría diagnóstica que reflejara las secuelas psicológicas de la guerra y, además, que justificara poder recibir el diagnóstico de un "trastorno mental", con sus consecuentes beneficios médicos y sociales (Young, 1995).

En la Clasificación Internacional de Enfermedades y causas de muerte (CIE) elaborado por la OMS, este trastorno tampoco aparece hasta la novena versión (1977), incluido dentro de la sección de "Trastornos neuróticos, de la personalidad y trastornos mentales no psicóticos" bajo el término de "Reacción aguda ante gran tensión", si bien se establece una duración muy restringida a las alteraciones consecuentes a un estresor (horas o días). La última clasificación de la OMS, la CIE-10 (OMS, 1992), desarrolla una categoría separada de trastornos provocados por el estrés y el trauma, en los cuales se incluyen el TEPT agudo y el crónico, los trastornos de adaptación y los cambios duraderos de personalidad posteriores a una situación de catástrofe. En esta versión ya aparece el trastorno recogido en la sección de "Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos" bajo el término de trastorno de estrés post-traumático, con criterios similares al DSM, si bien sigue poniendo el acento en que el estresor tiene que ser extraordinario y provocar alteraciones en la mayoría de las personas.

## **2.1.2. DEFINICIÓN**

### *a) EL TEPT en el DSM-IV*

Según el DSM-IV (APA, 1994), el TEPT se clasifica dentro de los trastornos de ansiedad, cuando se cumplen los siguientes criterios expuestos en la Tabla 1. Tal y como se puede observar en esta tabla, según el DSM-IV el TEPT aparece cuando la persona ha sufrido o ha sido testigo de una agresión física o de una amenaza para la vida de uno mismo o otra persona, y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta de miedo, horror o indefensión. A diferencia del DSM-III-R, el DSM-IV pone el acento en la reacción de la persona y no tanto en el tipo de acontecimiento traumático (Barlow, 1993). Más adelante volveremos a esta cuestión.

Por otro lado, la sintomatología clínica asociada a este cuadro clínico puede ser variable de unas personas a otras, pero hay tres aspectos fundamentales que se encuentran en todas las personas (Echeburúa y Corral, 1995). En primer lugar, las víctimas suelen revivir intensamente la agresión sufrida o la experiencia vivida en forma de imágenes y recuerdos constantes involuntarios y pesadillas, así como de un malestar psicológico intenso y de una hiperreactividad fisiológica ante estímulos externos e internos vinculados al suceso. En segundo lugar, las víctimas tienden a evitar o escaparse de los lugares o situaciones asociados al trauma e incluso rechazan pensar voluntariamente o dialogar con sus seres queridos sobre lo ocurrido. Y en tercer lugar, las víctimas muestran una respuesta de alarma exagerada que se manifiesta en dificultades de concentración, irritabilidad y problemas para conciliar el sueño. Todo esto lleva a una interferencia significativa en el funcionamiento social y laboral, a una pérdida de interés por lo que antes resultaba atractivo y a un embotamiento afectivo para captar y expresar sentimientos de intimidad y ternura.

TABLA 1.- Criterios del DSM-IV para el Trastorno de Estrés Pos-traumático

**A. La persona ha estado expuesta a un evento traumático en el que han existido 1) y 2):**

- 1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o para los demás.
- 2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

**[1] B. El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente a través de un o más de las siguientes formas:**

- 1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En niños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma).
- 2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento que producen malestar. Nota: En niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
- 3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashbacks, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.
- 4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos externos o internos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- 5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

**C. Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los síntomas:**

- 1) Esfuerzos para evitar los pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
- 2) Esfuerzos para evitar las actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
- 3) Incapacidad para recordar alguno de los aspectos importantes del trauma.
- 4) Reducción acusada del interés o participación en actividades significativas.
- 5) Sensación de desapego o enajenación respecto a los demás.
- 6) Restricción de la vida afectiva.
- 7) Sensación de un futuro desolador.

**D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) tal y como indican dos o (más) de los siguientes síntomas:**

- 1) Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
- 2) Irritabilidad o ataques de ira.
- 3) Dificultad en concentrarse.
- 4) Hipervigilancia.
- 5) Respuesta exagerada de sobresalto.

**E. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C, y D) se prolongan más de un mes.**

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

*Especificar si:*

**Agudo:** si los síntomas duran menos de 3 meses.

**Crónico:** si los síntomas duran 3 meses o más

*Especificar si:*

**De inicio demorado:** entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

b) El TEPT en la CIE-10

Por su parte, la CIE-10 ubica el TEPT en el apartado de “*Trastornos Neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos*”, dentro del subgrupo específico de “*Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación*” (ver Tabla 2). En esta categoría, la CIE-10 incluye trastornos que se identifican no sólo por la sintomatología y el curso, sino también por aparecer siempre como consecuencia directa de un estresor, sea agudo, grave, o una situación traumática sostenida. Aunque se reconoce que el estresor no es un factor ni necesario ni suficiente para explicar la aparición y forma de estos trastornos, sin embargo es un factor primario y primordial, ya que sin él no se habría producido el trastorno.

Tabla 2: Clasificación de los “Trastornos Neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”, según la CIE-10.

<b>F40-F48 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.</b>
F40 Trastornos de ansiedad fóbica
F41 Otros trastornos de ansiedad
F42 Trastorno obsesivo compulsivo
<i>F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación</i>
F43.0 Reacción a estrés agudo
F43.1 Trastorno de estrés postraumático
F43.2 Trastornos de adaptación
F43.8 Otras reacciones a estrés grave
F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación
F44 Trastornos disociativos (de conversión)
F45 Trastornos somatomorfos

Según la CIE, el TEPT es un “trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (p. ej., catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen)”.

En cuanto a las características de este trastorno, esta clasificación señala los siguientes: “episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de despego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por

estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez. Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicótropas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una “*transformación persistente de la personalidad*”

Según la CIE, los síntomas imprescindibles para el diagnóstico del TEPT, además de la presencia del acontecimiento traumático, son las evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. Este sistema de clasificación, sin embargo, indica que, aunque también suelen estar presentes, no son esenciales para el diagnóstico el desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo.

### **2.1.3 CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS**

#### *a) Prevalencia y curso*

La prevalencia global de este trastorno, según el DSM-IV (APA, 1994), oscila entre el 1 y el 14%. En cuanto a la prevalencia a lo largo de la vida, se estima que varía entre el 1.3% (Heltzer, Robins y McEvoy, 1987) y el 9% (Breslau, Davis y Andreski, 1991) en la población general y al menos 15% en población psiquiátrica (Saxe, van der Kolk, Hall, Schwartz, Chinman, Hall, Lieberg y Berkowitz, 1993).

Esta gran variabilidad en los datos puede deberse a que los diferentes estudios han utilizado criterios diagnósticos variables y han estudiado poblaciones diferentes. Por ejemplo, los datos en estudios realizados sobre individuos de riesgo (veteranos de guerra, víctimas de atentados terroristas, etc.) oscilan entre el 3 y el 58%. Sin

embargo, también hay autores que aducen otras razones para explicar esta variabilidad. Así, por ejemplo Rosen (2004) alude al posible “fingimiento” por parte de algunas personas, con el fin de obtener recompensas, fundamentalmente económicas, por haber sido víctimas de algún suceso traumático. En este sentido, y para poder llegar a conclusiones más fiables sobre la presencia del TEPT tanto en la población general como en población expuesta a algún acontecimiento estresante, Rosen (2004) llega a pedir que los autores especifiquen explícitamente en sus trabajos cuál es el estatus de los participantes diagnosticados de TEPT, en cuanto a si han solicitado o no alguna recompensa por sus problemas. De hecho, este autor se “sorprende” de las cifras tan elevadas de TEPT presentes tras algunas catástrofes. Esta misma advertencia la hace McNally (2003), quien recoge estudios de otros autores que señalan la “elevada” presencia de TEPT en veteranos de la guerra del Vietnam, y las elevadas recompensas materiales que estas personas tienen si siguen demostrando a lo largo del tiempo su incapacidad psíquica. Teniendo en cuenta estas cuestiones, el DSM-IV explícitamente indica la necesidad de excluir aquellas personas que puedan estar fingiendo o simulando un TEPT<sup>1</sup>.

Por lo que se refiere a su aparición, puede darse en cualquier edad, incluso durante la infancia. Además, suele aparecer bruscamente, y aunque la sintomatología suele aparecer en los primeros 3 meses posteriores al trauma, también puede manifestarse tras un lapso temporal de meses, o incluso años. Lo más frecuente es que estas personas hayan sido diagnosticadas previamente de “Trastorno por Estrés Agudo” (TEA). Este curso demorado suele ocurrir en un 15% aproximado de los casos.

Por otra parte, el curso puede ser muy variable a lo largo del tiempo, y tanto los síntomas en sí mismos, como la predominancia relativa de cada uno de ellos, varían mucho a lo largo del curso de trastorno. También se producen variaciones importantes en la duración de los síntomas. Aproximadamente, la mitad de los casos suele recuperarse espontáneamente en los 3 primeros meses. Sin embargo, en la otra mitad los síntomas pueden persistir incluso más allá de los 12 meses

---

<sup>1</sup> Durante un tiempo las “neurosis traumáticas” no se consideraban como auténticas neurosis, sino como “neurosis de renta”, denominación que implicaba que el trastorno se relacionaba con la posibilidad de compensación económica, Esto ha provocado que en algunos países centroeuropeos se rechazara el concepto de “neurosis postraumática”.

posteriores al acontecimiento traumático y suelen requerir de atención terapéutica para su recuperación.

Según diferentes estudios, los dos predictores más importantes son la historia de traumas previos (aquellas personas que han estado más expuestas a traumas previos son más propensas a desarrollar un TEPT) y la reacción en los momentos posteriores al hecho (las personas que manifiestan reacciones predominantemente disociativas tienen peor pronóstico). Por lo que se refiere a otras variables predictoras, los factores más señalados son la intensidad, la duración y la proximidad de la exposición al acontecimiento traumático. Algunos estudios también han indicado que la calidad del apoyo social, los antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de personalidad y los trastornos mentales preexistentes, pueden influir en la aparición de este trastorno, aunque el TEPT puede aparecer en individuos sin ningún factor predisponente, sobre todo, cuando el acontecimiento es extremadamente traumático (APA, 1994).

Por otro lado, también existen diferencias culturales importantes, en función del valor que se da a las pérdidas humanas en diferentes culturas. Así, los valores culturales y religiosos pueden influir en la respuesta al estrés. Por ejemplo, Fernando (2004) señala que las filosofías budistas e hinduistas manifiestan características que pueden considerarse como factores de protección, como por ejemplo la aceptación del dolor y del sufrimiento, la comprensión de que el futuro traerá alivio a través del renacimiento, etc. Estas características podrían maximizar la recuperación de las personas traumatizadas.

Por último, por lo que respecta a las características del hecho traumático en sí, parece que ciertos estresores tienen más posibilidades de desencadenar un TEPT que otros. En este sentido, los acontecimientos traumáticos infringidos por el ser humano parecen tener más probabilidades de desencadenar un TEPT, especialmente cuando se trata de familiares directos o de personas en las que se debería confiar, o cuando se ha padecido presión para silenciar el acontecimiento; también suelen ser más “traumatizadores” los acontecimientos repetidos y reiterados y los que se sufren a una edad más temprana.



## *b) Comorbilidad y diagnóstico diferencial*

Por lo que se refiere a la comorbilidad asociada al TEPT, ésta es tremendamente elevada. Según la literatura, hasta un 80% de pacientes diagnosticados de este trastorno tiene al menos otro diagnóstico psicopatológico más, siendo los más frecuentes el alcoholismo o abuso de drogas (60-80%), los trastornos afectivos (26%-65%), los trastornos de ansiedad (30-60%), o los trastornos de personalidad (40-60%).

En cuanto a la asociación con el abuso de sustancias, ésta suele ser una estrategia frecuente utilizada por la persona para tratar de huir o de esconder el dolor asociado a la experiencia traumática. Los estudios indican que los pacientes que presentan ambos trastornos muestran una mayor gravedad y peor respuesta al tratamiento (Ouimette, Finney, y Moos, 1999), y tienden a abusar de drogas “duras” como cocaína y opiáceos (Najavits, Gastfriend, Barber, Reif, Muenz, Blaine, et al. 1998). Además, la presencia de ambos trastornos suele estar asociada con otros problemas, como la mendicidad, la violencia doméstica, y otros trastornos en los Ejes I y II, y también con problemas médicos y dificultades en la implicación terapéutica (Najavits, et al., 1998).

En cuanto a los trastornos afectivos, es muy frecuente observar episodios depresivos posteriores, caracterizados por pérdida de interés, disminución de la autoestima e incluso en los casos de mayor gravedad, ideaciones suicidas recurrentes (presentes en el 50% ,aproximadamente, de víctimas de violación).

Por último, enfatizar la presencia frecuente de episodios de ira y agresividad, que aunque son reacciones muy comunes entre las víctimas de un trauma, pueden llegar, en algunos casos, a alcanzar límites desproporcionados e interferir significativamente en el funcionamiento diario de los pacientes.

Por lo que se refiere al diagnóstico diferencial, muchos de los síntomas que manifiestan las personas diagnosticadas de TEPT pueden confundirse con otros trastornos psicológicos, como el trastorno depresivo, el trastorno de somatización, la simulación, el trastorno de personalidad límite, el antisocial, e incluso hasta con algún tipo de trastorno psicótico. En estos casos hay que valorar hasta qué punto los

síntomas son respuesta a un acontecimiento traumático y se manifiestan síntomas de los tres grupos indicados previamente (re-experimentación, evitación/embotamiento e hiperactivación).

Hay que tener en cuenta que aunque el TEPT es un diagnóstico relativamente fácil de hacer cuando se conoce la existencia de un acontecimiento traumático, o cuando el paciente informa de la relación entre su sintomatología y un suceso altamente estresante, sin embargo, cuando los síntomas son de aparición tardía, puede que no sea tan evidente esa relación, especialmente para el paciente, por lo que el clínico debe valorar la existencia de tales experiencias, ya que la historia de acontecimientos traumáticos es un elemento clave para el diagnóstico diferencial.

#### **2.1.4 ALGUNAS PRECISIONES CONCEPTUALES Y DIAGNÓSTICAS:**

##### *a) El concepto de trauma*

En la denominación del TEPT figuran dos términos cuya definición no es sencilla: estrés y trauma. Tal y como indica el propio nombre, estamos ante un trastorno que se manifiesta por respuestas de estrés posteriores a una situación traumática. En el apartado anterior ya hacíamos mención de la dificultad que entraña definir el estrés. En este apartado nos vamos a referir al concepto de trauma

Como Vázquez (2005) señala muy gráficamente, se trata de un concepto “bajo sospecha”, desde que Oppenheim propusiera en 1892 el término de “neurosis traumática” para referirse a síntomas psicológicos intensos producidos por accidentes laborales traumáticos. Desde entonces, la historia de este concepto está repleta de polémicas (Brewin, McNally y Taylor, 2004; McNally, 2003). Actualmente este término se ha ido despojando de su matiz psicodinámico y alude a una situación o acontecimiento altamente amenazante.

Como ya hemos indicado, en el DSM-III (APA, 1980) el trauma se definía como una acontecimiento fuera del marco habitual de las experiencias humanas y que sería angustiante para prácticamente cualquier persona. Esta concepción se mantiene en la CIE-10, que señala que el acontecimiento debe ser “de naturaleza

excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen)". Esta definición, al presuponer que casi todo el mundo tendría esa respuesta si se encontrase en esa situación, significa enfatizar la importancia de la magnitud del suceso y minimizar el papel de la personalidad de la víctima, es decir, da escasa importancia a la vulnerabilidad psicológica<sup>2</sup>. Sin embargo, muy pronto se planteó que las situaciones traumáticas no son hechos fuera de lo normal, ya que si analizamos la vida de cualquier persona nos encontraremos con que está plagada de hechos traumáticos (muertes, catástrofes, separaciones, etc.). Por tanto, esta concepción simplista cambió en el DSM IV (APA, 1994) y el acento recayó sobre la reacción del individuo y no sobre el acontecimiento, como ocurría en las ediciones anteriores; es decir el hecho traumático se define fundamentalmente por la reacción del individuo: dada una situación determinada, ¿cómo reacciona cada individuo?.

Desde el punto de vista diagnóstico, debe destacarse la mejoría sustancial que hace el DSM-IV incluyendo en el criterio A las dos condiciones (magnitud del suceso y respuesta de la víctima), sin embargo dicha mejora todavía no resulta lo suficientemente esclarecedora, y aún siguen quedando cuestiones por aclarar, como ¿qué significa haber estado expuesto a una situación traumática?. Aunque el DSM-IV reconoce la posibilidad de la exposición indirecta (observar el suceso o que alguien te lo cuente), no ofrece guías claras para evaluar este aspecto. Las imágenes vistas una y otra vez por la TV del 11-S son un ejemplo de esta dificultad. Como señalan algunos autores, como McNally (2003) o Vázquez (2005), esta definición puede facilitar un uso abusivo de la etiqueta de trastorno mental.

Por otro lado, las definiciones diagnósticas no tienen en cuenta los distintos tipos de situaciones traumáticas que existen. Como ya hemos indicado, los sucesos altamente estresantes que podemos vivir son muchos y muy variados. Mientras unos

---

<sup>2</sup> Aunque la CIE.10 reconoce ciertos rasgos de vulnerabilidad (como algunos rasgos de personalidad o antecedentes de enfermedad neurótica) que pueden predisponer al trastorno y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, sin embargo, este sistema de clasificación explícitamente afirma que estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

pueden tener un origen natural (terremotos, inundaciones, etc.), otros son producto de los seres humanos (guerras, terrorismo, abusos, etc.). Mientras unos afectan a comunidades, e incluso países enteros, otros afectan a una sola persona o a un reducido grupo de personas. Puede que diferentes tipos de sucesos traumáticos tengan impactos distintos sobre las personas. Por ejemplo, muchos autores señalan que los acontecimientos producidos por la propia mano del hombre suelen dejar más secuelas psicológicas que los naturales.

Por otro lado, existen otras situaciones estresantes, que si bien no pueden ser consideradas como extremas, pueden afectar seriamente a las personas, aunque generalmente no suelen desencadenar un TEPT. Nos estamos refiriendo a situaciones como la pérdida de empleo, el divorcio, el fracaso escolar, etc. Estas situaciones pueden dar lugar a un Trastorno Adaptativo, diagnóstico del que hablaremos con más detalle en el apartado siguiente.

En general, parece que las distintas investigaciones apuntan a que los acontecimientos para ser considerados traumáticos han de cumplir, al menos, tres características: ser inesperados, ser incontrolables, y llevar a una respuesta emocional intensa (horror, terror). Esto hace que ataquen directamente a la sensación de seguridad y de auto-confianza que las personas tenemos y que, por tanto provoquen, reacciones intensas de vulnerabilidad y temor hacia el entorno. Muchos autores enfatizan este aspecto. Por ejemplo, Calhoun (1998; Calhoun y Tedeschi, 1998) dice que en la experiencia traumática la persona se enfrenta a unas circunstancias de proporciones “sísmicas”, porque hacen temblar las bases en que se fundamentan las asunciones de la persona sobre el mundo y sobre ella misma, y suelen llevar a cuestionarse y re-valorar muchas de las asunciones básicas que se mantenían anteriormente.

#### *b) La ubicación diagnóstica*

A lo largo de los años transcurridos desde la publicación del DSM-III (APA, 1987) y hasta la reciente aparición del DSM-IV (APA; 1994), se ha cuestionado por parte de algunos profesionales la ubicación diagnóstica del TEPT. Se han planteado ciertas

dudas acerca de si el TEPT debería incluirse dentro de los trastornos de ansiedad o podría ser englobado también entre los trastornos disociativos.

#### **- El TEPT como un trastorno de ansiedad:**

Desde el punto de vista de la sintomatología, se puede considerar adecuada la integración dentro de los trastornos de ansiedad, tal y como ocurre en el DSM-III y en el DSM-IV. De hecho, la tasa de prevalencia de comorbilidad en el caso de los trastornos de ansiedad, según indica Echeburúa (1993) es del 68%. Además, el miedo y la evitación están presentes en la mayoría de los trastornos de ansiedad, como son, el trastorno de pánico, la ansiedad fóbica, la ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo compulsivo. Del mismo modo, los pensamientos intrusivos y las pesadillas pueden ser considerados como ataques de pánico condicionados. A su vez, la evitación de personas, lugares o situaciones asociados al trauma refleja la presencia de estímulos condicionados similares a los existentes en los trastornos fóbicos como son las fobias específicas, fobias sociales y agorafobia. Por otro lado, tanto en el trastorno de ansiedad generalizada como en el TEPT se da un alto nivel de activación, hipervigilancia, reducción de concentración, irritabilidad y alteraciones del sueño. Por último, los recuerdos, imágenes y pensamientos no deseados, recurrentes e invasivos y persistentes caracterizan tanto al TEPT como al trastorno obsesivo compulsivo.

En suma, la ubicación de este cuadro clínico dentro de los trastornos de ansiedad parece bien fundamentada. Sin embargo, autores como Pitman et al. (1990) plantean algunas objeciones a esta ubicación nosológica. Por ejemplo, las respuestas de ira y de tristeza pueden ser tan frecuentes como las de miedo. Por otro lado, la activación psicofisiológica puede no ser necesariamente un reflejo de la ansiedad existente.

#### **- El TEPT como un trastorno disociativo:**

Hay autores que indican que se podría considerar su incorporación a los trastornos disociativos ya que tras el acontecimiento traumático se suele dar una desorganización comportamental y síntomas disociativos. Se ha argumentado que son estos síntomas disociativos los que establecen la mayor diferencia del TEPT con

los demás trastornos por ansiedad. En esta línea, autores como Janoff-Bulman (1992) o Spiegel (1993) indican que tanto los trastornos disociativos como el TEPT suponen dificultades en la integración, aceptación, o absorción de un trauma grave u horrible, que se expresa a través de síntomas de negación, amnesia, evitación, recuerdos intrusivos, ansiedad e hipervigilancia. La dificultad para olvidar la experiencia podría ser la cara opuesta de la misma moneda que la dificultad para recordar (aceptar o reconocer) la experiencia. En este sentido, se propuso que el DSM-IV incluyera una categoría de “trastorno disociativo reactivo breve” (Spiegel 1993), pero, como tal categoría era claramente similar al TEPT terminó situándose en los trastornos de ansiedad y se denominó como “Trastorno de Estrés Agudo”, del que hablaremos más adelante.

Por otro lado, otros autores arguyen que no parece razonable incluir este cuadro clínico dentro de los trastornos disociativos, ya que, en primer lugar, la disociación no afecta a todos los pacientes aquejados de TEPT; en segundo lugar, incluso cuando está presente, tiende a disminuir, al menos, en algunos casos y, en tercer lugar, el carácter nuclear del trastorno viene marcado por la ansiedad y no por la disociación. De hecho, desde este planteamiento se indica que la disociación se podría considerar como una forma de evitación cognitiva, como una estrategia de afrontamiento ante una situación de miedo extremo y amenaza a la vida y, desde esta perspectiva, como una reacción secundaria a la ansiedad (Davidson y Foa, 1991).

### **- El TEPT como un trastorno provocado por el estrés**

Desde otros puntos de vista, se defiende la creación de un subgrupo específico de trastornos por estrés en función de la *etiología*, ya que su diagnóstico se basa en la ocurrencia de un acontecimiento traumático y existe una fuerte correlación entre la presencia del TEPT y la gravedad e intensidad del acontecimiento traumático. De hecho, como hemos visto, la CIE-10 incluye este trastorno dentro de una categoría separada de trastornos provocados por el estrés y el trauma, en la que incluye el TEPT agudo y crónico, los trastornos de adaptación y los cambios duraderos de la personalidad posteriores a una situación de catástrofe (ver Tabla número 2). Hay autores (p.ej., Davidson y Foa, 1991) que defienden abiertamente esta posibilidad, que, según ellos, tendría implicaciones positivas para la salud pública, la medicina y

la psicología preventivas y las estrategias de tratamiento, además de contribuir a su mayor reconocimiento público. Más adelante volveremos a incidir en las ventajas de esta clasificación, cuando hablemos de los Trastornos Adaptativos

*c) Otros diagnósticos relacionados: El Trastorno por Estrés Agudo y el TEPT complejo*

Desde diversas instancias se ha enfatizado la necesidad y la importancia de identificar lo más pronto posible a aquellas personas que pueden desarrollar un TEPT después de la exposición a un acontecimiento traumático. El DSM-IV (APA, 1994) introducía por primera vez la categoría de “Trastorno por Estrés Agudo” (TEA), dirigido precisamente al diagnóstico de reacciones al estrés que se producen en el primer mes después del acontecimiento traumático, e identificar así a las personas que podrían desarrollar un TEPT. Es decir, se hipotetiza que quien inmediatamente después de la exposición al hecho traumático desarrolla los síntomas de un TEA, presenta un mayor riesgo de que esos síntomas se perpetúen bajo la forma de un TEPT. Además, existía otra razón que justificaba la inclusión de esta categoría en el DSM-IV: tanto algunos estudios empíricos como las observaciones clínicas indicaban la presencia de experiencias disociativas como un predictor importante de problemas post-traumáticos crónicos posteriores (Spiegel, Koopman, Cardeña y Classen, 1996). De este modo, los criterios diagnósticos propuestos para el TEA son similares a los del TEPT (ver Tabla 3), pero se pone el acento en los síntomas disociativos peritraumáticos (amnesia disociativa, despersonalización, desrealización, etc.). Esta es una de las diferencias entre ambos trastornos; la otra diferencia radica en la temporalidad de la aparición de la sintomatología respecto del acontecimiento traumático.

***TABLA 3: Criterios del DSM-IV para el Trastorno de Estrés Agudo***

<p><b>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás</li><li>2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos</li></ol> <p><b>B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta 3 (o más) de los siguientes síntomas disociativos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. sensación subjetiva de embotamiento, despego o ausencia de reactividad emocional</li><li>2. reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)</li><li>3. desrealización</li><li>4. despersonalización</li><li>5. amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)</li></ol> <p><b>C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de <i>flashback</i> recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.</b></p> <p><b>D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).</b></p> <p><b>E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).</b></p> <p><b>F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.</b></p> <p><b>G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.</b></p> <p><b>H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve</b></p>
---

Por su parte, la CIE-10 recoge el siguiente diagnóstico para lo que denomina “Reacciones a Estrés Agudo”. Según este sistema de clasificación, sería un “trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de persona o personas queridas (por ejemplo, catástrofes naturales, accidentes, batallas, atracos, violaciones) o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo (por ejemplo, pérdidas de varios seres queridos, incendio de la vivienda, etc.). (...) Los síntomas tienen una gran variabilidad, pero lo más característico es que entre ellos se incluya, en un período inicial, un estado de "embotamiento" con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de la circunstancia (incluso hasta el grado de estupor disociativo) o a una agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida). Por lo general, están presentes también los signos vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor). Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos



de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante y desaparecen en dos o tres días (a menudo en el curso de pocas horas). Puede existir amnesia completa o parcial para el episodio.

En cuanto a los criterios, este sistema establece los siguientes:

Debe haber una relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente estresante excepcional y la aparición de los síntomas, los cuales se presentan a lo sumo al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de un modo inmediato. Además los síntomas:

**a)** Se presentan mezclados y cambiantes, sumándose al estado inicial de "embotamiento", depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento, aunque ninguno de estos síntomas predomina sobre los otros durante mucho tiempo.

**b)** Tienen una resolución rápida, como mucho en unas pocas horas en los casos en los que es posible apartar al enfermo del medio estresante. En los casos en que la situación estresante es por su propia naturaleza continua o irreversible, los síntomas comienzan a apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días.

Según la CIE-10 en esta categoría se incluye "Crisis aguda de nervios", "Reacción aguda de crisis", "Fatiga del combate", y "Shock psíquico".

Actualmente, el diagnóstico de TEA es bastante polémico: mientras que algunos autores indican que los datos lo avalan y justifican (p.ej., Bremner, Steinberg, Southwick, et al., 1993; Classen, Koopman, Hales, y Spiegel, 1998; Ehlers, Mayou y Bryant, 1998; Marmar, Weiss, Schlenger, et al., 1994), otros señalan diferentes problemas conceptuales y empíricos que cuestionarían esta etiqueta (Bryant y Harvey, 1997). En este sentido, algunos autores han mostrado su escepticismo y han indicado que esta categoría no ha cumplido los estrictos requisitos que se exigen a otros trastornos antes de ser reconocidos en el DSM (Bryant, 2000). Por otro lado, también se critica utilizar este diagnóstico como predictor de otro trastorno, y el riesgo de patologizar en exceso las reacciones transitorias al estrés (Bryant y Harvey, 1997; Marshall, Spitzer, y Liebowitz, 1999).

Por último, hay que indicar que autores como Herman (1992a, b) consideran la existencia de una categoría diagnóstica nueva, el TEPT Complejo (*Complex PTSD*) o Trastorno por Estrés Extremo (DESNOS; *Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified*). Este trastorno estaría dirigido a aquellos casos en que la situación traumática se hubiese producido repetidamente y a lo largo de mucho

tiempo, hasta el punto de que tal exposición prolongada al trauma hubiese condicionado el desarrollo de la personalidad del individuo. Ejemplos de este tipo serían las situaciones de abuso sexual prolongado, los prisioneros de campos de concentración, los prisioneros de guerra, las víctimas de violencia de género, de explotación sexual, etc. En estas situaciones, la degradación de la identidad del individuo y de su vida pueden llegar a provocar alteraciones profundas a nivel cognitivo, perceptivo, afectivo, etc., llegando también a afectar la personalidad y la identidad del individuo.

Este diagnóstico sería similar al que propone la CIE-10 dentro de la categoría de trastornos de la personalidad y que denomina "*Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica*" (ver Tabla 4). En este trastorno el estrés es tan extremo, que no requiere tener en cuenta la vulnerabilidad personal para explicar el profundo efecto sobre la personalidad. Serían ejemplos típicos: experiencias en campos de concentración, torturas, desastres y exposición prolongada a situaciones amenazantes para la vida (por ejemplo, secuestro, cautiverio prolongado con la posibilidad inminente de ser asesinado). Según la CIE-10, el TEPT podría preceder a este tipo de transformación de la personalidad, considerándose entonces como estados crónicos o como secuelas irreversibles de aquel trastorno. Sin embargo, también puede aparecer sin TEPT previo manifiesto.

**TABLA 4: Criterios de la CIE-10DSM-IV para la Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica.**

<p>La transformación de la personalidad debe ser persistente y manifestarse como rasgos rígidos y desadaptativos que llevan a un deterioro de las relaciones personales y de la actividad social y laboral. Por lo general, la transformación de la personalidad debe ser confirmada por la información de un tercero. El diagnóstico esencialmente se basa en la presencia de rasgos previamente ausentes como, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><b>a)</b> Actitud permanente de desconfianza u hostilidad hacia el mundo.</li><li><b>b)</b> Aislamiento social.</li><li><b>c)</b> Sentimientos de vacío o desesperanza.</li><li><b>d)</b> Sentimiento permanente de "estar al límite", como si se estuviera constantemente amenazado.</li><li><b>e)</b> Vivencia de extrañeza de sí mismo.</li></ul> <p>Esta transformación de la personalidad debe haber estado presente por lo menos durante dos años y no debe poder ser atribuida a un trastorno de la personalidad preexistente o a un trastorno mental distinto del TEPT.</p> <p>Incluye: Transformación de la personalidad tras experiencias de campo de concentración, desastres y catástrofes, cautiverio prolongado con peligro inminente de ser ejecutado, exposición prolongada a situaciones amenazantes para la vida como ser víctima de un acto terrorista o de torturas.</p>
--

### **2.1.5 LAS EXPLICACIONES PSICOLÓGICAS:**

Existen diversos modelos teóricos para explicar el TEPT, algunos de los cuales han surgido incluso antes de su inclusión en los sistemas de clasificación (para una revisión ver Brewin, Dalgleish, y Joseph, 1996; Brewin y Holmes, 2003; Dalgleish, 2004; Foa y Rothbaum, 1998; Power y Dalgleish, 1997). Las explicaciones provienen desde todos los modelos psicopatológicos: enfoques biológicos (p.ej., van der Kolk, Greenberg, Boyd, y Krystal, 1985); psicodinámicos (p.ej., Freud, 1919); comportamentales (p.ej., Keane, Zimmering, y Caddell, 1985); y cognitivos (p.ej., Brewin et al., 1996, Foa, Steketee, y Rothbaum, 1989; Ehlers y Clark, 2000), por señalar los más importantes

En términos muy generales, se podría decir que la historia de las explicaciones sobre este trastorno está plagada más de consistencias y acuerdos que de desavenencias. Desde las descripciones de Janet (1904) en los albores del siglo XX, se ha insistido en que las características centrales de este trastorno radican en la combinación de síntomas de intrusiones junto con síntomas de entumecimiento. Por otro lado, la mayoría de los autores están de acuerdo en afirmar que la falta de predictibilidad y de controlabilidad son los aspectos centrales en el desarrollo y mantenimiento del TEPT. La indefensión que la persona experimenta en relación con el trauma puede, a su vez, alterar el auto-concepto de la persona e interferir con su visión del mundo como un lugar, básicamente, seguro y predecible. También parece haber acuerdo en indicar que la diferencia entre las personas que desarrollan un TEPT y las que no, es que las primeras parecen quedarse “atrapadas” o “fijadas” al acontecimiento traumático, reviviéndolo continuamente. En este sentido, algunos enfoques actuales señalan que más que el acontecimiento traumático en sí mismo, el responsable del TEPT es este revivir intrusivo (McFarlane, 1988). De hecho, una vez instauradas estas intrusiones, las personas con este trastorno intentan organizar sus vidas precisamente para evitar tener estas intrusiones (van der Kolk y Ducey, 1984), y es esta evitación la responsable de muchos de los síntomas y problemas que presentan estos pacientes, como los mecanismos disociativos para mantener las experiencias desagradables lejos de la conciencia, la evitación consciente de recordatorios del trauma, el consumo de drogas o alcohol, etc. Por otro lado, la mayoría de los enfoques actuales consideran que el TEPT se debe, al menos en

parte, a una alteración en la memoria: el resultado del intento fallido de archivar en la memoria consciente o narrativa el suceso traumático. Esta alteración tendría como consecuencia el que la memoria de estas personas quedase como “congelada” en el tiempo, “fijada” al acontecimiento, lo que llevaría a la situación aparentemente contradictoria de, por un lado, revivirlo permanentemente (en un aparente intento de procesarlo o archivarlo) y por otro evitarlo, olvidarlo, anestesiar sus sentimientos y reacciones para evitar el sufrimiento.

Desde los planteamientos biológicos se indica que los acontecimientos traumáticos, cuando superan los mecanismos de afrontamiento de la persona, pueden producir cambios neuroquímicos inmediatos en el cerebro, que se manifiestan en las primeras reacciones al trauma y, en algunas personas, también después del trauma. Cuando se produce un acontecimiento traumático, nuestro cerebro puede verse sobrecargado por un volumen excesivo de información. Esto puede producir cambios neuroquímicos que alteran el procesamiento normal de la información y que hacen que las memorias de estas informaciones se almacenen como fragmentos en su estado original perturbador. Aunque los aspectos biológicos de la respuesta a la experiencia traumática son muy complejos, parece que tienen efectos a largo plazo sobre la respuesta neuroquímica al estrés, especialmente si la experiencia se produce en una etapa temprana de la vida. Estos efectos incluyen la magnitud de la respuesta de las catecolaminas, la duración y la extensión de la respuesta del cortisol, y otros sistemas biológicos, como la serotonina, el sistema opioide endógeno, etc. (van der Kolk, 1994).

Desde las explicaciones basadas en el paradigma del condicionamiento, se ha enfatizado el aprendizaje de asociaciones y la conducta de evitación. Dentro de estas explicaciones destaca la propuesta por Keane et al. (1985), quienes señalan que la amplia variedad de estímulos que suscitan repuestas de miedo en el TEPT se puede explicar por los procesos de generalización y de condicionamiento de orden superior, que harían que muchos estímulos asociados a la situación traumática adquirieran también la capacidad de evocar miedo. Aunque la exposición repetida a los recuerdos espontáneos de la situación traumática debería producir extinción, sin embargo, los intentos que realiza la persona por distraerse o por bloquear estos recuerdos, haría que la exposición fuera incompleta. Por otro lado, el mantenimiento

del TEPT podría explicarse por la evitación de los estímulos condicionados, la cual se vería reforzada por la reducción del miedo que implica.

Este enfoque cuenta, tanto con puntos fuertes como con limitaciones. Como señalan Brewin y Holmes (2003), uno de los puntos fuertes es la explicación que ofrece para los síntomas relacionados con el amplio rango de recordatorios potenciales del trauma, la activación fisiológica y emocional asociada a estos recordatorios, y el importante papel que juega la evitación en el mantenimiento del TEPT. Como limitaciones habría que señalar que no distingue entre la etiología del TEPT y la de otros trastornos de ansiedad, y que no explica de forma suficiente los síntomas de re-experimentación, los efectos sobre la atención y la memoria, la influencia de emociones diferentes al miedo, y el papel de las valoraciones y las estrategias de afrontamiento.

Desde los planteamientos cognitivos, una teoría importante para explicar el TEPT ha sido la propuesta por Barlow (Barlow 1988; Jones y Barlow, 1990), quien mantiene que en la etiología y mantenimiento de este trastorno están implicadas las mismas variables que en el trastorno de pánico, y que existe una gran similitud entre los *flashbacks* traumáticos y los ataques de pánico. Según Barlow, aunque en el caso del TEPT la alarma que produce este trastorno es real y genuina, también se producen “falsas alarmas” en ausencia de peligro, como ocurre en el pánico, y las personas con TEPT focalizarían su atención y se volverían hipervigilantes para la información sobre “alarmas emocionales” y los estímulos a ellas asociadas. Por otro lado, el foco de la aprensión ansiosa estaría tanto en los indicios cognitivos y fisiológicos provenientes del trauma, como en el deseo de evitar el malestar generado por las alarmas. Según Barlow, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social moderarían la expresión del TEPT, al igual que ocurre en otros trastornos de ansiedad. Aunque este modelo enfatiza aspectos muy relevantes en el TEPT, sin embargo no contempla en detalle el papel y la variedad de cogniciones y emociones que surgen como consecuencia del trauma (Brewin y Holmes, 2003)

En el TEPT, una de las teorías cognitivas más influyentes es la propuesta por el grupo de Foa (Foa et al., 1989), quien a su vez se basa en el trabajo de Lang (1979). Lang proponía que los acontecimientos amenazantes se representan en la memoria como interconexiones entre nodos en una red asociativa. La memoria del miedo

estaría conformada por interconexiones entre diferentes nodos que representan tres tipos de información proposicional: información sobre el estímulo del acontecimiento traumático, información sobre la respuesta emocional y fisiológica de la persona al acontecimiento, e información sobre el significado, especialmente sobre el grado de amenaza. De acuerdo con Lang, las personas con trastornos de ansiedad poseen memorias de miedo inusualmente estables y coherentes, que se activan fácilmente por elementos del estímulo que incluso pueden ser ambiguos, pero que mantienen alguna similitud con los contenidos en la memoria. Cuando la red de miedo se activa, la persona experimenta las mismas reacciones fisiológicas y tiende a dar los mismos significados que los de la memoria original.

Foa et al. (1989) han propuesto una versión de este enfoque que mantiene que el TEPT se distingue de otros trastornos de ansiedad porque el acontecimiento traumático tiene un significado extremo y viola los conceptos básicos de seguridad que mantiene la persona. De acuerdo con esta autora, los acontecimientos traumáticos producen representaciones en la memoria que contienen elementos de la respuesta extremadamente fuertes y con conexiones también muy fuertes. Además, al tener que ver con significados básicos de seguridad, esta representación de la memoria puede ser activada por muchos indicios ambientales, presentando además un umbral de activación muy bajo. Por tanto, estas asociaciones tan fuertes deberían debilitarse, para que pudieran activarse otras memorias no amenazantes relacionadas con esos estímulos. Para ello, en primer lugar debería activarse la red de miedo (mediante tácticas de exposición) y luego modificar esa red incorporando información incompatible con ella (información que indique que ese estímulo no es peligroso). Según Foa et al. (1989), las reacciones del TEPT persisten porque es difícil lograr una exposición prolongada a los diversos elementos que componen la red de miedo. Por tanto, sólo se debilitan algunas asociaciones, pero otros elementos permanecen fuertemente asociados con el miedo. Esto puede ocurrir porque la persona tiende a evitar el re-exponerse a los indicios del trauma, y porque cuando lo hace, ni atiende ni integra la evidencia disconfirmatoria, debido a una activación excesiva o por errores de pensamiento.

Foa ha elaborado sus planteamientos iniciales (Foa y Riggs, 1993; Foa y Rothbaum, 1998) intentado integrar las investigaciones y conocimientos más recientes,

especialmente las provenientes de las víctimas de violación y asalto. En su teoría del procesamiento emocional, esta autora propone que las personas con visiones más rígidas antes del acontecimiento traumático (tanto positivas, p.ej., “soy extremadamente competente”, como negativas, p.ej., “soy extremadamente incompetente”), serían las más vulnerables a padecer TEPT. Además, enfatiza aún más el papel de las valoraciones negativas de las respuestas y las conductas que podrían exacerbar las percepciones de incompetencia. Tales valoraciones podrían estar relacionadas con los acontecimientos que tuvieron lugar en el momento del trauma, con los síntomas que se desarrollaron posteriormente, con la interferencia en la vida cotidiana y con las respuestas de los demás. Las creencias antes, durante y después del trauma podrían reforzar los esquemas negativos que implican la incompetencia y el peligro y que se hipotetizan que están en la base del TEPT crónico.

De acuerdo con Brewin y Holmes (2003), los planteamientos de Foa tienen las siguientes ventajas: proporcionan propuestas claras sobre cómo se procesa la información sobre el acontecimiento traumático, ofrecen explicaciones adecuadas sobre los procesos de atención y memoria y sobre la vulnerabilidad producida por el cambio de asunciones y creencias y, además, de ellos se pueden derivar estrategias de intervención eficaces. Entre las limitaciones se encontrarían los problemas para explicar como la memoria puede producir respuestas tan rápidas como *flashbacks* o activación fisiológica, estando al mismo tiempo tan desorganizada y con lagunas, además no distinguen entre *flashbacks* y recuerdos normales del trauma,

Recientemente, Ehlers y Clark (2000) han propuesto un modelo que pretende ser una síntesis de las propuestas de los autores anteriores y que sugiere que el TEPT ocurre sólo si la persona procesa el acontecimiento traumático (o sus secuelas) de tal modo que tiene la impresión de que existe en el presente una amenaza grave. Esta impresión de estar ante una amenaza grave surge como consecuencia de dos procesos clave: (1) diferencias individuales en la valoración del trauma y/o de sus secuelas (en el caso del TEPT se producen valoraciones excesivamente negativas), y (2) diferencias individuales en la naturaleza de la memoria del acontecimiento y su unión con otras memorias auto-biográficas (en el caso del TEPT la memoria del acontecimiento se elabora pobremente, sin un contexto temporal y espacial

completo, y se integra inadecuadamente en la base de datos general del conocimiento auto-biográfico). Al mismo tiempo, se producen asociaciones estímulo-estímulo y estímulo-respuesta especialmente fuertes para el material traumático, y la memoria puede activarse muy fácilmente de manera no intencional, de tal modo que la persona no es consciente de qué la ha disparado, lo que le lleva a reexperimentar involuntariamente algunos aspectos del trauma. Una vez que se activa la percepción de que una amenaza está presente, esto se acompaña de intrusiones y de otros síntomas de re-experimentación, activación, ansiedad y otras respuestas emocionales. Pero, además, esta percepción de amenaza también motiva una serie de respuestas comportamentales y cognitivas que pretenden reducir la amenaza y el malestar a corto plazo, pero que impiden cambiar las valoraciones negativas y las memorias traumáticas y que, por tanto, impiden el cambio cognitivo y mantienen el trastorno. De acuerdo con este modelo, la terapia cognitiva debe dirigirse a modificar las valoraciones excesivamente negativas, corregir las alteraciones en la memoria auto-biográfica y eliminar las estrategias cognitivas y comportamentales problemáticas. Ehlers y Clark (2000) han identificado un amplio rango de valoraciones negativas relevantes, algunas focalizadas en el acontecimiento traumático y la sobregereneralización del peligro, otras en las propias acciones, o en las secuelas del TEPT (p.ej., "Nunca seré capaz de volver a relacionarme con la gente", "Mi vida se ha arruinado"). Los diferentes tipos de valoración explicarían la variedad de emociones presentes en el TEPT.

El modelo de Ehlers y Clark es quizá la explicación más detallada en estos momentos del mantenimiento y tratamiento del TEPT y guarda muchos puntos en común con los planteamientos de Foa. Sin embargo, quedan aún muchas preguntas por responder, que la investigación futura deberá aclarar.

A continuación, comentaremos otro grupo de trastornos también provocados por acontecimientos estresantes, pero que suponen una reacción más leve y menos perturbadora.



## **2.2. LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS.**

Los trastornos adaptativos (TA) suponen una categoría cuanto menos sorprendente, ya que se consideran uno de los problemas psicológicos más frecuentes en los contextos de atención primaria y hospitalaria, pero son, sin lugar a duda, los trastornos sobre los que menos se ha publicado desde que se identificaron. Casey, Dowrick y Wilkinson señalaban en el 2001 que en los últimos 25 años había menos de 30 artículos publicados en revistas científicas que se focalizaran exclusivamente en los TA, y la gran mayoría de los libros de texto o bien los obvian, o bien les dedican espacios marginales. Tampoco se incluyen en los grandes estudios epidemiológicos de las últimas décadas, como el ECA (Myers et al., 1984), el NCS (Kessler et al., 1994) o el NPM de Gran Bretaña (Jenkins et al., 1997). Es más, la mayoría de los instrumentos diagnósticos que se suelen emplear en los estudios epidemiológicos ni siquiera contemplan este trastorno, a excepción del Structured Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) (Wing et al., 1990), aunque éste lo incorpora sólo al final en la sección de “Inferencias y Atribuciones”. Esta falta de interés no sólo sorprende cuando se compara con las tasas de prevalencia, sino también cuando se compara con el enorme interés que han despertado en los últimos 20 años otros trastornos relacionados con el estrés, como el TEPT que acabamos de ver.

En este apartado, veremos primero la descripción clínica de este trastorno, para plantear luego algunas polémicas que se han generado en torno a él. Por último, veremos un caso especial de TA, el duelo complicado.

### **2.2.1. HISTORIA**

Las dos principales clasificaciones diagnósticas, DSM y CIE, hacían referencia a los Trastornos Adaptativos (TA) con el término “trastorno situacional transitorio” y agrupaban en esta categoría a diversos trastornos con expresión clínica similar. El DSM-II nombra en 1968 por primera vez los TA en su clasificación diagnóstica y la CIE-9, por su parte, lo hace en 1978, en respuesta a la confusión que generaban la clásica distinción entre la depresión reactiva y depresión endógena (Casey et al., 2001). En la actualidad, ambas clasificaciones, el DSM-IV (APA, 1994) y la CIE-10

(OMS, 1992) mantienen la categoría de TA como entidad separada. Sin embargo, y a pesar de este reconocimiento, los TA han estado eclipsados a lo largo de estos años por los trastornos emocionales, ya que se ha tendido a situar el foco del problema precisamente en las alteraciones del estado de ánimo, más que en los acontecimientos estresantes que las preceden o en las características de personalidad de los individuos que las sufren (Casey et al., 2001).

### **2.2.2. DEFINICIÓN**

Actualmente, los TA se definen como una reacción de desajuste (inadaptación), que puede cursar con síntomas emocionales y/o del comportamiento, desarrollados en respuesta a uno o más estresores psicosociales identificables. Para poder diagnosticar un TA se debe producir una merma en el funcionamiento cotidiano de la persona, es decir, debe estar presente una notable interferencia social, personal o laboral en la vida del individuo.

El estresor puede ser cualquier evento psicosocial que, tanto el paciente como el terapeuta consideren significativo, y que, obviamente, esté directamente relacionado con la manifestación clínica. Las características del estresor pueden variar totalmente, ser único o múltiple, recurrente o continuo, leve o grave, común o extraordinario. Lo importante es el impacto que causa en la persona, por lo que incluso estresores aparentemente inocuos pueden provocar el trastorno (también puede ocurrir justo lo contrario, que el estresor parezca intensamente traumático y, sin embargo, no impacte especialmente al individuo). Los tipos de estresores más frecuentes en los TA son los problemas relativos al grupo primario de apoyo (familiares, de pareja, etc.), los relativos al ambiente social (problemas con amigos, de vecindad, etc.), los relacionados con la enseñanza (problemas en la escuela, con el profesor, con compañeros, etc.), problemas laborales (desempleo, trabajo estresante, etc.), de vivienda, económicos, problemas con el sistema legal, etc.

Por otro lado, en función de las distintas clasificaciones diagnósticas, DSM-IV y CIE-10, tanto la duración del trastorno, como el tiempo que transcurre entre la ocurrencia del estresor y la aparición del trastorno, varían de una clasificación a otra. Para la CIE-10, el cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio

biográfico o acontecimiento estresante y rara vez excede los 6 meses (si dura dos años, se le denomina crónico). Para el DSM-IV, el trastorno ha de ocurrir dentro de los 3 meses desde que se presenta el estresor y no puede perdurar más allá de los 6 meses posteriores a la desaparición de éste.

En cualquier caso, ni la CIE-10 ni el DSM-IV especifican en profundidad ni dan detalles de los criterios diagnósticos del TA, y ambos plantean que este diagnóstico se haga sólo cuando los problemas de la persona no cumplan criterios para ningún otro trastorno más específico (como, p.ej., la depresión).

#### *a) Los TA en el DSM-IV*

Según el DSM-IV, la característica esencial del TA es el “desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresor psicosocial identificable. Los síntomas deben presentarse durante los 3 meses siguientes al inicio del estresor. La expresión clínica de la reacción consiste en un acusado malestar, superior al esperable dada la naturaleza del estresor, o en un deterioro significativo de la actividad social o profesional (o académica)” (ver Tabla 5). El DSM-IV explícitamente indica que el diagnóstico de TA no se debe realizar cuando los síntomas representan una reacción de duelo. En cuanto a la duración, y como ya hemos señalado, el TA debe resolverse, por definición, dentro de los 6 meses posteriores a la desaparición del estresor (o de sus consecuencias). Sin embargo, los síntomas pueden persistir por un período prolongado de tiempo (más de 6 meses) si aparecen en respuesta a un estresor crónico (p. ej., una enfermedad médica incapacitante y crónica) o a un estresor con repercusiones importantes (p. ej., dificultades económicas y emocionales a partir de un divorcio).

Por lo que se refiere a las características del estresor, el DSM indica que puede ser tanto un acontecimiento simple como múltiple; un hecho aislado o recurrentes o continuos; puede afectar a una persona, a una familia, a un grupo o comunidad; puede depender de acontecimientos específicos del desarrollo; y su naturaleza, significado, experiencia y evaluación pueden variar en las diferentes culturas.

TABLA 5: Criterios del DSM-IV para los Trastornos Adaptativos

- |   |
|---|
| <p>[2] A. Aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante</p> <p>[3] B Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:</p> <p>[4] 1) malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante</p> <p>[5] 2) deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)</p> <p>[6] C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o del Eje II:</p> <p>[7] D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.</p> <p>[8] E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.</p> |
|---|

El DSM-IV establece la siguiente clasificación para los TA de acuerdo con el subtipo que mejor caracteriza a la sintomatología clínica.

**F43.20 Con estado de ánimo depresivo [309.0].** Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son síntomas del tipo del estado de ánimo depresivo, llanto o desesperanza.

**F43.28 Con ansiedad [309.24].** Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son síntomas como nerviosismo, preocupación o inquietud; o, en los niños, miedo a la separación de las figuras con mayor vinculación.

**F43.22 Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28].** Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones dominantes son una combinación de ansiedad y depresión.

**F43.24 Con trastorno de comportamiento [309.3].** Este subtipo debe usarse cuando la manifestación predominante es una alteración del comportamiento, en la que hay una violación de los derechos de los demás o de las normas y reglas sociales apropiadas a la edad (p. ej., vagancia, vandalismo, conducción irresponsable, peleas e incumplimiento de las responsabilidades legales).

**F43.25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento [309.4].** Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son tanto síntomas emocionales (p. ej., depresión y ansiedad) como trastorno de comportamiento (v. subtipo anterior).

**F43.9 No especificado [309.9].** Este subtipo debe usarse para las reacciones desadaptativas (p. ej., quejas somáticas, aislamiento social, inhibición académica o laboral) a estresantes psicosociales que no son clasificables como uno de los subtipos específicos de trastorno adaptativo.

Con respecto a la duración de los síntomas de un TA, el DSM-IV establece la las siguientes especificaciones. Considera un TA es “Agudo” cuando la persistencia de

los síntomas es durante menos de 6 meses. Por otro lado, clasifica al TA como “Crónico” cuando la persistencia de los síntomas es durante 6 meses o más

#### *b) Los TA en la CIE-10*

Por su parte, la CIE-10 ubica los TA en el apartado de “*Trastornos Neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos*”, dentro del subgrupo específico de “*Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación*”. Como ya vimos en el apartado anterior, en esta categoría se incluyen trastornos que se identifican tanto por su sintomatología y curso, como por aparecer siempre como consecuencia directa de un estresor, sea agudo, grave, o una situación traumática sostenida. Es decir, el estresor es un factor primario y primordial, ya que sin él no se habría producido el trastorno; aunque sin embargo se reconoce que no es un factor ni necesario ni suficiente para explicar la aparición y forma del trastorno.

La CIE-10 define los TA como “estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren en la actividad social y que aparecen en el periodo de adaptación a un cambio biográfico y significativo o un acontecimiento vital estresante” (ver Tabla 6). Esta clasificación indica que las manifestaciones de este trastorno pueden ser muy variadas, incluyendo humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar con la situación presente y un cierto grado de discapacidad en el desempeño de la rutina diaria. La reacción predominante puede ser una reacción depresiva breve o prolongada, o una alteración de otras emociones y de la conducta (alteraciones disociales). La CIE-10 incluye dentro de los TA el “Shock cultural”, las reacciones de duelo y el hospitalismo en niños. Por otro lado, excluye el Trastorno de ansiedad de separación en la infancia.

Según la CIE, el agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo o separación) o al sistema más amplio de los apoyos y valores sociales (emigración, condición de refugiado), o puede haber representado una transición mayor en el desarrollo o crisis (inicio de la etapa

escolar, maternidad, o paternidad, fallo en alcanzar una meta personal preciada, jubilación).

Resulta importante mencionar que la CIE-10 tiene en consideración los siguientes aspectos para realizar el diagnóstico: por un lado, la forma, el contenido y la gravedad de los síntomas, por otro, los antecedentes y la personalidad, y por último, el acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica.

***TABLA 6 Criterios diagnósticos según la CIE-10 para los Trastornos Adaptativos***

[9] A. El inicio de los síntomas debe producirse en el mes posterior a la exposición a un estrés psicosocial identificable, pero no de tipo catastrófico ni inusitado.

[10] B. El individuo manifiesta síntomas o alteraciones del comportamiento del tipo de los descritos en cualquiera de los trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) (excepto, ideas delirantes o alucinaciones), de cualquiera de los trastornos en F40-F48 (trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos) y de los trastornos disociales. Los síntomas pueden variar en forma y gravedad.

El rasgo predominante de los síntomas puede especificarse más utilizando un quinto carácter:

**F43.20 Reacción depresiva breve:** Estado depresivo moderado y transitorio cuya duración no excede de un mes.

**F43.21 Reacción depresiva prolongada:** Estado depresivo moderado que se presenta como respuesta a la exposición prolongada a una situación estresante, pero cuya duración no excede los dos años.

**F43.22 Reacción mixta de ansiedad y depresión:** Tanto los síntomas de ansiedad como los depresivos son destacados, pero no mayores que en el grado especificado para el trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) u otro trastorno mixto por ansiedad (F41.3).

**F43.23 Con predominio de alteraciones de otras emociones:** Los síntomas suelen incluir otros tipos de emoción, como ansiedad, depresión, preocupación, tensiones e ira. Los síntomas de ansiedad y depresión pueden satisfacer las pautas de trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) o de otros trastornos mixtos de ansiedad (F41.3) pero no son lo suficientemente relevantes como para permitir diagnosticar un trastorno más específico depresivo o de ansiedad. Esta categoría debe utilizarse también para las reacciones en los niños en los que se presenten también una conducta regresiva como enuresis nocturna o chupeteo del pulgar.

**F43.24 Con predominio de alteraciones disociales:** La alteración principal es la del comportamiento, por ejemplo una reacción de duelo en un adolescente que resulta en un comportamiento agresivo o disocial.

**F43.25 Con alteraciones de las emociones y disociales mixtas:** Los rasgos predominantes de ambos tipos, síntomas emocionales y alteraciones del comportamiento.

**F43.28 Con otros síntomas predominantes especificados.**

### 2.2.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

#### a) *Prevalencia y curso.*

Por el momento, no existen estudios específicos sobre la prevalencia de los TA en muestras comunitarias, variando además mucho el patrón epidemiológico en función de la población estudiada y de los métodos de evaluación. Los datos existentes suelen situar el porcentaje de este trastorno en adultos tratados en régimen ambulatorio entre el 5 y el 21% (Andreasen y Wasek, 1980; APA, 1994; Despland, Monod, y Ferrero, 1995; Fabrega, Mezzich, y Mezzich, 1987) y se estima una incidencia del 7,1 % en las admisiones psiquiátricas hospitalarias (Greenberg, Rosenfeld y Ortega, 1995), siendo también muy frecuente entre pacientes de atención primaria (Blacker y Clare, 1988) y en las personas que se auto-infringen daño deliberadamente (Schnyder y Valach, 1997).

En cuanto a pacientes médicos, la mayoría de las investigaciones indican que los TA son frecuentes en personas que padecen condiciones médicas (Strain et al., 1998), especialmente si son graves. Por ejemplo, parecen ser, junto con la depresión, el trastorno más frecuente en pacientes de cáncer (entre el 4 y el 35% los TA y entre 3 y el 23% la depresión mayor, Evans et al. 1986; Kugaya et al., 2000; Okamura et al., 2000; Uchitomji et al., 2000).

Por lo que respecta a los subtipos, parece que el TA con estado de ánimo depresivo es el más común (11.6%), seguido del TA con ansiedad, del mixto depresivo-ansioso, y el menos común es el que presenta trastorno del comportamiento (Strain et al., 1998).

Sin embargo, todos estos datos parecen contradecirse con el único estudio epidemiológico que hasta el momento incluye esta categoría diagnóstica, el ODIN (*Outcomes of Depression International Network*; Ayuso-Mateos, Vazquez-Barquero,

Dowrick, et al., 2001; Dowrick et al., 1998; Casey, Maracy, Kelly, Lehtinen, Ayuso-Mateos, Dalgard y Dowrick, 2006), De las 14.000 personas entrevistadas (de 5 países: Irlanda, Reino Unido, España, Noruega, Finlandia), fue sorprendente la baja frecuencia de este diagnóstico en todos los países, siendo Finlandia el país con la prevalencia más alta, que sólo llegaba al 0.8% para la población urbana y al 1%, para la rural. Casey et al., (2006) justifican estos datos por los problemas de definición del TA y la escasa sensibilidad de los instrumentos diagnósticos para diagnosticar este trastorno, problemas que abordaremos más adelante.

Por lo que se refiere a la influencia de variables socio-demográficas, como edad, género, nivel socio-económico, etc., parece que éstas no afectan a la prevalencia de los TA. Es más, parece que en el caso del género hay una mayor igualdad que la encontrada para otros trastornos depresivos. Incluso el estudio de Jones et al. (1999) sugiere que los varones tienen más probabilidad que las mujeres de ser diagnosticados de TA, antes que de Depresión Mayor o Distimia. Por lo que se refiere a la edad, parece que las personas que padecen TA suelen ser más jóvenes cuando se les compara con otros trastornos emocionales (Fabrega et al., 1986; Snyder et al., 1990)

Por último, hay que señalar que este trastorno es un problema de salud pública importante, en términos económicos, ya que lo más frecuente es que el malestar o el deterioro de la actividad asociado a los TA se manifiesten a través de una disminución del rendimiento en el trabajo. Según van der Klink, Blonk, Schene y van Dijk (2003) en los Países Bajos, los TA son la causa más importante de baja laboral. En estos países, los trastornos mentales son la causa del 33% de las bajas, y más del 50% se deben a problemas relacionados con el estrés, como los TA, con una importancia mucho mayor que otros trastornos como la depresión, la ansiedad, las psicosis o los trastornos de personalidad.

En cuanto al curso, estos trastornos suelen tener un inicio rápido y no prolongarse excesivamente en el tiempo, mostrando un buen pronóstico en general, y resolviéndose en muchas ocasiones sin necesidad de ninguna intervención específica.



Como antes comentábamos, tanto la CIE como el DSM indican que estos trastornos comienzan en un periodo entre 1 y 3 meses tras el estresor. Si el estresor es un acontecimiento agudo, el inicio de la alteración suele ser inmediato (o en los próximos días) y la duración es relativamente breve (p. ej., unos pocos meses). Si el estresor o sus consecuencias persisten, el TA puede persistir también.

Según Kaplan y Sadock (1998), los TA se consideran como una categoría diagnóstica transitoria, ya que el grado de deterioro y de sintomatología que presentan suele situarse a un nivel intermedio, entre quienes sufren de otro diagnóstico psicológico, y los que sólo presentan un problema en el código V del DSM. Normalmente, cuando se les compara con pacientes con otros trastornos, su situación clínica suele ser menos grave y menos incapacitante en términos de cronicidad, duración de la hospitalización y reinserción ocupacional (Bronish 1991; Despland, et al., 1995; Greenberg, 1995; Mezzich, Fabrega, Coffman, Haley, 1989). Si los comparamos con la Depresión Mayor, la remisión de los TA es más rápida y más completa, con hospitalizaciones más breves (Bronisch y Hecht 1989; Greenber et al., 1995; Snyder et al., 1990). En el estudio de Snyder et al., (1990) sólo un 21 % de los sujetos presenta problemas después de 5 años, y cuando hay complicaciones en el curso de los TA suelen ser con Depresión Mayor y abuso de sustancias (fundamentalmente alcoholismo).

#### *b) Comorbilidad y diagnóstico diferencial*

Se trata de trastornos con un porcentaje de comorbilidad muy elevada, pudiéndose presentar conjuntamente con cualquier otro trastorno mental. Según Kryzhanovskaya y Canterbury (2001), aproximadamente el 70% de pacientes con TA presentan también otro trastorno en el Eje I. Datos similares apunta Strain (1995), quien indica que en los hospitales generales, se puede encontrar que hasta el 70% de los pacientes adultos con TA presentan otro diagnóstico, como trastornos de personalidad, de ansiedad, afectivos, o abusos de sustancias.

En cuanto a las complicaciones que pueden presentar, las más estudiadas han sido el uso de alcohol y otras sustancias y el incremento del riesgo de suicidio e intentos

de suicidio (Andreasen y Hoenk, 1982; Asnis et al., 1993; Bronish y Hecht, 1989; Greenber et al., 1995, Kryzhanovskaya y Canterbury, 2001). De hecho, la evidencia hasta el momento (Fabrega et al., 1986; Snyder et al., 1990) sugiere que los pacientes con TA son más tendentes a ser impulsivos, abusan de sustancias tóxicas y a padecer un trastorno de personalidad.

Por otro lado, la aparición de un TA puede complicar el curso de una enfermedad en individuos que tengan patología médica (p. ej., incumplimiento terapéutico o ingresos prolongados en el hospital).

El diagnóstico del TA se debe diferenciar, fundamentalmente, de dos condiciones concretas: cuando una persona se encuentra ante una situación estresante, pero su reacción se sitúa dentro de lo “esperable”, y cuando la reacción ante el estrés supera el “umbral” para poder ser diagnosticada como otro trastorno mental del Eje I.

Como hemos señalado, tanto la CIE como el DSM utilizan el TA como una categoría residual para describir alteraciones que no cumplen los criterios para otro trastorno específico del Eje I. Sin embargo, en la práctica, es muchas veces complicado diferenciar entre los TA y otros trastornos, especialmente los de ansiedad y del estado de ánimo, debido a la similitud y solapamiento en la sintomatología que puede haber. Si la manifestación clínica provocada por situación estresante incluye síntomas que cumplen criterios para otro trastorno del EJE I, entonces ese otro trastorno tiene prioridad diagnóstica. Por ejemplo, si un individuo tiene síntomas que cumplen 5 de los criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor en respuesta a un estresor, el diagnóstico de TA no es aplicable. El TA sólo puede diagnosticarse conjuntamente con otro trastorno del Eje I si en este último no hay síntomas característicos de los que aparecen en la reacción al estresor. Por ejemplo, un individuo puede presentar un TA con estado de ánimo depresivo después de perder un trabajo y, simultáneamente, merecer un diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo.

El estudio ODIN, al que antes hacíamos referencia, ha intentado establecer diferencias entre el TA y otros trastornos depresivos, como los episodios depresivos leves y moderados y la distimia (Casey et al., 2006). Sin embargo, no pudo encontrar ninguna variable que los distinguiera. El problema de este estudio es que

la definición que usaba de TA era la ofrecida por el sistema diagnóstico SCAN, que lo incluye sólo en la última sección de “inferencias y atribuciones”, y teniendo que haber eliminado previamente cualquier otro diagnóstico de trastorno del estado de ánimo. Ello dió como resultado que el TA sólo se diagnosticara en el 0-1% en los 5 países que cubría el estudio. Nuevamente, nos volvemos a encontrar con que las dificultades para definir este trastorno, y la ausencia de instrumentos sensibles a su diagnóstico, dificulta los estudios que intentan esclarecer diferencias y umbrales con otras categorías.

En el caso de aquellos otros trastornos en los que también se precisa para su diagnóstico la presencia de acontecimientos estresantes, como el TEPT y trastorno por estrés agudo, como ya hemos visto, la diferencia se sitúa en que en el caso de estos dos últimos, el estresor ha de ser extremo, traumático y, por otro lado, se ha de mostrar una constelación de síntomas específicos y relacionados con ese estresor (re-experimentación, evitación, hiper-activación). En cambio, el TA puede ser desencadenado por un estresor de intensidad variable y expresarse a través de una amplia gama de síntomas posibles.

Por lo que se refiere al duelo, la CIE lo incluye dentro de los TA, pero sin embargo, el DSM explícitamente lo excluye. En este caso, la diferencia se sitúa exclusivamente en la naturaleza del estresor, que en el duelo debe ser, obviamente, la muerte de un ser querido. Esta exclusión por parte del DSM es algo difícilmente comprensible. En este sentido, Wakefield (1997) critica a este sistema de clasificación por excluir el duelo de los trastornos depresivos. Según este autor, si el criterio es que la reacción “normal y esperable” ante la muerte de un ser querido es la tristeza y el abatimiento, y por eso se excluye el duelo de los trastornos mentales, considerándolo un código V, el mismo criterio debería aplicarse a cualquier otro estresor, como la pérdida de empleo, o la ruptura amorosa, ya que también en estos casos las reacciones “normales y esperables” serían de tristeza y abatimiento. Estamos totalmente de acuerdo con esta apreciación y por eso en este trabajo se asume la postura de la CIE y se incluye el duelo como un TA. Más adelante volveremos sobre esta cuestión.

## 2.2.4. POLÉMICAS DIAGNÓSTICAS

A continuación enumeraremos algunas de las imprecisiones diagnósticas y conceptuales que sufren los TA y que complican tanto la práctica clínica como la investigación teórica, llevando incluso a plantear la utilidad, validez y fiabilidad de esta categoría.

### *a) ¿Dónde ubicar los TA?*

Una polémica importante se refiere a la ubicación diagnóstica de los TA en los principales manuales de clasificación de los trastornos mentales. Por un lado, el DSM-IV los considera como una entidad separada, con etiología, sintomatología clínica y un curso distinto a otros trastornos psicológicos. Por otro lado, y como hemos visto, la CIE 10 defiende la creación de un subgrupo específico de trastornos por estrés en función de la etiología que presenten y lo enmarca dentro de una categoría de trastornos provocados por el estrés y el trauma, en los cuales incluye el TEPT agudo y crónico, los TA y los cambios duraderos de la personalidad posteriores a una situación de catástrofe.

Nosotros consideramos que la visión de la CIE, incluyendo los TA dentro de una categoría más amplia de reacciones al estrés, subraya la relación que existe entre todos estos trastornos. Esto, por un lado, facilita su diagnóstico diferencial y, por otro, también resalta las similitudes que existen entre ellos, y que podrían tener importantes repercusiones teóricas, diagnósticos y de tratamiento, además de contribuir a su mayor reconocimiento público. Como comentábamos en el apartado del TEPT, autores tan relevantes como Foa (p.ej., Davidson y Foa, 1991) defienden abiertamente esta categoría diagnóstica de reacción al estrés, ya que, según ellos, tendría implicaciones positivas para la salud pública, la medicina y la psicología preventivas y las estrategias de tratamiento.

### *b) ¿Cuándo una reacción ante un estresor es considerada normal (ajuste / adaptación) y cuándo un TA?*

Es importante recalcar algunos aspectos que dan lugar a confusión en cuanto al diagnóstico de los TA, especialmente por lo que se refiere a la imprecisa separación que existe entre la variedad de manifestaciones del TA y “las reacciones adaptativas normales”. Para diferenciarlas, los sistemas de clasificación apelan al grado de malestar e interferencia provocado por el estresor. Así, la CIE-10 alude a que “usualmente interfiere en el funcionamiento social y laboral”, y que es necesario que esté presente “cierto grado de discapacidad en la realización de la rutina diaria”. Por su parte, el DSM-IV sugiere “acusado malestar, superior al esperable dada la naturaleza del estresor, o en un deterioro significativo de la actividad social o profesional (o académica)”. Como se ve, ninguna de las dos clasificaciones da definiciones claras, y se confía en el juicio clínico para que determine lo que se considera “usual” o “esperable”.

*c) ¿Qué diferencia hay entre un TA y otros trastornos del Eje I?*

Otro elemento importante motivo de polémica hace referencia al solapamiento con otros trastornos mentales. Ambas clasificaciones, tanto la CIE-10 como el DSM-IV intentan subsanar este problema especificando que si cumple criterios diagnósticos de otro trastorno mental, el diagnóstico de TA no se debería realizar, relegándolo a un estatus inferior. Sin embargo, hay claros problemas para diferenciar entre un trastorno de ansiedad no especificado, o un trastorno depresivo no especificado y un TA ¿cuál tendría prioridad?. Los sistemas de clasificación no dejan en absoluto claro esta cuestión.

En el caso de la Depresión Mayor, el DSM-IV diagnostica un episodio cuando la persona presenta cinco o más de los síntomas depresivos durante más de dos semanas, independientemente de la relación que haya habido entre el estresor identificable y el desarrollo de los síntomas. Estas guías y criterios rígidos para diagnosticar la depresión tal vez hayan tenido como consecuencia la marginalización del diagnóstico de TA. Como Casey et al. (2001) señalan, el diagnóstico de depresión ha sido “hiper-elástico” y “sobre-inclusivo”, con una escasa diferencia conceptual entre el síntoma, el síndrome, el episodio y el trastorno. Snaith (1987) decía muy gráficamente, que bajo el paraguas depresión “están los estados de dolor

(*grief*) por la pérdida, la frustración por las aspiraciones no conseguidas, la melancolía (*gloom*) de la desesperación, la apatía (*accidia*) de la desilusión, la desmoralización por el largo sufrimiento y la mirada cínica del pesimista”. A lo que Casey et al. (2001) añaden, que también se incluye la depresión que se resuelve espontáneamente y la que se requiere tratamiento específico. El ejemplo que estos autores ponen es bastante ilustrativo: una persona que llora, no duerme, tiene problemas de concentración, disminución de apetito y sentimientos de fatiga durante más de dos semanas, como consecuencia de un diagnóstico de cáncer, cumple los criterios, según el DSM-IV de un episodio de Depresión Mayor. Como muy bien indican, es absurdo proponer que para que se considere un problema de adaptación a un estresor, deban producirse como mucho sólo 4 síntomas y no 5 o más, y que tales síntomas no perduren más de dos semanas. Casey et al. (2001) sugieren que la alianza de la psiquiatría con las ciencias biológicas, junto con el descubrimiento de los antidepresivos han llevado a los psiquiatras a entender la depresión como una entidad biológica, y a sugerir que incluso las respuestas depresivas a situaciones estresantes podrían mejorar si en primera instancia se utiliza la farmacoterapia y, posteriormente, y como ayuda, las intervenciones psicológicas.

d) *¿Es útil el diagnóstico de TA?*

Como acabamos de ver, el diagnóstico de TA es bastante controvertido. Se trata de un trastorno “subumbral” (*subthreshold*, en términos ingleses), es decir, que se sitúa en un punto no definido entre el código V y los trastornos mentales (Strain, 1998), y que permitiría la “clasificación de estados tempranos o temporales, cuando el cuadro clínico es vago, pero el estado mórbido es más que lo que se espera de una reacción normal”. Dada esta imprecisión definicional, no es extraño constatar que sea problemático determinar la fiabilidad y validez de este diagnóstico.

Según el DSM-IV, esta categoría se mantuvo porque se consideró que tenía utilidad clínica. De acuerdo con Greenberg et al., (1995) “aunque carece de rigor teórico satisfactorio, se ha mantenido bastante popular entre los clínicos que buscan una etiqueta temporal, leve y no estigmatizadora”. Fabrega et al (1987) también indican que históricamente ha sido una categoría de carácter “marginal y transitorio”, y Fard

et al. (1979) la denominan categoría “papelera”, aunque añaden que las descripciones que se han dado de este trastorno son tan vagas y tan generales que carecen de utilidad.

Por tanto, la revisión de la escasa literatura que hay sobre el tema indica que no se ha establecido una validez de constructo adecuada para este trastorno, y que dado la heterogeneidad de pacientes que abarca, tampoco posee una elevada validez predictiva. Es más, el interés que ha despertado este trastorno siempre ha sido muy escaso. Incluso en los últimos años en los que se ha “rescatado” el estudio de otros muchos problemas psicológicos, los TA nunca han pasado de ser un “espejismo” (Kryzhanovskaya y Canterbury, 2001) y siguen habiendo muy pocos estudios sobre este trastorno (Adreasen y Wasek, 1980; Adreasen y Hoenk, 1982; Fabreda et al., 1987; Newcorn y Strain, 1992; Kovacs et al., 1994; Strain et al., 1989, 1998).

Sin embargo, a pesar del escepticismo que despierta este diagnóstico desde una perspectiva metodológica (ausencia de especificidad de síntomas, de parámetros comportamentales, relación estrecha con factores ambientales), parece que también siguen habiendo razones empíricas, prácticas y clínicas para mantener la categoría (Kryzhanovskaya, Canterbury, 2001). Los estudios sobre su validez de contenido indican que las personas que son diagnosticadas de este trastorno difieren en una serie de parámetros de las personas sin diagnóstico y de las personas con diagnóstico de trastorno de ánimo (depresión). Por ejemplo, Greenberg, et al. (1995) decían estar impresionados con la frecuencia con que se ingresaba con este diagnóstico en el hospital psiquiátrico en el que trabajaban, especialmente entre adolescentes, y también decían estar impresionados con la alta relación de este diagnóstico con intentos de suicidio. Lo mismo ocurre con los datos de Andreasen y Hoenk (1982) Asnis et al. (1993), Bronish y Hecht (1989) y de Kryzhanovskaya y Canterbury (2001), quienes encuentran elevadas tasa de intentos de suicidio en estos pacientes. En el trabajo de Kryzhanovskaya y Canterbury (2001) y de Greenberg, et al. (1995) también se encuentran tasas elevadas de ingreso involuntario y de abuso de sustancias. Los datos del estudio de Jones et al. (1999) sobre el perfil del TA y la respuesta al tratamiento también apoyarían la conveniencia de que exista una categoría diagnóstica. Por último, también se han encontrado diferencias en vulnerabilidad, especialmente por lo que se refiere a los trastornos de

personalidad, encontrándose con frecuencia menor en los TA que en los trastornos depresivos (Spalletta et al., 1996)

En cuanto a la validez predictiva del trastorno, los datos señalan que la gran mayoría de personas (79%) está bien a los 5 años de la admisión hospitalaria (Andreasen y Hoenk, 1982), sólo una minoría desarrolla un curso crónico (Bronish, 1991; Greenberg et al., 1995), y la mayor parte de los síntomas se resuelven con gran rapidez (Snyder et al., 1990)

Por tanto, a pesar de las razonables críticas y dudas que ha despertado este trastorno, parece que los datos avalan su mantenimiento en los sistemas de clasificación. A continuación pasaremos a comentar un problema de difícil ubicación diagnóstica, cuya definición y diagnóstico está generando bastante literatura en los últimos años, y que tiene diferente estatus en los sistemas de clasificación actuales, el duelo.

### **2.2.5. UN CASO ESPECIAL DE TA: EL “DUELO COMPLICADO” (DC)**

En su trabajo del año 2000, Stroebe, van Son, Stroebe, Kleber, Schut y van den Bout comenzaban su revisión con dos citas muy representativas de lo que ocurre en el estudio del duelo. Una era de Wahl (1970) referida a Freud: *“Cercano al final de su vida, Sigmund Freud fue consultado por una mujer que se había deprimido después de la muerte de su marido. Tras escucharla, Freud afirmó con tranquilidad ‘Señora, usted no sufre un neurosis, sino una desgracia’* (pag. 137). La segunda cita es de Parkes, un autor conocido en el estudio científico de este tópico, y que se expresaba con esta claridad: *”Sólo conozco un trastorno psiquiátrico funcional cuya causa sea conocida, cuyas características sean distintivas, y cuyo curso ser normalmente predecible, y es el duelo, la reacción a la pérdida. Sin embargo, esta condición ha sido tan olvidada por los psiquiatras que hasta recientemente ni incluso se mencionaba en los índices de la mayoría de los textos generales más conocidos de psiquiatría”* (Parkes, 1986)

Estas citas, como antes decíamos, reflejan dos dificultades en este campo. Una, el problema de establecer una línea entre lo “patológico” y lo “normal”. Otra, la escasez



de estudios empíricos que avalen a las también escasas teorías que hay sobre este tema, sobre el que parece no haberse llegado a un acuerdo, ni sobre su “estatus” diagnóstico.

Como hemos visto, el duelo<sup>3</sup> es considerado de manera diferente en los sistemas de clasificación. El DSM-IV lo lista como un “Código V” (problemas que pueden ser objeto de atención clínica) y no recomienda diagnosticarlo como depresión hasta que al menos pasen dos meses tras la pérdida, pero reconoce que ciertos síntomas no son características de la reacción normal de duelo, como la culpa, las ideas de suicidio, de inutilidad, el retardo psicomotor, el deterioro funcional grave y las alucinaciones persistentes. Por su parte, la CIE-10 lo considera un TA y lo incluye como un diagnóstico posible de esta categoría. A continuación analizaremos con algo de detalle qué se entiende por “Duelo Complicado” y cómo se arguye que se debe clasificar.

El término “Duelo Complicado” (DC) se refiere a aquellos síntomas relacionados con el duelo, pero distinguibles de la depresión, y que predicen un deterioro funcional importante (Frank et al., 1997). Como antes indicábamos, es difícil distinguir entre el proceso normal de duelo y el DC. La mayoría de las personas, tras la muerte de un ser querido, experimentamos una amplia variedad de “síntomas” durante las primeras semanas, como tristeza, enfado, ansiedad de separación, pérdida de interés en las actividades cotidianas, *flashbacks*, pensamientos intrusivos, etc. Algunos estudios han indicado que en ese momento, la gran mayoría cumpliría criterios para el diagnóstico de un trastorno mental, como Depresión Mayor (DM) (Zisook, Shuchter, Sledge, Paulus y Judd, 1994), TEPT (Schut, De Keijser, Van den Bout y Dijkhuis, 1991) o trastornos de ansiedad (Jacobs et al., 1990). Además, el estudio de Prigerson et al. (1997) mostraba que a los 2 meses, más de la mitad de la muestra (personas mayores que habían perdido a su cónyuge) podrían ser diagnosticado de lo que estos autores denominaban “Duelo Traumático”<sup>4</sup>. Sin

---

<sup>3</sup> En este trabajo utilizaremos siempre el término “duelo”, aunque en inglés existen diferentes vocablos para denominar el duelo, con connotaciones distintas. “*Bereavement*” se refiere a la reacción de la persona a la muerte de alguien. “*Grief*” es la reacción emocional y/o psicológica a una pérdida significativa, no necesariamente por muerte. “*Mourning*” es la expresión social del *grief* o *bereavement* y suele estar influido por creencias religiosas y costumbres culturales.

<sup>4</sup> Entre 1997 y 2001, los síntomas de DC se denominaban como “Duelo Traumático” porque reflejaban síntomas de malestar traumático y de separación (Chen et al., 1999; Prigerson, Bierhals, et al., 1997).

embargo, cuando se estudia el impacto a largo plazo de la muerte de un ser querido, los estudios también indican que la mayoría de las personas se recuperan de sus “síntomas” y sólo un pequeño porcentaje continúa manifestando problemas emocionales o DC (Horowitz et al., 1997; Prigerson et al., 1997). Es decir, la mera presencia de emociones intensas o de otras manifestaciones después de una pérdida no indica perturbación en sí misma. Es más, hay incluso autores que han sugerido que tales síntomas pueden llegar a ser necesarios para el procesamiento emocional (p.ej., Horowitz, 1976; Rachman, 1980) porque implican confrontación con la realidad de la pérdida y facilitan la adaptación a la pérdida y su integración en los esquemas pre-existentes. Teniendo en cuenta estas “reacciones normales” es totalmente necesario diferenciar entre el duelo “benigno” y el complicado.

Durante mucho tiempo, la reacción de duelo normal se consideraba como un proceso que debía pasar por diferentes estadios (Bowlby, 1980; Kubler-Ross, 1969; Ringdal, Jordhoy, Ringdal y Kaasa, 2001) y, en ese sentido, se consideraba que el duelo patológico era aquel que fracasaba en pasar por las fases necesarios. Por ejemplo, Bowlby, en su influyente trabajo en 3 volúmenes, señalaba 4 estadios, por los que la respuesta de duelo iba pasando sucesivamente: *shock*, búsqueda, depresión y reorganización-recuperación. Este autor, al que se considera al máximo representante de la teoría del apego, entendía el duelo como una reacción a una ruptura en el vínculo de apego establecido entre un adulto y un ser querido. Por su parte, Kubler-Ross (1969) indicaba las siguientes fases: negación, enfado, “regateo”, depresión y aceptación. La primera protege a la persona de experimentar la realidad “de golpe”. Tanto la negación como el *shock* se consideran respuestas normales si no se prolongan. A medida que desaparece la negación, la persona puede enfadarse al darse cuenta de su falta de control sobre la pérdida. En esta fase el enfado se considera una respuesta normal, justo al contrario que la contención emocional, que no se consideraría normal. Después, la persona puede intentar “regatear” la vuelta del fallecido, con promesas de cambios en creencias o conductas, pero cuando se

---

El malestar traumático incluía síntomas de re-experimentación (pensamientos intrusivos del fallecido), evitación (de recordatorios sobre el fallecido) y embotamiento (Prigerson, Maciejewski, et al., 1995). Sin embargo, diversos autores mantenían que el TEPT y el DC no son isomórficos (Enright & Marwit, 2002; Marwit, 1996; Prigerson, Shear, et al., 1999) ya que se diferencian en el componente de angustia de separación. Para enfatizar esta diferencia, muchos investigadores han abandonado el término de “duelo traumático” y usan el de DC (Lichtenthal, Cruessa, & Prigersonb, 2004).

da cuenta de que esto es inútil, se suele experimentar depresión o desespero. Finalmente, la persona acepta totalmente la pérdida y puede recordar al fallecido sin una carga emocional excesiva. La resolución se hace evidente cuando la persona vuelve a dedicarse a actividades sociales y muestra expectativas positivas para el futuro. Desde estas perspectivas, se considera que la persona que no completa estas tareas en los estadios correspondientes, se verá perjudicado en los posteriores pudiendo finalmente fracasar en la resolución del duelo y generando, por tanto, un DC.

Sin embargo, actualmente no se mantiene esta postura (Lichtenthal, Cruessa, y Prigersonb, 2004; Prigerson y Jacobs, 2001b), entendiéndose que los procesos que subyacen a la adaptación son más complejos (Bonanno, Keltner, Holen y Horowitz, 1995; Stroebe y Stroebe, 1991; Wortman y Silver, 1989) y tendiendo a no “prescribir” las respuestas normales de duelo. Sin embargo, sigue sin haber guías claras sobre la diferencia entre el duelo “normal” y el DC.

Horowitz y su grupo (p.ej., Horowitz et al., 1993) han propuesto la existencia de un continuo entre el duelo normal y el patológico, señalando que este último se caracteriza por una intensificación o prolongación de la norma. Para poder diferenciar entre uno y otro, algunos autores, entre los que se encuentra el propio grupo de Horowitz, han propuesto diversos criterios formales, incluyendo la duración, la intensidad, la presencia de algunos síntomas diferenciales, y el criterio del deterioro en el funcionamiento de la persona (Stroebe et al., 2000). Sin embargo, el análisis de estas características refleja la dificultad de establecer límites y diferencias entre lo normal y lo patológico. Por ejemplo, ¿cuál ha de ser la duración para que una reacción de duelo se considere normal?. Hay voces que apuntan que, tanto las reacciones excesivamente largas como las excesivamente breves pueden llevar a DC. Es más, hay incluso quien afirma que el mantenimiento de una implicación emocional con el fallecido puede representar una adaptación saludable (Shuchter y Zisook, 1993), mientras que otros mantienen lo contrario (Prigerson, Bierhals, et al. 1996). Por otro lado, normalmente se considera que el curso del duelo refleja picos y valles, mostrando una disminución no gradual, por lo que el uso del criterio de la duración puede ser difícil (Stroebe et al., 2000). Lo mismo ocurre con el criterio de la intensidad, ya que la ausencia de síntomas también es considerado por algunos

autores como un posible indicador de DC. Por otro lado, hay que tener en cuenta que la intensidad puede referirse no a un número mayor de síntomas, sino que puede manifestarse en un único síntoma (p.ej., enfado, o culpa). Otra dificultad proviene de determinar cual es la intensidad “esperable” para determinadas pérdidas. Como muy bien señalan Stoebe et al., (2000) si se considera que la intensidad puede ser patológica cuando es intolerable o difícilmente soportable ¿cómo valorar lo tolerable o no difícilmente soportable en la pérdida de un hijo?

También relacionada con la dificultad para diferenciar lo normal de lo patológico, otra polémica que está presente en el ámbito del duelo hace referencia a cuál debería ser su estatus diagnóstico. En estos últimos años, ha habido diversos intentos por desarrollar criterios empíricos para diagnosticar el DC y justificar así la presencia de este trastorno como una categoría diagnóstica en la nueva edición del DSM (Lichtenthal et al., 2004), aunque hay voces que siguen desaconsejando esto, y mantiene que el duelo puede incluirse en otras categorías diagnósticas, como la depresión, el TEPT o los TA.

Ya en 1993, antes de que se publicase la cuarta versión del DSM, Horowitz, Bonanno, y Holen mantenían que el trastorno de duelo “patológico” debía tener una ubicación en este sistema de clasificación. Para ello, planteaban como criterios diagnósticos: la presencia de síntomas de intrusión, evitación y adaptación disfuncional. Esta última suponía un fracaso para volver a asumir responsabilidades y/o síntomas somáticos después de 1 mes de la pérdida, y/o un fracaso para formar nuevas relaciones más allá de 13 meses después de la pérdida. Para evaluar el deterioro funcional se debía tener en cuenta el sistema de creencias de la persona y su contexto social. Unos años después, Horowitz et al. (1997) crearon una entrevista diagnóstica estructurada que evaluaba 30 síntomas potenciales de DC, y que sirvió para justificar empíricamente estos criterios diagnósticos. Además, establecían que al menos pasaran 14 meses para poder hacer el diagnóstico de DC. Por su parte, el grupo dirigido por Prigerson, también desarrolló un instrumento, el *Inventory of Complicated Grief* (ICG; Prigerson, Maciejewski, et al., 1995), que evaluaba síntomas característicos del DC.

Con el fin de establecer criterios diagnósticos empíricos, en Enero de 1997 se reunía un grupo de expertos en el ámbito del duelo, del trauma y de la nosología

psiquiátrica (Jacobs y Prigerson, 2000; Prigerson, Shear, et al., 1999; Prigerson, et al., 2000). Después de revisar la evidencia empírica, estos expertos concluían que había evidencia significativa suficiente como para apoyar el desarrollo de criterios diagnósticos para el DC. Para ello se basaban en: (1) los datos indicaban la presencia de dos “clusters” de síntomas de angustia traumática y de separación, que eran diferentes de los de la depresión y la ansiedad relacionadas con el duelo; (2) en algunas personas estos síntomas perduraban varios años; (3) estos síntomas no se aliviaban sólo con psicoterapia interpersonal, ni con la combinación de antidepresivos tricíclicos; y (4) estos síntomas eran capaces de predecir morbilidad tanto en la salud mental como física, más allá de la presencia de síntomas depresivos. Estos síntomas se asociaban con dificultades para volver a los niveles de funcionamiento anteriores al duelo, y persistían más allá de un tiempo considerado adaptativo (aproximadamente 6 meses). Según este grupo de consenso, el diagnóstico requería al menos 3 de los siguientes 4 síntomas: pensamientos intrusivos sobre el fallecido, anhelo por el fallecido, búsqueda del fallecido, y soledad como resultado de la muerte (Prigerson et al., 1999). Además, se requerían 4 de los siguientes 8 síntomas: falta de propósito, embotamiento, incredulidad sobre la muerte, vacío, pérdida de sentimiento de una parte del sí mismo, pérdida de sentido de seguridad, asunción de los síntomas del fallecido, y enfado o irritabilidad excesiva (Prigerson et al., 1999). Además, se indicaba que la duración de los síntomas debía ser al menos de 2 meses y que debía estar presente un deterioro clínicamente significativo en las áreas sociales, ocupaciones o cualquier otra área importante de funcionamiento. Los criterios establecidos para el DC se pueden observar en la Tabla 7. Jacobs, Mazure, y Prigerson (2000) indicaron que las similitudes entre los criterios diagnósticos del trabajo de Horowitz et al. (1997) y el del grupo de consenso (Prigerson, Shear, et al., 1999) eran impresionantes, aunque hubiesen sido derivados independientemente.

A pesar de las conclusiones de este grupo, otros autores muy relevantes en la literatura del duelo manifiestan estar de acuerdo con la posición actual del DSM-IV. Por ejemplo, Bonanno y Kaltman (2001) señalan que la mayoría de las personas muestran alteraciones moderadas en su funcionamiento durante el primer año tras la pérdida, y sólo un porcentaje relativamente pequeño muestra reacciones crónicas,

que además pueden adecuarse relativamente bien a las categorías diagnósticas existentes en el DSM. A continuación analizaremos estos posibles diagnósticos.

***TABLA 7.- Criterios Revisados de Duelo Complicado (Prigerson y Jacobs, 2001)***

<p><i>Criterio A:</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Haberse producido la muerte de alguien significativo para esa persona</li><li>2. Estrés por la separación del ser querido que conlleva la muerte. Presentar, por lo menos cada día o en grado acusado, 3 de los 4 síntomas siguientes:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Pensamientos intrusos - que entran en la mente sin control - acerca del fallecido.</li><li>b. Añoranza - recordar con pena su ausencia- del fallecido.</li><li>c. Búsqueda - aún a sabiendas que está muerto- del fallecido.</li><li>d. Soledad como resultado del fallecimiento.</li></ol></li></ol> <p><i>Criterio B.</i> Estrés por el trauma psíquico que supone la muerte. Presentar como consecuencia del fallecimiento, por lo menos cada día o en grado acusado, 4 de los 8 síntomas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Falta de metas y/o sentimientos de inutilidad con respecto al futuro.</li><li>2. Sensación subjetiva de frialdad, indiferencia y/o ausencia de respuesta emocional.</li><li>3. Dificultades en aceptar la muerte (p. ej.: no terminar de creérselo,...)</li><li>4. Sentir la vida vacía y/o sin sentido.</li><li>5. Sentir que se ha muerto una parte de sí mismo.</li><li>6. Tener hecho pedazos el modo de ver y entender el mundo (p. ej.: perder la sensación de seguridad, la confianza, el control,...)</li><li>7. Asumir síntomas y/o conductas perjudiciales del fallecido o relacionadas con él.</li><li>8. Irritabilidad, amargura y/o enfado en relación a la muerte.</li></ol> <p><i>Criterio C.</i> La duración del trastorno (los síntomas arriba indicados) es de al menos 6 meses.</p> <p><i>Criterio D.</i> El trastorno causa un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas de la persona en duelo.</p>
---

### *a) Cómo diagnosticar el DC*

#### **- El DC y el TEPT**

En la actualidad se discute si el DC, o alguna de sus variantes, podrían entenderse como un TEPT y, por lo tanto, no haría falta una categoría diagnóstica específica. Mientras que algunos investigadores señalan que las muertes repentinas y violentas podrían dar lugar a reacciones de duelo que se diagnosticarían como TEPT (Kaltman y Bonanno, 2003), hay autores que indican que, a pesar de las similitudes que puede haber entre ambos trastornos, sus manifestaciones clínicas, curso, evolución y respuesta al tratamiento son diferentes, por lo que no son diagnósticos equivalentes (Lichtenthal et al., 2004). Desde este planteamiento no se sugiere que las muertes violentas y repentinas no puedan originar un TEPT, sino que también

pueden originar un DC, y que ambos trastornos no son iguales, sino que hay diferencias entre ellas. A continuación analizaremos esas diferencias.

En primer lugar, una cuestión importante es el tipo de acontecimiento que los provoca (Lichtenthal et al., 2004). Tanto en el TEPT como en el DC es condición necesaria la presencia de un acontecimiento vital negativo para poder hacer el diagnóstico. Es más, según el DSM-IV, el acontecimiento precipitante puede ser el mismo, si la muerte de un familiar es resultado de circunstancias o actos violentos (Raphael y Martinek, 1997). Sin embargo, como ya hemos mencionado, el DSM indica que en el TEPT la respuesta al estresor debe suponer miedo, desesperanza u horror. En general, las reacciones al DC no suponen miedo u horror, aunque sí pueden suponer sentimientos de desesperanza (Prigerson et al., 2000). En cualquier caso, el criterio de horror, terror o desesperanza es un criterio claramente subjetivo. Normalmente, en muchas ocasiones los precipitantes del TEPT suelen estar más allá del alcance de las experiencias normales (tal y como afirmaba el DSM-III, es decir, violaciones, guerras, etc.), mientras que en el DC el precipitante es una experiencia universal, aunque eso no quiere decir que los síntomas del DC y su persistencia y gravedad sean una reacción universal (Lichtenthal et al., 2004).

Otra diferencia tiene que ver con la intensidad o el impacto del estresor. En el caso de DC la intensidad está asociada a la relación con el fallecido, mientras que en el TEPT el impacto del trauma se relaciona con la desproporción (o enormidad) del acontecimiento estresante (Lichtenthal et al., 2004).

Por otro lado, también hay diferencias en las manifestaciones sintomáticas. En el caso del TEPT las personas muestran ansiedad ante amenazas relacionadas con el acontecimiento, mientras que en el DC se muestra ansiedad por la separación. Además, en el DC suele ser más frecuente la presencia de tristeza y sólo las personas con duelo experimentan anhelo y añoranza (Lichtenthal et al., 2004).

Siguiendo con las diferencias en síntomas, aunque en el DC también pueden estar presentes los tres grupos de síntomas del TEPT (re-experienciación, evitación y aumento en la activación) el contenido de los síntomas es diferente (Lichtenthal et al., 2004). En el TEPT los pensamientos intrusivos suponen recuerdos del acontecimiento traumático y se acompañan de emociones relacionadas con él,

mientras que en el DC las intrusiones suelen ser imágenes del fallecido (Raphael y Martinek, 1997). Además, en el DC las intrusiones pueden ser positivas y reconfortantes (Horowitz, Bonanno, y Holen, 1993; Prigerson y Jacobs, 2001a), hasta el punto de que en algunos casos son desadaptativas porque la persona tiende a atesorar estos pensamientos y a intentar mantenerlos en su conciencia (Horowitz, Bonanno, y Holen, 1993). Lo que suelen evitar los dolientes son los recordatorios de la ausencia del fallecido, por medio de negación y disociación (Prigerson y Jacobs, 2001a; Prigerson, Jacobs, Rosenheck, y Maciejewski, 1999), mientras que suelen buscar recordatorios de la presencia de la persona pérdida (Lichtenthal et al., 2004). Por último, los síntomas de evitación y de hipervigilancia no son tan importantes ni tan específicos en el caso del DC, ni son síntomas “marcadores” como en el caso del TEPT. Como Prigerson y Jacobs (2001a) señalan, en el DC el “trauma” después de una muerte natural supone separación y no tanto un acontecimiento extremo o inusual. En este sentido, son los síntomas de angustia ante la separación, como opuestos al miedo al acontecimiento amenazante, lo que distingue fundamentalmente al DC del TEPT (Lichtenthal et al., 2004).

Por último, en cuanto a la respuesta al tratamiento, también parece que hay diferencias entre ambos trastornos. Aunque, tanto el duelo como el trauma retan las asunciones sobre el mundo (Janoff-Bulman, 1992; Neimeyer, Prigerson, y Davies, 2002), requieren formas diferentes de adaptación para recuperarse (Raphael y Martinek, 1997). Las personas con DC suelen necesitar resolver cuestiones de apego, mientras que las personas con TEPT deben habituarse a sus respuestas de miedo (Lichtenthal et al., 2004). Aunque un estudio piloto (Shear et al., 2001) sugiere que la exposición prolongada también puede ser eficaz para reducir los síntomas de DC, las personas con DC puede que respondan mejor a tratamientos que se focalizan en el significado de la pérdida o en enfoques más integradores que suponen tanto exposición como estrategias de construcción de significado (Neimeyer, 2000, 2001; Neimeyer et al., 2002).



## **- El DC y la Depresión Mayor (DM)**

Los síntomas depresivos son tremendamente comunes en las reacciones de duelo. Según el DSM-IV, se podría otorgar un diagnóstico de Depresión Mayor (DM) si se siguen cumpliendo los criterios de este trastorno al menos dos meses después de la pérdida, o se tienen síntomas específicos, como marcado deterioro funcional, preocupación mórbida por la inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o retardo psicomotor. Sin embargo, aunque es posible este diagnóstico, los autores en este campo insisten en que no todas las reacciones “patológicas” de duelo caen dentro de esta categoría diagnóstica, y que el DC se diferencia de la DM. Por ejemplo, Prigerson, Frank, et al. (1995) informaron que el 46% de personas con DC no cumplían criterios de DM, lo que sugeriría que el DC es una entidad distinta. Además, estos mismos autores, utilizando metodología de análisis factorial, encontraron dos factores: uno de duelo relacionado con la depresión y otro específico de DC. Los únicos dos síntomas que cargaban en ambos factores eran la soledad y la ausencia de aceptación de la muerte. Estos datos se han replicado en otros trabajos (ver Lichtenthal et al., 2004). Por otro lado, Pasternak et al. (1993) evaluaron síntomas depresivos y de duelo en un periodo de 18 meses, en personas mayores que habían perdido a sus cónyuges. Sus datos indicaban que, aunque los síntomas depresivos parecían remitir del mismo modo que en el curso de la depresión, los del duelo permanecían más graves y estables a lo largo del tiempo

## **- ¿Se puede considerar el DC como un TA?**

Antes ya comentábamos que la CIE-10 consideraba el duelo como un TA, cosa que no ocurría en el DSM-IV, que explícitamente afirma en su Criterio D que los síntomas no pueden ser consecuencia de un duelo. Sin embargo, en el Criterio A este sistema de clasificación define este trastorno como el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresor(es). ¿Por qué no usar entonces esta categoría para diagnosticar a aquellas personas que presentan síntomas significativos que causan marcado malestar o deterioro funcional después de una pérdida? Parece mucho más razonable la posición de la CIE. Sin embargo, hay algunos autores que indican que el DC no es un TA, aunque las razones que

aducen se basan en el modo en que el TA se define en el DSM. En este sentido, tanto el grupo de Prigerson (Prigerson, Frank, et al., 1995; Prigerson y Jacobs, 2001a) como el de Horowitz (Horowitz, Bonanno, y Holen, 1993; Horowitz, 1997), señalan que el TA es inexacto y no es lo suficientemente específico como para servir adecuadamente al diagnóstico de los síntomas de DC. Sin embargo, estos autores también reconocen que el TA es una entidad limitada en el tiempo y difusa, inadecuada tanto para los problemas de la investigación como del trabajo clínico (Horowitz, Bonanno, y Holen, 1993).

Es cierto que, tal y como se define en el DSM-IV, el criterio temporal limitaría en exceso el diagnóstico de DC, ya que como Enright y Marwit (2002) señalan, los síntomas de DC pueden comenzar después de los 3 meses de la viudedad, y puede que duren más del periodo de 6 meses que señala el DSM que han de resolverse los síntomas de un TA (a no ser que el estresor sea crónico). Los síntomas de DC pueden durar años. Sin embargo, nuestra opinión es que el problema está en la definición de TA que, como expusimos en un apartado anterior, es tan inespecífica, difusa y ambigua, que no facilita diagnósticos fiables ni válidos. Sin embargo, puede que una re-definición y refinamiento de los criterios del TA pudieran dar cabida a las complicaciones que se pueden presentar en las reacciones de duelo, igual que darían cabida a las complicaciones que pueden surgir ante el afrontamiento de otras adversidades. La cuestión es que, además de subtipos basados en manifestaciones sintomatológicas (depresión, ansiedad, conducta) se necesitaría establecer otros subtipos en función de la gravedad y persistencia de los síntomas y del deterioro funcional. Del mismo modo que en muchas reacciones de duelo, que tienden a la recuperación a lo largo del tiempo, también la recuperación suele ocurrir en los TA. Pero también, igual que puede ocurrir en el DC, puede que los síntomas y el deterioro perduren durante años.

### **2.3. REACCIONES POSITIVAS AL ESTRÉS**

Los modelos “tradicionales” en Psicología Clínica y Psiquiatría han tendido a centrar su atención fundamentalmente en los puntos negativos, débiles, del ser humano y, desde esta perspectiva, han considerado a la persona que sufre una experiencia

negativa (especialmente si es de carácter traumático) como una víctima que potencialmente puede desarrollar un trastorno. Sin embargo, en los últimos años, la Psicología está cambiando su foco de atención, y se está proponiendo otra perspectiva para entender y conceptualizar el trauma. Desde esta perspectiva se considera que la persona es un ente activo y fuerte, que cuenta con una capacidad natural de resistir y rehacerse, a pesar de vivir adversidades (Seligman, 2005; Vera, 2004)

Como indica Seligman (Gillham y Seligman, 1999; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), la focalización en los efectos negativos de la experiencia traumática ha contribuido a desarrollar una “cultura de la victimología” que ha sesgado la investigación en Psicología y que ha llevado a asumir una visión pesimista de la naturaleza humana. Esta visión generalmente ha asumido dos creencias respecto a la experiencia traumática: (1) que el trauma siempre supone un daño grave y (2) que el daño siempre refleja la presencia de trauma (Gillham y Seligman, 1999).

Desde esta perspectiva, en el campo de la Psicología Clínica y de la Psiquiatría tradicionales han florecido algunas ideas erróneas sobre la respuesta del ser humano ante la adversidad. Estas ideas han estado basadas en prejuicios y estereotipos y no en hechos y datos comprobados, y han arraigado profundamente en nuestra cultura occidental (Avia y Vázquez, 1998; Vera, 2004). Por ejemplo, una idea bastante extendida, y que se suele asumir como premisa implícita, es la de que todos los seres humanos reaccionamos de un modo similar, obviando así el importante papel que tienen las diferencias individuales (Bonanno, 2004). Sin embargo, en la actualidad existen muchos datos que contradicen tal premisa. Por ejemplo, Wortman y Silver (1989) han demostrado la falacia de ideas como que toda persona que sufre una pérdida importante de un ser querido se deprime, o que cualquier forma de negación o de evitación del sufrimiento ante la pérdida es signo inequívoco de patología. Muy al contrario, estas autoras encuentran que muchas personas no se deprimen ante las pérdidas, que las reacciones de duelo y sufrimiento no son “necesarias” y que su ausencia no significa indefectiblemente que exista o vaya a existir un trastorno. En esta misma línea, el estudio de Bonanno, Wortman, et al., (2002) demostró que casi la mitad de un grupo de 205 personas que había sufrido la pérdida de su pareja pudieron afrontar esta circunstancia con

fortaleza, mientras que sólo el 10% presentaba una elevada depresión (que, por otro parte, iba declinando con el tiempo). Como señala Neymeyer (2002) las teorías tradicionales sobre duelo han partido de posturas normativas, presuponiendo cómo han de comportarse las personas y prescribiendo cuál es el duelo “normal” y cuál no. Sin embargo, los datos empíricos vienen a demostrar que las reacciones humanas son mucho más complejas que lo que suponen muchos estereotipos y teorías populares sobre el duelo, las pérdidas y la adversidad (Avia y Vázquez, 1998, Vera, 2004).

Los estudios que indican que la mayoría de las personas resisten los acontecimientos adversos de la vida con gran fortaleza y con escasas repercusiones negativas (Avia y Vázquez, 1998; Bonanno, 2004, Vázquez, 2005), no sólo se limitan a las situaciones de duelo, sino también a otras situaciones adversas y “traumáticas”, como el maltrato, las catástrofes naturales, los accidentes, los actos terroristas, etc. De hecho, lo mismo que estamos comentando para la situación de duelo, también ha ocurrido en la investigación y en la clínica de los efectos de las experiencias traumáticas, que se ha centrado casi exclusivamente la investigación en sus efectos negativos, especialmente en el desarrollo del TEPT y de los síntomas asociados, considerándolas casi como la forma “normal” de responder al acontecimiento. Y en algunas situaciones, incluso llegando a estigmatizar a las personas que no mostraban reacciones intensas (Bonanno, 2004). Sin embargo, y al igual que sucede en el duelo, los datos demuestran que sólo algunas personas desarrollan trastornos mentales, y que la mayoría no se ven afectadas por daños psicológicos. En este sentido, es ejemplificador el estudio realizado por Galea et al. (2003) tras los atentados del 11-S en Nueva York. Este trabajo muestra que en una primera evaluación, realizada un mes después de los atentados, la prevalencia de TEPT en la población general de esta ciudad era de 7,5%, pero que 6 meses después esta prevalencia había descendido a un 0,6%. Estos datos demuestran que la inmensa mayoría de estas personas había seguido un proceso de recuperación natural, en el que los síntomas van desapareciendo y se va volviendo a un nivel de funcionamiento normal (Vera, 2004).

Pero, es más, algunos estudios incluso indican que un porcentaje de personas, tras acontecimientos que se suelen calificar como “traumáticos”, parece que “aprenden” y

“crecen” de esta experiencia. Es decir, no sólo salen “ilesos”, sino que salen fortalecidos. A la hora de afrontar el estudio de esta población, la mayoría de los autores se han fijado, en primer lugar, en algunas características personales de estos individuos. Y entre ellas, destaca el estudio de dos aspectos: la resiliencia (*resilience*) y la fortaleza (*hardiness*). A continuación vamos a definir resumidamente estas dos características de la personalidad y, finalmente, analizaremos brevemente el concepto que está surgiendo en la literatura de “crecimiento” en la adversidad.

### **2.3.1. LA RESILIENCIA (*RESILIENCE*)**

El término resiliencia proviene del latín *resiliere* y significa “volver a entrar saltando” o “saltar hacia arriba” (Melillo y Suárez Ojeda, 2001). Este concepto, como el de estrés, no surge inicialmente en las ciencias sociales, sino en las físicas, donde la resiliencia (*resilio*: volver al estado original, recuperar la forma originaria) se refiere a la capacidad de los materiales de volver a su forma cuando son forzados a deformarse.

En Psicología, el concepto de “resiliencia” se fraguó a finales de la década de los setenta, y surgió cuando diversos estudios en el ámbito de la psicología evolutiva mostraron, de manera “sorprendente”, que algunos niños criados en contextos desfavorables y aversivos, no sólo no presentaban carencias biológicas o psicológicas, sino que por el contrario, alcanzaban una “adecuada” calidad de vida (p.ej., Garmezy, 1991; Masten, 2001; Rutter, 1999; Werner, 1995). La psicología tomó prestado este concepto de las ciencias físicas para describir “*la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y salir fortalecido o transformado por experiencias de adversidad*” (Grotberg, 2002; Ryff, Singer, Dienberg Love, y Essex, 1998), o la “*adaptación exitosa después de la exposición a acontecimientos vitales estresantes*” (Werner, 1989).

A pesar de la multitud de definiciones que podemos encontrar acerca de la resiliencia, todas enfatizan la presencia de tres componentes: la presencia de algún riesgo, trauma o adversidad, su superación positiva y la relación dinámica de los mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen sobre el

desarrollo humano. Sin embargo, es difícil de acotar la naturaleza exacta de este fenómeno psicológico, y también ha sido criticado por ser demasiado amorfo.

Es importante diferenciar el concepto de resiliencia del de recuperación (Bonano, 2004). Las personas resilientes no son personas que se recuperan rápida o fácilmente. Mientras que el concepto de recuperación implica un retorno gradual a la normalidad funcional, el de la resiliencia implica la habilidad de la persona para mantener un equilibrio estable durante todo el proceso (Bonano, 2004).

Por otro lado, hay que destacar el hecho de que aunque en un principio la resiliencia se consideraba como algo “excepcional”, que sólo poseían algunas contadas personas, la investigación ha ido demostrando que es más habitual de lo que se pensaba, que surge a partir de funciones y procesos adaptativos normales del ser humano (Masten, 2001; Bonanno, 2004). Además, tampoco se trata de una característica innata, ni que se adquiera “de forma natural”, ni que una vez adquirida se posea para siempre. Se trata del resultado de un proceso dinámico y evolutivo, que varía según las circunstancias, las características de la experiencia adversa, el contexto, la etapa de la vida en la que se encuentre la persona, y que incluso se puede expresar de distintas maneras en diferentes culturas (Cyrułnik, 2001; Manciaux et al., 2001).

### **2.3.3. LA FORTALEZA (*HARDINESS*)**

Este término fue introducido en el ámbito de la salud por Kobasa (1979), para referirse a aquellas personas que tenían menos probabilidades de enfermar como consecuencia de un acontecimiento estresante. Según este autor (Kobasa, Maddi y Kahn, 1982) la fortaleza alude a una constelación de características de personalidad que funcionan como un recurso de capacidad de resistencia en el encuentro con acontecimientos estresantes. En este constructo se distinguen 3 elementos básicos e interrelacionados (Kobasa et al., 1982): (1) compromiso (*commitment*), que se refiere a la tendencia a implicarse en lo que se está haciendo en la vida, (2), desafío (*challenge*), que se refiere a la creencia de que el cambio, y no la estabilidad, es lo habitual y que los cambios son oportunidades, incentivos para crecer, y no amenazas a nuestra seguridad; y (3) control percibido, que se refiere a la tendencia

a sentirse y actuar como si se pudiera influir en las contingencias de la vida, como si se tuviera control sobre las causas y consecuencias de los problemas de la vida.

De acuerdo con los estudios iniciales de Kobasa (Kobasa, 1979; Kobasa Maddi y Courington, 1981; Kobasa, Maddi y Puccetti, 1982; Kobasa. Madi y Zola, 1983; Maddi y Kobasa, 1984) esta característica psicológica puede moderar los efectos del estrés sobre la salud mental y física, y tiene capacidad para predecir, tanto la salud actual como la futura. En la actualidad hay numerosos estudios que avalan la relación positiva entre fortaleza y salud, bienestar y ajuste (p.ej., Blaney y Ganellen, 1990; Hull, Van Treuren y Virnelly, 1987; Orr y Westman, 1990). Según Kobasa (1979), la fortaleza se asocia con una tendencia a valorar los estímulos como menos amenazantes, y al optimismo en cuanto a la capacidad para afrontarlos, es decir, actúa sobre dos aspectos: reduce la valoración de amenaza e incrementa las expectativas de éxito en el afrontamiento. Además, y como ya comentamos en un apartado anterior, parece que las personas con elevada fortaleza tienden a utilizar estrategias de afrontamiento activas, focalizadas en el problema,

Recientemente se ha propuesto que la fortaleza no sólo amortigua el estrés (King, King, Fairbank, Keane, y Adams, 1998), sino que también podría facilitar el crecimiento post-traumático. El estudio de Waysman, Schwarzwald y Solomon (2001) proporciona evidencia inicial a esta hipótesis. Este trabajo compara un grupo de prisioneros de guerra israelíes y un grupo control de veteranos de la Guerra del Yom Kippur, y muestra como la fortaleza tenía un papel protector en ambos grupos en relación con los cambios negativos relacionados con el trauma. Además, también mostraba una relación con cambios positivos, pero sólo en el grupo expuesto a estrés traumático más grave (los prisioneros de guerra).

### **2.3.3. EL CRECIMIENTO POSITIVO (*GROWTH, THRIVING*)**

Un concepto relacionado al de resiliencia, similar aunque diferente, es el de “crecimiento” (*growth*), adjetivado por Tedeschi y Calhoun (1995, 1996, 2004) como “crecimiento post-traumático” para enfatizar que la adversidad no sólo puede no ser negativa, sino que incluso puede tener efectos beneficiosos, promoviendo que surjan cualidades que nos hacen mejores que antes (Affleck y Tennen, 1996; Aldwin, 1994;

Carver, 1998; Park, Cohen y Murch, 1996; Tedeschi y Calhoun, 1995, 2004). Un término similar que también se ha utilizado es el de *thriving* en inglés, que podría traducirse por “prosperidad” o “crecimiento con fuerza”. Este término fue usado por O’Leary e Ickovics (1995) y por O’Leary, Alday y Ickovics (1998), para referirse a aquellas personas que, tras un acontecimiento adverso, no vuelven simplemente a su nivel de funcionamiento anterior, sino que lo sobrepasan en algún modo. Otros términos que también se han empleado son “crecimiento relacionado con el estrés (Park, Cohen y Murch, 1996), cambios psicológicos positivos, (Yalom y Lieberman, 1991), o crecimiento en la adversidad (Linley y Joseph, 2004).

Obviamente, la idea de que las personas son capaces de transformar lo adverso en algo positivo, en sabiduría, en crecimiento no es, en absoluto, nueva. Ha estado presente en la literatura (p.ej., Proust, Shakespeare), en la filosofía (p.ej., Nietzsche, 1990), y es un tema recurrente en los libros de auto-ayuda y en las noticias de los periódicos y de la televisión.

Carver (1998) diferencia el “crecimiento” de la “acomodación”, que supondría rebajar las demandas que hacemos al mundo, aminorar expectativas (McMillen, Zuravin y Rideout, 1995). Obviamente, la acomodación puede (y suele) tener resultados muy positivos y adaptativos para la persona (Rothbaum, Weisz y Snyder, 1982), pero no constituye “crecimiento” en sí misma, aunque también pueden darse los dos procesos conjuntamente. Por ejemplo, la persona puede aprender a aceptar aquello que no se puede cambiar, como parte del aprendizaje para discriminar entre situaciones que pueden y que no pueden ser cambiadas, y adquirir “armas” psicológicas y comportamentales para cambiarlas posteriormente, cuando se pueda.

Por otro lado, el término “crecimiento” es similar al de “resiliencia”, pero hay diferencias importantes entre ellos. En primer lugar, la resiliencia implica un concepto homeostático, una vuelta a la condición previa, mientras que el crecimiento no, ya que implica algo mejor (Carver, 1998). En este sentido, hay que tener en cuenta una distinción que ya comentábamos al exponer el concepto de estrés de Lazarus, y que hace referencia a la diferencia entre amenaza y desafío. Las circunstancias estresantes pueden entrañar posibilidad de daño (amenaza, pérdida), pero a veces también una oportunidad de beneficio (desafío) (Lazarus, 1966; Lazarus y Folkman, 1984). Estas condiciones, aunque diferentes, muchas veces se



dan conjuntamente. A veces los estresores comienzan como puramente amenazas (o pérdidas), y sólo al final puede que surja el significado de desafío, e incluso puede que no surja nunca (Carver, 1998). Por definición, el “*thriving*” es una respuesta al desafío, ya que implica un beneficio (Carver, 1998).

La pregunta aquí es, ¿cómo se convierte un acontecimiento amenazante en un desafío? Carver (1998) indica que los acontecimientos adversos pueden tener al menos tres efectos positivos en la persona. Uno es la “desensibilización”, es decir, tras la exposición al estresor, la persona puede llegar a desensibilizarse a su ocurrencia, como una especie de vacuna que da inmunidad (aunque sea parcial). Por tanto, la adversidad puede hacer a la persona más resistente a ese tipo de acontecimiento (se trataría de esa expresión que se suele decir en español de que determinadas experiencias “nos hacen callo”). El segundo efecto positivo que puede tener el acontecimiento adverso se sitúa en la rapidez de la recuperación, haciendo que la persona se recupere cada vez más rápido. Por último, el tercer efecto positivo es el que se identifica con el “*thriving*”, cuando la persona alcanza un nivel de funcionamiento mejor tras el acontecimiento adverso.

El crecimiento puede ocurrir en diferentes niveles (Carver, 1998). Por ejemplo, a veces las personas aprenden o desarrollan habilidades y conocimientos importantes después de un acontecimiento negativo. Puede que las circunstancias desfavorables nos hagan aprender cosas, que luego podemos aplicar a otros ámbitos de nuestra vida. Otro beneficio que puede surgir es una mayor confianza en nosotros mismos y en nuestro futuro (“Si he podido con esto, podré con otras cosas”) (Aldwin, 1994; Carver, 1998, Moos y Schaefer, 1986). Por otro lado, el beneficio puede no ser sólo a nivel personal, sino también social, ya que si la persona recibe ayuda en su adversidad, si puede contar con otros, esas relaciones saldrán fortalecidas. Los autores han señalado diversos ejemplos de cambio positivo como un incremento en la valoración de la vida, el establecimiento de nuevas prioridades vitales, un sentido de fortaleza personal incrementado, identificación de nuevas posibilidades, mayor cercanía en las relaciones íntimas, cambios espirituales, etc. Una serie de autores (Tedeschi, Park y Calhoun, 1998; Tedeschi y Calhoun, 1996) han categorizado los cambios que pueden ocurrir tras un acontecimiento adverso en tres dominios: (1) cambios en la percepción de uno mismo (p.ej., percibirse como alguien vulnerable a

las dificultades, pero capaz de afrontar desafíos difíciles, con confianza en uno mismo); (2) cambios en la relaciones con los demás (aumento en la cercanía interpersonal y emocional, expresión de emociones, empatía y comprensión del sufrimiento ajeno); y (3) cambios en la filosofía de vida, con una mayor apreciación de la vida, nuevas metas y prioridades, mayor sensación de sabiduría, y mayor interés y apertura a las cuestiones espirituales y religiosas. Estos cambios son percibidos por la persona como positivos. Algo importante a tener en cuenta en el contexto clínico, es que el crecimiento es multidimensional, y por tanto puede ocurrir que la persona experimente cambios positivos en unos dominios, pero no en otros.

Aunque la literatura sobre el cambio post-traumático está aumentando en los últimos años, aún se necesita comprender mejor este fenómeno y contar con modelos teóricos que lo expliquen de manera satisfactoria (Zoellner y Maercker, 2006). Los modelos propuestos hasta el momento, especialmente el de Tedeschi y Calhoun (2004) y el de Schaefer y Moos (1992) tienen un enorme valor, pero asumen que se trata de un fenómeno positivo y adaptativo, algo que aún hay que demostrar empíricamente. Como señala el modelo de “la cara de Jano” de Maercker y Zoellner (Maercker y Zoellner, 2004; Zoellner y Maercker, 2006), puede que coexista, junto con un componente constructivo, un componente ilusorio o disfuncional, algo que también han señalado otros autores (Nolen-Hoeksema y Davis, 2004; Park, 2004; Wortman 2004), y que se refiere a los esfuerzos de la persona por evitar y negar el impacto negativo del trauma.

Como Zoellner y Maercker (2006) indican, un futuro campo muy fructífero en el ámbito del crecimiento postraumático es su investigación en el contexto de la terapia. Autores como Calhoun y Tedeschi (1998) y Saakvitne et al., (1998) han discutido el potencial del crecimiento personal para la terapia y el olvido que, generalmente, ha sufrido este concepto en las conceptualizaciones terapéuticas. La terapia constituye un contexto muy adecuado para explorar los cambios positivos después del trauma, animando al paciente a explorar esos cambios como resultado de sus procesos de afrontamiento. No se trata de negar el sufrimiento, ni de un uso ingenuo del “pensamiento positivo”. Más adelante veremos como la Psicología Positiva aporta esta visión centrada en la promoción de las cualidades positivas de los seres humanos.

### **3. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LAS REACCIONES AL ESTRÉS**

En este apartado vamos a resumir algunos de los tratamientos psicológicos disponibles para ayudar a las personas que sufren de TEPT, TA o Duelo. En este trabajo sólo incluimos las intervenciones psicológicas, y no recogemos las farmacológicas. Por otro lado, sólo se incluyen aquellos enfoques que cuentan con algún aval empírico, y no se incluyen otras orientaciones que, pudiendo ser muy prometedoras, no disponen de estudios que apoyen su eficacia.

#### **3.1. TRATAMIENTOS PARA EL TEPT**

Lo primero a enfatizar, y en lo que concuerdan la mayoría de los autores, es que la experiencia de un trauma en sí misma no es una justificación suficiente para recibir tratamiento, sino que deben estar presentes otras manifestaciones psicopatológicas relacionadas con ese acontecimiento, como las listadas en el TEPT u otro diagnóstico (depresión, trastornos de ansiedad, etc.) (Foa y Meadows, 1997). Esta advertencia se hace porque se ha tendido a sobrevalorar en exceso la necesidad de intervenir inmediatamente después del hecho traumático, intentado prevenir problemas posteriores. Muchas de estas intervenciones tempranas han seguido el programa propuesto por Mitchell y Bray (1990), que plantea un tratamiento en grupo, en los 3 primeros días después del suceso, e incluye diferentes fases: establecimiento del propósito de la intervención ("*debriefing*") y de sus reglas, recreación del acontecimiento, discusión de pensamientos, descripción de la peor parte del suceso, discusión de las reacciones de los demás, información sobre las reacciones comunes al trauma y cierre del programa. Foa y Meadows (1997) indican que, por el momento, no hay evidencia de que las intervenciones en crisis de este tipo o similares sean eficaces, pero tampoco de lo contrario, ya que actualmente no hay estudios controlados y rigurosos sobre su utilidad.

Una vez hecha la advertencia, hay que incidir en que uno de los procesos psicológicos que se consideran responsables del desarrollo y del mantenimiento del TEPT es la evitación, tanto la evitación activa de los recordatorios del trauma, como el embotamiento emocional, que se considera como un escape emocional cuando la evitación activa no tiene éxito (Foa, Riggs, Massie y Yarczower, 1995). Por tanto, no es sorprendente que un elemento común de muchos enfoques terapéuticos haya sido precisamente la exposición y el procesamiento de los indicios internos y externos relacionados con el trauma (Orsillo y Batten, 2005). Sin embargo, a pesar de estas similitudes, también existen diferencias entre los distintos enfoques. Sin ánimo de ser en absoluto exhaustivos, en este apartado resumiremos los principales enfoques terapéuticos. En la actualidad, algunos de ellos cuentan con el apoyo de la investigación, como la terapia cognitivo-conductual, mientras que otros carecen de resultados que avalen su eficacia.

### **3.1.1. PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA**

Existen amplias diferencias en los enfoques terapéuticos surgidos desde las aproximaciones psicodinámicas. Por ejemplo, uno de los más conocidos, el modelo de terapia breve de Horowitz (1986), enfatiza la importancia de “dosificar” la experiencia traumática y “animar a su expresión”, aspectos bastante similares a lo que se plantea en las técnicas de exposición (Foa y Meadows, 1997).

De acuerdo con la revisión que hacen Marmar, Foy, Kagan y Pynoos (1993) de distintas técnicas psicodinámicas para tratar el TEPT, el “procesamiento” (*debriefing*) constituye la estrategia básica para abordar la reacción del estrés catastrófico agudo, junto con las técnicas de “abreacción”, apoyo y auto-cohesión. En cualquier caso, y como señalan Foa y Meadows (1997), no existen estudios rigurosos (con grupo control, evaluación adecuada, etc.) que avalen la eficacia de estos enfoques y, hasta la fecha, ningún trabajo ha mostrado que puedan ser útiles para el tratamiento de este trastorno. En el trabajo de Brom, Kleber y Defres (1989) se comparaba la eficacia de la hipnosis, la desensibilización y la terapia psicodinámica (la terapia breve de Horowitz), no encontrando diferencias entre ellas, aunque la terapia psicodinámica fue la que producía un descenso menor de la sintomatología tras el tratamiento (29% versus 41% de la sensibilización).

### **3.1.2. HIPNOTERAPIA O HIPNOSIS CLÍNICA**

El uso de la hipnosis para el tratamiento del trauma tiene una larga historia, que se remonta a los trabajos de Freud, aunque con posterioridad se ha utilizado desde otros supuestos teóricos (para una revisión, ver Spiegel, 1989). Cardeña, Maldonado, Galdón y Spiegel (1999) señalan una serie de razones para usar la hipnosis y técnicas afines en el tratamiento de los trastornos post-traumáticos: Primero, las técnicas hipnóticas pueden integrarse fácilmente en diversos enfoques terapéuticos, como la terapia psicodinámica, la cognitivo-comportamental o la farmacológica. Segundo, los pacientes con TEPT suelen tener una mayor respuesta a las sugerencias hipnóticas que otros grupos clínicos y 'normales'. Tercero, un elevado porcentaje de pacientes con TEPT sufren síntomas disociativos y la hipnosis puede ayudar a los pacientes a modular y controlar la aparición involuntaria de estos fenómenos y a recordar la información traumática olvidada.

De acuerdo con Cardeña et al. (1999), la hipnosis puede tener varias utilidades en el tratamiento del TEPT (sugerencias de apoyo, trabajo con las memorias traumáticas, reinterpretación cognitiva de sucesos traumáticos) y puede utilizarse en diferentes etapas (establecimiento de la relación terapéutica, disminución de la sintomatología, reintegración psicológica, laboral y social del paciente). Así, Spiegel (Maldonado y Spiegel 1998; Spiegel y Cardeña, 1990) señala que la hipnosis puede integrarse en los distintos procesos terapéuticos utilizados en el tratamiento del TEPT, lo que denominan las ocho "Cs": 1) confrontación del acontecimiento traumático, 2) confesión de sentimientos y pensamientos relacionados con el acontecimiento traumático, 3) hacer conscientes aspectos del trauma que están disociados, 4) consuelo terapéutico que muestre empatía con el sufrimiento del paciente, 5) condensación de varios traumas en una imagen más manejable, 6) desarrollo de la concentración, ya que estos pacientes suelen sufrir problemas de atención, 7) mayor sentido de control de los sentimientos y pensamientos, y 8) desarrollo de la congruencia personal, para lograr una mejor integración de los procesos psicológicos del paciente.

En la revisión realizada por Foa y Meadows (1997), estas autoras concluyen que la literatura existente sobre la eficacia de esta técnica se limita a estudios de caso, a excepción de un único estudio controlado, que ya comentamos anteriormente (Brom et al, 1989). Los resultados de este estudio indicaban que tanto la hipnoterapia, como la terapia psicodinámica como la desensibilización eran superiores a la situación de lista de espera, y que las tres condiciones aliviaban en algún punto el sufrimiento posterior al trauma.

### **3.1.3. EMRD: MOVIMIENTOS OCULARES, DESENSIBILIZACIÓN Y REPROCESAMIENTO**

El *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) consiste en una forma de exposición, acompañada de movimientos oculares sacádicos (Shapiro, 1995). En esta técnica, el paciente se focaliza en una imagen o memoria perturbadora, mientras que debe seguir los movimientos de uno de los dedos del terapeuta. Después de cada secuencia, el paciente indica su nivel subjetivo de ansiedad y su grado de creencia en pensamientos positivos.

Esta técnica no ha estado libre de polémica, ya que su autora, Francine Shapiro, afirmaba que tenía éxito incluso en una única sesión (para una revisión de esta polémica, ver Tolin, Montgomery, Kleinknecht, Lohr, 1996). Sin embargo, los estudios controlados realizados hasta el momento (p.ej., Rothbaum, 1995; Pitman, Orr, Altman, Longpre, Poire, Macklin, 1996), ofrecen un cuadro un tanto confuso. Por un lado, algunos trabajos indican que esta técnica reduce eficazmente los síntomas de TEPT; pero, por otro, la gran mayoría de los estudios tienen problemas y debilidades metodológicas y sus conclusiones son contradictorias, por lo que la eficacia de este tratamiento no puede establecerse por el momento (Foa y Meadows, 1997).

### **3.1.4. TRATAMIENTOS COGNITIVO-COMPORTAMENTALES (TCC)**

En general, los tratamientos derivados del enfoque cognitivo-comportamental han producido el mayor número de estudios controlados y los estudios más rigurosos

(Foa y Meadows, 1997). Estos estudios parecen coincidir en que la terapia cognitivo-comportamental (TCC) constituye el abordaje terapéutico más indicado por el momento para el tratamiento del TEPT. Este tipo de tratamientos suele incluir diversos procedimientos y estrategias, como la psicoeducación, la exposición, la reestructuración cognitiva, y técnicas de manejo de la ansiedad (Harvey, Bryant, Tarrier, 2003). Parece que, tanto los procedimientos de exposición prolongada como el entrenamiento en inoculación de estrés son las tácticas más eficaces para reducir los síntomas del TEPT.

*a) Psicoeducación:*

La mayoría de los enfoques terapéuticos ofrecen información sobre los síntomas más frecuentes que aparecen después de un acontecimiento traumático, y cómo van a ser tratados. También se explica la lógica que subyace a las distintas tácticas empleadas. El objetivo es validar la reacción del trauma, ayudar a la persona a explicarse sus síntomas y establecer la lógica del tratamiento (Harvey, Bryant y Tarrier, 2003).

*b) La exposición:*

Esta técnica se usa fundamentalmente para tratar los síntomas positivos del TEPT (*flashbacks*, pesadillas, respuestas exageradas de temor) y su finalidad es re-vivir el recuerdo doloroso en un contexto terapéutico seguro, donde las respuestas emocionales se producen en condiciones controladas. El fin último es reducir la reactividad de estos recuerdos para que la persona finalmente recobre el control de sus respuestas. Este tipo de procedimientos consiste en confrontar al paciente con sus miedos, aunque varían en función de la forma en que se lleve a cabo la exposición (imaginación, en vivo, o más recientemente exposición virtual), la duración (breve o prolongada) o el nivel de activación (bajo o alto). En un extremo del continuo se situaría la Desensibilización Sistemática, que utilizaría exposiciones en imaginación, breves y con activación mínima, mientras que en el otro extremo se

situaría la “exposición prolongada en imaginación y en vivo” (Foa, et al., 1989, Foa y Meadows, 1997).

En el caso de la Desensibilización Sistemática, los estudios realizados sobre su eficacia en el TEPT no cumplen los requisitos que se exigen a este tipo de trabajos (evaluación estandarizada, evaluadores independientes, etc.), mientras que en el caso de la exposición prolongada en imaginación y en vivo, los estudios realizados sí que avalan la eficacia de estos procedimientos (Foa y Meadows, 1997). Los trabajos realizados indican que la terapia de exposición prolongada puede considerarse el tratamiento de elección para el TEPT (Foa y Meadows, 1997; Foa, Keane, y Friedman, 2000), ya que es la que cuenta con mayor número de estudios y en una mayor variedad de tipos de traumas. De acuerdo con los planteamientos de Foa y Kozak (1986), la exposición funciona porque permite a la persona darse cuenta de que existen situaciones objetivamente seguras y no peligrosas que recuerdan el trauma; que recordar el acontecimiento no es lo mismo que experimentarlo de nuevo; que la ansiedad disminuye en las situaciones temidas, incluso sin que se eviten o se escape; y, finalmente, que experimentar ansiedad o síntomas de TEPT no lleva a la pérdida de control (Foa y Jaycox, 1996).

A pesar de la eficacia demostrada de esta estrategia, y como ocurre con otros “tratamientos basados en la evidencia” (Barlow, Levitt, y Bufka, 1999), esta técnica está infra-utilizada en la práctica clínica. Según los estudios revisados por Foy, Kagan, McDermott, Leskin, Sippelle, y Paz (1996) se usa sólo entre el 20% y el 38% de los casos en los veteranos de guerra americanos. En esta misma línea, Litz, Blake, Gerardi y Keane (1990) informan que, incluso expertos reconocidos en TEPT (un total de 11), sólo usan esta técnica en el 58% de los casos. Las razones de este escaso uso no sólo están en los pacientes (la consideran aversiva o la rehusan, presentan comorbilidad con otros trastornos, etc.), sino también en los terapeutas (desconocimiento de la técnica, necesidad de entrenamiento, actitudes y creencias acerca de la técnica, confianza en la intervención, etc.). Becker, Zayfert y Anderson (2004) realizaron un estudio sobre el uso de la terapia de la exposición en imaginación para pacientes con TEPT en 852 psicólogos americanos y 50 expertos en trauma. Estaban interesadas en conocer las barreras que tiene el uso de esta técnica. Los resultados de su encuesta indicaron que una gran mayoría de



psicólogos no la usaban (sólo el 17% sí lo hacía), aunque la mitad de ellos la conocían. Incluso entre los expertos, la terapia de exposición no se aceptaba completamente. Además, muchos psicólogos creían que esta técnica tenía muchas contraindicaciones y problemas (posibilidad de incrementar los síntomas, mayor peligro de suicidio y abuso de sustancias, etc.).

### *c) Reestructuración Cognitiva*

Como hemos visto, la mayoría de los enfoques actuales señalan la importancia de las creencias y los pensamientos disfuncionales en el desarrollo y mantenimiento del TEPT. Por ejemplo, Foa y Kozak (1986) indicaban que para la recuperación de este trastorno es necesario integrar información incompatible con las estructuras de miedo existentes. Por su parte, Ehlers y Clark (2000) enfatizaban el rol de las valoraciones negativas. En este sentido, la re-estructuración cognitiva supone enseñar a los pacientes a identificar esas cogniciones desadaptativas y sus creencias sobre el trauma, el *self*, el mundo y el futuro, y a evaluar la evidencia en la que se basan (Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou, y Thrasher, 1998). El objetivo es que el paciente, después de revisar explícitamente sus asunciones antes y después del trauma, pueda adquirir una perspectiva más equilibrada.

### *d) Técnicas de manejo de ansiedad*

Aquí se incluyen técnicas como la relajación, entrenamiento en respiración, *biofeedback*, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de distracción, manejo del estrés, manejo del enfado y la ira, habilidades para resolución de problemas, estrategias para la asertividad, etc. Según Foa, Hearst-Ikeda, y Perry (1995), uno de los programas más utilizados para manejar la ansiedad en el TEPT es el entrenamiento en inoculación de estrés, un programa desarrollado originalmente por Meichenbaum (1975), y que incluye componentes psicoeducativos, relajación, parada del pensamiento y auto-instrucciones guiadas. La eficacia de este programa para el TEPT se ha analizado en dos estudios no controlados (Kilpatrick, Veronen, y

Resick 1982; Veronen y Kilpatrick 1982), con resultados bastante esperanzadores. Otros estudios como el de Resick, Jordan, Girelli, Hutter, Marhoefer-Dvorak (1988) o los de Foa (Foa, Rothbaum, Riggs, y Murdock, 1991; Foa, Dancu, Hembree, Jaycox, y Meadows, 1999) también apoyan la eficacia de este tratamiento, aunque todos ellos se realizaron con mujeres víctimas de violaciones,

*d) Programas de tratamiento combinados.*

Foa (1995) combinó el programa de inoculación de estrés y la exposición prolongada, comparando sus efectos con estos programas de forma aislada. Los resultados indicaron que los tres grupos obtenían una mejoría similar. Sin embargo, hay que señalar que el grupo de tratamiento combinado no recibió ni tantas sesiones de exposición como el grupo de exposición, ni tantas de inoculación como el grupo de inoculación, con el fin de equilibrar el número y la duración total de las sesiones. Por tanto, y como Foa y Meadows (1997) indican, puede que esto explique porqué el tratamiento combinado no fue mejor que los elementos aislados.

Por otro lado, Resick y Schnicke (1992, 1993), han desarrollado la “Terapia de Procesamiento Cognitivo”, específicamente para víctimas de violación, y que incluye exposición (aunque consistente en escribir una descripción de la violación y luego leerla) y componentes cognitivos (re-estructuración cognitiva sobre temas tales como seguridad, confianza, poder, estima e intimidad). Resick y Schnicke (1992) han comparado este tratamiento con un grupo control lista de espera, y encontraron una mejoría significativa en los pacientes que habían recibido el tratamiento. Más recientemente (Resick, Nishith, Weaver, Astin, y Feuer, 2002) se comparó la terapia de procesamiento cognitivo y la de exposición prolongada con un grupo control lista de espera, y se encontró que ambos tratamientos eran eficaces para el tratamiento del TEPT.

En un trabajo reciente, Ehlers, Clark, Hackmann, McManus y Fennell (2005) han presentado un tratamiento cognitivo-comportamental focalizado en el trauma, basado en el modelo de TEPT de Ehlers y Clark (2000), comentado anteriormente. De acuerdo con este modelo, la terapia cognitiva debe dirigirse a modificar las

valoraciones excesivamente negativas, corregir las alteraciones en la memoria autobiográfica y eliminar las estrategias cognitivas y comportamentales problemáticas. Este tratamiento propone utilizar también la “re-experimentación en imaginación”, pero con el fin de identificar los “puntos calientes” que serán objetivo de la re-estructuración cognitiva y para elaborar la narrativa del trauma. Este elemento se utiliza en un número mucho menor de sesiones que en la terapia de exposición prolongada. Por otro lado, este tratamiento también utiliza estrategias novedosas (como procedimientos de discriminación del estímulo) orientadas a reducir la activación involuntaria de síntomas de re-experimentación, la incorporación activa de información actualizada en la memoria traumática, experimentos comportamentales para demostrar cómo funcionan los procesos mantenedores del trauma, y técnicas de transformación imaginativa. Este tratamiento sólo cuenta de momento con un estudio reciente de Ehlers et al. (2005), en el que se presentan una serie de 20 casos consecutivos y un estudio controlado en el que se compara con un grupo control lista de espera. De acuerdo con los datos de este estudio, este tratamiento es eficaz para reducir los síntomas del TEPT y disminuir la interferencia, la depresión y la ansiedad.

### **3.1.5 TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)**

Orsillo y Batten (2005) recientemente han señalado diversas limitaciones de la terapia de la exposición aplicada al TEPT. Por ejemplo, estas autoras recuerdan que este enfoque, a pesar de su fuerte apoyo empírico y su fuerte base lógica, no ha demostrado ser superior a otros tratamientos, como la inoculación de estrés (Rothbaum et al., 2000); también señalan los problemas de diseminación y aceptación que ya hemos comentado, motivados por el hecho de activar precisamente un acontecimiento extremadamente doloroso. Dadas estas limitaciones, estas autoras indican que el reciente enfoque terapéutico de aceptación y compromiso (ACT) (Biglan y Hayes, 1996; Hayes, 1993; Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001), tal vez podría ayudar a superar estos problemas. De un modo resumido, se podría decir que este enfoque propone el uso de métodos específicamente dirigidos a que la persona utilice menos estrategias de evitación o escape cuando se enfrenta a los estímulos (pensamientos, emociones, recuerdos)

no deseados y que incremente la aceptación de estos acontecimientos. Este enfoque no sólo se focaliza en la reducción de síntomas, sino también en mejorar la calidad de vida de las personas. Así, desde este enfoque se intenta promover las habilidades de las personas para hacer y mantener compromisos vitales para cambiar su comportamiento. De este modo, se anima a los pacientes a identificar metas en sus vidas y a comprometerse en acciones que sean consistentes con esos valores. Orsillo y Batten (2005) describen la aplicación del ACT para el TEPT, aunque estas mismas autoras reconocen que, hoy por hoy, no existe apoyo empírico para el uso de este enfoque en el tratamiento de este trastorno, aunque se está trabajando para probar su eficacia.

### **3.2. TRATAMIENTOS PARA LOS TA**

Si tenemos en cuenta la consideración general que hasta el momento han tenido los TA, no resulta muy sorprendente la notable escasez de trabajos existentes centrados en su tratamiento. Según informan Despland, Monod y Ferrero (1995), una búsqueda realizada en las bases de datos internacionales entre 1974 y 1992, dio lugar sólo a 16 artículos sobre TA, de los cuales de forma estricta, únicamente 9 podían ser llamados estudios; y sólo había 2 trabajos más centrados en métodos de tratamiento. De esto se desprende que las directrices específicas a seguir en el tratamiento de los TA son muy escasas. Que nosotros tengamos noticias, no existe un tratamiento de elección, basado en la evidencia que pueda ser aplicado en estos trastornos. Por el momento, sólo existen recomendaciones generales, algunos trabajos bastante dispersos que contienen distintas sugerencias y algunos estudios de investigación aislados sobre el tema. El panorama existente en la actualidad queda bastante bien reflejado por Strain (1995) cuando afirma que, dado que no existen datos que puedan apoyar una determinada estrategia de tratamiento para los TA, el tratamiento de elección sigue siendo una decisión clínica. Por su parte, este autor señala que se deberían contemplar las siguientes metas en la terapia:

- Analizar los estresores que están afectando a la persona y determinar si éstos pueden eliminarse o minimizarse.
- Clarificar e interpretar el significado que tiene el estresor para la persona.

- Dar un nuevo significado al estresor.
- Clarificar las preocupaciones y los conflictos que la persona está sufriendo.
- Identificar un medio para reducir el estresor.
- Maximizar las habilidades de afrontamiento de la persona.
- Ayudar a la persona a tomar perspectiva respecto del estresor, a establecer relaciones, acudir a grupos de ayuda y a manejarse consigo misma y con el estresor.

Benton y Lynch (2005), siguiendo los planteamientos de Strain, señalan que, ya que por definición los TA son una reacción psicológica a un estresor, se debería identificar el estresor y también se debería reducir o minimizar su impacto, para que de este modo la respuesta desadaptativa de la persona se redujera y/o pudiera controlarse. El objetivo del tratamiento sería reducir el estresor, eliminar el estresor o aumentar la capacidad de afrontamiento de la persona. Además, cada tratamiento debería ajustarse a las necesidades específicas de cada paciente, teniendo en cuenta su edad y su historia, además del subtipo específico de TA que presentara. Las intervenciones más recomendables en la práctica clínica serían intervenciones breves basadas en técnicas cognitivo conductuales. Dependiendo de cada caso, cabría utilizar procedimientos de resolución de problemas, entrenamiento en habilidades de comunicación, control de los impulsos, manejo de la ira y manejo del estrés. Además, también se debería tomar en consideración el estado emocional del paciente y el sistema de apoyo social del que disponga para ver el modo de potenciar su capacidad de adaptación y su capacidad de afrontamiento. Como enfoques de tratamiento a utilizar, Benton y Lynch (2005) recomiendan la psicoterapia, la intervención en crisis, la terapia familiar y de grupo, la terapia cognitivo conductual y la psicoterapia interpersonal. Todos ellos serían procedimientos útiles para suscitar la expresión de los afectos, la ansiedad, la desesperanza en relación al estresor o estresores que sufre el paciente.

Araoz y Carrese (1996) han planteado un enfoque de tratamiento para los TA denominado: "Terapia breve orientada a la solución de problemas para los Trastornos Adaptativos". Como su nombre indica, es una terapia breve (8 sesiones) que se focaliza básicamente en resolver los problemas que afectan al paciente atendiendo a los criterios del DSM-IV. Para ello, estos autores recomiendan utilizar

técnicas de solución de problemas, dar un nuevo significado al problema, potenciar los recursos del paciente (lo que estos autores denominan “auto-terapia”) y la realización de tareas entre sesiones. Sin embargo, Araoz y Carrese no ofrecen datos respecto a eficacia. Por otra parte, Andrews (1995) en su trabajo de revisión acerca de los procedimientos a utilizar en el tratamiento de distintos trastornos, señalan la conveniencia de utilizar procedimientos que permitan la adaptación del paciente a los estresores. En cuanto a otros datos de eficacia de los procedimientos utilizados hasta el momento, se han llevado a cabo algunos estudios de caso en personas que padecían TA (Allen, 2000; Desland, 1995; Powell y McCone, 2004).

Recientemente, ha empezado un cierto interés en este tema debido a los problemas de baja laboral asociados a los TA. Nieuwenhuijsen, Verbeek, Siemerink, Tummers-Nijssen (2003) han analizado si el tratamiento aplicado acorta el período de baja, y tras revisar la atención recibida en general por las personas que están de baja laboral, así como los resultados obtenidos, concluyen que la atención que se da a estos pacientes no se ajusta totalmente a las directrices de buena práctica elaboradas en los Países Bajos. En una línea similar, van der Klink et al. (2003) también apelan a los costes de las bajas laborales por enfermedad. En un meta-análisis realizado por este grupo (van der Klink, Blank, Scheme, et al., 2001) comprobaron que las intervenciones cognitivo-comportamentales eran las más efectivas, aunque no se observó que dichas intervenciones tuvieran ningún efecto sobre la capacidad laboral. Por ello subrayan la importancia de desarrollar estrategias que puedan prevenir las consecuencias negativas a largo plazo de los TA y resulten útiles para mejorar la capacidad laboral y para reducir la duración de la baja por enfermedad. Esto es, estrategias que se centren también en otras cuestiones, aparte de los síntomas y la psicopatología. Van der Klink et al. (2003) plantean utilizar enfoques contingentes al tiempo (*time contingent approaches*), esto es, enfoques en los que la actividad de la persona aumenta de acuerdo con un esquema temporal estructurado previamente. La lógica sería la siguiente, no delimitar la actividad en función de cómo se encuentre la persona (esto es, del curso de los síntomas). En su opinión, esta estrategia impide caer en la trampa implicada en la secuencia: “Sólo puedo empezar a hacer esto o aquello... cuando mi fatiga (o cualquier otro síntoma) haya disminuido” con el consiguiente riesgo que supone esta forma de enfocar el tema respecto a cada vez más evitación de actividades y mayor

deterioro y aumento de la sintomatología. Teniendo en cuenta todo esto, van der Klink, et al., (2003) han diseñado y sometido a prueba una estrategia de tratamiento breve para TA basada en los principios de contingencia temporal y tratamiento cognitivo comportamental (fundamentalmente, estrategias de inoculación de estrés) con el objetivo de ayudar a los pacientes a desarrollar y poner en marcha procedimientos de solución de problemas para los problemas de vida cotidianos que estuvieran padeciendo (básicamente, problemas laborales). Los resultados ponen de manifiesto que la intervención para los TA tiene éxito a la hora de reducir la duración del tiempo de baja laboral, fundamentalmente reduciendo el absentismo a largo plazo. En opinión de los autores, este resultado resulta importante, no sólo por la elevada incidencia de los TA, sino también por las consecuencias negativas que éstos pueden tener.

En una línea similar, Bakker, Terluin, van Marwijk, Gundy, Smit, van Mechelen, y Stalman (2006) también apelan a los importantes costes sociales y financieros asociados a los TA, y señalan que su cronicidad está creciendo, aunque existen datos que indican que pueden tratarse con éxito si se diagnostican y se tratan en los estadios iniciales. Sin embargo, por desgracia, durante mucho tiempo el enfoque usual ha sido el inverso: aconsejar tomarse un descanso y no volver al trabajo hasta que todas las quejas hayan desaparecido. Teniendo esto en cuenta, han diseñado un estudio, que en estos momentos está en curso, y que supone aplicar los planteamientos defendidos por van der Klink et al., (2003) acerca de la conveniencia de llevar a cabo intervenciones breves basadas en el principio de contingencia temporal y en la utilización de algunos procedimientos de terapia cognitivo comportamental, básicamente solución de problemas.

En cuanto a la utilización de fármacos, generalmente, se señala que no es conveniente utilizarlos como tratamiento único en los TA (*The University of Chicago Comer Children's Hospital*, 2005 <http://www.uchospitals.edu/online>; *The Medical Center Online*, 2002 <http://www.mccg.org/childrenshealth/content>). La recomendación general sería que los fármacos podrían utilizarse sobre una base de tratamientos breves y de corta duración y si determinados síntomas (ansiedad, depresión, insomnio...) fueran lo suficientemente graves como para aconsejarlo y se supiera que dicho fármaco ha resultado eficaz en el caso de los síntomas que

padece la persona. En algunos casos, se han utilizado antidepresivos con pacientes que no han respondido a la psicoterapia. Algunos autores plantean la conveniencia de utilizar, tanto psicoterapia como fármacos con pacientes con TA que presenten un estado de ánimo ansioso y recuerdan la importancia de tomar en consideración el estado de ánimo que acompaña al paciente que padece un TA para considerar la utilización de tratamientos farmacológicos y psicológicos (Strain, 1995).

Respecto a posibles medidas preventivas a tomar en consideración para reducir la incidencia de los TA, sobre todo en el caso de los adolescentes, hasta el momento no se tiene conocimiento de su utilidad. No obstante, se considera que la detección e intervención tempranas pueden ayudar a reducir la gravedad de los síntomas y potenciar el normal crecimiento y desarrollo del niño o del adolescente mejorando de este modo su calidad de vida y las oportunidades de aprendizaje de los niños y/o adolescentes que padezcan estos trastornos (*The University of Chicago Comer Children's Hospital*, 2005, <http://www.uchospitals.edu/online>).

Por nuestra parte, como se verá a más adelante, hemos desarrollado un programa de tratamiento para los TA, que puede estar apoyado además en el uso de las nuevas tecnologías. Se trata de un programa de tratamiento muy versátil, dirigido a personas que han vivido experiencias adversas o estresantes, que les impiden continuar con su funcionamiento habitual, o que puede llevarles al desbordamiento emocional o comportamental, como sucede en los TA. El primer objetivo del tratamiento es que la persona logre superar el acontecimiento estresante y las consecuencias que éste ha tenido en tu vida. Sin embargo, este tratamiento también tiene como objetivo fundamental que la persona llegue a comprender, aceptar y asimilar que las dificultades, el dolor y los problemas son parte consustancial de la vida, y a su vez nos proporcionan una magnífica oportunidad para superarnos y crecer como seres humanos. Se trata de reconstruir el significado de las dificultades, las adversidades y los acontecimientos estresantes y *aprender de lo sucedido*, de forma que la persona pueda salir fortalecida de esta situación.

En suma, al diseñar el programa hemos seguido una doble estrategia. Por una parte se trata de ayudar a la persona a solucionar los problemas y en eliminar los síntomas que pudiera experimentar. Por otra, una estrategia que consideramos muy importante y útil en el tratamiento de estos problemas, centrada en potenciar y hacer



crecer la capacidad general de afrontamiento de la persona. Por tanto, nuestro propósito no sólo es lograr que los pacientes lleguen a ser mejores solucionadores de problemas, esto es, que sean más capaces de hacer frente a los retos de la vida cotidiana en general; sino que desarrollen una habilidad fundamental: aprender de los problemas y de las dificultades, y que con cada nuevo reto que les presente la vida aumente su capacidad de funcionamiento vital.

### **3.3. TRATAMIENTOS PARA EL DUELO COMPLICADO**

Como señalábamos en un apartado anterior, la pérdida de una persona querida puede marcar el inicio de diversos trastornos mentales, como la depresión, el TEPT, etc. También puede ser el inicio de lo que algunos autores han denominado “Duelo Complicado” (DC). En este apartado no nos vamos a centrar en el tratamiento de la depresión o la ansiedad relacionada con el duelo, sino en las intervenciones dirigidas a afrontar específicamente el DC. Tampoco vamos a incluir las terapias farmacológicas, sino que, al igual que en los apartados anteriores, sólo vamos a analizar las intervenciones psicológicas.

La primera pregunta que surge en el ámbito de la intervención en el duelo, al igual que ocurría en el TEPT, es si el tratamiento es o no necesario. Es más, hay quien incluso lleva la pregunta más lejos y reflexiona no sólo sobre si puede o no beneficiar, sino si puede resultar dañino para la persona. Algunos autores han indicado que la intervención psicológica puede ayudar a reducir la intensidad de la respuesta de duelo, a acelerar el proceso de recuperación, y puede reducir las consecuencias físicas negativas (Kato y Mann, 1999). Sin embargo, las diversas revisiones existentes hasta el momento sobre las intervenciones en el duelo no señalan en absoluto estas “virtudes” y en general han concluido que no son todo lo eficaces que cabría esperar (Jordan y Neimeyer, 2003; Kato y Mann, 1999; Schut, Stroebe, van den Bout y Terheggen, 2001). Por ejemplo, Kato y Mann (1999) realizaron un meta-análisis sobre 11 estudios, y encontraron que el tamaño promedio para los síntomas de depresión era sólo de .052, para los síntomas físicos era de .272, y para otros síntomas psicológicos era de .095. En general, teniendo en cuenta todas las variables, el tamaño del efecto medio sólo alcanzaba el .114. Resultados similares encontraron Jordan y Neimeyer (2003), con tamaños del

efecto muy inferiores a los encontrados para otras terapias dirigidas a otros problemas psicológicos. Es más, estos autores encontraron efectos de deterioro, ya que según sus resultados un 38% de los clientes tratados hubiesen mejorado más sin tratamiento (versus un 5% en otras terapias). Por su parte, Schut et al. (2001) agruparon las intervenciones en tres categorías (1) “intervenciones preventivas primarias”, en las que se ofrecía apoyo a todas las personas que habían experimentado una pérdida, (2) “intervenciones preventivas secundarias”, que sólo estaban dirigidas a personas vulnerables, que presentaban algún factor de riesgo a padecer un DC; y (3) “intervenciones preventivas terciarias”, dirigidas exclusivamente a personas que sufrían un DC. En sus conclusiones, estos autores afirman que las intervenciones primarias no eran beneficiosas, en el sentido de disminuir síntomas, con la excepción de aquellas dirigidas a niños. Las intervenciones secundarias eran algo más positivas, aunque con efectos modestos, siendo mejores en los estudios que se dirigían específicamente a personas que presentaban niveles elevados de malestar. Las intervenciones terciarias eran las más eficaces. Estos resultados están en la línea de los de Jordan y Neymeyer (2003), quienes señalaban que el mejor predictor de una respuesta positiva al tratamiento era el estar en riesgo de padecer un DC, mientras que las respuestas no eran positivas cuando se abordaban muestras no seleccionadas. Todos estos datos parecen confirmar la conclusión de Parkes (1998), cuando decía: “No hay evidencia de que toda persona que haya experimentado una pérdida se beneficie del consejo, y la investigación ha mostrado que no hay ningún beneficio en referir por rutina a las personas a consejo, simplemente porque hayan sufrido una pérdida” (p. 18). Por tanto, y como conclusión, parece que el primer requisito de una terapia centrada en el duelo es que se dirija a las personas que lo necesiten (Stroebe et al., 2005), es decir, a personas que presenten complicaciones en su proceso de duelo, o que puedan estar en riesgo de padecerlas. Las intervenciones sobre la población en general pueden no ser en absoluto beneficiosas.

Por lo que se refiere a los tratamientos propuestos, y al igual que pasa con otros problemas psicológicos, las intervenciones han estado guiadas por las teorías prevalentes en este ámbito (Price, Cowan, Lorion y Ramos-McKay, 1989). No es por ello extraño que uno de los enfoques más influyentes haya sido el psicodinámico, ya que la postura de Freud sobre el duelo ha sido paradigmática en la comprensión de

este fenómeno (Bonanno y Kaltman, 1999, Kato y Mann, 1999; Stroebe, Scout y Stroebe, 2005). En su trabajo de 1917, "Duelo y Melancolía", Freud acuñaba el término de "trabajo del duelo", entendiéndolo como un proceso doloroso, pero necesario, en el que la persona tenía que cortar el apego con el "objeto no existente" (la persona fallecida). Según Freud, en algunas personas este proceso podía alterarse, debido al "conflicto de la ambivalencia", que impide el proceso de desapego, reteniendo en la persona una identificación inconsciente con el objeto perdido y redirigiendo interiormente los sentimientos negativos hacia el fallecido o hacia la pérdida, en forma de auto-reproches depresivos o culpa. Hay que reconocer que el objetivo fundamental de Freud no era explicar la etiología del duelo, sino de la depresión, pero sin embargo, y como acabamos de decir, su visión influyó notablemente en las concepciones del duelo posteriores (Bonanno y Kaltman, 1999).

Otro enfoque muy influyente y ampliamente aceptado en el ámbito del duelo ha sido el de los estadios o fases, defendido por autores tan relevantes como Bowlby (1980) y Kubler-Ross (1969), de las que ya hablamos en un apartado anterior. Según este enfoque, dado que el DC surge por la falta de resolución de determinadas tareas en las fases prescritas, las intervenciones deberían centrarse en completar esas tareas.

Todos estos enfoques tienen en común el prescribir que el terapeuta rete la "resistencia" del paciente a sentir el dolor, animándole a expresar la tristeza (Hagman, 2001), ya que se supone que la "abreacción" del afecto suprimido es la clave del éxito en terapia. Por tanto, el papel del terapeuta se debe centrar en "facilitar el deshacerse de algunas de estas ataduras (con el fallecido) de tal modo que el paciente no se obsesione con él y no constituya un detrimento para la vida futura" (Raphael y Nunn, 1988, p. 201). De este modo, la mayoría de los programas de consejo o terapia han tenido el objetivo de ayudar a adaptarse a la vida sin el fallecido y facilitar el trabajo del duelo (p.ej., Worden, 1991). Para ello, además, se ha tendido a aceptar que la terapia ha de animar y potenciar la expresión y revelación de emociones y pensamientos relacionados con la muerte y con el fallecido, mediante la charla con el terapeuta, con personas cercanas, la escritura, el dibujo, etc., considerándose que la contención emocional suele ser un mal predictor de la resolución del duelo.

Sin embargo, algunos autores han enfatizado la falta de apoyo empírico que tienen estas creencias tan ampliamente aceptadas. Stroebe y Stroebe (1987) fueron los primeros en llamar la atención sobre este hecho, y Wortman y Silver (1989) lo decían claramente en su trabajo “Los mitos del afrontamiento de la pérdida”, donde incluso llegaban a afirmar que había evidencia de que los intensos esfuerzos tempranos por “trabajar” el duelo podían presagiar dificultades posteriores. La literatura posterior ha ido avalando estas precauciones (Bonanno, 1998, 1999a; Bonanno, Keltner, Holen y Horowitz, 1995, Bonanno y Siddique, 1999; Stroebe, 1992; Stroebe y Stroebe, 1991; Stroebe et al., 2005, 2006).

Stroebe et al. (2005, 2006) han analizado el beneficio de la “revelación emocional” y el patrón de datos que encontraron es bastante consistente: la revelación de emociones, ya sea de forma natural o inducida experimentalmente (en el laboratorio, o en terapia) no facilita por sí misma el ajuste a la pérdida. En su último trabajo, Stroebe et al. (2006) se preguntaban “¿Qué es mejor para nuestra salud y bienestar, compartir nuestros problemas, como el duelo, o contener nuestro dolor, para evitar aumentar nuestras emociones negativas?”. La revisión que realizan les lleva a la conclusión de que no hay una sola respuesta a esta pregunta, sino que depende de ciertas características personales, especialmente referidas a los “estilos de apego” de las personas. Así, señalan, las personas con estilos seguros de apego no necesitan indicaciones específicas para revelar sus emociones, ya que lo hacen de manera natural, y no suelen tener complicaciones en sus procesos de duelo, a no ser que la muerte se produzca en situaciones especialmente traumáticas. Sin embargo, las personas con estilos de apego inseguros puede que necesiten ser guiados en este sentido, pero no meramente a “revelar” o compartir sus emociones, ya que si esto se convierte en rumiación puede que incluso exacerbe sus emociones y pensamientos negativos. Depende de qué tipo específico de apego inseguro muestre la persona, puede ser adecuado centrarlo más en los aspectos emocionales que está sintiendo, o en aspectos más orientados al futuro y a la resolución de sus problemas (Stroebe et al., 2006).

Estudios como los que se acaban de mencionar señalan la enorme necesidad de realizar investigaciones controladas sobre la eficacia de las intervenciones en el duelo, ya que muchas de las estrategias que se utilizan puede que no sean tan

beneficiosas como se pensaba, o que necesiten acomodarse a las características concretas de la persona que recibe el tratamiento, o al tipo de pérdida que ha sufrido, o a otras variables aún no investigadas. De hecho, las revisiones realizadas hasta el momento ponen de manifiesto la falta de estudios rigurosos que analicen la eficacia de distintos componentes y programas de tratamiento. Por ejemplo, todos los estudios revisados por Kato y Mann (1999) adolecen de importantes debilidades metodológicas, que hacen que no se puedan extraer conclusiones firmes, y menos que se puedan generalizar sus resultados. En esta revisión se incluyen, tanto trabajos que han utilizado intervenciones en formato individual, como grupal o familiar, y lo que se desprende es la escasa protocolización que siguen los diversos tratamientos. Muchos de ellos siguen enfoques psicodinámicos de diferente nivel de sofisticación. Otros incluyen diversos componentes que van desde la psicoeducación, revelación emocional, hipnosis para el afrontamiento de la pérdida, técnicas de relajación, entrenamiento en resolución de problemas, consejo y asesoramiento en cuestiones prácticas y cotidianas, etc. Además, en algunos casos los terapeutas eran personal especializado, mientras que en otros eran personas que habían pasado por experiencias similares, a las que se les había entrenado para dirigir grupos de apoyo. Como vemos, la diversidad es lo más frecuente, con programas de tratamiento muy heterogéneos y flexibles, dirigidos a personas muy diferentes (personas que simplemente habían experimentado pérdidas, personas en riesgo de DC, personas que sufrían DC), en momentos muy distintos de su proceso de duelo (en el mismo momento de experimentar la pérdida, un mes después, seis meses después, años después, etc.).

Por último, nos gustaría concluir este apartado resaltando la reciente contribución de Neimeyer (2002). Este autor ha propuesto un acercamiento al duelo desde un enfoque constructivista. Parte de la crítica a las teorías tradicionales sobre el duelo, que prescriben más que describen las reacciones a la pérdida, y propone concebir la muerte de un ser querido como un acontecimiento que puede validar o invalidar las creencias centrales de nuestra vida. Este autor considera el duelo como un proceso personal, idiosincrásico, íntimo e inseparable de nuestro propio sentido de quienes somos. Es el acto de afirmar o reconstruir un mundo personal de significado que ha sido retado por la pérdida. Desde esta perspectiva, la adaptación a la pérdida implica la restauración de la coherencia de la narrativa de la vida de la persona, y en este

sentido, denomina la terapia del duelo como la “Re-autoría de las narrativas de la vida: la reconstrucción del significado”. Según este autor, los objetivos de esta terapia se han de centrar en: (1) ayudar a encontrar o crear un nuevo significado en la vida del superviviente y en la muerte del ser querido, (2) buscar formas de continuidad en la relación con el fallecido, así como puntos de transición, y (3) facilitar la reconstrucción del significado como un proceso tanto interpersonal como personal. Para ello, este autor sugiere una serie de estrategias terapéuticas que pueden ser útiles para estas tareas de reconstrucción del significado (buscar la huella del fallecido en nuestra vida, escribir una carta a nosotros mismos en el futuro, hacer un libro de la vida y escribir los capítulos, conversaciones simbólicas con el fallecido, elaboración de memoriales del fallecido, etc.). Por el momento, no hay ningún estudio empírico sobre la eficacia de este enfoque.

### **3.4. APORTACIONES RECIENTES**

Durante la última década se han producido enormes progresos en el ámbito de los tratamientos psicológicos. En este momento disponemos de un buen número de tratamientos eficaces o tratamientos “basados en la evidencia” (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1995). El modelo cognitivo-comportamental ha contribuido en gran medida para que se pudiera lograr este importante avance, sin embargo, desde una perspectiva de terapia, este enfoque está todavía lejos de comprender y controlar muchos de los aspectos implicados en los procesos de cambio humano. Estas insuficiencias derivan, en parte, de las propias limitaciones teóricas, esto es, existen discrepancias entre la lógica lineal de muchos planteamientos cognitivos y la complejidad del funcionamiento humano. Por un lado, y como muy bien decía Miller (1956) hace ya algunos años, los cognitivistas han sido víctimas de su propio éxito, abandonando la construcción de una metáfora del significado y volviéndose hacia un modelo de la mente humana basada en el ordenador. Por otro lado, también se critica la escasa atención que durante mucho tiempo se ha prestado a las emociones en terapia. Sin embargo, si algo positivo tiene este enfoque es su capacidad para reconocer sus limitaciones y abrirse a nuevas posibilidades. Golfried (2003) lo plasmaba muy gráficamente en la siguiente cita:

“El tema central que ha caracterizado a la terapia del comportamiento y a la terapia cognitivo-comportamental a lo largo de los años ha sido el cambio. Nos hemos movido desde un énfasis exclusivo en la conducta, para posteriormente añadir la cognición a nuestras conceptualizaciones e intervenciones. Después de perder algo de perspectiva, por sobre-enfatizar la cognición, hemos revisitado nuestras raíces comportamentales. Además, existe evidencia clínica y empírica que sugiere que nuestra eficacia clínica puede aumentar con la experienciación emocional. Aunque creo firmemente que las conceptualizaciones e intervenciones cognitivas han tenido el impacto más significativo sobre el campo de la psicoterapia, ha llegado el momento de ver las contribuciones hechas por orientaciones diferentes como complementarias. Antes que seguir manteniendo la postura de adversarios que ha caracterizado nuestro campo durante tantos años, sugiero que nos esforcemos en desarrollar una perspectiva más comprensiva e integradora del proceso de cambio terapéutico”

En estos momentos, en muchos laboratorios importantes centrados en la terapia cognitivo-comportamental en todo el mundo, en los que se está estudiando la eficacia de diversos procedimientos que incluyen en los programas cognitivo-comportamentales estrategias que provienen de otros sistemas teóricos, diseñados para el tratamiento de ciertos aspectos psicológicos. Un ejemplo excelente es el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). El grupo de Borkovec (p.ej., Borkovec, 2002; Borkovec, Newman, Pincus y Lytle, 2002) ha incluido en su programa un componente sobre estrategias interpersonales de funcionamiento. El grupo de Ladoucer (p.ej., Dugas y Ladoucer, 2000; Ladoucer, Gosselin, y Dugas, 2000) habla de la intolerancia a la incertidumbre como un aspecto clave y lo están intentando demostrar en sus estudios. El grupo de Heimberg (p.ej., Menni, Turk y Heimber, 2004) está tomando un enfoque de tratamiento focalizado en la emoción. Por su parte, Wells (1999) se focaliza en estrategias metacognitivas. Por último, Roemer y Orsillo (2002, 2003) han señalado que la integración explícita de las perspectivas de *mindfulness* y aceptación en los tratamientos cognitivo-comportamentales podría mejorar su eficacia y han presentado datos preliminares de este nuevo enfoque (Orsillo, Roemer y Barlow, 2003).

Precisamente a esto dedicamos este apartado, donde analizaremos, de manera muy resumida, algunas de las aportaciones recientes que están teniendo lugar en el campo de los tratamientos.

### 3.4.1. EL SIGNIFICADO Y LAS NARRATIVAS

Como Goldfried (2003) señala, a medida que los terapeutas de conducta iban utilizando más los procedimientos cognitivos, se iba haciendo más evidente que la noción inicial de cognición, que la consideraba como “lo que los pacientes se dicen a sí mismos”, no era suficiente. Con frecuencia, las conductas y emociones problemáticas que mostraban los pacientes no dependían tanto de lo que deliberadamente se decían, como de sus estructuras implícitas de significado, que se asociaban con acontecimientos, personas y situaciones. Con el fin de comprender este fenómeno, los terapeutas cognitivo-comportamentales comenzaron a utilizar el concepto de “esquema”, que se definía como representaciones cognitivas de las experiencias pasadas, que determinan el modo en que se procesa la información en el presente. Sin embargo, el concepto de esquema, tal y como ha sido utilizado en este enfoque, no cubre todos los matices incluidos en las estructuras de significado. Y ese es uno de los retos de la psicología cognitiva: traer de nuevo al “significado” como sujeto central de la investigación psicológica (Goncalvez, Alves, Soares y Duarte, 1996).

En opinión de Gonçalvez et al. (1996), para conocer y comprender los procesos básicos y los problemas centrales implicados en un adecuado funcionamiento psicológico, es necesario comprender cómo creamos, estructuramos y cambiamos significados. Estos autores defienden que las narrativas son procesos esenciales en la construcción del significado. Es posible hacer hipótesis sobre diferentes modos idiosincrásicos de construir el significado que se corresponden con diferentes narrativas prototípicas. Desde esta perspectiva, nuestra identidad personal, la narrativa coherente de nuestras vidas, tiene el significado de ser el principio organizador central. Esta concepción “dialógica” y “narrativa” del *self*, es lo que Hermans (1996) denomina *proceso organizacional de valoración*. Es *proceso* porque tiene que ver con la naturaleza histórica de la experiencia humana e implica tener en cuenta el espacio y el tiempo. El individuo vive en un espacio y tiempo concreto, desde el que se orienta hacia el pasado y el futuro y hacia el mundo circundante. *Organizacional* significa que la persona no sólo se orienta hacia diferentes partes de su localización espacio-temporal, sino que conecta u organiza estas partes en una historia



o auto-narrativa. *Evaluación* se refiere a cualquier unidad de significado en el que se organizan los acontecimientos de una auto-narrativa.

Por último, es importante poner atención al interés de muchos autores sobre lo que se ha denominado la *reminiscence* (Webster y Haight, 2002). De acuerdo a Webster y Haight, la memoria autobiográfica, las historias de la vida, la terapia narrativa y la autobiografía guiada son algunos ejemplos de este foco narrativo, y en todos ellos subyace la idea básica de que “la vida es historia”. Lo que se defiende es que es posible lograr cambios muy importantes en los sistemas de significado que la persona usa, por medio de integrar algunos procedimientos de la revisión de la vida como la autobiografía guiada, en los tratamientos cognitivo-comportamentales (Kunz, 2002),

### **3.4.2. EL PAPEL CENTRAL DE LAS EMOCIONES**

Como antes comentábamos, en estos momentos en el ámbito de la terapia se está dando una mayor importancia a los aspectos emocionales y a los problemas de regulación emocional. Ya ha pasado algún tiempo desde que en 1982, en su conferencia como presidente en la 15 Reunión Anual de la *Association for the Advancement of Behavior Therapy*, Wilson (1982) profetizara que la década de los 80 sería la década del afecto en la terapia cognitivo-comportamental. Hasta el momento, esta escuela no había enfatizado la importancia de la emoción en los procesos de cambio terapéuticos, aunque no hay que negar que la terapia de conducta había tenido una larga tradición en el trabajo de la emoción, pero focalizándose fundamentalmente en la reducción de las emociones sintomáticas (Goldfried, 2003). Por ejemplo, en un estudio sobre procesos de terapia, Wisner y Goldfried (1993) encontraron que para los terapeutas cognitivo-comportamentales, los segmentos significativos de sus sesiones eran aquellos que reflejaban un descenso en los niveles emocionales del paciente, mientras que para los terapeutas psicodinámico-interpersonales justamente ocurría lo contrario. Sin embargo, y a pesar de que la profecía de Wilson no se cumplió *ipso facto*, lo cierto es que en la actualidad hay una tendencia cada vez mayor dentro de las terapias cognitivo-

comportamentales a reconocer el papel terapéutico que la activación emocional puede jugar en el proceso de cambio (Samoilov y Goldfried, 2000).

Como muy bien decía Goldfried (2003), apelar a la razón y a la lógica puede ser útil para contra-atacar cogniciones irracionales “frías”, pero para cambiar estructuras de significado implícitas puede que se necesite una re-evaluación que ocurra dentro de un contexto de *arousal* emocional. Este autor sugiere que la eficacia de las terapias cognitivo-comportamentales podría aumentar si no se focalizaran sólo en la cognición y en el comportamiento, sino si se incluyeran métodos dirigidos a incrementar la experienciación emocional, en la línea de los datos encontrados por Castonguay, Hayes, y colegas (Castonguay, Goldfried, y Hayes, 1996; Castonguay, Pincus, Agras, y Hines, 1998; Hayes y Strauss, 1998) para la terapia cognitiva de la depresión, de la ansiedad generalizada y de los trastornos alimentarios, que parecen mejorar cuando los pacientes expresan emociones durante la sesión

Reconociendo la importancia de la emoción, un volumen monográfico de la revista *Journal of Clinical Psychology* (2001, vol 57, nº2) se ha dedicado a este tópico. En él se afirma que la emoción y su regulación son centrales para la comprensión de los problemas psicológicos y se defiende el papel del lenguaje y el significado en la regulación emocional, (Paivío y Greenberg, 2001). Por ejemplo, Paivío y Laurent (2001) insisten en que un gran reto para los clínicos es dirigirse a los problemas de regulación emocional que impiden que los pacientes procesen las experiencias traumáticas. Por su parte, Wisner y Arnow (2001) señalan que la emoción es un factor clave en el proceso de cambio, ya que es una fuente importante de información, y por esta razón consideran la consciencia de la experiencia emocional como necesaria para la regulación emocional efectiva y para el funcionamiento adaptativo, tanto de las emociones positivas como negativas. Estos mismos autores enfatizan la importancia de la diferencia entre emoción pura y el hecho de experimentar una emoción. Por ejemplo, un paciente que manifiesta una gran tristeza y llora mucho en terapia, pero no investiga verbalmente el significado de su tristeza sería descrito como estando conectado a una emoción intensa, pero sin lograr un estado profundo de experiencia emocional.

### 3.4.3. LA APORTACIÓN DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA

El “nacimiento formal” de la Psicología Positiva (PP) se suele situar en la conferencia inaugural que impartió Martin Seligman para su periodo presidencial de la *American Psychological Association* (Seligman, 1999). Desde entonces, reconocidas revistas científicas han ido dedicando números especiales a este tema (*American Psychologist*, *American Behavioral Scientist*, *Journal of Social and Clinical Psychology*, *Psychological Inquiry*, *School Psychology Quarterly*, *Ricerche di Psicologia*, *Review of General Psychology*, etc.) (Vázquez, 2006), incluida recientemente la revista *Papeles del Psicólogo*.

La PP es un término “paraguas” bajo el cual se engloba el estudio de las emociones positivas, los rasgos de carácter positivos y las instituciones que los favorecen. El objetivo es conocer y comprender mejor cómo, porqué y bajo qué condiciones florecen las emociones y el carácter positivos (Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005). Desde esta perspectiva, la PP no pretende en absoluto sustituir el enfoque “tradicional”, más focalizado en el sufrimiento humano, sino complementarlo. En este sentido, el objetivo no es trasladar el foco de investigación de lo negativo a lo positivo, sino abordar el estudio del ser humano desde una perspectiva integradora, bajo la cual el individuo se concibe como un agente activo que construye su propia realidad (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Seligman et al. 2005).

Según Seligman (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000) el enfoque mantenido en la PP era la visión de la psicología antes de la Segunda Guerra Mundial. En aquellos tiempos, nuestra disciplina no sólo tenía como objetivo el tratamiento de los trastornos mentales, sino también el hacer las vidas de las personas más productivas y plenas e identificar y desarrollar el talento y la inteligencia de los individuos. Estos dos últimos objetivos parecieron difuminarse tras la guerra, y la Psicología se convirtió en una ciencia fundamentalmente dedicada a la curación. Durante todo este tiempo, la Psicología Clínica y la Psiquiatría se han concentrado fundamentalmente en la reducción del sufrimiento, en la reparación del daño, siguiendo un modelo de enfermedad del funcionamiento humano (Seligman, et al., 2005, Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Según informa Myers y Diener (1997), los *Psychological Abstracts* del periodo comprendido entre 1967 y 1994 contiene 5.099 referencias sobre la ira, 36.851 sobre la ansiedad y 46.380 sobre la depresión. Sin embargo, sólo se encuentran 2.389 referencias sobre la felicidad, 2.340 sobre la satisfacción vital y 405 sobre la alegría. Es decir, la proporción es de 17 a 1 a favor de las emociones negativas, proporción que también se refleja en los manuales de Psicología. Rand y Snyder (2003) también encuentran, en un análisis de las publicaciones psicológicas de PsycINFO desde 1872, que la proporción entre temas negativos y positivos es de 2 a 1.

Aunque en este camino centrado en lo adverso, tanto la Psicología como la Psiquiatría han elaborado algunas muy buenas respuestas al problema del sufrimiento, desde la PP se considera que ese fue un buen comienzo, pero la psicología no debería concluir ahí, sino que el camino es mucho más largo (Seligman et al., 2005). Desde esta perspectiva, la PP pretende catalizar un cambio en este foco, pasando de la preocupación sólo en lo negativo, lo patológico, a la preocupación por construir también cualidades positivas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Esta idea no es en absoluto nueva. Ha sido un tema central en siglos de literatura, poesía, filosofía, etc. (Saakvitne, Tennen y Affleck, 1998). De hecho, como se ha señalado anteriormente es una idea que ha sido objeto de disquisiciones filosóficas por parte de autores tan importante como Aristóteles, Spinoza, Schopenhauer, Bertrand Russell, o Heidegger. En el ámbito estrictamente psicológico, aunque existen claros antecedentes en el psicoanálisis, el conductismo y el cognitivismo, sin duda, las raíces más destacadas se encuentran en la Psicología Humanística y Existencialista, aunque sus aportaciones hayan sido tan bien intencionadas como, desgraciadamente, carentes del apoyo empírico necesario (Vázquez, 2006). Por un lado, no podemos olvidar el trabajo de autores considerados pioneros como, Rogers (1951), Maslow (1954, 1962), Jahoda (1958), Frankl (1979) Erikson (1963, 1982), etc. Pero también encontramos otros claros precursores en la teoría de la personalidad de Allport (1961, 1968), en la teoría del locus de control de Rotter (1966), en la teoría de la auto-eficacia de Bandura (1977), en el constructo del sentido de coherencia de Antonovsky (1979), entre muchos otros.

Como antes comentábamos, los objetivos de la PP se suelen situar a tres niveles. En primer lugar, la PP está interesada en el estudio de las llamadas "emociones positivas", como el bienestar, la serenidad y la satisfacción (en el pasado); la esperanza y el optimismo (para el futuro), y el "flow" y la felicidad (en el presente). Según algunos estudios, el desarrollo de emociones positivas es mejor para enfrentar los momentos adversos de la vida, que la angustia, la ansiedad o el resentimiento. Desde la perspectiva de la PP, la felicidad no es un epifenómeno, sino que tiene un carácter causal, que reporta muchos más beneficios que simplemente sentirse bien: los estudios indican que la gente feliz está más sana, tiene más éxito y está socialmente más comprometida. De acuerdo con Seligman (2002), el estudio de la felicidad supone dividir este término en, al menos, tres aspectos distintos: (1) la emoción positiva y el placer (la vida agradable, *pleasant life*), una felicidad de corta duración, que se obtiene al disfrutar de una buena comida, de la bebida, del sexo, de una buena película, se trata de la felicidad reflejada en las teorías hedónicas; (2) el compromiso (la vida comprometida, *engaged life*), felicidad que surge cuando sabemos identificar y usar nuestras fortalezas y talentos, potenciándolos e incrementándolos; (3) y el significado (la vida con sentido, *meaningful life*), la felicidad más duradera, que consiste en encontrar aquello en lo que creemos y poner todas nuestras fuerzas a su servicio (obras de caridad, militancia política, sonreír al vecino), este tipo de felicidad supone participar de las llamadas instituciones positivas: democracia, familia, educación, etc.

En este ámbito destaca el trabajo de Barbara Fredrickson (1998, 2000ab, 2001, 2003), quien lidera una línea de investigación centrada específicamente en las emociones positivas y en su valor adaptativo y ha planteado la "Teoría abierta y construida de las emociones positivas", en la que mantiene que las emociones positivas, aunque fenomenológicamente distintas entre sí, tienen la propiedad común de ampliar los repertorios de pensamiento y de acción de las personas y de construir reservas de recursos físicos, intelectuales, psicológicos y sociales disponibles para momentos futuros de crisis.

En segundo lugar, la PP estudia los "rasgos positivos de las personas", que incluyen las fortalezas y virtudes. Peterson y Seligman (2004) proponen una clasificación de las "virtudes" y de las "fortalezas de carácter". Estos autores señalan 6 virtudes

universales (Dahlsgaard, Peterson, y Seligman, en prensa): sabiduría, coraje, humanidad, justicia, moderación, y trascendencia. Estas virtudes cumplirían, al menos, tres criterios: (1) se valoran prácticamente en todas las culturas, (2) se valoran por derecho propio, no como medio para alcanzar otros fines y (3) son maleables y sujetas a la voluntad (Seligman, 2002). Para cada virtud, estos autores identifican una serie de fortalezas (ver Tabla 8). Las fortalezas son consideradas como rasgos, en el sentido de que tendrían cierto grado de generalidad en las situaciones y estabilidad a través del tiempo.

En tercer lugar, la PP estudia las denominadas “**instituciones positivas**”, como la democracia, las libertades individuales y de información y las familias integradas. Se trata de conocer y estudiar los factores que promueven y conforman la salud. A este nivel de grupo, el estudio se centra en las virtudes cívicas y en las instituciones que mueven a los individuos hacia una mejor ciudadanía: responsabilidad, altruismo, ayuda, civismo, moderación, tolerancia, y trabajo ético. Este aspecto es el menos desarrollado por la PP.

TABLA 8: Virtudes y fortalezas (Información extraída del sitio oficial de Psicología Positiva en: <http://www.positivepsychology.org/taxonomy.htm> ).

<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Sabiduría y conocimiento:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Curiosidad, interés por el mundo</li> <li>2) Amor por el conocimiento y el aprendizaje</li> <li>3) Pensamiento crítico, mentalidad abierta, capacidad de juicio</li> <li>4) Creatividad, originalidad, inventiva, inteligencia práctica</li> <li>5) Perspectiva</li> </ol> </li> <li>- <i>Coraje:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>6) Valentía</li> <li>7) Perseverancia y diligencia</li> <li>8) Integridad, honestidad, autenticidad</li> <li>9) Vitalidad y pasión por las cosas</li> </ol> </li> <li>- <i>Humanidad:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>10). Amor, apego, capacidad de amar y ser amado</li> <li>11). Simpatía, amabilidad, generosidad</li> <li>12). Inteligencia emocional, personal y social</li> </ol> </li> <li>- <i>Justicia:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>13). Ciudadanía, civismo, lealtad, trabajo en equipo</li> <li>14). Sentido de la justicia, equidad</li> <li>15). Liderazgo</li> </ol> </li> <li>- <i>Moderación:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>16). Capacidad de perdonar, misericordia</li> <li>17). Modestia, humildad</li> <li>18). Prudencia, discreción, cautela</li> <li>19). Auto-control, auto-regulación</li> </ol> </li> <li>- <i>Trascendencia</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>20). Apreciación de la belleza y la excelencia, capacidad de asombro</li> <li>21). Gratitud</li> <li>22). Esperanza, optimismo, proyección hacia el futuro</li> <li>23). Sentido del humor</li> <li>24). Espiritualidad, fe, sentido religioso</li> </ol> </li> </ul>
--

La PP ha desarrollado intervenciones específicas cuyo objetivo es que la gente sea más feliz durante más tiempo. Este tipo de intervenciones son consideradas como complementarias a la terapia “tradicional”, basada en los problemas. Se trata de una ayuda más para el terapeuta. La idea que se persigue es que la psicoterapia no sea sólo un contexto donde se traten los problemas y debilidades, sino que también sea un contexto en el que se construyen las fortalezas. Según Seligman, la PP intenta superar la resistente barrera del 65% de éxito que todas las psicoterapias han sido incapaces de sobrepasar hasta hoy, proponiendo técnicas que apoyen y complementen las ya existentes, enriqueciendo el abanico de la intervención (Vera, 2006). Tal y como señalan Seligman y Csikszentmihalyi, (2000) “el tratamiento no es sólo arreglar lo que se ha roto, sino cultivar lo mejor de la persona” (pag.7). Más

adelante, estos mismos autores afirman “Los psicólogos necesitan ahora requerir una investigación masiva sobre las virtudes y fortalezas humanas. Los clínicos necesitan reconocer que mucho del mejor trabajo que hacen ya en sus consultas es amplificar las fortalezas, más que reparar las debilidades de sus clientes” (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000, pag. 8).

De acuerdo con Duckworth, Steen y Seligman (2005), las intervenciones de la PP son valiosas para la terapia al menos por dos razones. La primera, por derecho propio, ya que las intervenciones dirigidas a construir placer, compromiso y significado son totalmente justificables por ellas mismas. Segundo, porque realmente pueden contrarrestar al propio trastorno. De hecho, y como señalan estos autores, muchos de los denominados “factores no específicos” que producen cambios en las psicoterapia suponen estrategias sugeridas por la PP, como inculcar esperanza (Seligman 1991, Snyder et al. 2000), fomentar el coraje, las habilidades interpersonales, el *insight*, el optimismo, la autenticidad, el realismo, la capacidad de disfrutar, la perseverancia, la responsabilidad personal, etc. (Seligman 2002). La pregunta es ¿serían eficaces para resolver problemas si fueran ingredientes específicos y activos de la terapia?

Según Seligman et al., (2005), al menos hay un centenar de “intervenciones” cuyo objetivo es aumentar la felicidad de un modo duradero. Este grupo las ha resumido en 40 e intenta determinar cuáles realmente funcionan, por medio de estudios controlados y aleatorizados. En su trabajo del 2005, Seligman et al. muestran la eficacia de cinco de estos ejercicios y de un ejercicio control placebo (escribir sobre recuerdos personales). Uno de estos ejercicios versaba sobre la gratitud (“Visita de la gratitud”), dos se centraban en aumentar la consciencia sobre lo mejor de uno mismo (“Tres cosas buenas en la vida”, “Lo mejor de ti”) y dos giraban en torno a las fortalezas (“Identificando tus mayores fortalezas”, “Usando tus mayores fortalezas de un nuevo modo”). Les pidieron a los participantes (577 voluntarios reclutados a través de su página web oficial) que realizaran uno de estos ejercicios durante una semana y los siguieron durante 6 meses, evaluando la felicidad y la depresión periódicamente (en 5 momentos: pretest, posttest-1 semana al concluir los ejercicios, 1 mes después del post-test, 3 meses después y 6 meses después). Todos lo participantes, incluyendo los de la condición placebo, estaban más felices y



menos deprimidos en el post-test, sin embargo, una semana después los del grupo placebo ya no mostraban diferencias con la línea base. Los resultados indicaban que dos ejercicios (“Usando tus mayores fortalezas de un nuevo modo” y “Tres cosas buenas en la vida”) aumentaban la felicidad y disminuían los síntomas depresivos durante los seis meses. El ejercicio sobre la gratitud producía cambios positivos importantes durante un mes. Los otros dos y el placebo creaban efectos positivos pero transitorios sobre la felicidad y los síntomas depresivos. ¿Cómo explicar estos resultados?. Según Seligman et al. (2005) puede que la práctica continuada durante los 6 meses (aunque sólo se les pidió que hicieran el ejercicio durante 1 semana) estuviera mediando en los resultados de los seguimientos. De hecho, cuando controlaron esta variable, encontraron que los beneficios a largo plazo se relacionaban con el grado en que las personas continuaban activamente con el ejercicio asignado más allá de lo prescrito. De acuerdo con Seligman et al., (2005) los dos ejercicios que mostraron mejores resultados suponen habilidades que mejoran con la práctica, son divertidos, son auto-reforzadores y, por tanto, se auto-mantienen, al revés que pasa con otras técnicas, como la dieta para perder peso. Además, se pueden integrar fácilmente en las tareas de la vida diaria.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que los ejercicios estudiados se administraban de forma aislada, a través de Internet (sin la mediación personal de un psicólogo) y sólo durante una semana. En estos momentos, el grupo de Seligman continúa elaborando más ejercicios y estudiando su eficacia en estudios controlados. Puede que, tal y como han sugerido otros autores pioneros en el campo (p.ej., Fordyce, 1977, 1983), los niveles de felicidad se incrementen en intervenciones “armadas” que supongan múltiples ejercicios. Otra cuestión que también hay que aclarar es si “más es mejor” en las intervenciones sobre la felicidad. ¿Es mejor utilizar más ejercicios a la vez?, ¿hay una secuencia óptima?, ¿depende de características de personalidad?. En estos momentos, el grupo de Seligman está estudiando algunos ejercicios y distintas secuencias.

Recientemente, algunos estudios han demostrado también la eficacia de ciertas estrategias “positivas”. Por ejemplo, Burton y King (2004) han comprobado la eficacia de escribir sobre experiencias positivas (20 minutos durante 3 días) sobre el estado de ánimo y la salud física. Emmons y McCullough (2003) encontraron que un

ejercicio de gratitud (escribir sobre cinco cosas sobre las que estaban agradecidos, cada semana durante 10 semanas) incrementaba el afecto positivo. Por su parte, Lyubomirsky, King y Diener (2005) exploraron la relación entre la intervención “considera tus bendiciones” (1 ó 3 veces por semana durante 6 semanas) sobre la felicidad. Todos estos estudios han evaluado la eficacia de estrategias “positivas” con poblaciones no clínicas. Sin embargo, algunas de ellos han mostrado efectos benéficos en la reducción de síntomas depresivos, al mismo tiempo que incrementaban la felicidad. Esto sugiere que tal vez un modo de aliviar la depresión pueda ser construir emociones positivas, compromiso y significado. Obviamente, queda aún por responder si esto sería útil para personas que sufren depresiones clínicas. El estudio de Park, Peterson y Seligman (2004), que empleaba seis ejercicios positivos durante 6 semanas con población ligeramente deprimida es prometedor. Estos investigadores están actualmente evaluando la eficacia de estas intervenciones para prevenir futuras depresiones.

En cuanto al futuro de la PP, estamos de acuerdo con Vázquez, cuando afirma que este “movimiento” o “moda” acabará disolviéndose dentro del quehacer cotidiano de la Psicología. Como este autor afirma, siguiendo a André Malraux, “la Psicología Positiva del futuro será Psicología o no será” (Vázquez, 2006, p. 2). De hecho, y como el propio Seligman repite en sus trabajos, el interés de la PP no es más, ni tampoco menos, que promover e investigar aquellos aspectos relacionados con el bienestar y la felicidad humana, incluso para iluminar lo que es el sufrimiento psicológico (Vázquez et al., 2005).

#### **3.4.4. EL USO DE LA REALIDAD VIRTUAL (RV) EN LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.**

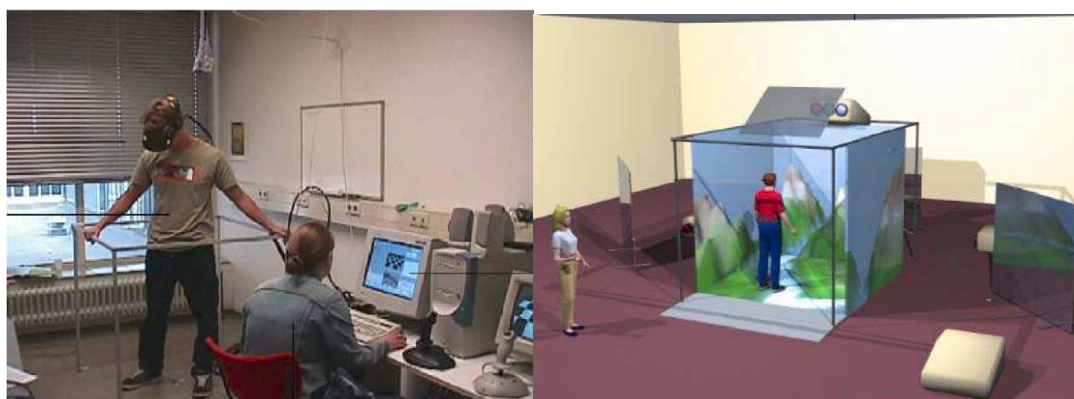
La primera experiencia en la que se comprobó la utilidad de la RV para el tratamiento psicológico se llevó a cabo en un grupo de pacientes que padecían acrofobia, por el *Kaiser-Permanente Medical Group* de California. Los pacientes debía pasar por un puente en suspensión que estaba sobre un barranco profundo (Lamson, 1994). Esta “exposición virtual” contó con un 90% de éxito, de un total de 32 pacientes.

En 1995 se publicaba en una revista científica el primer estudio que utilizaba Realidad Virtual (RV) en el tratamiento de un problema psicológico, la acrofobia (Rothbaum, Hodges, Kooper, Opdyke, Williford y North, 1995). Desde entonces, el uso de la RV ha ido incrementándose, tanto por lo que se refiere a la cantidad de problemas que se han ido abordando, como a su complejidad. A continuación haremos un breve resumen de los principales hallazgos obtenidos en este campo, centrándonos exclusivamente en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Hacer una revisión más amplia está fuera del alcance de este trabajo ya que, como acabamos de comentar, en los últimos años, el número de estudios que evalúan la eficacia de la RV en el ámbito clínico se ha incrementado de manera espectacular, acompañado y potenciado por el progreso técnico de la tecnología, que ha supuesto una mayor sofisticación y más posibilidades para el tratamiento (Krijn, Emmelkamp, Olafsson y Biemond, 2004). Es por ello que aquí no revisaremos las posibilidades de la RV para otras áreas de la Psicología Clínica, como los trastornos alimentarios, las adicciones, el control del dolor, el cuidado paliativo, la rehabilitación, o la evaluación psicológica.

#### a) *¿Qué es la Realidad Virtual?*

La RV es un paradigma de interacción hombre-ordenador en el que la persona es un participante activo dentro de un mundo tri-dimensional generado por el ordenador. Para introducir a la persona en ese mundo virtual, se utilizan diversos dispositivos (*hardware*) y programas (*software*), dando lugar a su vez a diferentes formas de RV, en función del *hardware* y *software* utilizado. Se denomina inmersión a la descripción objetiva de los aspectos del sistema relacionados con la presentación estimular (gráficos, audio, etc.) del mundo virtual, como el campo de visión, la resolución de los gráficos, etc. (Slater y Wilbur, 1997). Los principales dispositivos para lograr inmersión son el casco (HMD) o un cubículo de 4 o 6 caras, de proyección estereoscópica, denominado CAVE (ver Figura 1).

*FIGURA 1: Sistemas HMD y CAVE (tomado de Krijn et al., 2004)*



El uso de RV para los tratamientos psicológicos se basa en la asunción de que la persona se sentirá “presente” en el mundo virtual, es decir, llegará a creer “que está ahí”. El “sentido de presencia” es un concepto de difícil definición, pero, en general, se puede considerar como una experiencia psicológica en la que la persona experimenta lo que se denomina “ilusión de no mediación”. Es decir, tiene la sensación de “estar” en un espacio que no existe, un espacio proporcionado y mediado por el ordenador. Sin embargo, la persona llega a “olvidar” esa mediación y toma como presente y como real la realidad ofrecida en el mundo virtual.

#### *b) El tratamiento de los trastornos de ansiedad*

Hasta la fecha se han publicado seis estudios de caso sobre acrofobia (Bouchard, St-Jacques, Robillard, Coté y Renaud, 2003; Choi, Jang, Ku, Shin y Kim, 2001; Jang, Ku, Choi, Wiederhold, Nam, Kim y Kim, 2002; Kamphuis, Emmelkamp y Krijn, 2002; North, North y Coble, 1996a,b,c; Rothbaum, Hodges et al., 1995) y cuatro estudios controlados (Emmelkamp, Bruynzeel, Drost y van der Mast, 2001; Emmelkamp, Krijn, Hulsbosch, de Vries, Schuemie y van der Mast, 2002; Krijn, Emmelkamp, Biemond, de Wilde de Ligny, Schuemie y van der Mast, 2004; Rothbaum, Hodges, Kooper, Opdyke, Williford y North, 1995), aportando datos sobre la utilidad de la RV para el tratamiento de este problema. El único estudio en el que no se encontró una mejoría clínicamente significativa, fue el estudio de caso de

Kamphuis, et al. (2002), mientras que en los estudios controlados se ha demostrado que era tan eficaz como las técnicas de exposición en vivo.

También se han encontrado resultados positivos sobre la eficacia de la exposición virtual para otras fobias, como:

- ◆ La claustrofobia: Botella, Baños, Perpiñá, Villa, Alcañiz y Rey, 1998a; Botella, Villa, Baños, Perpiñá y García-Palacios, 1999; Botella, Baños, Villa, Perpiñá y García-Palacios, 2000.
- ◆ La fobia a las arañas: Carlin, Hoffman y Weghorst, 1997; García-Palacios, Hoffman, Carlin, Furness y Botella, 2002; Hoffman, García-Palacios, Carlin y Botella, 2003.
- ◆ La fobia a conducir: Wald y Taylor, 2000, 2003; Walshe, Lewis, Kim, O'Sullivan y Wiederhold, 2003.
- ◆ El miedo a hablar en público: Anderson, Rothbaum y Hodges, 2003; Harris, Kemmerling y North, 2002; North, North y Coble, 1998; Pertaub, Slater y Baker, 2002; Slater, Pertaud y Steed, 1999.
- ◆ La fobia social: Klinger, Bouchard, Légeron, et al., 2005; Roy, Klinger, Légeron, Lauer, Chemin y Nugues, 2003.
- ◆ La fobia a volar: Anderson, Jacobs, Lindner, Edwards, Zimand, Hodges y Rothbaum, 2006; Baños, Botella, Perpiñá y Quero, 2001; Botella, Osma, García-Palacios, Quero y Baños, 2004; Kahan, Tanzer, Darwin y Borer, 2000; Klein, 2000; Maltby, Kirsch, Mayers y Allen, 2002; Mühlberger, Herrmann, Wiedemann, Ellgring y Pauli, 2001; Mühlberger, Wiedemann y Pauli, 2003; North, North y Coble, 1997; Rothbaum, Anderson, Zimand, Hodges, Lang y Wilson, 2006; Rothbaum, Hodges, Smith, Lee y Price, 2000; Rothbaum, Hodges, Watson, Kessler y Opdyke, 1996; Wiederhold, 1999; Wiederhold, Gervitz y Wiederhold, 1998.

También se han desarrollado ambientes virtuales para el tratamiento del trastorno de pánico y la agorafobia (Botella, Villa, García-Palacios, Baños, Perpiñá y Alcañiz, 2004; Jang, Ku, Shin, Choi y Kim, 2000; Moore, Wiederhold, Wiederhold y Riva, 2002; North et al., 1996; Vincelli, Choi, Molinari, Wiederhold y Riva, 2000), sin embargo, dado que se trata de un problema más complejo que las fobias

específicas, normalmente el componente de exposición virtual se encuadra en programas de tratamiento más amplios, que incluyen otros elementos, como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en respiración lenta, la relajación, etc. Hasta el momento, dos estudios controlados (Botella, García-Palacios, Villa, Baños, Quero, Alcañiz y Riva, 2007; Vincelli, Anolli, Bouchard, Wiederhold, Zurloni y Riva, 2003) han comparado, dentro de programas de tratamiento, el uso del componente de exposición virtual con la exposición en vivo y la lista de espera, no encontrando diferencias entre RV y exposición in vivo.

También se ha propuesto el uso de mundos virtuales para realizar la exposición en el TEPT. Rothbaum et al. (1999) publicaba el primer estudio de caso en el tratamiento de este trastorno. Posteriormente, el grupo de Rothbaum publicó otro estudio de caso (Rothbaum, Ruef, Litz, Han y Hodges, 2004) y en el 2001 estos investigadores aportaban datos de un trabajo con 10 veteranos de la Guerra del Vietnam (Rothbaum, Hodges, Ready, Graap y Alarcon, 2001). Sus resultados mostraban una reducción en algunos síntomas del TEPT utilizando ambientes virtuales que recreaban la situación de combate en aquella guerra. También con este problema, pero atendiendo a víctimas del ataque terrorista del 11 de Septiembre en Nueva York, Difede y Hoffman (2002) trataron a un paciente que no respondía bien a las estrategias tradicionales de exposición en imaginación. Mas adelante veremos con mayor profundidad este tema.

Por último, queremos hacer referencia a un enfoque diferente que mantiene nuestro grupo, y que se expone con más detalle en este trabajo. Como hemos visto, los estudios anteriores simulan el acontecimiento traumático con un alto grado de realismo, con el fin de exponer a los participantes a los estímulos y aspectos físicos que pueden recordar el trauma. Por el contrario, nuestro grupo, intenta generar ambientes clínicamente significativos para cada participante, pero atendiendo al “significado” del trauma para cada individuo, y no a la simulación específica de las características físicas concretas del acontecimiento traumático. Con este fin, y como luego veremos, se utilizan símbolos cuyo fin es provocar y evocar reacciones emocionales en los participantes para lograr el procesamiento emocional del trauma y, a la vez, crear un ambiente seguro y protector. Más adelante describiremos estos ambientes y este programa de tratamiento con más detalle.

### *c) Ventajas del uso de RV en los tratamientos psicológicos*

En general, los diferentes trabajos que han analizado la contribución de la RV al campo de los tratamientos psicológicos, han subrayado sus ventajas con respecto a las terapias de exposición tradicionales (Botella, Baños, Perpiñá y Ballester, 1998; Botella, Baños, Perpiñá, Alcañiz, Villa y Rey, 1998; Botella, Quero, Baños, Perpiñá, García-Palacios y Riva, 2004; Riva, 1997, 2005; Riva, Botella, Legéron y Optale, 2004; Wiederhold y Wiederhold, 1998; Zimand, Rothbaum, Tannenbaum, Ferrer y Hodges, 2003). De manera resumida, se pueden resaltar las siguientes:

- 1) *La RV permite un control casi total sobre cualquier acontecimiento en el mundo virtual.* Si, por ejemplo, un paciente teme quedarse atrapado en un ascensor, o sufrir turbulencias durante un vuelo, se le puede asegurar que esos sucesos no ocurrirán hasta que esté preparado para afrontarlos. Esto mismo pasa con muchos otros elementos de la situación que la pueden convertir en más o menos amenazante para el paciente. Por ejemplo, se puede manipular el número de personas, de animales, de objetos, su tamaño, su cercanía, el grado de cierre o apertura o la altura de un espacio, la duración de una determinada situación, la presencia o no de elementos protectores, etc. Esto hace posible construir de manera personalizada la jerarquía de exposición, permitiendo que la persona se enfrente al objeto temido a su propio ritmo. Por ejemplo, un sistema de RV puede generar tantas situaciones sociales distintas como la persona necesite, y estas situaciones pueden estar a disposición de la persona tantas veces la necesite y durante el tiempo que quiera. La única misión de los avatares es “estar ahí” para ayudar al paciente. Por tanto, la RV proporciona oportunidades muy valiosas de entrenamiento y auto-entrenamiento. Una persona con miedo a conducir después de un accidente en un coche, puede practicar todo lo que necesite con diferentes elementos temidos (adelantar a un camión, conducir con lluvia, entrar en un túnel, o pasar por un puente). Esta posibilidad de práctica continua en contextos muy diversos puede ayudar a generalizar los logros de la terapia al mundo real.
- 2) *La RV ayuda a la persona a sentirse presente y a juzgar la situación como real.* Un elemento central de la RV es que proporciona la persona “un lugar donde situarse” y vivir una experiencia (Baños, Botella, Guerrero, Liaño, Alcañiz y Rey,

2005). Además, el terapeuta puede saber siempre lo que está ocurriendo en la situación, con qué elementos se está enfrentado el paciente y cuáles le están perturbando. Obviamente, esto también contribuye a un mayor control de la situación y a un mayor sentimiento de protección por parte del paciente.

- 3) *La RV permite ir más allá de la realidad.* Para superar definitivamente un problema, puede ser importante, tanto en terapia como en el mundo real, que se produzcan ciertas situaciones “extremas”. En cualquier fobia existen diferentes umbrales de amenaza o dificultad, una vez se supera un umbral muy alto, es más fácil afrontar el problema. Los mundos virtuales permiten crear situaciones o elementos tan “difíciles o amenazantes” que no sea probable que ocurran en el mundo real. Por ejemplo, en nuestra aplicación de la claustrofobia, una de las paredes se mueve (produciendo un ruido ensordecedor) hasta reducir la habitación a un espacio muy pequeño. La primera paciente que fue tratada con este sistema, precisamente decía “Si yo soy capaz de afrontar *esta pared*, podré afrontar cualquier cosa”. (Botella, et al 1998). Esto mismo se puede hacer también en otros mundos, por ejemplo, hacienda que la persona se enfrente a miles de arañas, o a arañas de tamaños descomunales como verdaderos monstruos.
- 4) *La RV es una fuente importante de eficacia personal* (Botella, et al. 1998; 2004). Según Bandura (1977), de todas las fuentes de eficacia personal, los logros de ejecución son especialmente útiles. La RV puede ser una fuente excelente de información relacionada con la eficacia personal. Permite construir “aventuras virtuales” en las que la persona se puede experimentar como competente y eficaz. La RV es tan flexible que permite diseñar diferentes escenarios en los que el paciente puede desarrollar expectativas de eficacia personal de la más alta magnitud (incluyendo desde ejecuciones muy fáciles hasta las más difíciles), generalización (referidas a muy diferentes dominios) y fuerza (difíciles de extinguir, logrando que la persona persevere a pesar de las dificultades). El fin es que la persona descubra que los obstáculos y las situaciones temidas, pueden ser superadas a través de la superación y el esfuerzo.
- 5) *La RV ofrece privacidad y confidencialidad.* Una ventaja significativa de la RV es la posibilidad que ofrece de confrontar muchas situaciones temidas o difíciles en la propia consulta, sin necesidad de salir a realizar exposiciones in vivo.



## **4. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PARA LAS REACCIONES AL ESTRÉS APOYADO EN LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS: “EL MUNDO DE EMMA”**

Como se ha señalado, la RV ofrece un marco de trabajo muy útil, para el campo de los tratamientos psicológicos. Ya hemos visto que esta “nueva forma de hacer terapia” conlleva importantes ventajas para el contexto terapéutico y pensamos que la utilización progresiva y cada vez más sofisticada de los nuevos avances tecnológicos puede resultar muy útil en el tratamiento de importantes problemas psicológicos como son: el TEPT, el DP o los TA. Veamos cuál sería la base lógica del acercamiento que proponemos.

1. La primera razón se deriva de las ventajas que se han considerado como “tradicionales” en la RV. En líneas generales, se puede afirmar que la terapia cognitivo conductual se considera el enfoque de elección para tratar estos problemas. Hasta el momento, la literatura indica que existe importante evidencia acerca de la eficacia de la terapia cognitivo conductual para tratar, al menos, uno de estos problemas el TEPT (Sherman, 1998; van Etten y Taylor, 1998). Es bien sabido que un componente central de estas intervenciones es la exposición. Básicamente, se trata de evocar el acontecimiento traumático y/o estresante y trabajar en terapia para que se produzca el procesamiento emocional (Rachaman, 1980; Lang, 1979; Foa y Kozak, 1986; Foa, Feske, Murdock, Kozak, y McCarthy, 1991). Sin embargo, como anteriormente hemos señalado, a pesar de estos datos esperanzadores respecto a eficacia, la exposición está siendo infrutilizada en la práctica clínica. Becker, Zayfert y Anderson (2004) encontraron que solo un 17% de clínicos, entre una muestra de 852 psicólogos bien entrenados utilizaban la exposición en el tratamiento del TEPT. Este resultado no es de extrañar, la evitación del estímulo temido es una característica diagnóstica central del TEPT y, aunque los datos de investigación indican que la exposición en vivo y en imaginación resulta eficaz para reducir los síntomas del TEPT, algunos pacientes no se benefician de estas técnicas ya que afrontar el trauma en terapia puede resultar un reto demasiado difícil para los pacientes. Ellos pueden resistirse o rehusar recordar el

acontecimiento traumático, así como las situaciones, los objetos o las personas que se lo recuerden. Algunos pacientes pueden hablar del trauma, pero están “separados” de la experiencia, no se implican emocionalmente en la misma. Esta falta de implicación emocional puede dificultar la reducción de la ansiedad dando lugar a resultados de tratamiento pobres (Jaycox, Foa y Morral, 1998). También se pueden encontrar resultados negativos del tratamiento debido a la dificultad para imaginar que muestran algunas personas. Los datos acerca de este tema, proporcionados por clínicos expertos que utilizaban la exposición para el tratamiento del TEPT, indican que la dificultad para imaginar en algunos pacientes fue un potente factor disuasorio en su decisión para usar la exposición como técnica de tratamiento (Link, Blake, Geradi y Keane, 1990). De la misma forma, Orsillo y Batten (2005) han puesto de manifiesto limitaciones respecto diseminación y aceptación por parte de los clínicos de los procedimientos de exposición en el tratamiento de los trastornos relacionados con el estrés; y también que algunos pacientes con TEPT pueden mostrar resistencia a implicarse emocionalmente con las memorias traumáticas debido a que encuentran esta tarea excesivamente aversiva y dolorosa.

Tomando todo esto en cuenta, no es de extrañar que, como ya se ha señalado en un epígrafe anterior, hayan aparecido una serie de trabajos que utilizan la RV como una forma eficaz y eficiente para aplicar el procedimiento de exposición a personas víctimas de la guerra de Vietnam se presentan los primeros datos sobre eficacia en un trabajo de Rothbaum, Hodges y Alarcón (1999), y más recientemente han presentado estos mismos autores un estudio de caso en el que se ofrece detalles del tratamiento (Rothbaum, Hodges, Ready, Graap, y Alarcón, 2001). Este mismo grupo, en un libro bastante reciente describe un estudio de caso subrayando las ventajas de la RV para el tratamiento del TEPT (Rothbaum, Ruef, Linz Han y Hodges, 2004). Algunos autores se han centrado en los atentados del 11 de Septiembre, por ejemplo, un estudio de caso presentado por Difede y Hoffman (2002). Recientemente, se ha diseñado una aplicación para el tratamiento de las víctimas de la guerra de Irak llamada “*Full Spectrum Warrior*”, aunque todavía no se han ofrecido datos de eficacia (Rizzo, Pair, McNermy, et al., 2004; Hoge, Castro, Messer, McGurk, Cotting y Koffman, 2004; Pair, Allen, Dautricourt, Treskunov, Liewer, Graap, Reger y Rizzo, 2006). También se ha desarrollado un sistema de RV para el tratamiento a víctimas de la guerra de Angola (Gamito, Ribeiro, Gamito,

Pacheco, Pablo y Saraiva, 2005). En Israel, Josman, Somer, Reisberg, Garcia-Palacios, Hoffman y Weiss (2005) están desarrollando y sometiendo a prueba la simulación por medio de RV de un ataque terrorista en un autobús. Sin embargo, en todos estos últimos desarrollos no se han ofrecido todavía datos respecto a su eficacia clínica. En suma, estos resultados son claramente preliminares, pero también esperanzadores.

Otro aspecto a considerar es que en todos estos estudios el objetivo fundamental era simular con un alto grado de realismo el acontecimiento traumático. Aunque esto pueda ser, sin duda, un objetivo importante, una posible limitación de este enfoque es que resulta difícil alcanzar a todos los pacientes que sufren diferentes experiencias traumáticas. Por tanto, desde nuestro punto de vista, aunque intentar lograr escenarios y contextos con alto grado de “realismo” pueda ser una cuestión importante para llevar a cabo la exposición, éste no es el aspecto central a considerar en este tipo de problemas.

Por otra parte, cada uno de los trabajos citados anteriormente se ha centrado en el tratamiento de víctimas que han sufrido el mismo acontecimiento traumático, y el escenario era el mismo para todos los pacientes en cada caso. Sin embargo, qué sucede si el objetivo es tratar personas que tiene el mismo diagnóstico (p.ej. TEPT), pero el trauma ha sido muy diferente, o las experiencias traumáticas que han podido experimentar son muy difíciles de apresar simplemente por medio de escenarios “realistas”: víctimas de violación, asaltos, robos, distintos ataques terroristas, abusos en la infancia, duelo patológico, etc. En ese caso, o es preciso desarrollar muchos y distintos escenarios de RV o es necesario contar con escenarios de realidad virtual mucho más flexibles y adaptables a las necesidades de cada persona. Bajo nuestro punto de vista, un posible modo de lograrlo es utilizar símbolos que representen el trauma y que resulten tan significativos para la persona que sean capaces (como los escenarios realistas) de activar y potenciar el procesamiento emocional. Este es uno de los propósitos fundamentales del nuestro sistema de RV denominado el Mundo de EMMA. Hemos intentado desarrollar un sistema de “ingeniería creativa” (Becker et al., 2004) para poder llevar a cabo la exposición de forma que pueda resultar de utilidad a muchas más personas que sufran distintos trastornos relacionados con el estrés. Ya contamos con algunos datos preliminares sobre su utilidad en clínica

(Botella, Garcia-Palacios, Baños, Guillen, Quero, Lasso de la Vega y Osma, 2005; Botella, Quero, Lasso de la vega, Baños, Guillén, García-Palacios y Castilla, 2006).

2. La segunda de las razones resulta todavía más importante. Tanto el TEPT como el DP y los TA están relacionados con una condición humana que desgraciadamente resulta muy común, las reacciones a la adversidad. Los seres humanos, desde siempre, han tratado de hacer frente a la adversidad utilizando múltiples estrategias (Herbert y Sageman, 2004). De hecho, la evolución pone de manifiesto y es un fiel reflejo de esa lucha por la supervivencia y por hacer frente a las condiciones exteriores. Además, conviene subrayar que ha sido esa lucha por sobrevivir y progresar, en contextos más o menos amigables, lo que ha hecho que el ser humano conquistara el planeta y fuera capaz de independizarse (hasta cierto punto) de las condiciones del medio ambiente. Sin embargo, a pesar de todos estos avances, sin duda siguen quedando muchas dificultades, adversidades y problemas a los que indefectiblemente el ser humano tiene que hacer frente. Desde problemas, más o menos importantes, que resultan consustanciales con el vivir cotidiano a temas más centrales, como el deterioro físico y psicológico, el envejecimiento y la muerte (de uno mismo, o de los seres queridos). Claramente, de alguna forma u otra, muchos de los problemas y trastornos relacionados con las reacciones al estrés están estrechamente relacionados con el hecho de hacer frente de forma adecuada (o con el hecho de no hacerlo) a todas estas adversidades.

Como se ha señalado anteriormente, ya existen algunas aproximaciones de tratamiento para estos problemas relacionados con el estrés y algunos datos respecto a su eficacia. Aquí nos interesa recordar un enfoque que quizás resulta menos conocido, pero consideramos tiene importancia para el tema que nos ocupa. Se trata de estrategias desarrolladas en el tratamiento de las víctimas de guerra: las estrategias PIE (Salmon, 1917), esto es: Proximidad, Inmediatez y Expectativas. Respecto a este tipo de estrategias, Herbert y Sageman (2004) nos recuerdan en un excelente trabajo titulado: *“First do not harm”: emerging guidelines for the treatment of posttraumatic reactions* el conocido aforismo clásico: *“Primum non nocere”*. La tesis que defienden estos autores es la influencia central que tiene la dinámica que se establezca entre el “sanador” y el paciente o “doliente” a la hora de hacer surgir, o impedir que surjan elevadas expectativas de recuperación. Para apoyar esta tesis,

Herbert y Sageman recuerdan los planteamientos de Babinski para explicar la histeria. En opinión de Babinski, esta condición sería el resultado de las sugerencias iatrogénicas que, de forma inadvertida, se le hacían al paciente. Se comprende, por tanto, que este autor propusiera como cura la “persuasión” y también que llamara la atención a sus colegas acerca de la enorme importancia que tenía el hecho de no elicitarse o sugerir posibles síntomas patológicos.

Durante la primera Guerra Mundial los franceses fueron los primeros en adoptar las ideas de Babinski acerca de cómo abordar y tratar los heridos de guerra (tanto problemas de heridas físicas como problemas emocionales). La recomendación fue no sugerir en ningún caso ideas mórbidas a las víctimas. Al contrario, se insistió en que fueran tratadas como alguien que ha experimentado una reacción normal a acontecimientos extremos; y que el tratamiento tuviera lugar tan cerca del frente como fuera posible, con el objetivo de no dar una gran importancia a la situación. Este mismo enfoque fue también el que adoptó Salmon (1917) para la línea de tratamiento que se iba a seguir en el caso de las víctimas de guerra americanas durante la Primera Guerra Mundial. Las víctimas tenían que ser tratadas inmediatamente, en algún lugar cerca del frente y se les tenía que transmitir una expectativa de mejoría y recuperación rápidas. El mismo enfoque se siguió durante la Segunda Guerra Mundial y el “estrés de guerra o de combate” (bajo cualquier tipo de etiqueta) no fue un problema importante en aquel momento (Jones, 1995). Posteriormente, se acuñó el acrónimo PIE con el propósito de recordar los tres aspectos centrales a tomar en consideración: Proximidad, Inmediatez y Expectativa. Herbert y Sageman (2004) subrayan en su trabajo que las experiencias de las dos guerras mundiales tuvieron un gran alcance. Estas experiencias dieron lugar a poner un énfasis central sobre las Expectativas, esto es, la “E” en las estrategias PIE de Salmon (1917). Un énfasis absolutamente consistente con los hallazgos sobre la importancia central de las expectativas en terapia. Sin embargo, desgraciadamente, en los modernos enfoques para el tratamiento del TEPT y otras condiciones relacionadas con el estrés no se ha dado la importancia debida a estas estrategias

En resumen, estos dos enfoques generales están dirigidos a ayudar a la persona a solucionar el problema, aunque se centran en distintos aspectos. La exposición, en el marco de los programas de tratamiento cognitivo conductual, se centra de

forma fundamental en el procesamiento del trauma o de la experiencia estresante; las estrategias PIE se focalizan sobre el descanso, la normalización y las expectativas. Sobre la posibilidad de recuperación, sobre el futuro. Creemos que la VR puede ser de gran utilidad para mejorar estos dos enfoques. La RV puede simular el acontecimiento estresante con alto grado de realismo y, por tanto, puede ayudar a los pacientes con independencia de su capacidad para imaginar. Asimismo se pueden utilizar símbolos y otros medios para personalizar el entorno de forma que resulte significativo para cada persona. La RV también permite tener un control preciso a la hora de presentar al paciente los estímulos o situaciones temidos. Esto puede impedir que se produzca la evitación cognitiva en el paciente y, por tanto, facilitar la implicación emocional (aspecto central en la eficacia de la exposición). Finalmente, la RV también puede permitir la aplicación de las estrategias PIE proporcionando un espacio atemporal dónde la persona pueda descansar, sentirse protegida y recuperarse. Un espacio especial en el que se le puedan proporcionar mensajes de comprensión y de empatía; mensajes de que la recuperación sin duda es posible, que una vida que merece ser vivida le está esperando, que es posible confrontar el futuro.

Con esta idea hemos desarrollado el Mundo de Emma. Este dispositivo está pensado para que pueda resultar útil en el tratamiento del TPET, el DP y los TA. Se trata de un sofisticado sistema basado en las nuevas tecnologías que nos ayuda a producir el cambio emocional en personas que han sufrido experiencias traumáticas, perturbadoras o estresantes. El Mundo de Emma es un ambiente en tres dimensiones que facilita la exposición de la persona a los acontecimientos perturbadores y a las emociones negativas hasta llegar a la aceptación y superación de la experiencia. Los objetivos fundamentales del ambiente virtual son:

- 1) El escenario EMMA ayuda a representar el suceso que la persona ha vivido y las emociones negativas asociadas al mismo.
- 2) A su vez, permite llevar a cabo la exposición al acontecimiento traumático.
- 3) Es un lugar que va a reflejar los sentimientos de la persona y cómo éstos cambian a medida que la persona va elaborando, aceptando y superando la experiencia negativa que ha vivido.

4) Por último, EMMA ayuda a la elaboración, integración y aceptación del suceso traumático.

El escenario EMMA permite representar objetos o situaciones relacionadas con el suceso perturbador. De este modo, ayuda a la persona a procesar los recuerdos asociados al episodio, es decir, incita a la persona a hablar sobre el episodio, a pensar sobre él o a analizar las amenazas asociadas a él, hasta que llegue a comprender y encontrar un sentido a la experiencia.

En cuanto a los objetivos de la aceptación, como ya se ha comentado, un problema habitual en el TPEP es la no aceptación de muchos de los pensamientos, imágenes o sentimientos asociados al trauma. Un proceso similar ocurre con el DP, donde la persona trata de evitar muchos de los recuerdos o situaciones relacionadas con la persona fallecida. Incluso, en los TA, en numerosas ocasiones las personas evitan aquellas situaciones o personas que les resultan difíciles de manejar o piensan que les va a traer recuerdos aversivos. Con la técnica de la exposición enfrentamos a los pacientes a sus pensamientos y sentimientos perturbadores. Por ello, pensamos que incorporar algunos aspectos básico de las técnicas de aceptación o *mindfulness* que promueven la aceptación de las experiencias cognitivas, conductuales y emocionales puede ayudar a que los pacientes estén más dispuestos a afrontar los pensamientos, imágenes y sentimientos asociados con el trauma. El objetivo de estas técnicas es desarrollar una actitud de “participar en” y “de experimentar” con total conciencia, sin realizar juicios de valor. Se trata de permitirse experimentar emociones, tener pensamientos o realizar conductas, aunque estas sean difíciles e incluso aversivas. Es este el primer paso para la aceptación. Sin embargo, estas técnicas implican ser consciente no solo de las experiencias negativas, sino también de las positivas (ya que muchas veces no se permiten a ellos mismos sentirse bien).

En el Mundo de Emma se cuenta también con la herramienta denominada el Libro de la Vida. El propósito del Libro de la Vida es ayudar al paciente a recordar y elaborar los acontecimientos significativos que le han sucedido en relación al acontecimiento traumático, a la pérdida o al suceso estresante. Para escribir este libro, se pueden emplear distintos símbolos (como por ejemplo, fotografías, dibujos, frases, etc.). Asimismo, se pueden utilizar palabras, música, objetos, etc. Se trata de intentar reflejar experiencias, por ejemplo, aspectos centrales de la persona

fallecida, la relación que se mantenía; o la situación traumática, perturbadora o aversiva, por ejemplo, un objeto que simbolice el acontecimiento, etc. El Libro de la Vida ha sido pensado para que la persona pueda recuperar sus recuerdos, sus pensamientos, sus sentimientos y emociones que muchas veces generan confusión, dolor, o sufrimiento. Cuando la persona “se permite” traer a su mente todo aquello que le producía malestar, se da la oportunidad de corregir mucha de esa información que estaba mal almacenada, es decir, se da la oportunidad de reelaborar significados alternativos a los que había elaborado. De esta forma, una vez recuperados, puede empezar el proceso de aceptación de sus pensamientos, sus sentimientos y emociones. Finalmente, el paciente podrá, “ordenar” y guardar esos pensamientos, sentimientos y emociones ya que son parte importante de su vida y ya no producen dolor o sufrimiento.

En suma, se trata de ayudar al paciente en la tarea de aceptación del acontecimiento perturbador y la elaboración de significados alternativos y significados adicionales. Se trata de un trabajo básico de reconocimiento (darse cuenta) y aceptación; más la elaboración-acomodación-asimilación de lo sucedido; más la incorporación-transformación-crecimiento que eso conlleva en la vida de la persona.

El Mundo de Emma es un dispositivo enormemente versátil, ya que se puede aplicar tanto en trastornos donde la persona ha vivido una experiencia traumática que le impide continuar con su funcionamiento habitual, como sucede en el TEPT. Del mismo modo que puede ayudar a una persona que no es capaz de superar el fallecimiento de un ser querido como ocurre en el DP, o incluso el desbordamiento emocional o comportamental que experimentan determinadas personas al enfrentarse a acontecimientos aversivos como sucede en los TA. A continuación, describimos brevemente la lógica del programa de tratamiento para cada uno de estos tres trastornos. En el apartado del método se describe en detalle cada protocolo de tratamiento.

En el caso del TPET, los procedimientos principales de este programa de tratamiento son los que llamamos “exposición prolongada al acontecimiento traumático en imaginación” y “exposición in vivo”. La exposición a los recuerdos y símbolos relacionados con el acontecimiento negativo tiene como objetivo ayudar al



paciente a procesar y elaborar los recuerdos, otros pensamientos y sentimientos asociados a ese suceso. El escenario al que llamamos el Mundo de Emma nos ayuda a simbolizar sus recuerdos, emociones y sentimientos asociados al acontecimiento negativo. Además de revivir el acontecimiento se anima al paciente a que, poco a poco, se enfrente a aquellas situaciones que ha evitado desde el acontecimiento negativo, porque directa o indirectamente, se lo recordaban. El escenario en muchas ocasiones sirve de puente para empezar a afrontar aquellas situaciones que la persona tiene mayores dificultades para exponerse en la realidad o incluso aquellas situaciones que ya no pueden volver a vivirse en la realidad.

En el caso del DP, se observa cómo muchas personas que han sufrido una pérdida tienen dificultades para afrontar aquellas situaciones que le recuerdan a la persona fallecida. El simple hecho de recordar les resulta doloroso y por ello tienden a evitar todo lo relacionado la pérdida. Este tratamiento tiene como objetivo la adaptación a la pérdida. Para ello, es necesario centrarse en aquellas reacciones, los pensamientos y sentimientos que actualmente producen malestar, para así poder trabajar lo que llamamos *elaboración y asimilación de la pérdida*, cuyo objetivo es ayudar a la persona a procesar y aceptar la pérdida. El escenario de el Mundo de Emma facilita el proceso de simbolizar los recuerdos y sentimientos asociados a la pérdida. Se trata de ayudar en el *proceso de reconstrucción de significado de la pérdida* como en una terapia tradicional, pero con ayuda de la Realidad Virtual. Otro de los recursos con los que contamos son algunos de los procedimientos básicos de las *técnicas de aceptación*. Como hemos comentado anteriormente, el objetivo es que la persona sea consciente de sus experiencias internas y externas (pensamientos, sentimientos, comportamientos) y que se permita experimentarlas sin suprimirlas y sin juzgarlas.

Con respecto a los TA, se observa cómo estas personas se ven desbordadas al afrontar acontecimientos estresantes que les perturban e incluso puede llegar a generar un enorme malestar emocional. Es importante que se llegue a comprender, aceptar y asimilar que las dificultades, el dolor y los problemas forman parte de la vida y, a su vez, nos proporcionan una magnífica oportunidad para superarnos y crecer como personas. El objetivo del tratamiento en los TA es que el paciente logre superar el acontecimiento estresante y las consecuencias que éste ha tenido en tu

vida. Del mismo modo que en los apartados descritos anteriormente, trabajamos la *elaboración y asimilación del acontecimiento estresante y el aprendizaje que podemos obtener del mismo*. Se trata de reconstruir el significado del acontecimiento estresante y aprender de lo sucedido, de forma que la persona pueda llegar a salir fortalecida de esta situación.

## II. MÉTODO

### 1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

**Objetivo General:** El objetivo central de este trabajo es diseñar un programa de tratamiento, apoyado en nuevas tecnologías, dirigido a problemas relacionados con la experiencia de acontecimientos traumáticos, adversos, o estresantes y someter a prueba su utilidad para mejorar la eficacia y la eficiencia de los actuales programas enfocados a estos problemas.

**Objetivos específicos:**

- 1) Diseñar una aplicación de RV que utilice “dispositivos adaptables” para el tratamiento de distintos trastornos psicológicos.
- 2) Diseñar protocolos de tratamiento apoyados en nuevas tecnologías (“El mundo de EMMA”) dirigido a personas que sufren de TEPT, DC o TA.
- 3) Analizar la eficacia de los programas de tratamiento apoyados en nuevas tecnologías para el cambio en variables clínicas relevantes, comparándola con los tratamientos tradicionales.
- 4) Analizar la eficacia del programa de tratamiento apoyado en nuevas tecnologías para el TEPT, comparándola con el tratamiento “tradicional”.
- 5) Analizar la eficacia del programa de tratamiento apoyado en nuevas tecnologías para los TA y DC, comparándola con los tratamientos “tradicionales”
- 6) Analizar la eficiencia (entendida como aceptabilidad), de estos nuevos programas de tratamiento apoyados en nuevas tecnologías para el TEPT, el DC y el TA.
- 7) Estudiar si los cambios logrados en terapia se mantienen en los seguimientos.

**Hipótesis:**

Al tratarse de un estudio inicial sobre la eficacia y eficiencia de un programa de tratamiento totalmente novedoso, las hipótesis que a continuación se detallan tienen un carácter exploratorio, que por tanto se siguen sometiendo a prueba en estudios posteriores:

- 1) Los tratamientos apoyados en nuevas tecnologías serán al menos tan eficaces como los tratamientos tradicionales para el TEPT, el Duelo Complicado y los TA.
- 2) Los resultados se mantendrán en los seguimientos en ambas condiciones de tratamiento.
- 3) Los tratamientos apoyados en nuevas tecnologías serán al menos tan bien valorados (por los pacientes y por los terapeutas) como los tratamientos tradicionales.
- 4) Tanto los terapeutas como los pacientes darán opiniones positivas sobre el uso de las nuevas tecnologías como apoyo a los tratamientos psicológicos.

## 2. DISEÑO Y PROCEDIMIENTO

Este estudio adopta un diseño de comparación, tanto intra-sujetos como entre-sujetos:

- ◆ intra-sujetos: comparaciones antes y después del tratamiento y en periodos de seguimiento a los 3 y 6 meses.
- ◆ entre-sujetos: comparaciones entre dos condiciones de tratamiento:
  - **Condición tradicional**: pacientes a los que se les aplica los tratamientos tradicionales, de orientación cognitivo-comportamental, orientados a los problemas específicos que presentan (TEPT, DC y TA)
  - **Condición EMMA**: pacientes a los que se les aplica el nuevo tratamiento, apoyado en nuevas tecnologías, de orientación cognitivo-comportamental, orientados a los problemas específicos que presentan (TEPT, DC y TA)

Los pacientes, una vez han sido informados de los objetivos del estudio y han aceptado participar de forma voluntaria en el mismo, son asignados de manera aleatoria a las dos condiciones experimentales.

## 2.1. MUESTRA:

Los pacientes procedían de fuentes distintas. Una de ellas era la derivación por parte de Psicólogos Clínicos de las Unidades de Salud Mental del área 9 de la Comunidad Valenciana. Por otro lado, también se colocaron carteles por distintos lugares de la Universidad Jaume I, la Universidad de Valencia y la Universidad Politécnica de Valencia, anunciando un tratamiento psicológico para superar acontecimientos estresantes o traumáticos. Finalmente, la muestra también se obtuvo en el Centro de Psicología Clínica PREVI con el que tiene firmados convenios de colaboración, tanto la Universidad de Valencia, la Universidad Jaume I y la Universidad Politécnica de Valencia.

Inicialmente, solicitaron ayuda 58 personas. Tras la evaluación fueron excluidas 8, 3 por padecer problemas con el alcohol, otros 3 presentaban trastornos de la personalidad grave y otros 2 trastorno facticio y ganancias secundarias claras por el problema. Abandonaron el tratamiento 11 personas, 6 en el caso de TEPT, 2 en el caso de DC y 3 en el caso de TA. Las razones para los abandonos fueron las siguientes:

- 1 caso por cambio de domicilio.
- 1 caso por un diagnóstico de cáncer que hizo que la persona decidiera posponer el tratamiento psicológico.
- 1 caso solicitó después de la evaluación un informe para un juicio por problemas familiares y una vez emitido, luego ya no acudió a las sesiones de tratamiento.
- 1 caso presentaba problemas importantes en el Eje V (familia muy desestructurada) y acudió a la primera sesión, luego abandonó el tratamiento.
- 1 paciente presentaba problemas graves de fibromialgia e indicó que, aunque estaba muy interesada, en esos momentos le resultaba imposible seguir el tratamiento.

- en los restantes casos se desconocen las razones del abandono.

La muestra total definitiva del estudio está formada por un total de 39 personas, con una edad que oscilaba entre 18 y 50 años ( $X = 30.85$ ,  $DT = 8.969$ ). En la Tabla 9 se pueden ver resumidas las características de la muestra.

TABLA 9: Características de la muestra

		EMMA	TRADICIONAL	TOTAL
<b>SEXO</b>	varones	6 (31.57%)	6(30%)	12
	mujeres	13 (68.43%)	14(70%)	27
<b>ESTADO CIVIL</b>	soltero	14 (73.68%)	10 (50%)	24
	casado	1 (5.26%)	9 (45%)	10
	separado	4 (21.06%)	1 (5%)	5
<b>NIVEL CULTURAL</b>	primarios	1 (5.26%)	5 (25%)	6
	medios	6 (31.57%)	5 (25%)	11
	universitarios	12 (63.27%)	10 (25%)	22
<b>EDAD</b>	N	19	20	
	Media	29,84	31,35	
	DT.	8,228	9,762	

La muestra total estaba compuesta por personas que cumplían criterios de tres diagnósticos diferentes, según el DSM-IV (APA, 1994): 10 sujetos cumplían criterios para el diagnóstico de TEPT, 16 sujetos para el diagnóstico de DC, y 13 sujetos para el diagnóstico de TA.

En todos los casos, se establecieron los siguientes **criterios de inclusión**:

- ◆ que la persona cumpliera los criterios de uno de los tres diagnósticos (TEPT, DP o TA)
- ◆ que su edad oscilara entre 18 y 65 años.
- ◆ en el caso de tomar medicación, que no aumentara la dosis o cambiara de medicación durante el estudio.

En cuanto a **criterios de exclusión** se establecieron los siguientes:

- ◆ diagnóstico de psicosis o trastorno grave de la personalidad
- ◆ padecer una enfermedad física grave e incapacitante
- ◆ abuso o dependencia de sustancias
- ◆ Trastornos facticios a claras ganancias secundarias por el problema (pe., baja laboral, incapacitación laboral, etc.)

Todos los participantes firmaron una hoja de consentimiento informado antes de empezar el tratamiento.

## **2.2. INSTRUMENTOS Y MEDIDAS DE EVALUACIÓN COMUNES A TODA LA MUESTRA.**

En el ANEXO 1 se puede encontrar una tabla resumen con el protocolo de evaluación completo. Todos los instrumentos que se describen a continuación se presentan en los ANEXOS.

### **2.2.1. MEDIDAS PRE- Y POST-TRATAMIENTO**

- **Entrevista de Admisión.** (ANEXO 2) Entrevista utilizada rutinariamente por el Servicio de Asistencia Psicológica de la Universidad Jaime I, en la que se recoge, principalmente, el motivo de consulta del paciente y el grado de interferencia. También permite rastrear la posible presencia de otros trastornos mentales (trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, adicciones, ideación suicida, etc.). Se realiza de forma individual y el tiempo de pase es de aproximadamente 40 minutos.
- **Escala de Miedo, Evitación y Creencia en pensamientos negativos** (Adaptación de las escalas de Mark y Mathews, 1979). (ANEXO 3) El paciente y el terapeuta establecen tres conductas objetivo o situaciones que el paciente evita a causa de su problema y que el paciente quiere superar una vez haya finalizado el tratamiento. El paciente valora según una escala de 0-10 el nivel de evitación (0 = “nunca evito” y 10 = “evito siempre”); y por otro lado puntúa según

una escala de 0-10 el grado de miedo (0 = “No existe miedo” y 10 = “Miedo extremo”).

Asimismo, el paciente y el terapeuta establecen tres pensamientos relacionados con el acontecimiento traumático que el paciente evita y evalúa el grado de miedo y de evitación usando la misma escala de 0-10. Por último, paciente y terapeuta especifican como conductas o situaciones objetivo a superar los pensamientos más catastróficos relacionados con el acontecimiento traumático. El grado de creencia en esos pensamientos se valora según una escala de 0% a 100% (0% = “no cree que el contenido de la creencia sea cierto” y 100% = “el pensamiento es totalmente cierto”).

- **Escala de Afecto Positivo y Negativo (*Positive and Negative Affect Scales, PANAS*)** (Watson, Clark y Tellegen, 1988). (ANEXO 4) Cuestionario de 20 ítems que mide dos dimensiones del afecto: positivo y negativo. El afecto positivo valora emociones desde entusiasmo y activación, hasta calma y serenidad; y el afecto negativo valora emociones desde malestar subjetivo y estado de activación excesivo (aversivo) hasta inactividad y letargo. Los ítems son valorados en una escala de 55 puntos con respecto a en que medida han sentido una lista de adjetivos que describen mejor su estado de ánimo en un específico marco de tiempo. Esta escala puede administrarse en 5 minutos y ofrece puntuaciones separadas para las dos subescalas. Diversos estudios han informado acerca de la alta consistencia interna y fiabilidad test-retest de la escala. (Watson *et al.*, 1988). Asimismo, existen varios estudios apoyan la estructura factorial del PANAS (Mackinnon *et al.*, 1999; Sandín *et al.*, 1999; Watson *et al.*, 1988). La media para la subescala de afecto positivo en una muestra normal es de 29.7 (DT= 7.9) y para la subescala de afecto negativo es de 14.8 (DT= 5.4).
- **Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory, BDI*)** (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) (ANEXO 5). Este instrumento incluye 21 ítems con 4 alternativas de respuesta ordenadas de menor a mayor intensidad. La persona debe señalar cual de las alternativas describe mejor sus sentimientos actualmente. Se puntúa de 0 a 3. La puntuación total posibilita establecer diversos rangos cuantitativos de depresión (Beck, Steer y Harbin, 1988): ausente o mínima (<10), entre leve y moderada (10-18), entre moderada y grave (19-29),



y grave (30-63). Este instrumento ha demostrado una adecuada fiabilidad y validez en población española (Sanz, y Vázquez, 1998).

- 
- **Escalas Analógico-visuales para medir diferentes emociones.** (ANEXO 6) Se incluyeron diferentes escalas analógico-visuales con el objetivo de medir la frecuencia y la intensidad de las emociones que los participantes habían sentido durante la semana anterior. Los participantes valoraban ansiedad, tristeza, ansiedad, relax, etc. siguiendo una escala de 0 a 10 puntos (0 = “nada” y 10 = “extremo”).
- **Escala de Adaptación** (Adaptación de la escala de Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). (ANEXO 7) Este instrumento valora el grado de interferencia que el problema ocasiona en las diferentes áreas de su vida (trabajo, vida social, tiempo libre, pareja, familia e interferencia global). Utiliza una escala de 0-8 (0 = “No interfiere” y 8 = “Interfiere gravemente”). Esta escala posee buenas propiedades psicométricas y es sensible a los efectos del tratamiento (Echeburúa et al., 2000).
- **Escala de interferencia/gravedad valorada por terapeuta** (Adaptación de la escala del ADIS-IV de Di Nardo, Brown y Barlow, 1994): (ANEXO 8) El terapeuta valora la interferencia y la gravedad global del paciente según una escala de 0 a 8 (0 = “No hay síntomas” y 8 = “Gravedad extrema”, e.d., todos los aspectos de su vida se ven afectados por el problema). Esta escala posee buenas propiedades psicométricas como se ha puesto de manifiesto en diversos trabajos de investigación (Di Nardo, Moras, Barlow, Rapee y Brown, 1993; Di Nardo, Brown y Barlow, 1994).
- **Inventario de expectativas/opinión acerca del tratamiento** (Adaptación de la escala de Borkovec y Nau, 1972). (ANEXO 9) Evalúa las expectativas en el tratamiento de los pacientes antes de empezar el mismo y sobre el grado de satisfacción con respecto al tratamiento finalizar el mismo. Las cuestiones son acerca de si les parece lógico el tratamiento, en qué medida se han sentido satisfechos con respecto al tratamiento, si el paciente le recomendaría el tratamiento a otra persona, si encuentra que puede resultar útil para tratar otros problemas, la utilidad para resolver su problema en concreto y en qué medida les

ha resultado aversivo. Los pacientes cumplimentan el mismo cuestionario al final del tratamiento con el objetivo de valorar el grado de satisfacción con respecto al tratamiento. En esta última escala también se les pregunta a los pacientes acerca del grado de utilidad, eficacia y satisfacción de cada uno de los componentes del tratamiento.

- **Cuestionario de Resiliencia** (Adaptación de la escala de Wagnild y Young, 1987). (ANEXO 10) Se trata de un instrumento compuesto por 25 ítems que mide la habilidad para hacer frente al cambio y a la adversidad, como característica de personalidad positiva, para favorecer la adaptación individual. Presenta un formato de respuesta tipo Likert de 7 puntos, de manera que las respuestas se gradúan de 1=Desacuerdo a 7=Acuerdo. La puntuación total del instrumento oscila por lo tanto entre 25 y 175 (las puntuaciones más altas reflejan mayor resiliencia). La escala posee una buena consistencia interna y propiedades psicométricas (Wagnild y Young, 1990).
- **Cuestionario de Autoeficacia.** Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs, y Rogers (1982). (ANEXO 11) Esta escala evalúa la competencia personal para abordar con eficacia una variedad de situaciones estresantes. Está compuesta por 12 ítems que miden distintos aspectos de la competencia personal, como la iniciativa, el esfuerzo y la persistencia. El formato de respuesta es tipo Likert con 5 opciones de respuesta, siendo 0= Nunca me ocurre y 4= Siempre me ocurre.

## 2.2.2. MEDIDAS SEMANALES

- **Evaluación semanal valorada por el paciente y terapeuta** (Adaptación de las escalas de Di Nardo, Brown y Barlow, 1994; Guy, 1976 y Marks y Mathews, 1979): (ANEXO 12) Los pacientes cumplimentaban una evaluación semanal que se realizaba al inicio de cada sesión e incluía las siguientes medidas:
  - “Escala de miedo y evitación, pensamientos catastróficos”;
  - “Escala analógico-visual para medir distintas emociones (ansiedad, tristeza, ira, relax).

El terapeuta, al finalizar la sesión también realizaba una evaluación semanal del paciente cumplimentando:

- Interferencia/gravedad valorada por el terapeuta
- **Escala de mejoría valorada por el terapeuta.** (Improvement Scale, Therapist (IST)) (Adaptada de Guy, 1976): (ANEXO 13) El terapeuta valoraba semanalmente, en el inicio de cada sesión, la mejoría del paciente con respecto al inicio del tratamiento en una escala simétrica de 7 puntos, donde 1 es “Mucho mejor”, 2 es “Moderadamente mejor”, 3 es “Un poco mejor”, 4 es “Sin cambios”, 5 es “Un poco peor”, 6 es “Moderadamente peor” y 7 es “Mucho peor”.
- **Escala de mejoría valorada por el paciente.** (Improvement Scale, Patient , ISP) (Adaptada de Guy, 1976): (ANEXO 13) El paciente valoraba, en el inicio de cada sesión, su propia mejoría con respecto al inicio del tratamiento en una escala simétrica de 7 puntos, donde 1 es “Mucho mejor”, 2 es “Moderadamente mejor”, 3 es “Un poco mejor”, 4 es “Sin cambios”, 5 es “Un poco peor”, 6 es “Moderadamente peor” y 7 es “Mucho peor”.
- **Evaluación en sesión: evaluación previa, registro durante la aplicación de la técnica y evaluación posterior a la sesión** (diseñado específicamente para este estudio). (ANEXO 12) Este instrumento incluye la evaluación de distintas emociones (positivas y negativas) que el paciente ha experimentado a lo largo de la semana. También se mide el grado en que el paciente está procesando y aceptando el acontecimiento traumático, y el grado de miedo (u otra emoción), evitación y creencia en los pensamientos negativos. Por último, incluye un registro para cumplimentarlo a lo largo de la sesión, donde se pregunta al paciente por la intensidad de las emociones que experimenta a lo largo de la sesión de exposición,

## 2.3. INSTRUMENTOS Y MEDIDAS DE EVALUACIÓN ESPECÍFICOS PARA CADA GRUPO DIAGNÓSTICO.

### 2.3.1. TRASTORNO POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO

- **Escala de Trastorno de Estrés Postraumático administrada por el clínico (*Clinician-Administered PTSD Scale, CAPS*)** (Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Klauminzer, Charney, 1990; Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Gusman, Charney y Keane, 1995). (*ANEXO 15*) Esta entrevista valora si ha habido acontecimientos traumáticos en la vida de la persona, los síntomas asociados a esos eventos y permite determinar el diagnóstico de TEPT según los criterios del DSM-IV. Incluye una lista de posibles eventos traumáticos y, de esta lista, el paciente puede elegir los tres acontecimientos más traumáticos que le han sucedido a lo largo de su vida. Se pide una descripción tanto del acontecimiento como de su respuesta emocional. El CAPS incluye 17 ítems, valorados en una escala de 5 puntos que mide frecuencia e intensidad, que se corresponden con los 17 síntomas incluidos en los criterios para el TEPT del DSM-IV. También se incluyen otros ítems para establecer el inicio y la duración del problema, y el malestar y la interferencia en el funcionamiento general. El CAPS permite al evaluador realizar una valoración global de la gravedad del TEPT, de la mejoría desde la evaluación previa y de la validez de las respuestas. Por último, este instrumento también valora características asociadas al TEPT, como el sentimiento de culpabilidad y los síntomas disociativos. La aplicación del CAPS suele requerir como media entre 45 y 60 minutos. Este instrumento ofrece una puntuación total así como una valoración dicotómica de la presencia o ausencia de TEPT. Diferentes estudios han demostrado que posee alta fiabilidad (consistencia interna y fiabilidad interjueces) (i.e., Blake *et al.*, 1990; King y Litz, 1994) y validez convergente (Blake *et al.*, 1990; King, Leskin, King y Weather, 1998, Weathers y Litz, 1994). También han presentado informes sobre la sensibilidad del tratamiento (Frueh, Turner, Beidel, Mirabella y Jones, 1996, Thompson, Charlton, Kerry y Lee, 1995). La puntuación media para una muestra clínica en el CAPS es de 45.9 (DT= 29.1) (Blanchard, Jones-Alexander, Buckley y Forneris, 1996).

- **Escala de Trauma de Davidson (*Davidson Trauma Scale, DTS*)** (Davidson et al., 1997). (*ANEXO 15*) Es una escala de autoinforme que valora la frecuencia y gravedad de los síntomas más característicos del TEPT. Los 17 ítems se corresponden con los síntomas incluidos en los criterios B y D para el TEPT del DSM-IV (APA, 1994, 2000): reexperimentación de los síntomas, evitación (de las sensaciones internas, pensamientos, recuerdos y de las situaciones) y síntomas de hiperactivación. El entrevistado valora según una escala de 5 puntos. Se puede administrar en unos 10 minutos. La DTS ofrece una puntuación total y también subescalas que valoran la frecuencia y gravedad de los clusters de síntomas principales. Diversos estudios han mostrado sus buenas propiedades psicométricas: fiabilidad (consistencia interna, fiabilidad test-retest) y validez (validez convergente, sensibilidad al tratamiento) (Davidson et al., 1997; Zlotnick, Davidson, Shea y Pearlstein, 1996). La puntuación media para una muestra clínica es de 15.5 (DT= 13.8) (Davidson et al., 1997).
- **Inventario de Cogniciones Postraumáticas (*Posttraumatic Cognitions Inventory, PTCI*)** (Foa, Ehlers, Clark, Tolin y Orsillo, 1999). (*ANEXO 16*) Consta de 36 ítems que evalúan pensamientos y creencias relacionadas con el acontecimiento traumático. Se incluyen 3 agrupaciones: cogniciones negativas hacia uno mismo, cogniciones negativas acerca del mundo y cogniciones negativas de culpa. Los ítems se responden en una escala de 7 puntos que va desde “completamente de acuerdo” hasta “completamente en desacuerdo”. Este cuestionario puede administrarse en unos 10 minutos. Se obtiene una puntuación total y una para cada una de las tres subescalas. El PTCI ofrece una buena consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez convergente (Foa et al., 1999). Además, los análisis factoriales han confirmado la estructura de los tres factores (Foa et al, 1999). La puntuación media para una muestra de personas con TEPT es de 133 (DT= 44.17).

### 2.3.2. DUELO COMPLICADO

- **Inventario de Duelo Complicado** (Inventory of Complicated Grief ICG) (Prigerson et al., 1995). (*ANEXO 17*) Este inventario consta de 19 ítems, valorados en una escala de 5 puntos que van desde 0 (“Nunca”) a 4

(“Siempre”). Esta escala valora el grado en que la persona se ha adaptado al duelo o éste sigue interfiriendo en su vida. Los análisis exploratorios del inventario han mostrado una alta consistencia interna, fiabilidad test-retest así como una alta validez convergente y de criterio. Además, se ha encontrado asociación entre las puntuaciones obtenidas en el ICG con la severidad de los síntomas depresivos, junto con otras medidas de distrés emocional. Todo ello proporciona un instrumento adecuado para evaluar los síntomas del duelo complicado (Prigerson et al., 1995).

### **2.3.3. TRASTORNOS ADAPTATIVOS**

- **Inventario de Pérdida (Adaptado de Prigerson et al., 1995).** (ANEXO 18) Para valorar en qué medida la persona se adaptó a la situación estresante, y en qué medida sigue interfiriendo en su vida, se realizó una adaptación del Inventario de Duelo Complicado. Esta adaptación mantenía las 19 preguntas y respuestas de 5 puntos (de 0 a 4) del inventario original, con la única excepción que cada vez que se preguntaba por la pérdida, se sustituía este nombre por el de situación estresante.

## **2.4. PROCEDIMIENTO**

Se concertó una primera entrevista con las personas que llamaron interesándose por el programa. En dicha entrevista, además de comprobar si se cumplían los criterios de inclusión y de exclusión, los psicólogos les explicaban sucintamente el protocolo de evaluación y de tratamiento, para comprobar si estaban conformes, tanto con el proceso como con las condiciones del mismo. Todos los participantes que decidieron implicarse en el programa firmaron la “Hoja de Consentimiento”, en la cual se comprometían a cumplimentar los cuestionarios que se les fueran administrando y daban su consentimiento para que los datos que se derivaran de los cuestionarios pudieran ser utilizados para una investigación, quedando claro por supuesto, que este material era confidencial.

Con respecto a la evaluación, el pretest incluía dos sesiones de evaluación a lo largo de dos semanas consecutivas, llevadas a cabo por los psicólogos del Servicio de Asistencia Psicológica de la UJI o del Centro Clínico de Psicología PREVI. Los participantes se asignaban al azar a cada una de las dos condiciones experimentales (“tratamiento tradicional” *versus* “tratamiento EMMA”). Asimismo, se establecieron cuatro momentos de evaluación, en los cuales se obtenía información sobre las variables clínicas objeto de estudio: antes del tratamiento, después del tratamiento y en 2 periodos de seguimiento (3 y 6 meses).

La duración total del tratamiento era de aproximadamente 9 sesiones de tratamiento con una periodicidad semanal para el TEPT y para el DC (3 de psicoeducación, 5 de exposición en imaginación/re-estructuración de la pérdida y 1 de prevención de recaídas) (más adelante se describen estos componentes). En el caso del tratamiento para los TA, la duración era aproximadamente de 6 sesiones con una periodicidad semanal (1 de psicoeducación, 4 de exposición y 1 de prevención de recaídas). Las sesiones de exposición tenían una duración aproximada de una hora y media o dos horas. En todos los casos, y por motivos éticos, a las personas que lo requerían se daba la posibilidad de alargar el tratamiento durante 3 semanas más para el TEPT y el DC y 2 semanas más para los TA, hasta lograr superar todas las conductas objetivo del tratamiento.

Tanto en la evaluación como en el tratamiento, participaron un total de 10 terapeutas. Todos ellos tienen una amplia experiencia en los programas de tratamiento de orientación cognitiva comportamental. Los terapeutas procedían del Servicio de Asistencia Psicológica de la Universitat Jaume I y del Centro Clínico de Psicología Previ.

## **2.5. EL AMBIENTE VIRTUAL: EL MUNDO DE EMMA**

En este apartado describiremos el escenario virtual que hemos denominado el Mundo de Emma y aspectos básicos de la forma en que se utiliza.

### **2.5.1. DESCRIPCIÓN: ELEMENTOS DEL AMBIENTE VIRTUAL.**

El entorno virtual el Mundo de EMMA ha sido construido con dos propósitos principales de cara a su uso en la clínica:

- Inducir y amplificar estados emocionales en los pacientes.
- Ofrecer un sistema de representación visual y auditivo de conceptos, ideas o recuerdos para paciente

A continuación explicaremos todos los elementos incluidos dentro de este entorno virtual y sus funciones. Existen dos elementos principales dentro del entorno. Por una parte, una estructura arquitectónica que hemos denominado la “habitación de EMMA” y el paisaje que rodea a esta estructura. Ambos cambian en función de las modificaciones introducidas por el terapeuta (atendiendo a las necesidades/ preferencias del paciente) desde su cuadro de mandos. Este cuadro de mandos recibe el nombre de Interfaz del Usuario (Graphic User Interface (GUI)).

#### *a) La habitación de EMMA*

Como acabamos de señalar, la habitación de EMMA es una estructura arquitectónica compuesta por una base circular sobre la que se eleva una cúpula también circular sostenida por columnas que, a su vez, están reforzadas por contrafuertes (ver Figura 2). La habitación de Emma no tiene paredes, por lo que desde su interior el usuario contempla todo el tiempo el paisaje que le rodea.

La habitación de EMMA contiene los siguientes elementos:

- La base de datos
- Las peanas
- El inventario
- El procesador emocional
- El libro de la vida
- Balcón de descarga emocional



Figura 2: La habitación de EMMA



#### **- La base de datos**

La base de datos es un panel que la persona tiene a su disposición en la habitación de EMMA. La data base contiene todos los elementos que pueden ser utilizados en la terapia (ver Figura 3). Esto no quiere decir que se tengan que utilizar todos, sino esta variabilidad permite adaptarla a las diferentes características de los pacientes. Es importante tener en cuenta que la base de datos está al servicio del terapeuta y del paciente como herramienta psicológica, no constituyendo un fin por sí misma. Desde el momento de la evaluación, el terapeuta y el paciente conocen los objetos que se incluyen en la base de datos y las categorías que contienen, pudiendo así añadir en cualquier momento otros elementos que tengan importancia para el sujeto.

Como hemos mencionado, la utilización eficaz de los objetos conlleva la exposición a de la persona a objetos evitados o “no elaborados” en su vida real. La estrategia de exposición tiene entre sus objetivos paliar la perturbación emocional que esos símbolos le ocasionan a la persona, para así llegar a la plena aceptación de los sentimientos y emociones. Este proceso va muy ligado a la reestructuración cognitiva por parte del paciente al tener la oportunidad de exponerse a los elementos que temían y poder cambiar su significado. Asimismo, en este proceso el terapeuta hace uso de técnicas que optimicen su utilización, como por ejemplo, se utilizan analogías, metáforas y preguntas socráticas, etc. mientras se está llevando a cabo la

exposición a los elementos perturbadores. Es importante mencionar que la terapia requiere de un determinado grado de directividad, ya que se busca, sobre todo, encauzar al sujeto a los objetivos terapéuticos - mediante el manejo de elementos - más allá de la fascinación inicial que éste pudiera tener ante la utilización de una técnica novedosa y atractiva.

Figura 3: la base de datos



- *Los objetos* que contiene la base de datos susceptibles de ser usados en terapia se dividen en varias categorías (ver Tabla 10). Son objetos realizados en 3D, aparecen en la base de datos siguiendo un orden alfabético, pero aquí los dividiremos en categorías descriptivas para una mejor comprensión. Su uso es totalmente personalizado dependiendo de las necesidades/preferencias del paciente, no habiendo categorizaciones *a priori* por emociones.
- *Los sonidos y las músicas*: En función del contenido que se quiera trabajar en cada sesión con el paciente y de las preferencias/necesidades de éste, se puede seleccionar distintos tipos de música entre las siguientes categorías: Alegría, tristeza, ansiedad, neutra.
- *Las fotos*: Del mismo modo que en el apartado anterior, en función del contenido que se quiere abordar en la sesión y de las preferencias/necesidades del paciente, se pueden escoger entre diferentes tipos de fotografías que simbolizen la emoción que se quiera abordar en cada momento del proceso. Las fotografías disponibles han sido seleccionadas de la base de datos de IAPS (Lang, Bradley,

y Cuthbert, 2005), pero es posible introducir también en el sistema de realidad virtual cualquier fotografía relevante de su vida real que desee el paciente se trabaje en sesión.

***TABLA 10: Objetos que contiene la base de datos de El Mundo de Emma.***

<i>Personas y objetos animados</i>	<i>Medios de transporte y bienes patrimoniales</i>	<i>Utensilios de lucha, defensa u opresión</i>	<i>Otros objetos</i>
Anciana Anciano Ángel Bebé Boda Hombre Mujer Niño Niña	Avión Carro Casa Coche antiguo Coche moderno Cohete	Cadena Jaula Escudo Espada Nudo Punch	Antifaz Ataúd Bastón Corona laurel Cráneo Cruce Diana Diploma Espejo Espiga Faro Gafas Libro Llave Maletín Margarita Oso Regalo Reloj

- *Los colores:* Con el objetivo de poder “colorear” cada sesión, se dispone de una gama de colores con la que se puede dar un tono “emocional de color” a los distintos escenarios.

- *Los lemas de terapia:* Por último, el escenario de El Mundo de EMMA dispone de diferentes lemas o proverbios que pretenden concretar o sintetizar lo aprendido en las distintas sesiones del tratamiento. Se trata de pequeños fragmentos de sabiduría popular, citas, proverbios pensados para ayudar al paciente y éste puede escoger para sintetizar o esquematizar lo que ha aprendido en la terapia.

### **- Las peanas**

Una vez escogidos los elementos de la base de datos con los que se va a trabajar en la sesión de tratamiento, la persona se dirige a las peanas para colocarlos. Las peanas son como “soportes” donde se colocan los elementos o la combinación de

elementos que ha elegido el paciente (p.ej., un objeto, una música, un color y una fotografía) para componer un conjunto más complejo como un “pastiche” que resulte representativo de algún aspecto crítico de la vida del paciente. Se pueden representar, tanto personas del entorno del paciente como situaciones, miedos, ideas o recuerdos. Para representarlos, el paciente con la ayuda del terapeuta se puede servir de los distintos tipos de elementos incluidos en la base de datos (personas, objetos, medios de transporte, utensilios de lucha, premios y recompensas, fotografías, etc.).

### **- El Inventario.**

En la parte superior de la pantalla de la base de datos existe un inventario en el que se pueden ver los distintos elementos que la persona ha seleccionado. El inventario consiste en un pequeño visor en el que se pueden visualizar hasta cuatro de los elementos seleccionados. Cuando el paciente elige un elemento cualquiera y pincha sobre él, éste aparece en el inventario para que lo pueda llevar a dónde quiera. De este modo, se puede transportar un objeto de la base de datos a una penna, y de allí llevarlo al libro de la vida para almacenarlo.

### **- El libro de la vida**

El libro de la vida es uno de los elementos más importantes del entorno el Mundo de EMMA (ver Figura 4). Como hemos comentado, su propósito es ayudar al paciente a recordar, analizar y elaborar los acontecimientos significativos que le han sucedido en relación al acontecimiento perturbador. De esta forma, se da la oportunidad de reelaborar significados alternativos para finalmente, poder aceptar y guardar esos nuevos pensamientos, sentimientos y emociones.

En el libro de la vida, el paciente puede ir almacenando los elementos que va procesando/elaborando en terapia. Puede organizarlo por capítulos o de cualquier otra forma que desee (por ejemplo, una historia que sólo tiene un capítulo), cada capítulo está formado por una doble página del libro y caben hasta 18 elementos. El paciente puede poner un título a cada capítulo y modificar el orden de los elementos dentro de un capítulo siempre que se desee.

Figura 4: EL libro de la vida



#### **- El Procesador Emocional**

El procesador es un elemento que permite desechar elementos emocionales que ya no resultan útiles (ver Figura 5). Para ello basta con clicar sobre una pequeña tapadera que hay en el escenario, frente a la escalera que permite salir del templo. De este modo, aparece un dispositivo sobre el que se puede depositar el objeto cuyo antiguo significado emocional se va a desechar.

Figura 5: EL procesador emocional



Es muy importante que el terapeuta explique que lo que se ha depositado ahí es una experiencia dolorosa que no se destruye, simplemente se ha cambiado el significado de ésta. Es decir, el procesador ayuda a ver la transformación que se ha

producido. Claramente, la situación que, en su momento, ocurrió va a estar siempre ahí en la historia vital de la persona, lo que ha variado es el significado otorgado a la dicha situación y ese “antiguo significado perturbador” ya no es necesario, se ha superado. La idea de fondo es “nada se crea, ni se destruye sólo se transforma”.

### **- Balcón de descarga emocional**

Existe un balcón en el la Habitación de Emma que permite una amplia visión del paisaje. En el balcón hay 3 peanas (ver Figura 6). Estas peanas permiten modular simplemente con la voz distintos aspectos de los objetos. En concreto, la persona puede modificar con su voz dos características de los objetos:

- Tamaño. La persona puede hacer el objeto que ha seleccionado más grande o más pequeño en función de la intensidad con la que hable, eleve la voz o incluso grite.
- Transparencia. Asimismo, puede modificar el objeto y hacerlo más y más transparente hasta que éste a desaparecer.

Estos cambios se producen cuando la persona eleva su tono voz. Para ello disponemos de un micrófono conectado al ordenador. Se trata de que el paciente a través del micrófono pueda utilizar el tono de voz que desee para hablar de un determinado acontecimiento, persona u objeto. Se le da la libertad de utilizar el tono de voz que desee gritar, incluso puede llegar a elevar tanto la voz que su expresión sean verdaderos gritos. Se trata de que el paciente compruebe que tiene permiso para esas posibles descargas emocionales y que las puede llevar a cabo en otros momentos de su vida. Aquí está protegido por las paredes del laboratorio, pero puede encontrar otros lugares para ello si así lo desea. El objetivo es que aprenda que una descarga emocional es posible De nuevo el terapeuta ajusta la intensidad de la emoción a través de la barra correspondiente. Cuanto más elevado es el tono de voz del paciente por el micrófono, más se deformará el objeto seleccionado (p.ej. inicialmente el objeto, la situación problema pueden ser muy grandes y al final convertirse en un simple punto, difuminarse de forma sustancial o llegar a desaparecer).

Figura 6: EL balcón de descarga emocional



### **- La interfaz del usuario:**

El terapeuta dispone de un interfaz que le permite introducir varios cambios en el entorno de El Mundo de EMMA. En principio, hemos creado cinco ambientes para facilitar la inducción de las emociones, alegría, tristeza, ira, ansiedad y relax. El terapeuta decide en cada momento del proceso de tratamiento en qué escenario situar al paciente, en función de la emoción que se quiera trabajar en cada una de las sesiones. Además, se pueden modificar aspectos relativos a la hora del día y se pueden introducir determinados fenómenos atmosféricos en cada escenario. Como hemos comentado anteriormente, se utiliza toda esta serie de herramientas no sólo como posibilidades que ayuden a inducir una determinada emoción, sino también como de reflejo de las emociones que el paciente pueda experimentar en cada momento durante el proceso de terapia. Por ejemplo, si el paciente pasa de una emoción como la tristeza a la tranquilidad y la paz, podemos reflejar este cambio emocional en el escenario. En este caso, podríamos pasar de un escenario con mal tiempo, una tarde de lluvia, con el cielo muy gris y una música triste a una noche (o día) más tranquila, el cielo despejado y una música neutra. De esta forma, el escenario y sus diferentes moduladores nos permiten adaptarnos a la emoción que esté sintiendo el paciente en cada momento del proceso y nos ayudan por tanto a reflejar dichas emociones utilizando el entorno virtual para intentar aumentar la empatía con el paciente. Esto es, no sólo el terapeuta sino todo el sistema está ahí para escuchar, entender, comprender etc., al paciente y se le hace llegar el importante mensaje acerca de que esa comprensión se ha producido.

## *b) Los Entornos de EMMA*

Como hemos comentado, el Mundo de EMMA está ideado para que la persona pueda expresar sus emociones, representarlas y facilitar su procesamiento emocional. Para conseguir estos objetivos contamos con la ayuda de cinco entornos o paisajes diferentes (ver Figura 7), cada uno de los cuales se ha diseñado para simbolizar cinco emociones básicas: la alegría, representada por el paisaje del prado (1); la tristeza, representada por el paisaje de la nieve (2); la ira, representada por el paisaje del desierto (3); la tranquilidad o el relax, representada por el paisaje de la playa (4) y por último, la ansiedad, representada por el paisaje del bosque oscuro (5). Respecto a este punto conviene señalar que a medida que hemos ido aplicando el sistema, hemos comprobado que para cada persona cada entorno puede representar distintas emociones, para una persona el desierto también puede representar paz y para otra persona la nieve puede ser un entorno excelente asociado a alegría y a tranquilidad. Por ello, tenemos buen cuidado de preguntar a cada paciente para individualizar al máximo las preferencias y obtener de ese modo el máximo rendimiento de cada entorno.

*Figura 7: Los entornos del mundo de EMMA*





- *El Prado*: El paisaje del prado representa la emoción de alegría. En éste paisaje la persona puede observar un prado de hierba verde, flores, árboles frondosos y rocas. Además, se pueden escuchar sonido de pájaros o de la hierba al caminar, también puede ver mariposas volando. Incluso, la persona puede desplazarse hasta un montículo vallado (mirador) dónde tendrá la posibilidad de observar el valle que le rodea.
- *Paisaje Nevado*: El paisaje nevado representa la emoción de tristeza. En este paisaje todo está cubierto de nieve. La persona puede oír el sonido de la nieve al caminar, observar la tierra, los árboles y también las rocas. Entre la nieve puede apreciarse un camino y también una parada de bus hecha con madera que permite cobijarse de la nieve.
- *El Desierto*: Es un paisaje de colores rojizos totalmente desértico que representa la emoción de ira. La persona puede desplazarse por el paisaje a través de arena y también de rocas oyendo sus pisadas y puede llegar hasta un precipicio.
- *La Playa*: El paisaje de la playa representa la emoción de tranquilidad o relax. En la playa el usuario puede contemplar el mar, las olas que rompen en la orilla, un velero en el horizonte, las gaviotas, palmeras tropicales etc. También existe una zona de descanso preparada con dos hamacas, una sombrilla y una mesita dónde hay un farolillo y un libro. Acompañan al paisaje sonidos de pájaros, las olas del mar y las pisadas sobre la arena.
- *El Bosque Oscuro*: La emoción de ansiedad está representada por un bosque oscuro. Para poder producir los efectos de este entorno, cuando el terapeuta lo considere oportuno, puede hacer que las zarzas del bosque vayan ganando terreno aproximándose cada vez más al paciente. Las zarzas se desplazan por el suelo y por las columnas cubriéndolo todo. El paciente cada vez está más cercado entre las zarzas del bosque, hasta llegar a verse completamente atrapado por ellas. Con éste efecto se pretende representar e incluso incrementar el grado de ansiedad de la persona. Creando así una agobiante sensación de desbordamiento en el paciente. También puede observarse la sombra de una figura que pasa entre las ramas del bosque, la figura oculta entre las zarzas puede ser un elemento amenazante para el usuario.

## **- Cambios Atmosféricos**

- *Viento*: El objetivo es que aparezca el viento dentro del escenario seleccionado. Lo regula el terapeuta mediante un control de la intensidad desde la interfaz de usuario que maneja el terapeuta. El sistema es muy sencillo, cuanto más se lleve la flecha a la derecha mayor sonido de viento habrá en el escenario. Otra utilidad es que se puede regular la velocidad de las nubes, al regular mayor intensidad el viento, las nubes del escenario irán más rápido.
- *Lluvia*: El objetivo es que aparezca la lluvia dentro del entorno. Del mismo modo se puede regular la intensidad de la lluvia con el control que proporciona la interfaz de usuario. De nuevo, cuanto más se lleve la flecha hacia la derecha mayor intensidad de lluvia caerá.
- *Tormenta*: El terapeuta puede provocar que aparezcan tormentas con truenos y relámpagos. De la misma forma, se puede ir regulando la intensidad, para aumentar un mayor o menor grado de tormenta.
- *Terremoto*: Se trata de realizar un movimiento en el entorno, simulando un terremoto. Nuevamente, la intensidad del terremoto se puede regular por medio de la interfaz de usuario. El efecto puede ser una simple sacudida o llegar a un importante terremoto.
- *Niebla*: Al seleccionar este elemento atmosférico irá apareciendo niebla dentro del entorno. Como en los restantes casos, la intensidad de la niebla está controlada por el terapeuta.
- *Zarza*: Este elemento sólo se utiliza en el bosque (entorno ansioso), el objetivo es que aparezca en el ambiente una enredadera de zarza cuya intensidad puede de nuevo puede ser regulada por el terapeuta.
- *Nieve*: El objetivo es que aparezca nieve dentro del escenario, como en el resto de efectos especiales, su intensidad puede ser regulada por el terapeuta, cuanto más se lleve la flecha hacia la derecha mayor intensidad de nieve caerá en el escenario.
- *Arco iris*: Se introduce un arco iris en el cielo. La intensidad de los colores se puede regular por parte del terapeuta simplemente con la barra de control, como en el resto de efectos especiales.

Figura 8: Ejemplo de cambios climáticos



#### **- Hora**

El objetivo de este control es marcar la hora del día o de la noche que se desee para el entorno. El rango va desde las 00 hasta las 23.59. Al cambiar la hora del día, se va cambiando la intensidad del color del ambiente, simulando las diferentes horas del día o de la noche. El terapeuta puede elegir la hora del día en el entorno, es decir, puede decidir si quiere que amanezca o anochezca provocando los oportunos cambios en la luz, las nubes, los colores, el cielo, etc. Asimismo, puede realizar estos cambios de forma más o menos rápida, dando la sensación de que el tiempo pasa rápidamente intentando así facilitar la recuperación del paciente (p.ej. el verano próximo podré hacer esto y esto...) o se endentece, intentado mostrar profunda comprensión acerca de cómo se siente el usuario mientras atraviesa toda esta situación problemática. Por otro lado, también puede utilizar estos cambios para dar un determinado significado a una experiencia emocional, por ejemplo, “estoy angustiado y todo se oscurece a mi alrededor”, “estoy aceptando lo que me sucede, y amanece un nuevo día, etc.

#### **- Velocidad**

El objetivo de éste elemento es marcar la velocidad a la que se desee que pase el ritmo del día o de la noche. Lo regula el terapeuta mediante un control de la intensidad desde su ordenador. Su utilidad está ya descrita en el apartado anterior.

En resumen, los diferentes objetos 3D, los sonidos, los colores, las luces, las imágenes, los símbolos, los escenarios, etc... todos ellos son diseñados para reflejar el estado de ánimo de los pacientes de manera que se le ayude a la persona a confrontar, aceptar y manejar las emociones y las experiencias que han tenido previamente en sus vidas y que ahora se trabajan en un ambiente virtual y en un contexto terapéutico. Diversas imágenes de El Mundo de EMMA están disponibles en la página <http://www.emma.upv.es> .

## **2.5.2. DESCRIPCIÓN DEL SOFTWARE Y HARDWARE DEL MUNDO DE EMMA**

Para utilizar el entorno virtual de EMMA se requieren dos PCs<sup>5</sup>, una gran pantalla en la que se proyecta el escenario en cuestión (5 mm grosor, en soporte de aluminio 2,50 x 1,80 metros), dos proyectores (Videoprojector SVGA, 1500 lúmens), un mando sin cable (*pad wireless*) y un sistema de altavoces (Altavoces 2.1. 40W). (ver Figura 9) Estos sistemas se colocaron en una habitación con unas dimensiones de 5 X 9 metros, acondicionada para disminuir al máximo la entrada de luz de manera que esto permitiera una mayor inmersión en el sistema. Las ventanas estaban completamente cubiertas con dos capas de cortinas (una primera capa opaca y una segunda capa negra, para evitar reflejos). El suelo estaba acondicionado con un vinílico negro.

Como acabamos de indicar, el sistema está compuesto por dos PC: en uno de ellos se ejecuta el *software* y desde el otro el terapeuta puede realizar cambios en tiempo real en el entorno virtual, mediante un sencillo interfaz de usuario. Los dos PC se comunican entre ellos mediante protocolo TCP/IP. El *software* empleado para desarrollar la aplicación es *Brainstorm eStudio*, un *software* europeo que se comercializa a nivel mundial. Hasta ahora, esto ha sido utilizado en su mayoría para *sets* virtuales de televisión. Con el proyecto EMMA, nuestro grupo de investigación en España ha sido el primero en usarlo para aplicaciones de realidad virtual. El PC

---

<sup>5</sup> PC 1. Pentium IV 3 GHz. 1 GB Ram. 60 GB. NVIDIA GeForce FX 5500.

Lan 10/100. Tarjeta de sonido integrada 7.1

PC2: Pentium II 400 Hz. 256 Ram. 20 GB. Lan 10/100

que soporta el *software* de entornos virtuales posee una tarjeta gráfica con dos salidas, una de ellas está dedicada a un videoprojector que es usado para proyectar las imágenes sobre una pantalla de metacrilato de 2,50 x 1,80 metros, situada en mitad de la habitación. La interacción se realiza mediante un *Pad wireless* situado en la parte opuesta de la habitación, que el paciente utiliza para navegar por el entorno. El sistema de sonidos está compuesto por varios altavoces distribuidos en la habitación.

Figura 9: Requisitos técnicos



Pantalla grande retro-proyectada



El dispositivo de interacción es un joystick sin cable

La persona no utiliza HMD



### 2.5.3. EL MODO DE APLICACIÓN BÁSICO DE EL MUNDO DE EMMA

En primer lugar, se les explica a los pacientes que, además del terapeuta, todo el sistema les va a acompañar, apoyar y guiar a lo largo todo el proceso. Se les indica que el Mundo de Emma es un lugar en el que van a poder expresar los problemas, todo el sistema está pensado para ayudarles, apoyarles y orientarles. Asimismo, le presentamos el sistema como un lugar donde puede detenerse, descansar y pensar,

en ese lugar nadie va a observarlos ni presionarlos, un lugar en el que pueden sentirse libre a la hora de expresar sus pensamientos y sus emociones.

En segundo lugar, una vez la persona se sumerge en los escenarios, observará cómo sus emociones van a tener un efecto sobre todo lo que le rodea. Para ello, utilizamos distintos elementos virtuales que van a simbolizar el acontecimiento perturbador. Como ya se ha señalado, el terapeuta controla el sistema. Asimismo, el terapeuta le pide al paciente que relate sus recuerdos sobre la experiencia perturbadora en tiempo presente y con el mayor grado de detalle, como si estuviera sucediendo en ese momento. El terapeuta hará que los sentimientos que manifiesta el paciente se “reflejen” por medio del ambiente virtual y a medida que sus sentimientos van cambiando, el terapeuta los va modificando también en el ambiente virtual.

En la primera sesión, atendiendo a las preferencias del paciente, se selecciona un ambiente que represente su emoción básica. Por ejemplo, la ansiedad puede representarse en el bosque oscuro y enmarañado, del que no se puede salir, es de noche y sopla el viento, (esto cambiará según el paciente). Cada cierto tiempo, mientras está reviviendo el suceso, se le pregunta al paciente por su nivel de ansiedad u otras emociones, tanto positivas como negativas, según la escala de 0 a 100 (USA). Donde 0 significa que no hay ansiedad y 100 significa un nivel de ansiedad/tristeza/miedo/esperanza/paz etc. muy elevado. Como hemos dicho, a medida que sus emociones van variando, el escenario refleja esos cambios (por ejemplo, el viento cesa, se hace de día, o puede empezar o finalizar una tormenta, etc.). El propósito es que todo el contexto refleje las emociones que está experimentando el paciente.

Los elementos seleccionados que se eligen y se han trabajado en sesión se guardan en El Libro de la Vida. Se intenta que El Libro de la Vida ponga orden en la vida del paciente y le ayude a ver cómo se van resolviendo los problemas emocionales y comportamentales que experimenta el paciente a medida que el la confrontación con los elementos perturbadores de las situaciones/contextos problema se van a frontando y progresa el procesamiento emocional. Todos estos avances quedan reflejados y almacenados en El Libro de la Vida.

A lo largo del proceso de terapia y a medida que lo puede necesitar el paciente se utilizan distintos símbolos (ya sea que estén contenidos en el sistema, o que pueda traer de su casa el propio paciente). También se puede recurrir, dependiendo a las necesidades de cada paciente, a los distintos efectos especiales permitidos por el sistema o a los distintos escenarios. Lo mismo cabe señalar respecto al lugar de descarga emocional y al procesador emocional. Son recursos que se utilizarán en mayor o menor medida, siempre dependiendo de las necesidades del paciente y a partir del juicio clínico del terapeuta.

## **2.6. TRATAMIENTOS**

Como ya se ha comentado, se aplicaron dos condiciones de tratamiento: uno utilizando las estrategias terapéuticas tradicionales (“condición tradicional”, y otro apoyándose en el uso de las nuevas tecnologías (“condición EMMA). En el caso de la condición “tradicional”, para cada uno de los tres trastornos se eligió el mejor protocolo de tratamiento publicado hasta el momento, mejor en el sentido de contar con un mayor apoyo empírico. Para la condición “EMMA”, estos mismos tratamientos se adaptaban para ser administrados apoyándose en el uso de las nuevas tecnologías (Realidad Virtual).

Aunque el protocolo de tratamiento seguía una estructura similar para los tres trastornos, existían también diferencias importantes en el programa específico de cada problema, con el propósito de atender mejor las especificidades de cada uno de ellos. A continuación se describe cada protocolo de tratamiento por separado.

### **2.6.1. EL TRATAMIENTO DEL TEPT.**

En el caso del TEPT, la condición “tradicional” se basaba en el programa de tratamiento de Foa y Rothbaum (1998). Siguiendo las directrices de estas autoras, los componentes principales de este tratamiento son: un componente Educativo, el componente de Exposición en imaginación y de Exposición *in vivo*, un componente de Reestructuración cognitiva y Estrategias para manejar la ansiedad como el

“Entrenamiento en Respiración Lenta” y, por último, un componente de Prevención de recaídas. A estos componentes, nosotros le añadimos entrenamiento básico en Estrategias de aceptación. En la condición “EMMA”, los componentes eran exactamente los mismos, con la diferencia de que la exposición en imaginación se aplicaba con ayuda de la RV. No existen otras diferencias (duración, número de sesiones, etc.) entre las dos condiciones.

*a). Componentes Del Tratamiento Del TEPT.*

**- Psicoeducación.**

En este componente se ofrece a la persona la oportunidad de hablar con detalle de sus reacciones al trauma y de sus efectos sobre ella. Se explican las reacciones comunes a un trauma, lo cual resulta bastante tranquilizador para los pacientes, porque pueden comprobar cómo otras personas que han pasado por otras situaciones traumáticas reaccionan de manera similar. Finalmente, se le da al paciente la información por escrito para que pueda leerla tantas veces como quiera, y se le da permiso para que otras personas cercanas la lean también. La información se complementa con la presentación de un modelo (Foa y Rothbaum, 1998) que integra todas estas reacciones y muestra cómo se desarrolla el TEPT, con el fin de que el paciente entienda mejor su problema. Se trata de una discusión didáctica e interactiva entre paciente y terapeuta. Esta discusión tiene como objetivo que el paciente entienda que los sentimientos y reacciones que sufre son parte del problema y no parte de sí mismo.

**- Exposición en imaginación (condición “tradicional”)**

Para llevar a cabo este componente, se siguen las directrices de Foa y Rothbaum (1998). Esta parte del programa de tratamiento implica afrontar los recuerdos que les generan ansiedad a los pacientes y les hacen querer escapar de ellos y evitarlos. El objetivo es ayudarles a procesar los recuerdos asociados al episodio, ayudarles a hablar sobre el episodio, a pensar sobre él o analizar las amenazas asociadas a él.



Poco a poco, estos recuerdos llegan a ser menos dolorosos hasta que los pacientes llegan a tolerarlos, por un proceso de habituación. Además, revivir repetidamente la experiencia les permite comprobar que no van a perder el control, ni se van a volver locos si se “implican” en la experiencia traumática. Es importante que el paciente sienta que tiene control en el proceso de recordar la experiencia y los sentimientos asociados a ésta; por lo que la aproximación a los recuerdos de la experiencia se realiza al ritmo que marca el paciente. Asimismo, se presentan algunos conceptos que se consideran importantes para entender mejor el proceso de recuperación como por ejemplo, el procesamiento emocional, la habituación, discriminar entre “recordar” y “ser traumatizado” de nuevo, o cómo la exposición incrementa la sensación de dominio.

Las sesiones se graban en audio para que los pacientes puedan escucharlas posteriormente como tarea para casa. Siguiendo a Foa y Rothbaum (1998) se pide al paciente que cierre los ojos y que recuerde el trauma vívidamente, hablando en tiempo presente. Cada 10 minutos aproximadamente, se pregunta por el nivel de ansiedad o malestar (USAs) y se anota en el registro. Se continúa con este proceso a lo largo de 30 o 60 minutos. Al final de la sesión se dedica un tiempo a calmar al paciente y darle la oportunidad de comentar la experiencia revivida y los nuevos “insights” que ha logrado a través de ésta. En los casos en los que resulta necesario, se introduce el entrenamiento en respiración lenta después de la exposición. Por otro lado, debido a que la exposición causa un malestar intenso, se avisa al paciente de que inicialmente se puede sentir como si estuviera empeorando con el tratamiento; se le explica que es normal que al pensar más acerca del episodio traumático, pueda experimentar más síntomas. Por ello, se le da la oportunidad al paciente de contactar con el terapeuta entre sesiones si fuera necesario.

#### **- Exposición al escenario EMMA (condición “EMMA”).**

Como ya hemos comentado apartado, en la condición “EMMA” la exposición en imaginación se aplica con ayuda de las nuevas tecnologías, pero manteniendo el mismo objetivo: ayudar a los pacientes a procesar los recuerdos asociados al episodio, es decir, ayudarles a hablar sobre el episodio, a pensar sobre él o analizar

las amenazas asociadas a él. Del mismo modo que en la exposición en imaginación, esta parte del programa de tratamiento implica afrontar los recuerdos que les generan ansiedad y les hacen querer escapar de ellos. Sin embargo, en este caso nos ayudamos de una herramienta basada en nuevas tecnologías, la RV. Con esta idea se ha desarrollado EMMA.

En primer lugar, se explica la lógica del tratamiento de exposición al paciente y se presenta el escenario EMMA y sus elementos. Tal y como hemos comentado con anterioridad, EMMA es un ambiente en tres dimensiones diseñado y pensado para facilitar la exposición de la persona al acontecimiento traumático y ayudar al procesamiento de las emociones negativas hasta llegar a la aceptación y superación de la experiencia. Los objetivos fundamentales del ambiente virtual son ayudar a representar el suceso que la persona ha vivido y las emociones negativas asociadas al mismo. A su vez, EMMA permite llevar a cabo la exposición al acontecimiento traumático. Para ello, también se les pide que recuerden el trauma vívidamente, hablando en tiempo presente. Se eligen los elementos que simbolicen el trauma (p. ej., objetos, fotografías, etc.), y otros elementos que puedan simbolizar las emociones asociadas al trauma (p. ej., música, un lema, etc.).

Asimismo, EMMA es un lugar que va a reflejar los sentimientos de la persona y cómo éstos cambian a medida que la persona va elaborando y superando la experiencia negativa que ha vivido. De forma que el terapeuta va modificando distintos aspectos del escenario (música, símbolos, tiempo atmosférico, etc.) o incluso puede cambiar de escenarios (por ejemplo, puede pasar del escenario de la nieve que representa tristeza al de la playa que representa tranquilidad y relax) adaptándose a las emociones que experimenta el paciente en cada momento de la exposición.

#### **- Exposición en vivo.**

Siguiendo a Foa y Rothbaum (1998), se introduce la exposición en vivo, con el objetivo de que los pacientes lleguen a superar sus miedos relacionados con el acontecimiento traumático. Se les enseña a enfrentarse a las situaciones, lugares,

personas que temen porque les recuerdan al episodio traumático. Para facilitar este proceso, terapeuta y paciente, construyen una jerarquía de exposición, una lista graduada de situaciones, objetos o personas que el paciente teme. Posteriormente, paciente y terapeuta deciden las situaciones por las se comienza. Al finalizar el tratamiento, el paciente debe haber realizado todo el listado de situaciones de la jerarquía.

También se pueden introducir algunos de los elementos de la exposición en vivo en el entorno de EMMA y realizar allí exposiciones virtuales. Esto puede ayudar o facilitar la posterior exposición en vivo.

### **- Reestructuración cognitiva**

El objetivo es enseñar al paciente a identificar, evaluar y modificar sus pensamientos negativos y creencias disfuncionales. Para ello, y siguiendo a Foa y Rothbaum (1998), es importante integrar información incompatible con las estructuras patológicas de miedo existentes. En este sentido, la reestructuración cognitiva supone enseñar a los pacientes a identificar esas cogniciones desadaptativas y sus creencias sobre el trauma, el *self*, el mundo y el futuro, y a evaluar la evidencia en la que se basan. El objetivo es que el paciente, después de revisar explícitamente sus asunciones antes y después del trauma, pueda adquirir una perspectiva más equilibrada. Es decir, el objetivo es enseñar al paciente a desarrollar creencias más realistas acerca de su capacidad de afrontamiento y acerca de la seguridad, tanto del mundo en general como de las situaciones relacionadas con el suceso traumático en particular.

Los pensamientos y las creencias disfuncionales son tratadas como hipótesis, y el terapeuta y el paciente trabajan juntos para recoger evidencias que determinen si las hipótesis del paciente sobre sí mismo, los demás, y el mundo son acertadas y útiles para él. Asimismo, se le explican al paciente cuáles son las distorsiones cognitivas más frecuentes: pensamiento todo o nada; sobregeneralización; afirmaciones como “Debes”, “Deberías”, “Nunca”; catastrofizar; razonamiento emocional etc. Se emplea

el método de interrogación socrática para ayudar al paciente a evaluar y modificar sus creencias negativas.

### **- Entrenamiento en respiración lenta.**

Siguiendo a Foa y Rothbaum (1998), se le explica al paciente la lógica del Entrenamiento en Respiración Lenta. Se le pide que tome aire de forma natural por su nariz y que se concentre en la exhalación y que la enlentezca. Mientras está exhalando lentamente, se le pide que se diga a si mismo de forma silenciosa la palabra “calma” (u otra similar) y que reduzca la velocidad de su respiración. Se trata de realizar una respiración más lenta y tomar menos aire. Para ello se realizan pequeñas pausas entre respiraciones, espaciándolas más y más. Hacia el final del ejercicio el terapeuta deja de decir las instrucciones mientras el paciente continua practicando con el propósito de que las pueda ir interiorizando.

### **- Estrategias de aceptación**

Tal y como se ha explicado, en el tratamiento para el TEPT, el componente de exposición significa enfrentarse a los pensamientos y sentimientos asociados al trauma. Sin embargo, un aspecto a tener en cuenta es la aceptación o el grado en el que los pacientes “se permiten” tener esos sentimientos o pensamientos. Por ello, incorporar alguna técnica que promueva la aceptación de las experiencias cognitivas, conductuales y emocionales puede ayudar a que los pacientes estén más dispuestos a enfrentarse a los pensamientos, imágenes y sentimientos asociados con el trauma. Obviamente, no se trata de entrenar a los pacientes en todo lo que implica el “tratamiento de aceptación y compromiso” (ACT, Hayes Strosahl y Wilson, 1999); ni tampoco proporcionar todo el entrenamiento en “*mindfulness*” que Linehan proporciona a las pacientes con trastornos límite de la personalidad (p.ej., Linehan, 1993) lo cual requeriría un entrenamiento mucho más largo y muchas sesiones específicas para poderlo hacer de forma completa. Se trata de algo mucho más sencillo: enseñar al paciente a “permitirse” experimentar emociones, tener

pensamientos o realizar conductas, aunque éstas sean aversivas. Se explica también que quizás debido al problema que padece, actualmente le cuesta centrarse en las cosas y ha desarrollado como una “habilidad” para “escaparse” de situaciones, pensamientos o sentimientos que producen malestar. Se les indica que estas técnicas implican ser conscientes otra vez de las experiencias. Es este el primer paso para la aceptación. Por ello, es posible que al principio les resulte difícil ser conscientes y aceptar las experiencias (y no sólo las negativas, sino las positivas, quizás no se permitan sentirse bien), sin embargo, practicar estas pequeñas estrategias durante un tiempo, facilita el proceso de aceptación y elaboración de las experiencias para volver a ser dueño de las mismas.

Se utilizó como procedimiento básico las instrucciones de Linehan (1993) que incluye las técnicas “Qué” (observar, describir y participar) y las técnicas “Cómo” (sin juzgar, hacer las cosas de una en una y ser eficaz) (ver Tabla 11). Aunque, como ya se ha señalado, lo que se pretendía lograr era un cambio de actitud y que los pacientes llegaran a estar más proclives a aceptar el acontecimiento perturbador.

### **- Prevención de recaídas**

En este componente se revisan todas las técnicas que se han utilizado en terapia y se valora en qué medida han sido de utilidad para el paciente. Se debaten las posibles dificultades y situaciones estresantes que puedan presentarse en el futuro y se comentan posibles estrategias de afrontamiento. Asimismo, se realiza un repaso de los progresos realizados a lo largo del proceso de terapia, destacando las habilidades que el paciente ha ido desarrollando. Se refuerza y felicita al paciente por su esfuerzo y por los logros obtenidos. Se insiste en que el paciente siga practicando las técnicas que ha aprendido. Finalmente, se pacta con el paciente las sesiones de seguimiento (cada 3 y 6 meses).

*TABLA 11: Ejemplos de los ejercicios de “mindfulness” utilizados*

OBSERVAR:	Percibe la experiencia sin que la experiencia te atrape. Experimenta sin reaccionar a esa experiencia.
	Permite a tus sentimientos y pensamientos que acudan a tu mente y que salgan de ella (sin hacer nada)
	Focaliza tu atención. No rechaces nada de lo que experimentes ni te aferres a nada. Sé como el guardián a la puerta del palacio, ALERTA a cada pensamiento, sentimiento, experiencia que acude a través de la puerta de tu mente
	Observa como tus pensamientos van y vienen. Percibe cada emoción, subiendo y bajando
	Percibe a través de cada sentido, vista, oído, olfato, gusto, tacto
DESCRIBIR:	Ponle palabras a tu experiencia. Cuando surja un pensamiento o una emoción, reconócelo y ponle palabras. P. ej.”La tristeza me envuelve” “noto la tensión en el estómago” “un pensamiento ‘No puedo hacerlo’ acaba de acudir a mi mente”
	Traduce las experiencias a palabras. Describe lo que está ocurriendo. Pon nombre a tus sentimientos. Denomina a los pensamientos, pensamientos, a los sentimientos, sentimientos. No te dejes atrapar por el contenido.
PARTICIPAR:	Entra en tu experiencia. Déjate envolver por el momento. Estas dentro de tu experiencia.
	Actúa de forma intuitiva. Déjate llevar. Haz sólo lo que es necesario hacer en cada situación (un bailarín en la pista de baile, dejándose llevar por la música y su pareja de baile, sin oponer resistencia).
	Practica activamente las habilidades que aprendas hasta que formen parte de ti. acepta tus experiencias tal como son.
NO JUZGAR:	Observa pero no hagas valoraciones. Fíjate en los hechos. Focaliza tu atención en “Qué”, no en si es “bueno” o “malo”, “terrible” o “maravilloso”, si “debería” o “no debería” ser así.
	Separa tus opiniones de los hechos, del “quién” “qué”, “cuando” y “donde”.
	Acepta cada momento, cada acontecimiento, cada pensamiento, cada sentimiento.
	Reconoce que te ayuden, pero no lo juzgues. Reconoce lo doloroso, pero no lo juzgues.
	Cuando te sorprendas a ti mismo juzgando, no te juzgues sobre el hecho de que estás haciendo juicios
TOMA CONCIENCIA, DA SIGNIFICADO A LAS EXPERIENCIAS	Haz las cosas de una en una. Cuando estés comiendo, come. Cuando estés caminando, camina. Cuando te estés bañando, báñate. Cuando te estés preocupando, preocúpate. Haz cada cosa poniendo toda tu atención.
	Si otras acciones, pensamientos, o emociones intensas te distraen, intenta volver a lo que estabas haciendo, una vez, y otra, y otra.
	Concéntrate. Si piensas que estás haciendo dos cosas a la vez, para y vuelve a hacer sólo una cosa a la vez

### *B). Agenda De Sesiones Del Tratamiento Del TEPT.*

En la Tabla 11 se detalla brevemente la agenda de sesiones que se llevó a cabo para el tratamiento de las personas con TEPT. Como se puede ver, ambas condiciones (tradicional versus EMMA) siguieron el mismo esquema.

### **2.6.2. EL TRATAMIENTO DEL DUELO COMPLICADO.**

Igual que en el caso anterior, se cuenta con dos condiciones experimentales. En este caso, el protocolo de tratamiento de la condición “tradicional” ha sido elaborado por nuestro equipo, siguiendo, en parte, las directrices y estrategias que recomienda Neimeyer (2000). La condición “EMMA” se basa en el mismo protocolo de tratamiento pero se aplica mediante las nuevas tecnologías. Los componentes de ambos protocolos son: Psicoeducación, el “Libro de la vida”, la Reestructuración del significado, Exposición *in vivo*, Estrategias de aceptación y Estrategias paliativas para manejar la ansiedad (como el “Entrenamiento en Respiración Lenta”), y Prevención de recaídas. Asimismo, se incluyen técnicas de aceptación de la pérdida, como por ejemplo, metáforas, carta de proyección al futuro, etc. La única diferencia entre ambas condiciones, es que en la condición EMMA la Re-estructuración del significado se aplica con ayuda de las nuevas tecnologías.

**TABLA 12: AGENDA DE SESIONES DEL TRATAMIENTO DEL TEPT**

<b>CONDICIÓN TRADICIONAL</b>	<b>CONDICIÓN EMMA</b>
<p><u>SESIÓN 1</u> Base lógica Recoger información relevante. Entrenamiento en Respiración Lenta</p>	<p><u>SESIÓN 1</u> Base lógica Recoger información relevante. Entrenamiento en Respiración Lenta</p>
<p><u>SESIÓN 2</u> Psicoeducación sobre las reacciones comunes al trauma. Base lógica de la Exposición en vivo, USAs y construcción de la jerarquía.</p>	<p><u>SESIÓN 2</u> Psicoeducación sobre las reacciones comunes al trauma. Base lógica de la Exposición en vivo, USAs y construcción de la jerarquía</p>
<p><u>SESIÓN 3</u> Base lógica de la Reestructuración Cognitiva. Introducción de auto-registros.</p>	<p><u>SESIÓN 3</u> Base lógica de la Reestructuración Cognitiva. Introducción de auto-registros.</p>
<p><u>SESIÓN 4</u> Exposición en imaginación al acontecimiento traumático. Estrategias de Aceptación</p>	<p><u>SESIÓN 4</u> Exposición en el escenario EMMA al acontecimiento traumático. Estrategias de Aceptación.</p>
<p><u>SESIÓN 5 Y 6</u> Exposición en imaginación. Reestructuración Cognitiva Estrategias de Aceptación</p>	<p><u>SESIÓN 5 Y 6</u> 5-6) Exposición en el escenario EMMA. Reestructuración Cognitiva Estrategias de Aceptación</p>
<p><u>SESIÓN 7 Y 8 (Y 9 Y 10)</u> 7-8) Exposición en imaginación. Reestructuración Cognitiva Estrategias de Aceptación con connotaciones positivas.</p>	<p><u>SESIÓN 7 Y 8 (Y 9 Y 10)</u> Exposición en el escenario EMMA. Reestructuración Cognitiva Estrategias de Aceptación con connotaciones positivas.</p>
<p><u>SESIÓN 9 (o 12)</u> Exposición en imaginación, con ejercicio de aceptación con connotaciones positivas. Valoración del progreso conseguido. Prevención de Recaídas.</p>	<p><u>SESIÓN 9 (o 12)</u> Exposición al escenario EMMA con ejercicio de aceptación con connotaciones positivas. Valoración del progreso conseguido. Prevención de Recaídas.</p>



## *A) Componentes Del Tratamiento Del DC.*

### **- Psicoeducación.**

Se aborda el duelo como un conjunto de sentimientos, conductas y pensamientos que conlleva un profundo malestar e intenso dolor. El componente psicoeducativo ayuda a que los pacientes entiendan que todos esos sentimientos negativos y reacciones que sufren son parte del problema y no parte de sí mismos, lo cual, ayuda a tranquilizar al paciente y aumenta sus sentimientos de competencia. Se le explica al paciente que es posible superar gradualmente el dolor y el malestar emocional asociados a la pérdida, pero esto implica tiempo y no se da de la misma forma en todas las personas. El objetivo es aceptar, elaborar y aprender de la pérdida y esto requiere trabajo, es decir, se necesita tiempo, energía y un esfuerzo consciente para poder superar todo el malestar y el dolor asociados a la pérdida. No obstante, es importante recordar que, a partir del procesamiento del duelo, se puede producir un importante desarrollo personal, un crecimiento psicológico. Finalmente, se le da al paciente toda la información por escrito para que pueda leerla tantas veces como quiera, y se le da permiso para que otras personas cercanas la lean también.

### **- El Libro de la Vida**

El objetivo es ayudar al paciente a recordar y elaborar los acontecimientos más importantes que le han sucedido a lo largo de su vida en relación con la pérdida. Como se ha comentado, uno de los principales aspectos perturbadores en personas que sufren DC es que experimentan dificultades para aceptar la pérdida, y tienen problemas para afrontar los recuerdos asociados a la misma. El Libro de la Vida sigue las recomendaciones de Neimeyer (2000), y pretende que el paciente recupere sus recuerdos, pensamientos, sentimientos y sus emociones relacionados con la pérdida. El Libro de la Vida también ayuda al paciente a ordenar, asimilar y guardar todos los recuerdos asociados a la pérdida para que una vez realizado este trabajo, el paciente sea capaz de incorporar esta experiencia al resto de sus experiencias vitales.

Para escribir el Libro de la Vida no sólo se utilizan palabras, sino también símbolos, como fotos, recortes, dibujos, frases que ayudan a simbolizar la pérdida o aspectos relacionados con la misma. Se puede dividir el libro en capítulos siguiendo un criterio temporal, o se puede ir narrando capítulos sobre acontecimientos importantes, sin seguir ningún orden determinado (por ejemplo, el nacimiento de sus hijos, la boda, un viaje, el aniversario). O también se puede dedicar varios capítulos a algún acontecimiento que el paciente considere relevante.

Siguiendo a Neimeyer (2000), se anima al paciente a escribir un diario acerca de su pérdida, como una forma de ir elaborando el Libro de la Vida en su propia casa. Para ello se facilita una serie de instrucciones acerca de cómo hacerlo (reservar un lugar determinado, a una hora en concreto, etc.). La vivencia de la pérdida es diferente e individual para cada persona. Escribir sobre la pérdida es una herramienta muy útil que facilita la asimilación de lo ocurrido y de las emociones que puedan aparecer a lo largo del proceso, sobre todo, de aquellas emociones que resultan más dolorosas.

En el caso de la condición EMMA, este libro es “virtual”, representado por un libro incluido en la habitación de EMMA. Otra diferencia es que en el libro virtual, además de fotos, frases, etc., que el paciente puede elegir o traer a terapia, también se pueden incluir músicas, objetos tridimensionales, colores, etc.

#### **- Re-estructuración del significado de la pérdida (elaboración y asimilación de la pérdida) (condición “tradicional”)**

El propósito es ayudar al paciente a procesar, elaborar y asimilar la pérdida, para que sea capaz de incorporar esta experiencia al resto de sus experiencias vitales. Se trata de conseguir la aceptación de lo que ocurrió, para que pueda continuar con su vida. Para ello, es importante conocer las creencias y el significado inicial de la pérdida antes del acontecimiento y si éstas se han modificadas tras la pérdida (Neimeyer, 2000). Se pide al paciente que hable de la pérdida y de cómo ésta ha afectado a su vida. Se analizan las implicaciones que pueda haber tenido, como cambios en el ámbito cognitivo (creencias), ruptura de esquemas previos, etc.

Cuando el paciente ha comenzado a elaborar y asimilar la pérdida en el momento actual, se realiza el mismo ejercicio respecto al futuro, o sobre distintos momentos

en el futuro (5, 10, 20, o 40 años después), como una forma de generar distancia y otra perspectiva en el paciente con respecto a la misma situación. Se trata de hacer ver al paciente que la pérdida forma parte de su “biografía”, es algo importante, desde un punto de vista vital. Del mismo modo, se le incita a reflexionar acerca de lo que la pérdida puede enseñar y de qué forma puede potenciar el crecimiento psicológico.

En algunas ocasiones, el lenguaje normal no es capaz de expresar la visión que el paciente tiene de la pérdida. Para superar las limitaciones del lenguaje, se propone al paciente la posibilidad de hablar metafóricamente de la pérdida, lo que le permite descubrir pensamientos y sentimientos que alberga, a los que no habría tenido acceso utilizando el lenguaje normal o convencional (Neimeyer, 2000). Una de las grandes ventajas de la metáfora es que puede condensar una gran cantidad de significados en una expresión reducida o en una imagen, que después paciente y terapeuta pueden desarrollar centrándose en sus elementos e implicaciones. Se le pide al paciente que realice una descripción metafórica de su duelo en la actualidad (como representaría su duelo con un objeto, sonido, etc.). Para ello, se le pide que describa el objeto y que explique lo que simboliza. Al finalizar el tratamiento, se vuelve a pedir al paciente que elabore una nueva descripción metafórica. Se señalan los cambios más relevantes con respecto a la descripción metafórica del duelo elaborada al inicio del tratamiento.

La idea central es intentar transmitir que, aunque la pérdida supone un enorme dolor y sufrimiento, puede ayudar a crecer, puede ayudar a orientar de otra forma más útil la vida de cada persona. En suma, este trabajo de aceptación y elaboración de significados alternativos y adicionales supone (Neimeyer, 2000):

- reconocimiento y aceptación de la pérdida y sus implicaciones
- elaboración-acomodación-asimilación de lo sucedido
- incorporación-transformación-crecimiento que eso conlleva en la vida de la persona en la actualidad y en su futuro

## **- Re-estructuración del significado de la pérdida en el escenario EMMA (condición “EMMA”)**

Como hemos comentado, el propósito de este componente es el mismo que en la condición tradicional, sin embargo, en este caso se realiza a través de todos los elementos adicionales que permite el ambiente virtual. Para ello, se explica la lógica del tratamiento reconstrucción del significado al paciente y se presenta el Mundo de EMMA y sus elementos.

Se presenta el Mundo de EMMA como un lugar protegido donde el paciente puede sentirse completamente libre a la hora de expresar sus emociones. Se explica al paciente cómo el escenario EMMA permite *“representar la pérdida”* que ha experimentado y las emociones negativas asociadas a la misma. De este modo, se incita a la persona a hablar sobre la pérdida, a pensar en ella o a analizar las implicaciones asociadas a la misma, hasta que el paciente llegue a comprender y encontrarle un sentido. Asimismo, EMMA es un lugar donde se van a *“reflejar los sentimientos y emociones del paciente”* y cómo éstos van a cambiar a medida que elabore, procese y vaya superando la pérdida. Se les pide que recuerden la pérdida, hablando en tiempo presente. Para ello, el paciente con ayuda del terapeuta, elige los elementos que simbolicen la pérdida (p. ej., objetos, fotografías, etc.), y otros elementos que puedan simbolizar las emociones asociadas a la pérdida (p. ej., música, un color, un lema, etc.). En las primeras sesiones se permite al paciente aproximarse a los recuerdos gradualmente y conforme empieza el proceso de elaboración y asimilación, se realizan preguntas de forma más directa sobre la pérdida.

## **- Exposición en vivo.**

Aunque no todas las personas que han sufrido un duelo evitan situaciones, personas o lugares relacionadas con la pérdida, algunas personas con DC lo hacen y, de esta forma, alargan el sufrimiento y el malestar. Por ello, esta parte del programa se centra en las situaciones, personas o lugares que evitan los pacientes y en las dificultades que tienen para enfrentarse a las mismas. Con este objetivo se

construye una jerarquía de exposición y se proporciona una breve explicación de la escala USAs. Al finalizar el tratamiento, el paciente debe haber realizado toda la lista de las situaciones de la jerarquía.

### **- Técnicas de aceptación**

Como ya comentamos en el caso del tratamiento del TEPT, el objetivo no es entrenar a los pacientes en el programa general del “tratamiento de aceptación y compromiso” (ACT, Hayes Strosahl y Wilson, 1999), ni tampoco entrenarles en todo el protocolo de “*mindfulness*” de Linehan (p.ej., Linehan, 1993) lo cual requeriría un entrenamiento mucho más largo y numerosas sesiones específicas para ello. EL objetivo simplemente es fomentar que los pacientes desarrollen una actitud de aceptación hacia sus experiencias, pensamientos, emociones. Por ello, durante las sesiones dedicadas a elaborar y asimilar la pérdida el terapeuta trata de favorecer esta actitud en el paciente. Las técnicas de aceptación sirven para tomar conciencia de sus propias experiencias, permitirse experimentarlas y, a partir de ahí, trabajar con ellas con el fin de que pueda superar lo ocurrido.

### **- Entrenamiento en respiración lenta.**

Se aplica del mismo modo que se ha descrito anteriormente en el protocolo de tratamiento del TEPT.

### **- Otras estrategias**

Además de los componentes ya expuestos, se utilizan las siguientes estrategias:

- *La huella vital:* El objetivo de la “Huella Vital” es que la persona tome conciencia de que las experiencias vividas, tanto las positivas como las negativas, dejan una “huella” y pueden contribuir a que se desarrollen nuevas habilidades o aprendizajes que quizá sea útil reconocer y mantener (Neimeyer, 2000). El

ejercicio se presenta como una forma de fomentar la continuidad en la relación con la persona fallecida, se trata de cultivar un lazo de continuidad con el ser querido, más que de decir “adiós” o buscar un “cierre” (Neimeyer, 2000). Es importante recalcar que encontrar la “marca” que deja la persona fallecida, puede ser una forma de mantenerse cerca de el/ella. Asimismo, se pretende que la persona pueda extraer aspectos positivos y aprendizajes de la experiencia de duelo.

- *Carta de proyección al futuro*: Se le pide al paciente que escriba una carta tratando de proyectarse en el futuro, es decir, que sea capaz de escribírsela a él mismo desde el futuro hasta la actualidad. Se anima al paciente a empezar a ver “más allá” de la situación actual, a revisar las expectativas que tiene respecto al futuro y a los aspectos positivos. Se emplea la información de la carta para enfatizar la evolución del paciente desde el inicio del tratamiento, resaltando la metáfora del “duelo como un viaje” que puede tener que proseguir una vez finalizada la terapia; pero, a la vez, señalando la importancia de empezar a ver la “luz al final del túnel” (aunque el paciente aún se sienta dentro del “túnel” del duelo).

#### **- Prevención de recaídas**

En este componente se revisan todas las técnicas que se han utilizado en la terapia y se valora en qué medida han sido de utilidad para el paciente. Asimismo, se realizan un repaso de los progresos realizados en la terapia, destacando las habilidades que el paciente ha ido desarrollando. Se debaten las posibles dificultades y situaciones que puedan presentarse en el futuro y se comentan posibles estrategias de afrontamiento (prestando especial atención al afrontamiento de situaciones especiales de mayor significado simbólico-vacaciones, cumpleaños, aniversarios del fallecimiento, etc.). Se refuerza y felicita al paciente por su esfuerzo y por los logros obtenidos. Se insiste en que el paciente siga practicando las técnicas que ha aprendido. Finalmente, se pactan con el paciente las sesiones de seguimiento (cada 3 y 6 meses).

*b). Agenda de Sesiones del tratamiento del DC.*

En la Tabla 12 se detalla brevemente la agenda de sesiones que se llevó a cabo para el tratamiento de las personas con DC. Como se puede observar, la estructura es la misma para las dos condiciones de tratamiento (tradicional versus EMMA)

### **2.6.3. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS.**

Tal y como hemos comentado en un apartado anterior, en la actualidad no existe ningún protocolo de tratamiento empíricamente validado para los TA, es decir, todavía no se han realizado protocolos de tratamientos que se hayan sometidos a prueba en estudios controlados demostrando su eficacia clínica. De modo que, para este programa hemos desarrollado un protocolo de tratamiento específico, teniendo en cuenta las escasas directrices que proporciona la literatura y, sobre todo, nuestras ideas fundamentales acerca de lo que habría que hacer para tratar adecuadamente estos problemas. Al igual que en los otros dos estudios, lo hemos sometido a prueba en dos condiciones distintas (tradicional y EMMA).

*a) Los componentes del tratamiento de los TA.*

Los componentes principales de este programa de tratamiento son un componente Psicoeducativo, el Afrontamiento de problemas, el Libro de la vida y la Prevención de recaídas. También se incluyen de manera opcional la Exposición in vivo y Estrategias paliativas para manejar los síntomas emocionales (como por ejemplo, el entrenamiento en respiración lenta, técnicas de distracción, actividades agradables). Para todo ello se incluyen diversas estrategias provenientes de la orientación cognitivo-comportamental, también estrategias procedentes de la psicología positiva y del tratamiento del duelo que hemos visto anteriormente.

Tabla 13 AGENDA DE SESIONES DEL TRATAMIENTO DEL DP

<b>CONDICIÓN TRADICIONAL</b>	<b>CONDICIÓN EMMA</b>
<p><u>SESIÓN 1</u></p> <p>Base lógica del tratamiento                      Recoger información sobre la pérdida.                      Entrenamiento en Respiración Lenta</p>	<p><u>SESIÓN 1</u></p> <p>Base lógica del tratamiento                      Recoger información sobre la pérdida.                      Entrenamiento en Respiración Lenta</p>
<p><u>SESIÓN 2</u></p> <p>Psicoeducación sobre el duelo.                      Base lógica libro del Libro de la Vida</p>	<p><u>SESIÓN 2</u></p> <p>Psicoeducación sobre el duelo.                      Base lógica libro del Libro de la Vida                      Presentación del entorno EMMA</p>
<p><u>SESIÓN 3</u></p> <p>Elaboración y asimilación del significado de la pérdida.                      Introducción del concepto de aceptación.</p>	<p><u>SESIÓN 3</u></p> <p>Elaboración y asimilación del significado de la pérdida en el escenario EMMA                      Introducción del concepto de aceptación.</p>
<p><u>SESIÓN 4</u></p> <p>Elaboración y asimilación.                      Estrategias de aceptación.                      Base lógica de Exposición en vivo y construcción de la jerarquía.</p>	<p><u>SESIÓN 4</u></p> <p>Elaboración y asimilación utilizando EMMA.                      Estrategias de aceptación.                      Base lógica de Exposición en vivo y construcción de la jerarquía.</p>
<p><u>SESIÓN 5 Y 6</u></p> <p>Elaboración y asimilación centrándose en detalles de mayor carga emocional.                      Estrategias de aceptación</p>	<p><u>SESIÓN 5 Y 6</u></p> <p>Elaboración y asimilación utilizando EMMA centrándose en detalles de mayor carga emocional.                      Estrategias de aceptación.</p>
<p><u>SESIÓN 7</u></p> <p>Ejercicio de la Huella Vital.</p>	<p><u>SESIÓN 7</u></p> <p>Ejercicio de la Huella Vital utilizando EMMA</p>
<p><u>SESIÓN 8</u></p> <p>Carta de Proyección al futuro                      Valorar progreso y decidir si resultan necesarias sesiones adicionales</p>	<p><u>SESIÓN 8</u></p> <p>Carta de Proyección al futuro                      Valorar progreso y decidir si resultan necesarias sesiones adicionales</p>
<p><u>SESIÓN 9</u></p> <p>Nueva descripción metafórica                      Prevención de Recaídas.</p>	<p><u>SESIÓN 9</u></p> <p>Nueva descripción metafórica utilizando EMMA                      Prevención de Recaídas.</p>



### **- Psicoeducación.**

Se da información a la persona acerca de las reacciones comunes a los acontecimientos estresantes. En función de la sintomatología que experimenta la persona se explican con mayor detalle las reacciones de ansiedad, las depresivas o los cambios comportamentales. Además, se presenta la base lógica de las técnicas de tratamiento que se van a utilizar. Se informa a la persona que el objetivo fundamental de este programa es intentar ayudarle a superar el acontecimiento estresante y, al mismo tiempo, procurar que aprenda de lo sucedido. Esto es, se trata de intentar fortalecer a la persona y así fomentar su desarrollo y su crecimiento personal. Por otro lado, también se ofrece psicoeducación sobre el significado de las dificultades y los problemas y el impacto de los acontecimientos estresantes en nuestras vidas. Se introduce el significado “positivo” de tener problemas. Se insiste en la utilidad de los problemas para crecer psicológicamente y lograr una mayor autoeficacia personal y sabiduría.

### **- Afrontamiento de problemas.**

La lógica de este componente va más allá de lo planteado en el programa de Zurilla y Golfried, (1971) sobre solución de problemas. Aunque también se entrena a la persona en la generación de respuestas potencialmente eficaces ante la situación problemática, al estilo tradicional, el objetivo de este componente es más ambicioso, ya que pretende que el paciente llegue a percibir el acontecimiento estresante, las dificultades o los problemas que ha experimentado (o está experimentando) desde otra perspectiva, desde una perspectiva positiva. Para ello se analiza el papel crucial que ha tenido y tiene la “resolución de problemas”, tanto en nuestra evolución como especie (el ser humano) como en nuestras vidas como individuos concretos. Se explican las enseñanzas sobre este tema de Karl Popper, filósofo central del siglo XX. Frente a la postura tan extendida del “deseo imperioso y necesidad absoluta de ausencia de dificultades” (algo totalmente imposible), Popper (1995) hablaba acerca de la utilidad de los “problemas” e indicaba la conveniencia de adoptar una sana actitud de aceptación de las dificultades. Esta actitud supone entender que los problemas son necesarios, que *vivir es solucionar problemas*, que no puede existir

vida sin problemas y sin capacidad para solucionar problemas. El ser humano, puede desesperarse, abatirse o deprimirse, o por otro lado, puede adoptar una sana actitud “filosófica”, de aceptación y de progreso. Se intenta transmitir al paciente una idea fundamental: sabemos que no podemos dejar de tener problemas, por tanto los aceptamos, incluso nos alegramos de tenerlos, pues son ellos los que nos hacen progresar.

Para profundizar en el análisis acerca de encontrar otros posibles significados (positivos) al hecho de tener problemas y poder afrontarlos en el futuro de manera más eficaz, se emplean diversas estrategias, cuya lógica surge del enfoque de la Psicología Positiva (p.ej., Seligman, 2002), del trabajo de Neimeyer (2000), y de los trabajos anteriores de nuestro equipo (p.ej., Botella, Baños y Perpiñá, 2003).

- *“La huella vital y el progreso”*: Este ejercicio parte de la idea de que las personas estamos formadas por restos de todas las experiencias que hemos vivido, tanto positivas como negativas (Neimeyer, 2000). El objetivo de esta tarea es encontrar la “huella” que han ido dejando estas experiencias y personas que hemos ido encontrando a lo largo de nuestras vidas y que han sido importantes para nosotros. A la vez, se le pide a la persona que decida qué aspectos de estas “huellas” quiere preservar, y cuáles cambiar. La finalidad es que la persona sea capaz de extraer aprendizajes útiles para su vida. Para ello, se le anima a encontrar aspectos positivos del acontecimiento estresante. Por ejemplo, buscar aprendizajes en lo ocurrido, encontrar beneficios derivados del mismo, analizar si ha habido un cambio de valores, una mejora en las relaciones personales, etc. También se comprueba si aparecen emociones positivas mientras se analiza el acontecimiento (por ejemplo, interés, esperanza, orgullo, optimismo, gratitud, amor, etc.). Por último, se plantean “los planes de futuro”. Se trata de elaborar la visión de la persona que el paciente quiere llegar a ser en el futuro. Se anima desde “hoy” al paciente para que trabaje con el objetivo de llegar a ser en el futuro la clase de persona que desea ser.
- *“Carta de proyección hacia el futuro”*: En esta tarea, basada en el trabajo de Neimeyer (2000), se le pide a la persona que dedique un tiempo a imaginarse a sí mismo/a dentro de 10 años (qué piensa que estará haciendo, dónde vivirá, cuál será su trabajo, qué personas habrá en su vida, qué cosas serán

importantes para él/ella). Esta tarea debe hacerla al menos durante 10 minutos unos 2 o 3 días. Después, al igual que en el caso del duelo, tendrá que escribirse una carta a si mismo(a) desde el futuro. La carta la escribirá en segunda persona, como si le escribiese una carta a un amigo íntimo o a una persona muy querida. Se presta atención especialmente a aquellos aspectos de la carta que muestran que el paciente empieza a ver “más allá” de la situación actual, a las expectativas que tiene respecto al futuro y a los aspectos positivos. Se enfatiza la evolución del paciente desde el inicio del tratamiento, resaltando la metáfora del acontecimiento estresante como un viaje que tiene que proseguir una vez finalizada la terapia; pero, a la vez, señalando la importancia de empezar a considerar que hay no una “luz al final del túnel”; sino millones de luces y millones de posibilidades de funcionamiento personal y de vida distintas.

- *“Mis mejores virtudes”*: En este ejercicio se le explica a la persona que “Virtud” significa poder, fuerza para producir o causar efectos. Las fuerzas más poderosas con las que puede contar para superar los problemas las podemos denominar “Mis mejores virtudes”. Se subraya la importancia de los logros obtenidos respecto al aprendizaje y puesta en marcha de estas estrategias para afrontar el futuro. Las “virtudes”, proporcionan fortaleza y capacidad de hacer frente a la vida. Se insiste en la conveniencia de desarrollar esas virtudes en el futuro. Son excelentes vacunas psicológicas, elementos que ayudan a hacer frente a cualquier cosa que la vida pueda deparar. Se le ofrece un listado de posibles virtudes (Peterson y Seligman, 2004) y se le pide que elija aquellas que querría fomentar y se le ayuda a elaborar estrategias para entrenarse en crear y potenciar algunas de ellas. El objetivo es que la persona aprenda a reconocer y potenciar sus mejores virtudes. Algunas virtudes que pueden ser de gran utilidad son: Adoptar una perspectiva sabia de aceptación de los problemas y de uno mismo; creatividad y originalidad para ver y afrontar los problemas; curiosidad e interés en el mundo; esperanza y optimismo en el futuro; sentido del humor; trabajo, diligencia y perseverancia
- *Creación de una nueva “descripción metafórica” del acontecimiento estresante*: El objetivo es elaborar con la persona un nuevo significado que represente el acontecimiento que ha vivido en el momento actual y cómo podría verse en el futuro. En este ejercicio es importante la elaboración y el procesamiento emocional de los recuerdos, pensamientos y sentimientos asociados al

acontecimiento; pero también resulta crucial la elaboración de aspectos del futuro de la persona a partir de lo que ha aprendido de la experiencia. Se trata de un ejercicio similar al propuesto en el protocolo de tratamiento para el duelo. Se pide al paciente que realice una descripción metafórica del acontecimiento en la actualidad (que diga cómo representaría el suceso con un objeto, sonido, etc.). Se le pide que describa el objeto y que explique lo que simboliza y se señalan los cambios más relevantes con respecto a la descripción metafórica del acontecimiento elaborado al inicio del tratamiento.

- *“Abrir el futuro”*. Este ejercicio está dirigido a potenciar el aprendizaje y el crecimiento personal. Se le explica que una buena forma de afrontar el futuro es entrenarse en esperarlo con interés, curiosidad, esperanza y optimismo. Cada día es un día nuevo. Se analiza por una parte, todo lo que se ha aprendido de la experiencia y cómo eso puede resultar de ayuda en el futuro. Se continúa transmitiendo la idea fundamental del aprendizaje que se logra a partir de las lecciones que proporciona la vida (pérdidas, problemas, dificultades...). Al aprender de estas vivencias es posible afrontar la vida de otra forma, con otras prioridades, con otros valores acerca de lo que es central y merece todo nuestro esfuerzo y atención y lo que es meramente trivial. Asimismo, se transmite que aunque el acontecimiento ha supuesto malestar emocional, dolor y sufrimiento, ayuda a crecer, ayuda a orientar la vida de otra forma más útil, ayuda a valorar la vida. Se trata de aprender a afrontar de manera directa los desafíos que presenta la vida, aceptando con serenidad las cosas que no se pueden cambiar y teniendo el valor de cambiar las cosas que se pueden cambiar.
- *Heurísticos*: Se pide a la persona que elija algún heurístico(s) (proverbios, lemas, afirmaciones, refranes, directrices de vida) que le ayuden a mantener y potenciar el cambio. Se ofrecen una serie de posibilidades, por si el paciente pudiera hacer suyo alguno de ellos. Se intenta que dicho heurístico suponga una mayor capacidad para hacer frente a las dificultades desde la perspectiva y la situación concreta del paciente. Se le indica que siga poniendo en marcha todos estos recursos una vez la terapia haya finalizado.

## **-) El libro de la vida**

Este componente es similar al propuesto para el tratamiento del DC. Se trata de un componente fundamental para el trabajo de elaboración y asimilación del acontecimiento estresante y el aprendizaje a partir de él. El propósito del “Libro de Mi Vida” es ayudar al paciente a recordar y elaborar los acontecimientos significativos que le han sucedido en relación al acontecimiento adverso. Este componente está basado en las sugerencias de Neimeyer (2000) para el tratamiento del duelo. Para escribir este libro se pueden utilizar no sólo palabras, sino también distintos símbolos (como por ejemplo, fotografías, dibujos, frases, etc.). Se trata de intentar reflejar la situación traumática o adversa, el problema que en estos momentos se está sufriendo, la relación rota, etc. El “Libro de Mi Vida” ha sido pensado para que la persona pueda recuperar sus recuerdos, sus pensamientos, sus sentimientos y emociones, que muchas veces generan confusión, dolor, o sufrimiento. Cuando la persona “se permite” traer a su mente todo aquello que le produce malestar, se da la oportunidad de corregir mucha de esa información que estaba mal almacenada en su memoria, es decir, se da la oportunidad de reelaborar significados alternativos a los que había elaborado. De esta forma, a una vez recuperados, puede empezar el proceso de aceptación de sus pensamientos, sus sentimientos y emociones. Finalmente, la persona podrá, “ordenar” y guardar esos pensamientos, sentimientos y emociones, ya que son parte importante de su vida y ya no producen el mismo dolor o sufrimiento.

Como en el caso del DC, en la condición EMMA, este libro es “virtual”, representado por un libro incluido en la habitación de EMMA. Otra diferencia es que en el libro virtual, además de fotos, frases, etc., que contenga el dispositivo u otros que el paciente pueda traer a terapia, también se pueden incluir músicas, objetos tridimensionales, colores, etc.

## **- Técnicas paliativas**

Este apartado va dirigido únicamente a los pacientes que experimentan elevados niveles de sintomatología clínica ansiosa, depresiva o comportamental. Sólo en

estos casos, se propone la utilización de alguna(s) técnicas específicas para ayudar a normalizar dicha sintomatología. La decisión acerca de si utilizar las técnicas paliativas o no la realiza el terapeuta.

Con respecto a las técnicas para reducir la sintomatología ansiosa, se utiliza el entrenamiento en el Respiración lenta (ya descrito anteriormente) Cuando la clínica ansiosa resulta más perturbadora, se utilizan las Técnicas de Distracción. Se les enseña a focalizar su atención en estímulos neutros o no amenazadores en momentos en los que no pueden controlar la ansiedad. Las principales técnicas de distracción que se proponen son:

- Centrarse en un objeto
- Ejercicios mentales
- Actividades absorbentes
- Recuerdos y fantasías

Por otro lado, para normalizar la clínica depresiva y para normalizar las alteraciones del comportamiento, se instruye al paciente en la importancia de la actividad. Se le explica que la inactividad y el aislamiento funcionan como elementos mantenedores del estado de ánimo decaído, y que la disminución o ausencia de actividades agradables hace que la persona lleve a cabo cada vez menos actividades, además, la propia inactividad impide realizar actividades que antes le provocaban satisfacción y le resultaban gratificaciones. Por tanto, el objetivo es que paciente y terapeuta elaboren un plan de actividades (con objetivos semanales) y el paciente empiece a realizarlo. Las primeras actividades a elegir, son aquellas que ya hace, aunque sea esporádicamente (actividades presentes) y aquellas que le gustaba hacer antes y que ha dejado de hacer (actividades pasadas). De éstas, tienen prioridad aquellas que la persona crea que le van a resultar menos difíciles de hacer (actividades de bajo coste conductual), y a la vez, recuerde como más placenteras (actividades de alto nivel reforzante). Así sucesivamente hasta recuperar el nivel de funcionamiento previo y obtener la gratificación que conseguía antes del episodio.

### **- Exposición en vivo.**

Algunas personas que padecen TA evitan algunas situaciones, lugares o personas, y de esta forma, empeoran el malestar y los miedos asociados al mismo. Por ello, esta parte del programa va dirigida sólo a las personas que evitan situaciones y a las dificultades que tienen para enfrentarse a las mismas. Para ello, terapeuta y paciente construyen conjuntamente una jerarquía de exposición para empezar a exponerse a las situaciones temidas. El objetivo es que al finalizar el tratamiento, el paciente supere el listado de situaciones de la jerarquía.

### **- Prevención de recaídas**

Como en los casos anteriores, en el componente de prevención de recaídas se revisan todas las técnicas que se han empleado en la terapia y se valora en qué medida han sido de utilidad para el paciente. Asimismo, se realiza un repaso de los progresos realizados en terapia, destacando las habilidades que el paciente ha ido desarrollando. Se debaten las posibles dificultades y situaciones estresantes que puedan presentarse en el futuro y se comentan posibles estrategias de afrontamiento. Se refuerza y felicita al paciente por su esfuerzo y por los logros obtenidos. Se insiste en que el paciente siga practicando las técnicas que ha aprendido. Finalmente, se pactan con el paciente las sesiones de seguimiento (cada 3 y 6 meses).

### *b) Agenda de sesiones del tratamiento de los TA*

A continuación, se detalla brevemente la agenda de sesiones que se llevó a cabo para el tratamiento de las personas con Trastornos Adaptativos. En la Tabla 14 se puede observar que la estructura es la misma para las dos condiciones de tratamiento (tradicional versus EMMA).

TABLA 14 Agenda de sesiones del protocolo de tratamiento de los TA

<b>CONDICIÓN RV</b>	<b>CONDICIÓN TRADICIONAL</b>
1) Base lógica Psicoeducación Modelo Cognitivo TA (1ª parte) Paseo por escenario EMMA	1) Base lógica Psicoeducación Modelo Cognitivo TA (1ª parte)
2) Técnicas Paliativas (opcional) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiración Lenta</li> <li>• Técnicas de Distracción</li> <li>• Actividades Agradables</li> </ul> Base lógica Libro de la Vida y Reconstrucción del significado en el entorno EMMA Los problemas I: Significado positivo de tener problemas. Karl Popper.	2) Técnicas Paliativas (opcional) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiración Lenta</li> <li>• Técnicas de Distracción</li> <li>• Actividades Agradables</li> </ul> Base lógica Libro de la Vida y Reconstrucción del significado. Los problemas I: Significado positivo de tener problemas. Karl Popper.
3) Estrategias de aceptación. Elaboración, asimilación y reconstrucción de significado en EMMA Base lógica de la Exposición en vivo y construcción de la jerarquía (opcional)	3) Estrategias de aceptación Elaboración, asimilación y reconstrucción de significado. Base lógica de la Exposición en vivo y construcción de la jerarquía (opcional)
4) Elaboración y reconstrucción de significado en EMMA con indicaciones de aceptación Psicología Positiva: Los problemas II: Vivir es solucionar problemas. Mis mejores virtudes.	4) Elaboración y reconstrucción de significado con indicaciones de aceptación Psicología Positiva: Los problemas II: Vivir es solucionar problemas. Mis mejores virtudes.
5) Psicología Positiva: Aprendizaje Vital. Modelo Cognitivo: 2ª parte Elaboración y reconstrucción de significado en EMMA TC: Carta de proyección al futuro	5) Psicología Positiva: Aprendizaje Vital. Modelo Cognitivo: 2ª parte Elaboración y reconstrucción de significado TC: Carta de proyección al futuro.
6). Elaboración y reconstrucción de significado en EMMA Psicología Positiva: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nueva descripción metafórica</li> <li>• Entrenamiento en Abrir el futuro.</li> <li>• Heurísticos.</li> </ul>	6) Elaboración y reconstrucción de significado. Psicología Positiva: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nueva descripción metafórica.</li> <li>• Entrenamiento en Abrir el futuro.</li> <li>• Heurísticos.</li> </ul>



### 3. RESULTADOS

#### 3.1. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS:

Con el fin de comprobar la homogeneidad de los dos grupos de pacientes (condición tradicional *versus* EMMA), se realizaron o bien pruebas “t” para muestras independientes o bien pruebas  $\chi^2$ , dependiendo del tipo de variables a analizar.

##### 3.1.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

En la Tabla 15 se pueden observar las medias y porcentajes de las variables sociodemográficas. No hubo diferencias entre los grupos ni en la edad, ni en el nivel de estudios, pero sí en el estado civil. El grupo EMMA hay un porcentaje mayor de separados y menor de casados que en grupo Tradicional.

*TABLA 15: Variables Demográficas*

		EMMA	TRADICIONAL	TOTAL
<b>SEXO</b>	varones	6 (31.57%)	6 (30%)	12
	mujeres	13 (68.43%)	14 (70%)	27
<b>ESTADO CIVIL</b>	soltero	14 (73.68%)	10 (50%)	24
	casado	1 (5.26%)	9 (45%)	10
	separado/divorciado	4 (21.06%)	1 (5%)	5
<b>NIVEL CULTURAL</b>	primarios	1 (5.26%)	5 (25%)	6
	medios	6 (31.57%)	5 (25%)	11
	universitarios	12 (63.27%)	10 (25%)	22
<b>EDAD</b>	N	19	20	
	Media	29,84	31,35	
	DT	8,228	9,762	

### 3.1.2. VARIABLES CLÍNICAS

En la Tabla 16 se pueden observar las medias y porcentajes obtenidos por cada grupo en las diferentes variables clínicas. Los resultados indicaron que los grupos eran equiparables, ya que no hubo diferencias ni en la presencia comórbida de otros trastornos en el Eje I y en el Eje II, ni en la toma de medicación, ni en los años de evolución del problema. Por lo que respecta a cuestionarios y escalas (ver Tabla 17), las únicas diferencias se observaron fueron:

- En el nivel de interferencia que producía el problema en el funcionamiento de la pareja: el grupo EMMA obtenía puntuaciones más elevadas que el grupo tradicional ( $t = -2,384$ ,  $gl = 38$ ,  $p < ,02$ )
- en el cuestionario BDI: el grupo EMMA obtenía puntuaciones más elevadas que el grupo tradicional ( $t = -2,020$ ,  $gl = 36$ ,  $p < ,05$ )

*TABLA 16: Variables Clínicas*

		EMMA	TRADICIONAL	TOTAL
<b>otros trastornos en eje I</b>	no hay	18 (94.73%)	18 (90%)	36
	sí hay	1 (5.27%)	2 (10%)	3
<b>otros trastornos en eje II</b>	no hay	17 (89.47%)	18 (90%)	35
	sí hay	2 (10.53%)	2 (10%)	4
<b>Medicación</b>	no hay	14 (73.68%)	13 (65%)	27
	sí hay	5 (24.32%)	7 (35%)	12
<b>años de evolución del trastorno</b>	N	14	17	
	Media	2,07	1,71	
	DT	1,774	1,312	

*TABLA 17: Puntuaciones en cuestionarios y escalas antes del tratamiento*

	EMMA	TRADICIONA
Adaptación global	5,80 (1,571)	4,78 (2,167)
Adaptación familia	4,00 (2,749)	3,78 (2,991)
Adaptación Tiempo libre	5,40 (2,066)	3,22 (2,906)
Adaptación pareja	6,30 (2,908)	3,78 (3,383)
Adaptación trabajo	4,70 (2,669)	3,56 (1,878)
Adaptación social	5,50 (1,509)	4,00 (2,121)
BDI	26,28 (10,272)	19,74 (10,754)
PANAS POSITIVO	17,84 (4,833)	19,85 (6,976)
PANAS NEGATIVO	34,05 (6,662)	30,35 (9,304)
FRECUENCIA TRISTEZA	7,00 (1,505)	6,94 (2,221)
FRECUENCIA RELAX	2,06 (1,842)	2,23 (2,222)
FRECUENCIA ALEGRÍA	2,36 (2,062)	3,66 (2,236)
FRECUENCIA ANSIEDAD	6,18 (3,103)	6,58 (1,938)
FRECUENCIA RABIA	5,81 (3,059)	6,35 (3,161)
INTENSIDAD TRISTEZA	7,25 (1,570)	6,94 (2,221)
INTENSIDAD RELAX	2,06 (1,907)	2,47 (2,239)
INTENSIDAD ALEGRÍA	2,07 (2,177)	3,40 (2,118)
INTENSIDAD ANSIEDAD	6,53 (3,067)	6,58 (1,872)
INTENSIDAD RABIA	5,93 (3,172)	6,58 (3,062)
CREENCIA PENSAM. NEGATIVO 1	8,93 (1,492)	8,40 (3,062)
CREENCIA PENSAM. NEGATIVO 2	8,79 (1,626)	9,40 (0,843)
EVITACIÓN CONDUCTA1	9,07 (1,269)	9,38 (,744)
EVITACIÓN CONDUCTA2	9,21 (1,188)	8,63 (1,302)
EVITACIÓN PENSAM.1	8,14 (2,107)	8,00 (3,338)
EVITACIÓN PESAM.2	8,93 (1,730)	8,63 (1,768)
TEMOR CONDUCTA1	9,21 (,975)	8,75 (1,282)
TEMOR CONDUCTA2	8,64 (1,737)	9,50 (,756)
TEMOR PENSAM.1	8,79 (1,578)	9,13 (,991)
TEMOR PENSAM,2	8,64 (1,550)	8,63 (1,768)
AUTOEFICACIA: MI VIDA	11,62 (5,553)	10,62 (5,604)
AUTOEFICACIA: MOMENTO ACTUAL	9,12 (6,289)	11,62 (,577)
RESILIENCIA	56,62 (14,242)	51,75 (21,613)

### **3.2. ANÁLISIS GLOBAL DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS**

Con el fin de comparar la eficacia diferencial de las dos modalidades de tratamiento aplicadas, se llevaron a cabo ANOVAS de Medidas Repetidas para las puntuaciones de cada uno de los instrumentos y medidas utilizadas. Debido a la mortalidad de la muestra en los seguimientos, se realizaron diferentes análisis: en primer lugar, se analizaron las diferencias exclusivamente entre las puntuaciones obtenidas antes (pre-tratamiento) y después del tratamiento (post-tratamiento); en segundo lugar, se analizaron las diferencias en las puntuaciones obtenidas en los cuatro momentos de

evaluación: pre-tratamiento, post- tratamiento, seguimiento a los 3 meses y seguimiento a los 6 meses.

### **3.2.1. DIFERENCIAS EN EL CUESTIONARIO DE ADAPTACIÓN**

Por lo que se refiere al Cuestionario de Adaptación, que evalúa la interferencia ocasionada por el problema, se aplicaron ANOVAs de medidas repetidas (2x2) para las puntuaciones obtenidas, con un factor entre-grupos (EMMA *versus* tradicional) y un factor momento (antes *versus* después del tratamiento). Como se puede observar en las Tablas 18 y 19, la interferencia fue significativamente menor en todas las áreas después de los tratamientos (el efecto momento fue significativo). Los efectos de interacción no alcanzaron la significación estadística en ninguna variable, aunque para las áreas de tiempo libre y de funcionamiento de pareja, había una tendencia (no significativa) en el sentido de que los pacientes del grupo del tratamiento de EMMA mejoraban aún más que los del tradicional.

Para evaluar las diferencias ocurridas en los seguimientos, también se aplicaron ANOVAS de medidas repetidas (2x4) con un factor entre-grupos (EMMA *versus* tradicional) y un factor momento (antes, después del tratamiento, seguimiento a 3 meses, seguimiento a 6 meses). Como se puede observar en las Tablas 18 y 19, la interferencia fue significativamente menor en todas las áreas después de los tratamientos, y este efecto se mantenía e incluso mejoraba en los seguimientos (el efecto momento fue significativo). En esta ocasión sí se encontraron efectos significativos de interacción para las áreas de tiempo libre y de funcionamiento social. En ambas áreas el grupo del tratamiento de EMMA mejoraba aún más que en el tradicional cuando se comparaba el primer seguimiento con el momento pre-tratamiento. Se utilizaron “contrastres simples” de comparación con el momento pre-tratamiento, para analizar en qué momentos se producían las diferencias significativas. En ambas áreas (tiempo libre y funcionamiento social) el grupo del tratamiento de EMMA mejoraba aún más que en el tradicional cuando se comparaba el primer seguimiento con el momento pre-tratamiento. Es decir, estas personas mostraban una mejoría significativamente más pronunciada en el seguimiento.

**TABLA 18: Cuestionario de Adaptación: Medias (y Desviaciones Típicas)**

	EMMA				TRADICIONAL			
	PRE	POST	SEGUI1	SEGUI2	PRE	POST	SEGUI1	SEGUI2
<b>global</b>	5,80 (1,571)	2,90 (1,663)	1,00 (1,491)	1,10 (1,853)	4,78 (2,167)	2,89 (1,965)	1,89 (1,453)	1,00 (1,886)
<b>familia</b>	4,00 (2,749)	2,10 (1,197)	1,00 (1,333)	1,00 (1,886)	3,78 (2,991)	2,44 (2,744)	1,22 (1,481)	,67 (1,118)
<b>Tiempo libre</b>	5,40 (2,066)	1,80 (1,317)	1,10 (1,101)	,70 (1,337)	3,22 (2,906)	1,67 (1,581)	1,56 (2,351)	,22 ,441
<b>pareja</b>	6,30 (2,908)	3,20 (2,486)	1,20 (1,619)	,70 (1,337)	3,78 (3,383)	1,89 (2,369)	1,44 (2,351)	,67 (1,323)
<b>trabajo</b>	4,70 (2,669)	2,30 (2,163)	,60 ,843	,30 ,675	3,56 (1,878)	1,44 (1,509)	1,00 (1,225)	,44 ,882
<b>social</b>	5,50 (1,509)	2,40 (1,430)	,70 (1,160)	,80 (1,687)	4,00 (2,121)	2,00 (1,871)	1,56 (1,944)	,67 (1,000)

**TABLA 19: Cuestionario de Adaptación: Resultados de los ANOVAs**

	MOMENTO (pre vs post)		GRUPO		MOMENTO X GRUPO	
	F	p	F	p	F	p
global	34,251	0,001	,013	,912	1,420	,248
familia	16,835	0,001	,000	,997	,239	,869
Tiempo libre	20,889	0,001	1,253	,279	2,435	,075
pareja	24,545	0,001	1,198	,289	2,689	,056
trabajo	32,416	0,001	,438	,517	2,689	,119
social	43,355	0,001	,263	,614	3,110	,034

	MOMENTO (pre, post, seguimientos)		GRUPO		MOMENTO X GRUPO	
	F	p	F	p	F	p
global	34,251	0,001	,013	,912	1,420	,248
familia	16,835	0,001	,000	,997	,239	,869
Tiempo libre	20,889	0,001	1,253	,279	2,435	,075
pareja	24,545	0,001	1,198	,289	2,689	,056
trabajo	32,416	0,001	,438	,517	2,689	,119
social	43,355	0,001	,263	,614	3,110	,034

### 3.2.2. CAMBIOS EN LOS CUESTIONARIOS QUE EVALÚAN EL AFECTO.

En la Tabla 20 se puede observar las puntuaciones obtenidas por los dos grupos en el BDI y en el PANAS. En primer lugar, por lo que se refiere al BDI, se aplicaron ANOVAS de medidas repetidas (2x2) con un factor entre-grupos (EMMA *versus*

tradicional) y un factor momento (antes *versus* después del tratamiento). Como se puede observar en las Tablas 19 y 20, las puntuaciones en este cuestionario fueron significativamente menores después de los tratamientos (el efecto momento fue significativo). Además, las personas del grupo de EMMA mejoraban aún más que las del grupo tradicional, ya que el efecto de interacción alcanzó la significación estadística. Como se puede observar, estas personas partían de puntuaciones más graves antes del tratamiento, y consiguieron incluso puntuaciones menores después del tratamiento.

Para evaluar las diferencias ocurridas en los seguimientos, también se aplicaron ANOVAs de medidas repetidas (2x4) para las puntuaciones obtenidas en el BDI, con un factor entre-grupos (EMMA *versus* tradicional) y un factor momento (antes, después del tratamiento, seguimiento a 3 meses, seguimiento a 6 meses). Como se puede observar en las Tablas 20 y 21, las puntuaciones en depresión eran significativamente menores después de los tratamientos, y este efecto se mantenía e incluso mejoraba en los seguimientos (el efecto momento fue significativo). Además, el grupo del tratamiento de EMMA mejoraban aún más que en el tradicional cuando se comparaban sus puntuaciones antes del tratamiento con el resto de momentos de evaluación (post-tratamiento y los dos seguimientos). Se utilizaron “contrastres simples” de comparación con el momento pre-tratamiento, para analizar en qué momentos se producían las diferencias significativas, y se observó que el grupo del tratamiento de EMMA mejoraba aún más que el tradicional cuando se comparaban sus puntuaciones antes del tratamiento con el resto de momentos de evaluación (post-tratamiento y los dos seguimientos). Es decir, estas personas mostraban una mejoría significativamente más pronunciada en todas las evaluaciones.

***TABLA 20: Depresión y Afectos: Medias (y Desviaciones Típicas)***

	EMMA				TRADICIONAL			
	PRE	POST	SEG1	SEG2	PRE	POST	SEG1	SEG2
<b>BDI</b>	26,28 (10,27)	6,50 (4,57)	2,40 (3,06)	1,00 (2,82)	19,74 (10,75)	7,00 (6,74)	5,33 (3,67)	4,33 (3,42)
<b>PANAS POSITIVO</b>	17,84 (4,83)	29,26 (10,08)	31,90 (7,14)	34,70 (9,66)	19,85 (6,97)	28,90 (8,75)	23,90 (9,04)	29,50 (6,62)
<b>PANAS NEGATIVO</b>	34,05 (6,66)	20,26 (8,04)	15,40 (6,32)	13,20 (4,36)	30,35 (9,30)	17,95 (4,94)	17,00 (5,12)	14,80 (4,32)

*TABLA 21: Depresión y Afectos: Resultados de los ANOVAs*

	MOMENTO Pre vs. post		GRUPO		MOMENTO X GRUPO	
	F	p	F	p	F	p
<b>BDI</b>	93,530	0,001	1,832	,185	4,386	,044
<b>PANAS POSITIVO</b>	36,673	0,001	,190	,666	,492	,487
<b>PANAS NEGATIVO</b>	69,852	0,001	2,831	,101	,197	,660
	MOMENTO Pre, post seguimientoa		GRUPO		MOMENTO X GRUPO	
	F	p	F	p	F	p
<b>BDI</b>	667,54	0,001	0,87	,771	12,68	,004
<b>PANAS POSITIVO</b>	14.133	0,001	1.103	,307	4.408	,011
<b>PANAS NEGATIVO</b>	49.254	0,001	.697	,115	7.699	0,001

En segundo lugar, por lo que se refiere al PANAS, se aplicaron ANOVAs de medidas tanto (2x2) para el factor de afecto negativo, como el de afecto positivo, con un factor entre-grupos (EMMA *versus* tradicional) y un factor momento (antes y después del tratamiento). Como se puede observar en las Tablas 20 y 21, las puntuaciones en este cuestionario fueron significativamente menores para el afecto negativo después de los tratamientos (el efecto momento fue significativo) y mayores para el afecto positivo (el efecto momento también fue significativo). En este caso, no se obtuvieron efectos de interacción para ninguno de los dos factores. Es decir, ambos grupos mejoraban igualmente tras el tratamiento.

Para evaluar las diferencias ocurridas en los seguimientos, se aplicaron ANOVAs de medidas repetidas para las puntuaciones obtenidas en los dos factores del PANAS, con un factor entre-grupos (EMMA *versus* tradicional) y un factor momento (antes, después del tratamiento, seguimiento a 3 meses, seguimiento a 6 meses). Como se puede observar en las Tablas 20 y 21, las puntuaciones en el afecto negativo eran significativamente menores después de los tratamientos y significativamente mayores para el afecto positivo, y estos efectos mejoraban en los seguimientos (el efecto momento fue significativo). En esta ocasión, el grupo del tratamiento de EMMA mejoraba aún más que en el tradicional, tanto en afecto negativo como en positivo, cuando se comparaban sus puntuaciones antes del tratamiento con el resto de momentos de evaluación (post-tratamiento y los dos seguimientos). Nuevamente,

estas personas mostraban mejorías significativamente mayores en todos los momentos.

### **3.2.3. CAMBIOS EN LAS MEDIDAS DE FRECUENCIA E INTENSIDAD DE LAS EMOCIONES**

En primer lugar, por lo que se refiere a las comparaciones antes versus después del tratamiento, se aplicaron ANOVAs de medidas (2x2) con un factor entre-grupos (EMMA *versus* tradicional) y un factor momento (antes *versus* después del tratamiento), para la frecuencia e intensidad de ansiedad, relax, tristeza, alegría y rabia. Como se puede observar en las Tablas 22 y 23, las puntuaciones en estas medidas fueron significativamente menores después de los tratamientos tanto en su frecuencia como en su intensidad (el efecto momento fue significativo para todas ellas). Sin embargo, no hubo ningún efecto de interacción para ninguna de las variables. Es decir, ambos tratamientos mostraban cambios similares desde el punto de vista estadístico.

Para estas variables no se pudieron hacer análisis de seguimientos, ya que debido a la mortalidad experimental de la muestra, los N eran excesivamente pequeños para estas variables.



*TABLA 22: Emociones: Medias (y Desviaciones Típicas)*

	EMMA		TRADICIONAL	
	PRE	POST	PRE	POST
FRECUENCIA TRISTEZA	7,00 (1,50)	2,00 (2,75)	6,94 (2,22)	2,11 (2,17)
FRECUENCIA RELAX	2,06 (1,84)	6,18 (2,66)	2,23 (2,22)	5,17 (2,94)
FRECUENCIA ALEGRÍA	2,36 (2,06)	6,90 (2,80)	3,66 (2,23)	6,44 (2,50)
FRECUENCIA ANSIEDAD	6,18 (3,10)	1,87 (2,21)	6,58 (1,93)	2,82 (2,23)
FRECUENCIA RABIA	5,81 (3,05)	1,62 (2,44)	6,35 (3,16)	1,82 (2,53)
<hr/>				
INTENSIDAD TRISTEZA	7,25 (1,57)	2,00 (2,75)	6,94 (2,22)	2,41 (2,15)
INTENSIDAD RELAX	2,06 (1,90)	5,66 (2,39)	2,47 (2,23)	5,00 (2,80)
INTENSIDAD ALEGRÍA	2,07 (2,17)	6,46 (2,63)	3,40 (2,11)	6,30 (2,62)
INTENSIDAD ANSIEDAD	6,53 (3,06)	2,33 (2,35)	6,58 (1,87)	3,58 (2,67)
INTENSIDAD RABIA	5,93 (3,17)	1,56 (2,44)	6,58 (3,06)	2,88 (3,29)

*TABLA 23: Emociones: Resultados de los ANOVAs*

	MOMENTO (pre vs post)		GRUPO		MOMENTO X GRUPO	
	F	p	F	p	F	p
FRECUENCIA TRISTEZA	119,425	0,001	,002	,963	,039	,846
FRECUENCIA RELAX	37,448	0,001	,439	,513	1,051	,313
FRECUENCIA ALEGRÍA	37,839	0,001	,211	,652	2,205	,155
FRECUENCIA ANSIEDAD	59,858	0,001	1,013	,322	,275	,604
FRECUENCIA RABIA	51,272	0,001	,230	,635	,079	,781
<hr/>						
INTENSIDAD TRISTEZA	114,600	0,001	,007	,935	,622	,436
INTENSIDAD RELAX	30,360	0,001	,045	,834	,344	,030
INTENSIDAD ALEGRÍA	49,999	0,001	,446	,512	2,077	,164
INTENSIDAD ANSIEDAD	45,496	0,001	,844	,366	1,264	,270
INTENSIDAD RABIA	42,643	0,001	1,344	,255	,292	,593

### 3.2.4. CAMBIOS EN LAS MEDIDAS DE EVITACIÓN, TEMOR Y GRADO DE CREENCIA

En cuanto a las medidas de evitación de conductas y de pensamientos, al grado de creencia en los pensamientos disfuncionales, y al temor que suscitan las conductas y pensamientos, se aplicaron ANOVAs de medidas (2x2) con un factor entre-grupos (EMMA *versus* tradicional) y un factor momento (antes *versus* después del tratamiento), para las dos conductas elegidas como objetivo de terapia (conducta 1 y conducta 2) y los dos pensamientos más perturbadores (pensamiento 1 y pensamiento 2). Como se puede observar en las Tablas 24 y 25, tanto la evitación de conductas y pensamientos como su grado de creencia, fueron significativamente menores después de los tratamientos (el efecto momento fue significativo). Sin embargo, no hubo ningún efecto de interacción para ninguna de las variables. Es decir, ambos tratamientos mostraban cambios similares desde el punto de vista estadístico.

*TABLA 24: Evitación, Temor y Grado de Creencia: Medias (y Desviaciones Típicas)*

	EMMA				TRADICIONAL			
	PRE	POST	SEGUI1	SEGUI2	PRE	POST	SEGUI1	SEGUI2
<b>CREENCIA</b>	8,93	1,57	1.57	0.29	8,40	2,30	1.50	1.25
<b>PENS.NEG.1</b>	(1,49)	(1,98)	(1.81)	(.76)	(3,062)	(2,003)	(2.38)	(2.5)
<b>CREENCIA</b>	8,79	2,14	2.71	1.57	9,40	2,50	1.5	2
<b>PENS.NEG.2</b>	(1,626)	(2,958)	(3.6)	(3.7)	(0,843)	(2,321)	(2.4)	(2.2)
<b>EVITACIÓN</b>	9,07	1,29	0	0,18	9,38	,63	1.15	1,14
<b>CONDUCTA1</b>	(1,269)	(2,920)	(0)	(0,6)	(,744)	(1,188)	(1,63)	(1,86)
<b>EVITACIÓN</b>	9,21	2,00	1.08	1	8,63	1,38	2,27	1,67
<b>CONDUCTA2</b>	(1,188)	(3,419)	(1.29)	(2,11)	(1,302)	(1,061)	(2,49)	(2,07)
<b>EVITACIÓN</b>	8,14	1,50	0.91	0,4	8,00	,13	1,10	0,75
<b>PENS.NEG.1</b>	(2,107)	(2,029)	(2.12)	(1,27)	(3,338)	(,354)	(2,13)	(1,50)
<b>EVITACIÓN</b>	8,93	1,36	0,40	0	8,63	1,25	1	0,5
<b>PENS.NEG.2</b>	(1,730)	(2,098)	(0,84)	(0)	(1,768)	(1,753)	(1,95)	(0,71)
<b>TEMOR</b>	9,21	1,86	0,58	0,91	8,75	1,50	1,85	1,14
<b>CONDUCTA1</b>	(,975)	(2,958)	(1,08)	(1,7)	(1,282)	(1,852)	(1,57)	(1,86)
<b>TEMOR</b>	8,64	2,36	2	0,7	9,50	1,88	3,18	2,67
<b>CONDUCTA2</b>	(1,737)	(3,319)	(2,7)	(1,64)	(,756)	(2,167)	(2,99)	(3,67)
<b>TEMOR</b>	8,79	2,79	2,09	1,1	9,13	1,75	0,90	1,25
<b>PENS.NEG.1</b>	(1,578)	(3,068)	(2,95)	(1,59)	(,991)	(2,550)	(1,29)	(1,89)
<b>TEMOR</b>	8,64	1,93	1,10	2	8,63	1,63	1,57	0
<b>PENS.NEG.2</b>	(1,550)	(2,269)	(1,66)	(3,2)	(1,768)	(2,925)	(2,69)	(0)

*TABLA 25: Evitación, Temor y Grado de Creencia: Resultados de los ANOVAs*

	<b>MOMENTO (pre vs post)</b>		<b>GRUPO</b>		<b>MOMENTO X GRUPO</b>	
	F	p	F	p	F	p
<b>CREENCIA PENS.NEG.1</b>	134,65	0,001	.004	.95	2,19	,09
<b>CREENCIA PENS.NEG.2</b>	133,65	0,001	.527	.47	.04	.83
<b>EVITACIÓN CONDUCTA1</b>	295,01	0,001	.003	.95	.002	.96
<b>EVITACIÓN CONDUCTA2</b>	102,73	0,001	3,17	,09	.35	,56
<b>EVITACIÓN PENS.NEG.1</b>	202,47	0,001	,51	,82	,22	,64
<b>EVITACIÓN PENS.NEG.2</b>	115,67	0,001	,09	,77	,13	,72
<b>TEMOR CONDUCTA1</b>	192,41	0,001	2,68	.11	.04	.84
<b>TEMOR CONDUCTA2</b>	123,39	0,001	.56	.46	,28	,60
<b>TEMOR PENS.NEG.1</b>	123,37	0,001	.01	.91	.11	.74
<b>TEMOR PENS.NEG.2</b>	127,59	0,001	,06	,80	.03	.85
	<b>MOMENTO (pre, post, seguimientos)</b>		<b>GRUPO</b>		<b>MOMENTO X GRUPO</b>	
	F	p	F	p	F	p
<b>CREENCIA PENS.NEG.1</b>	33,85	0,001	.12	.73	1,17	.33
<b>CREENCIA PENS.NEG.2</b>	30,75	0,001	.32	.58	.59	.62
<b>EVITACIÓN CONDUCTA1</b>	48,51	0,001	.55	.39	,22	.88
<b>EVITACIÓN CONDUCTA2</b>	11,89	0,001	.07	.79	1,19	.32
<b>EVITACIÓN PENS.NEG.1</b>	67,75	0,001	,21	.65	.39	.76
<b>EVITACIÓN PENS.NEG.2</b>	58,26	0,001	,65	,45	1,05	,39
<b>TEMOR CONDUCTA1</b>	39,42	0,001	,23	,64	,17	,91
<b>TEMOR CONDUCTA2</b>	13,17	0,001	1,25	,29	2,65	0,6
<b>TEMOR PENS.NEG.1</b>	20,19	0,001	,49	,51	,12	,94
<b>TEMOR PENS.NEG.2</b>	23,59	0,001	,72	,43	,31	,82

En el caso de los análisis de los seguimientos, los ANOVAs de medidas repetidas (2x4) también obtuvieron también se obtuvieron efectos momento significativos para todas las variables. En cuanto a los efectos de interacción, no se obtuvieron diferencias significativas a nivel global, pero los resultados post-hoc (“contrastres simples” de comparación) sí revelaron diferencias cuando se comparaba el primer seguimiento con el momento anterior al tratamiento. En esas comparaciones, la

evitación de la conducta 2 cambiaba significativamente más en el seguimiento a los 3 meses en el grupo EMMA ( $F=5,46$ ,  $p<,04$ ). También se encontraron los mismos efectos de interacción significativos para el temor que provocaba la conducta 2 ( $F=5,90$   $p<,03$ ). En este caso, también el grupo EMMA obtenía en una disminución aún mayor en el miedo que suscitaba realizar ese comportamiento objetivo de la terapia. Este efecto de interacción en el primer seguimiento no se encontró en las variables de evitación de pensamientos, evitación y temor de la conducta 1, ni en el grado de creencia de los pensamientos.

### 3.2.5. CAMBIOS EN LAS MEDIDAS DE AUTO-EFICACIA Y RESILIENCIA

Se aplicaron ANOVAs de medidas (2x2) con un factor entre-grupos (EMMA *versus* tradicional) y un factor momento (antes *versus* después del tratamiento), tanto para las dos medidas de auto-eficacia (“en mi vida en general” y “en este momento actual”) como para la resiliencia. Como se puede observar en las Tablas 26 y 27, todas estas variables obtuvieron puntuaciones significativamente mayores después de los tratamientos (el efecto momento fue significativo). Sin embargo, aunque las puntuaciones eran aún más altas en el grupo de EMMA, no hubo ningún efecto de interacción para ninguna de estas variables. Para estas variables no se pudo hacer análisis de seguimientos, ya que la mortalidad experimental redujo de manera importante el N de la muestra.

*TABLA 26: Auto-Eficacia y Resiliencia: Medias (y Desviaciones Típicas)*

	EMMA		TRADICIONAL	
	PRE	POST	PRE	POST
<b>AUTOEFICACIA MI VIDA</b>	11,62 (5,55)	26,75 (4,30)	10,62 (5,60)	22,00 (4,59)
<b>AUTOEFICACIA MOMENTO ACTUAL</b>	9,12 (6,28)	25,62 (5,26)	11,62 (7,57)	22,00 (4,72)
<b>RESILIENCIA</b>	56,62 (14,24)	84,87 (8,87)	51,75 (21,61)	80,50 (13,89)

**TABLA 27: Auto-Eficacia y Resiliencia: Resultados de los ANOVAs**

	MOMENTO (pre vs. Post)		GRUPO		MOMENTO X GRUPO	
	F	p	F	p	F	p
<b>AUTOEFICACIA MI VIDA</b>	59,880	0,001	2,405	,143	1,199	,292
<b>AUTOEFICACIA MOMENTO ACTUAL</b>	41,278	0,001	,066	,801	2,144	,165
<b>RESILIENCIA</b>	25,259	0,001	,726	,409	,002	,965

### 3.2.6. CAMBIOS EN LAS VALORACIONES DE LOS PACIENTES POR PARTE DE LOS TERAPEUTAS

Para evaluar las diferencias en las valoraciones que los terapeutas hacían de sus pacientes en cuanto a su gravedad, interferencia y valoración global, se aplicaron ANOVAs de medidas repetidas (2x2) con un factor entre-grupos (EMMA *versus* tradicional) y un factor momento (antes *versus* después del tratamiento). Como se puede observar en las Tablas 28 y 29, en todas estas variables se obtuvieron cambios significativos tras el tratamiento (el efecto momento fue significativo), pero no se obtuvo ningún efecto de interacción que revelara cambios diferenciales en una de las condiciones. Estos mismos resultados se obtuvieron cuando se tuvieron en cuenta también los dos seguimientos (ANOVAs de medidas repetidas 2 x 4).

**TABLA 28: Valoración del terapeuta: Medias (y Desviaciones Típicas)**

	EMMA				TRADICIONAL			
	PRE	POST	SEGUI1	SEGUI2	PRE	POST	SEGUI1	SEGUI2
<b>VALORACIÓN GRAVEDAD</b>	4,76 (1,43)	1,47 (1,41)	1,00 (1,32)	,33 (1,0)	4,78 (1,16)	1,61 (1,53)	,63 (,74)	,38 (,74)
<b>VALORACIÓN INTERFERENCIA</b>	5,18 (1,13)	1,47 (1,37)	,89 (1,16)	,22 (,66)	5,11 (1,07)	1,83 (1,42)	,63 (1,06)	,13 (,35)
<b>VALORACIÓN GLOBAL</b>	5,00 (1,17)	1,41 (1,37)	1,00 (1,32)	,33 (1,0)	4,83 (,92)	1,67 (1,45)	,88 (,99)	,13 (,35)

*TABLA 29: Valoración del terapeuta: Resultados de los ANOVAs*

	MOMENTO (pre vs. Post)		GRUPO		MOMENTO X GRUPO	
	F	p	F	p	F	P
<b>VALORACIÓN GRAVEDAD</b>	107,499	0,001	,047	,830	,042	,839
<b>VALORACIÓN INTERFERENCIA</b>	147,900	0,001	,222	,640	,556	,461
<b>VALORACIÓN GLOBAL</b>	151,984	0,001	,019	,891	,592	,447
	MOMENTO (pre, post, seguimientos)		GRUPO		MOMENTO X GRUPO	
	F	p	F	p	F	P
<b>VALORACIÓN GRAVEDAD</b>	38,98	0,001	1,19	,31	,26	,85
<b>VALORACIÓN INTERFERENCIA</b>	51,16	0,001	1,78	,21	,89	,46
<b>VALORACIÓN GLOBAL</b>	53,36	0,001	2,00	,19	,19	,89

### 3.2.7. DIFERENCIAS EN LA OPINIÓN DEL TRATAMIENTO POR PARTE DE LOS PACIENTES

Con el fin de saber si los pacientes mantenían expectativas positivas hacia el tratamiento, una vez éste era presentado y explicado, y si posteriormente estaban satisfechos con él, y si había diferencias entre estas variables en función de la condición de tratamiento, se aplicaron ANOVAs de medidas (2x2) con un factor entre-grupos (EMMA *versus* tradicional) y un factor momento (antes *versus* después del tratamiento). Como se puede observar en las Tablas 30 y 31, los pacientes valoraron de modo muy positivo ambos tratamientos, no habiendo diferencias entre la condición tradicional y la condición EMMA. Además, en ambas condiciones valoran incluso mejor el tratamiento una vez se ha aplicado.

*TABLA 30: Opinión de los pacientes*

	EMMA				TRADICIONAL			
	PRE		POST		PRE		POST	
	Media	DT	Media	DT	Media	Dt	Media	DT
aversivo	3,67	3,49	2,47	2,63	4,00	3,51	3,26	3,10
logica	7,67	1,91	8,47	1,21	8,33	,90	8,79	1,13
recomendaria	7,78	2,10	9,05	1,31	8,56	1,14	9,32	1,108
satisfaccion	7,78	2,07	9	1,20	8,00	1,84	8,89	1,4
util otros problemas	7,39	2,45	8,11	1,59	7,50	1,88	8,74	1,09
util su caso	7,94	2,15	8,74	1,52	8,11	1,84	8,95	1,31

*TABLA 31: Opinión de los pacientes: Resultados de los ANOVAs*

	MOMENTO (pre vs. Post)		GRUPO		MOMENTO X GRUPO	
	F	p	F	p	F	p
aversivo	2,85	,101	,305	,584	,49	,485
logica	7,03	,012	2,427	,129	,76	,388
recomendaria	20,61	0,001	1,652	,208	2,15	,152
satisfaccion	7,73	,009	,223	,640	,02	,867
util otros problemas	10,10	,003	,903	,349	,47	,497
util su caso	11,34	,002	,257	,615	,12	,725

### 3.2.8. OPINIONES CUALITATIVAS DEL TRATAMIENTO POR PARTE DE LOS PACIENTES Y DE LOS TERAPEUTAS

Se pidió a cada participante que nos indicara lo que considerara oportuno acerca de los tratamientos, con independencia de que hubieran recibido el tratamiento tradicional o el tratamiento apoyado en El Mundo de Emma. Algunos lo hicieron y otros no. También algunos fueron más explícitos que otros. En general, los comentarios globales hacia ambos tratamientos fueron muy positivos, pero hicieron muchos más comentarios los pacientes de la condición EMMA, quizás por el atractivo que suponen las nuevas tecnologías. Como se puede ver a continuación,

es bastante unánime la opinión positiva acerca de los entornos y el hecho de que consideren que les ayudó en terapia. A continuación resumimos esos comentarios, indicando un número de identificación del paciente, junto con el acontecimiento que le produjo el problema/motivo de consulta.

### **Tratamiento tradicional**

**P. 14.** *Agresión a la salida de una discoteca, por parte de una persona que había agredido a otra chica y había violado a una tercera.* La paciente comenta que después de la novena sesión de exposición “pudo hablar con normalidad de lo sucedido con su abuela y no se puso nerviosa”.

**P. 17.** *Atraco en su joyería.* En la primera sesión de exposición se pone muy nerviosa (puntuación 10) al imaginarse las “sudamericanas que le atracaron con las pulseras y cadenas”. En la tercera sesión de exposición ya no le produce tanta ansiedad; “ya no vienen tantos recuerdos durante el día como antes”. En la última sesión de exposición: “No me da miedo retener las imágenes en la mente, se que es algo que ocurrió y no pude evitarlo. No es por mi culpa. Las imágenes vienen y se van, no me hacen daño”. Después del tratamiento indica, “Existe una parte del acontecimiento que todavía no he recordado”. En el seguimiento, “Me siento más decidida después del tratamiento, por ejemplo, me voy a comprar un piso con mi novio”.

**P. 52.** *Accidente de tráfico.* En las primeras sesiones salta de un punto del relato del accidente a otro, no puede conectar la historia. En la cuarta sesión de exposición en imaginación indica, “Tengo muchas lagunas de memoria a lo largo del accidente, me siento incapaz de recordarlo todo”.

**P. 42.** *Duelo tras el fallecimiento repentino de su hermana.* “Cuando me explicaron la exposición me dio miedo empezar la terapia, pero conforme he ido haciéndolo he visto que no hay por qué tenerle miedo”. Puedo visualizarlo y sentirme allí. Hice el índice del libro de la vida y lo trabajamos con las fotos y con la habitación de mi hermana. Fue muy duro pero ahora me siento mejor y me alegro de tener tantos recuerdos buenos de ella. Además, el tratamiento me ha ayudado a controlar mejor mi ansiedad, especialmente el pulso. A cambiar mi forma de pensar, a desdramatizar. Ha mejorado mi autoestima y seguridad en mi misma. Incluso pienso que me ha ayudado a tomar decisiones”.

**P. 43.** *Fallecimiento de su madre.* “Me gustó mucho hacer el Libro de la vida: Títulos de los capítulos: 1) “Siempre contigo en la infancia”, 2) “Nacimiento de mi hija” 3) “Su principio del final” 4) “Su muerte, mi muerte” 5) “La enfermedad” 6) “Volviendo a nacer”. “Cambié mi forma de pensar: Mi hija es lo primero ahora, tengo que seguir adelante por ella”. “Ya no veo la muerte de mi madre como mi propia muerte, quiero disfrutar de las cosas que tengo”.



**P. 51. Problema laboral** “Ahora me siento mucho mejor gracias al problema que tuve. De hecho, al cambiarme de trabajo me estoy encontrando en una situación muy similar a la que viví, y la estoy afrontando de una manera totalmente diferente a como lo hice, y eso me hace sentirme muy orgullosa de mi misma. Además, gracias al tratamiento pude enfrentarme a las situaciones que me daban miedo y hablar con las personas que había estado evitando.

**P. 55. Ruptura sentimental** “La terapia me ha ayudado a superar la separación. Además he aprendido a llevar mejor las relaciones con su ex pareja y mi hermana”.

### **Tratamiento apoyado por El Mundo de EMMA**

**P. 15. Agresiones de su ex pareja.** Para representar la agresión de la cocina donde me dio una paliza y acabó dándome patadas en el suelo, elegí una “bombilla” y “música triste”: La bombilla representa la cara de mi ex pareja ya que cuando pienso en él no puedo ver su cara con claridad, “es como si la hubiera borrado de mi memoria”; “Me está provocando mucha ansiedad”. Durante las exposiciones indica: “No puedo ver su cara, continúo buscándolo. La paciente manifiesta dificultades para expresar la ira y la rabia asociada a su ex pareja. Al final de las sesiones de exposición, la paciente pide que se incluya en el escenario una tormenta con el ánimo de descargar todos los sentimientos asociados a su ex pareja. La paciente finalmente fue capaz de destruir una fotografía de su ex pareja:”. El significado que le otorgó fue, “por fin soy capaz de sacarlo de mi vida”. Indica que El Mundo de Emma la ayudó.

**P. 18. Acoso laboral (psicológico).** Al finalizar las sesiones de exposición indica que, “Ya no recuerdo el episodio, ya no me viene a la mente”. Duermo mejor, es como si lo hubiera integrado, forma parte de mí y de mi pasado. Pasó y ya está. Ya no me causa el desasosiego de antes”. “Cuando reviví el episodio en el escenario EMMA, es como si estuviera en el despacho de mi jefa”. “Me sentí muy cerca de la realidad”, “Revivir el episodio en el escenario, me ayudó mucho a superar mi problema”. “Me gustó EMMA”.

**P. 45. Accidente de tráfico.** “Las fotografías me ayudaron a situarme en el acontecimiento, a revivir el accidente”.

**P. 47. Maltrato de su madre.** “EMMA me ha ayudado a poder reconocer y expresar emociones. Me ha ayudado a desahogarme con respecto a mi madre sin que ella estuviese delante. Ha sido importante llegar a ver otro punto de vista diferente respecto a mi madre”.

**P. 53. Acoso laboral (agresión psicológica).** Después del tratamiento indica que es, “Como si me hubiera limpiado”, “Como si me hubiera quitado una carga”. “Me han gustado mucho los diferentes escenarios. Describían perfectamente mi estado de ánimo”. Por ejemplo, el desierto reflejaba la sensación de desolación, no sabía dónde ir ni a quien acudir”. Como posibles mejoras indica que, “El objeto que se elige para empezar a hablar acerca de lo ocurrido ayuda mucho a meterse en situación, preferiría haberlo podido llevar conmigo a lo largo del escenario”.

En el seguimiento señala que, “El tratamiento me ha ayudado mucho, después de pasar dos años mal, pensaba que no me recuperaría. Ahora me siento muy bien, tal y como he estado siempre”. Además, pensaba que no volvería a hablar en público y acabo de hacerlo”:

**P. 2.** *Accidente de coche de su novio quien queda en coma.* Manifiesta que, “Los símbolos me ayudaron a reflejar mis emociones, por ejemplo, la cadena refleja muy bien mi relación actual con él en este momento (por la enfermedad) y la boda, refleja lo que iba a ser antes del accidente”. Indica también que habría que tener más variedad de símbolos.

**P. 11.** *Después de 20 años de relación de pareja su pareja la abandonó a ella y a sus hijas.* Manifiesta que: “Me resultó muy útil utilizar los *símbolos* de Emma”. Elegí *la marioneta* porque era así cómo me había sentido a lo largo de estos años. “Me resultó de gran utilidad, entre sesión y sesión, me acordaba mucho de la marioneta, para no caer y seguir siendo la marioneta con mi ex marido”. “Lo que más me ayudó fue el empleo de *fotos* de mi ex pareja y hacerla en tamaño gigante, donde podía desahogarme y decirle todo lo que pensaba y sentía”. Trabajar la *técnica de aceptación* junto con los símbolos y fotos me ayudó mucho: “eran unas sesiones muy duras, cargadas de emociones”, “salía de terapia como si me hubieran dado una paliza”. “Simplemente, la música triste, me provocaba muchas emociones”. Me gustaba terminar con la música de relax en la playa y eso hacía que me relajara bastante. En el seguimiento manifiesta, “En muchas ocasiones me acuerdo de los paseos por la playa de EMMA y eso me relaja”.

**P.12.** *Fallecimiento de su padre.* “Los objetos de EMMA reflejan muy bien mis emociones en cada momento a lo largo del proceso. Por ejemplo.:

- Marioneta: No tengo libertad de acción, no puedo controlar lo que me ocurre.
- Mesa desordenada: mi vida estaba totalmente desordenada después de la muerte de mi padre. Me sentía como si nunca fuera a recuperar la estabilidad y seguridad. ¿Quién me va a orientar de aquí en adelante?
- La cuerda le produjo una explosión emocional: en aquel momento tuve que decidir obligatoriamente seguir hacia delante por un camino que no me gustaba. La he elegido porque refleja el fin, de aquí nadie sale con vida. No hay vuelta atrás”.

Acaba con el escenario de la playa: siente tranquilidad y serenidad al recordar a su padre. “No lo elegido yo, pero puedo afrontar la vida con plenitud”.

Después del tratamiento: La paciente reflexiona acerca de las exposiciones en EMMA y sobre la explosión emocional y se plantea hablar con su madre acerca de la muerte de su padre. El escenario de la playa le recuerda los deportes acuáticos que compartía con su padre. Ya no evita situaciones ni niega la tristeza.

Acentuación en el hecho de poder expresar emociones sin juzgarlas, únicamente experimentarlas y etiquetarlas. Dejar pasar las emociones sin recrearme en ellas. Acaba hablando de las cosas que le gustaba hacer con su padre, de todo el tiempo que estuvo con el y sabía cuánto lo quería. Remarca el cambio de sentido de la muerte de su padre (cambia la foto del accidente/encrucijada por una casa sólida y fundamentada).

En el seguimiento indica, “Creo que *sin ayuda de los escenarios el tratamiento hubiera sido más lento*. Me sentía mejor y puedo plasmar lo que siento, al ver mis sentimientos reflejados creo que el terapeuta me entiende mejor y que esto facilita el trabajo del terapeuta.

Como recomendaciones señala, “Seleccionar algo más los símbolos. En algunas ocasiones tuve dificultad en elegir los símbolos. Me hubiese encantado que fuese más personalizado: imágenes en paisajes reales en lugar de gráficos animados.”. Continué haciendo exposiciones sin sentir ansiedad. Tengo intención de continuar utilizando las técnicas aprendidas.

En el seguimiento indica, “Me siento más segura desde que he asimilado la muerte de mi padre. Menos intranquila y más sosegada. Estar susceptible ante todo me generaba mucha inseguridad. Escribir el guión de mi vida me hizo reflexionar sobre las cosas importantes. Recordé cosas que no tenía presentes del pasado. La RV me ha parecido un enfoque entretenido a la vez que duro porque exigía concentración. Mi opinión sobre los tratamientos psicológicos ha cambiado totalmente. Nunca hubiese imaginado que me hubiese ayudado tanto un tratamiento psicológico. Me ha ayudado en las relaciones personales porque pasé una época antisocial sin ganas de salir ni hablar. También me ha servido para relativizar más las cosas, es decir, darle la importancia justa a cada cosa”.

**P. 24. *Fallecimiento del padre*** “Creo que es que con ayuda de El Mundo de EMMA el terapeuta puede guiar la terapia sin que el paciente sea consciente de que está siendo tratado y, poco a poco, consiga exponer sus sentimientos/recuerdos sin presión y con naturalidad”. Para mejorar el entorno indica que, “Podrían añadirse símbolos de hospitales, alcohol, enfermedad, aunque resulta complicado abarcar tantos símbolos ya que puede haber tantos como personas. Podrían añadirse algunos registros musicales que transmitan rabia/enfado. Por lo demás, considero que en mi caso, el entorno ha reflejado muy bien mis estados de ánimo”.

**P. 26. *Fallecimiento de la madre*** “El hecho de poder crear un entorno me ha permitido hablar más que si hubiera estado fuera, cara a cara con una mesa en medio. Con respecto a posibles mejoras del sistema, pienso que sería bueno que fuera más fácil de manejar.

**P. 30. *Problema importante familiar al descubrir que su padre mantenía otra relación sentimental***: Fue un tratamiento muy útil para mí. Os estoy muy agradecida por todo. Me ayudó mucho escuchar las reacciones comunes de un trastorno adaptativo. La música y los objetos me han parecido muy útiles. El libro de la vida, me fue de gran utilidad porque me ayudó a revivir algunas situaciones buenas que había vivido con mi padre, y además conseguía meterme bastante en el entorno virtual. Antes no podía ni mirar a mi padre y me ayudó a comprender y a relativizar. Empleé como objetos el faro, donde iba a pescar con mi padre. Me ayudaron también los heurísticos, ya que estaba bloqueada emocionalmente y me facilitaba describir lo que sentía: No temáis ser lentos, temed estar parados. La terapia fue muy eficaz, aprendí muchísimo, sobre todo a ver los problemas de forma menos negativa.

**P. 31. Ruptura sentimental:** Me tranquilizó mucho la explicación acerca de las reacciones comunes y del modelo cognitivo, puesto que comencé a entender lo que me ocurría.

Lo que más me ayudó fue el libro de la vida. Empecé haciendo un índice, realizando los 4 capítulos fundamentales de mi relación de pareja. Comencé con los momentos buenos que viví con mi ex pareja y me resultó muy emotivo. Recordé muchos momentos maravillosos con él. Después elegí el entorno de la nieve porque me producía una tristeza horrible que es lo que sentí cuando mi novio me dejó.

Elegí música triste con los símbolos: el símbolo de la flor (me recordaba a nuestro viaje a Londres), la maleta (significaba todas las ilusiones que teníamos los dos en ese momento) el cruce de caminos (significaba las elecciones que tengo que hacer en este momento) .

“El día que conté en terapia lo de la ruptura fue como revivirlo de nuevo, me resultó una sesión muy dura. Acabamos esa sesión en el prado, donde elegí una música alegre para relajarme”.

Me gustó mucho conocer la perspectiva de Popper, fue también de gran utilidad para mí. Aprendí que es mejor ver los problemas como “circunstancias” y oportunidades de crecimiento personal. Me ha ayudado a cambiar mi enfoque de ver las cosas. El empleo de las analogías y los heurísticos en El Mundo de Emma, también me resultó de gran ayuda. En concreto utilicé como heurístico, “No llores porque ya se terminó, sonríe porque sucedió”, lo ponía en la pantalla en grande y sacábamos conclusiones. La huella de la vida, me ayudó a ver las cosas buenas que gané con mi relación de pareja, y a ver como otras personas también me han dejado huellas buenas”.

**P. 38. Ruptura sentimental:** “Creo que fue un proceso muy rápido. A pesar de que la sesión me parecía dura, me iba a casa con buen ánimo”. “Me motivaba mucho trabajar con instrumentos informáticos”. “Me resultaba más fácil expresar emociones con los entornos virtuales y los dispositivos que contenía el sistema. Utilizamos fotografías de mi ex novia y el escenario de la playa como entorno que me evocaba recuerdos. He experimentado sensaciones muy positivas y me ha agradado, ahora no me encuentro triste. Me ayudó mucho utilizar los objetos del entorno virtual, por ejemplo:

- Espada: Representa mi espíritu luchador y mi forma de ser, ya que siempre lucho por lo que creo o por las personas que quiero.

- Caja de regalo: Representa la unión y la forma de ser de mi familia ya que refleja el estado en el que estamos siempre, unidos y pensando siempre en los demás, siempre tenemos detalles para los demás.

- Sofá: Representa los buenos momentos de relax, paz y tranquilidad que he compartido con mi ex novia, sobre todo, cuando hemos planificado muchas cosas sobre nuestro futuro, nuestra forma de ser, de plantearnos la vida, la familia que íbamos a tener, etc.

- Cruce de caminos: Para mí representa las muchas decisiones que he tenido que tomar en la vida, a nivel de estudios, trabajo, etc. Aunque me podido haber equivocado en alguna, siempre he sacado conclusiones positivas.

Técnicas: El hecho de escribir el libro de la vida, me permitió reorganizar toda la información en mi cabeza. Asimismo, me ayudó a ser “más objetivo” y desmitificar la figura de mi ex novia, pues, a la hora de narrar los hechos, empecé a recordar también defectos de ella y ver que la relación no había sido “tan” positiva. Esto también contribuyó a que mi sentimiento de culpa disminuyera.

Las técnicas qué y cómo me ayudaron a aceptar, sobre todo, pensamientos y emociones que no toleraba.

Para asimilar todos los cambios que se habían producido en mi vida elegí la metáfora del pozo, es así como me sentía como consecuencia de la ruptura.

Además pude ver otras cosas buenas que había aprendido de mi relación y que me había enseñado mi ex novia.

La carta de proyección del futuro, me ayudo a tener nuevas expectativas. El hecho de escuchar la cinta de cada una de las sesiones hizo que pudiera comprender y aceptar antes todo lo ocurrido.

**P. 41. Ruptura sentimental:** Me ha facilitado mucho la posibilidad de utilizar símbolos:

-Piedra: él es la piedra (su ex pareja), no tiene nada, no siente nada, no se quien es ahora.

-Frío: no sé si me ha querido.

**P. 48. Ruptura sentimental:** “El sonido del mar de fondo me hizo recordar y ayudó a que afloraran sentimientos y sensaciones que tenía guardados y que ni reconocía. Los símbolos son ejemplos muy claros y contundentes de los sentimientos; nada más verlos me sentí muy identificada. He podido cambiar de actitud; de tener sensación de incertidumbre y culpabilidad a sentirme tranquila, descansada y satisfecha. “Ni he ganado ni he perdido, mi relación se ha terminado y ya está, no he podido hacer más”:

**P. 49. Ruptura sentimental:** La paciente verbaliza que ya en la primera sesión empezó a aceptar la situación actual. Indica que los símbolos la ayudaron, eligió los siguientes:

- El túnel porque era como me sentía cuando me dejó, como en un túnel sin salida donde no veía la luz.

- La jaula me recordaba a él, “atrapada”, a veces con ganas de salir de la jaula, pero con sentimientos de estar atrapada.

- El cruce de caminos simbolizaba mi situación actual, debía elegir si seguir lamentándome o seguir hacia delante

“Los entornos y músicas tristes y alegres hacían que me metiera más en la situación”.

También se pidió a los terapeutas que indicaran los que consideraran oportuno acerca de los tratamientos. Algunos terapeutas opinaron de ambos tratamientos y otros no. A continuación se presentan sus comentarios.

### **Tratamiento tradicional**

**TERAPEUTA 2:** Encuentro que el tratamiento es útil y eficaz.

**TERAPEUTA 3:** El hecho de que los protocolos de tratamiento estén manualizados facilita enormemente la programación de las sesiones. Además, los componentes se complementan de forma lógica y eficaz.

La aportación de los aspectos diseñados por Foa y Neimeyer facilitan el trabajo con los significados asociados a la pérdida o la superación del acontecimiento traumático. Pienso que éste es un aspecto central para facilitar el procesamiento tanto cognitivo como emocional de la pérdida y mejora significativamente las técnicas cognitivas tradicionales.

En el tratamiento tradicional no se hace tanto hincapié en los símbolos y en las metáforas como en la condición de EMMA, por tanto, si el paciente no entiende bien el uso de símbolos es más libre para utilizar otros métodos para conseguir el procesamiento emocional. No obstante, las ideas expresadas en palabras a veces no se recuerdan de forma tan intensa y real como cuando se utilizan imágenes.

**TERAPEUTA 4.** En general, todo el protocolo me ha resultado muy útil, sin embargo, me inclino a decir que la exposición en imaginación presenta inconvenientes y se me ha dado el caso de pacientes a los que les ha costado mucho la aplicación de la técnica.

Son protocolos de tratamiento breves en los que se ve la mejoría en las primeras sesiones del inicio del tratamiento.

**TERAPEUTA 5:** La exposición en imaginación y en vivo son herramientas muy potentes y que resultan muy eficaces. Sin embargo, en general estas técnicas resultan muy aversivas para muchos pacientes.

Los protocolos de tratamiento proporcionan una gran flexibilidad, ya que permiten adaptarse bien a las necesidades concretas de cada paciente.

**TERAPEUTA 6:** Los tratamientos de Foa y Neimeyer incluyen las técnicas terapéuticas más eficaces para el tratamiento del TEP y el DC. Las técnicas tienen una secuenciación lógica y son aceptadas por los pacientes con facilidad.

Ofrecen mucha seguridad al terapeuta que lleva a cabo el tratamiento siguiendo el manual sesión a sesión.

Los pacientes se sienten comprendidos por el terapeuta cuando les explica en qué consiste su problema y les reconforta saber que no son las únicas personas a las que les ha ocurrido.

**TERAPEUTA 8:** Los pacientes tienen dificultades para imaginar las distintas situaciones, para poder evocar otras interpretaciones de la misma situación, o incluso para poder imaginar como sería su vida o su mundo si pudieran verlo de una u otra forma (por ejemplo, en un TPEP debido a malos tratos, “como sería mi mundo si mi marido ya no estuviera en él, como vería mi casa, como estarían mis hijos, las sensaciones de bienestar”, etc.).

En segundo lugar, resulta más complicado realizar la exposición en imaginación donde el paciente debe dejarse llevar, en el sentido de intentar no poner barreras a sus sentimientos y emociones. Los pacientes saben que esto supone enfrentarse a “sus miedos” y en muchos casos éstos llevan meses o incluso años sin poder o querer hacerlo.

Además, en la condición tradicional, el terapeuta posee menor control ya que no puede ver u oír lo que está pensando el paciente, o saber exactamente en qué momento del proceso se encuentra el paciente.

**TERAPEUTA 9.** En general, es un tratamiento de fácil aplicación aunque con algunas limitaciones.

Como herramienta para favorecer la descarga emocional, en ocasiones resulta más útil el libro de la vida en si mismo, más que la imaginación de cada uno de los relatos.

La exposición en imaginación a veces presenta problemas, como por ejemplo, algunos pacientes tienen dificultades para imaginar; los terapeutas no controlan lo que “en realidad “ imagina el paciente; y en ocasiones los propios pacientes se niegan a imaginar porque implica sufrimiento.

**TERAPEUTA 10.** Poner en marcha recursos que en la terapia convencional son difíciles de activar. En ese mismo sentido la condición tradicional no engancha de la misma manera los significados clave de cada persona y facilita su reconocimiento y elaboración.

### **Tratamiento apoyado por El Mundo de EMMA**

#### **TERAPEUTA 1:**

- La utilización de los escenarios de EMMA facilita mucho al paciente la expresión de sus emociones y pensamientos por medio del uso de símbolos.
- Los pacientes informan de que, tanto el entorno de EMMA como los sonidos o símbolos les ayudaban a expresar lo que hubiera sido muy difícil hacer con palabras.
- Desde mi punto de vista lo que mejoraría de EMMA para el futuro sería la facilidad de su uso. Para muchas personas su uso es muy complicado por lo que la opción es que el terapeuta se encargue en su mayor parte de su manejo y así evitar que el paciente se salga de su narrativa.
- Otra propuesta que mejoraría el sistema es introducir el termómetro de la emoción dentro del sistema y que éste apareciera a voluntad del terapeuta. Los datos quedarían registrados en el sistema y al finalizar la sesión de exposición se le podría mostrar al paciente la curva de ansiedad/malestar.

#### **TERAPEUTA 2:**

- Potencia y personaliza las técnicas tradicionales.
- Con respecto a las reacciones de los pacientes, pese a que lo que revivían les resultaba doloroso, se dejaban llevar porque el entorno terapéutico les ofrecía seguridad y confianza.
- Por otra parte, también les ayudaba al finalizar la sesión a “re-encontrarse” con un estado emocional más positivo y relajado.
- Considero que se debería intentar mejorar todo lo que pueda facilitar la “usabilidad” y “amigabilidad” del sistema tanto para el paciente, como para la preparación de la sesión y el transcurso de la sesión para el terapeuta.

#### **TERAPEUTA 3**

- -Facilita la identificación de las emociones del paciente al poderlas “ver” (atribuirles un objeto, una música o un paisaje determinado).

- -Facilita la aplicación de las técnicas principales: procesamiento del significado cognitivo y emocional de la pérdida: el cambio emocional no sólo lo percibe el paciente y el terapeuta, sino que lo refleja el programa por medio de los cambios que reproducen en los símbolos.
- -Favorece la aplicación de técnicas para la toma de conciencia de las experiencias, sobre todo, de las emociones, es decir, las técnicas de *mindfulness*.
- -Con respecto a los pacientes, en general han opinado que EMMA les parece una herramienta muy atractivo (pantalla grande, colores, música). Les ayuda a ser más conscientes de sus emociones, lo cual les da una mayor sensación de control sobre las mismas. También facilita la conciencia del procesamiento emocional y de cómo el significado del problema (pérdida, trauma) va cambiando al atribuirle símbolos físicos en el mundo de EMM.

#### **TERAPEUTA 4**

- -Trabajar con la pantalla grande es muy cómodo ya que puedes hablar con el paciente directamente.
- -Apagar las luces para que se vea el entorno virtual crea una atmósfera diferente, hace que el paciente se encuentre más “protegido” y en un ambiente más íntimo y personal. A veces les predispone a hablar de determinados temas con mayor naturalidad.
- -Utilizar fotos y músicas del paciente tiene un efecto impactante sobre las emociones, resulta muy poderoso.
- La principal ventaja es poder introducir algunas ideas mediante “metáforas visuales” (con los cambios atmosféricos y con los objetos). Sirven para que el paciente retenga algunos de los contenidos trabajados mejor en su memoria.
- Sin embargo, el uso del entorno virtual siempre genera al principio un poco de sorpresa y de distracción. Además, requiere un poco de trabajo “extra”: escanear fotos, buscar músicas, comprobar que funciona el sistema.

#### **TERAPEUTA 5**

- Considero que es una herramienta muy útil para trabajar problemas emocionales con los pacientes.
- Es muy flexible y el empleo de símbolos facilita la expresión emocional, aunque no resulta igualmente efectivo con todos los pacientes.
- Los entornos ayudan mucho a reflejar estados emocionales así como a generar un ambiente donde los pacientes se sienten protegidos.
- El libro de la vida es una muy buena herramienta y también el empleo de fotografías/imágenes personalizadas para cada paciente (p.e. para facilitar la descarga emocional).
- EMMA facilita el proceso de elaboración del significado personal del trauma o de la pérdida.

#### **TERAPEUTA 6**

- El tratamiento resulta más dinámico e interactivo (mediante la utilización de objetos, imágenes, colores o músicas).
- La incorporación más importante es la posibilidad de generar un ambiente que responda ante las emociones que experimenta el paciente en tiempo real y que sea capaz de potenciar la respuesta emocional.



- La posibilidad de incorporar ejercicios de *mindfulness* aumenta la conciencia emocional y ayuda a regular las emociones de tristeza, rabia, nostalgia, etc.

### **TERAPEUTA 7**

- El entorno de Emma proporciona más recursos de cara al proceso de tratamiento que protocolo que el tradicional (imágenes, música, objetos, etc.). Son herramientas que resultan muy poderosas en terapia.
- Resulta muy útil poder regular la intensidad de las emociones que el paciente siente en cada momento. Además, permite inducir el cambio emocional con más facilidad que en la condición tradicional.
- El entorno de Emma logra abstraer al paciente y le hace dejarse llevar con más facilidad que la exposición en imaginación.
- Cada sesión se puede hacer de forma muy diferente a la anterior, empleando otros entornos, otras músicas, otros símbolos. Es una terapia creativa, innovadora y diferente a los métodos tradicionales.

### **TERAPEUTA 8**

- El entorno no solo facilita evocar diferentes alternativas, sino que además ayuda a contextualizarlas. En los momentos en los que se requiere tratar de contemplar otras interpretaciones (“abrir la mente”), o valorar un cambio de interpretación (“generar duda en las interpretaciones del paciente”), el terapeuta puede ayudar al paciente a evocar otras posibilidades e incluso ayudarlo a contextualizarlas.
- El encontrarse en un ambiente más seguro y protegido, facilita que el paciente pueda comenzar a contemplar el cambio, a observar otros ambientes, a moverse y utilizar recursos en otros ambientes y a experimentar como sería su mundo si decidiera intentar el cambio. En definitiva, a tener la fuerza y la confianza de empezar a promover aspectos que facilitan el cambio.
- El marco de la RV ayuda a contextualizar de manera más objetiva lo que ha sucedido o lo que ha vivido el paciente, lo cual proporciona distancia y una visión más realista, que le permite distanciarse emocionalmente del problema.
- Además, cuando se requiere un cambio real (conductual) de algún aspecto de la vida del paciente, paciente y terapeuta pueden contextualizarlo y practicar en el ambiente de RV de forma que el paciente pueda probar antes (“role playing”) antes de tomar una decisión, puede de esta forma analizar todas las consecuencias de cada una de las alternativas.

### **TERAPEUTA 9**

- El mero hecho de emplear las nuevas tecnologías hace que el tratamiento sea más atractivo para el paciente.
- El propio entorno en sí mismo y contar con una gran pantalla que permite al paciente situarse en un lugar con significado para él.
- Resulta muy atractiva la posibilidad de que el paciente pueda personalizar el escenario, introduciendo fotografías, músicas, etc. Significativas para él.
- El entorno virtual permite que el paciente pueda ahondar, en mayor medida, en el problema. La sensación que transmite es que se “mete dentro”, logra olvidarse de que estamos en un despacho con sillas y mesa y experimenta de forma más vívida lo que está narrando.
- Las sesiones en RV se hacen mucho más amenas y la sensación es de que el paciente viene muy motivado, la recuperación es bastante más rápida.

- Rapidez, realismo, facilita la exposición en vivo, capacidad de personalizar el tratamiento, facilitador de emociones.

#### **TERAPEUTA 10**

- Me parece que el entorno de RV de EMMA permite elaborar más componentes cognitivos y afectivos que mediante el mismo protocolo de tratamiento sin EMMA.
- Proporciona imágenes muy potentes que se recuerdan con facilidad y se asocian a determinadas situaciones o personas.
- Para el terapeuta es un instrumento que facilita la terapia ya que “engancha” al paciente.
- Inicialmente una paciente no creía que la RV le pudiera ayudar, posteriormente cambio de opinión ya que le resultó muy útil. Aún así indicó que exponerse le resulta bastante invasivo y para ella era difícil confrontar los estímulos significativos.

### **3.3 CAMBIOS EN LAS MEDIDAS ESPECÍFICAS DE CADA GRUPO DIAGNÓSTICO**

#### **3.3.1 TRASTORNOS ADAPTATIVOS Y DUELO**

##### *a) Inventario de Duelo/Pérdida*

Para valorar si existían diferencias entre las dos condiciones de tratamiento en las medidas específicas de Duelo y TA, se tuvieron en cuenta las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Duelo/Pérdida y se aplicó un ANOVA de medidas repetidas (2x2), con un factor entre-grupos (EMMA *versus* tradicional) y otro factor intra-grupo (antes *versus* después del tratamiento). Como se puede observar en las Tablas 32 y 33, fue significativo el efecto momento pero no el efecto interacción, indicando que las dos condiciones producían igualmente cambios estadísticamente significativos.

Sin embargo, cuando se analizaron los seguimientos, aplicando un ANOVA de medidas repetidas (2x4), con un factor entre-grupos (EMMA *versus* tradicional) y otro factor intra-grupo (pre, post, seguimiento 3 meses y seguimiento 6 meses), no sólo se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el efecto momento,

sino también en la interacción, indicando que las personas del grupo EMMA estaban significativamente mejor en el seguimiento a los 3 meses (utilizando “contrastes simples” de comparación con el momento pre-tratamiento).

*TABLA 32: Inventario de Duelo/Pérdida: Medias (y Desviaciones Típicas)*

	EMMA				TRADICIONAL			
	PRE	POST	SEGUI1	SEGUI2	PRE	POST	SEGUI1	SEGUI2
<b>Inventario pérdida</b>	44,86 (10,39)	16,21 (12,88)	7,88 (8,23)	9,13 (14,51)	39,00 (12,75)	16,33 (11,07)	10,38 (11,14)	7,00 (3,54)

*TABLA 33: Inventario de Duelo/Pérdida: Resultado de los ANOVAs*

	MOMENTO (pre vs. Post)		GRUPO		MOMENTO X GRUPO	
	F	p	F	p	F	p
<b>Inventario pérdida</b>	135,508	,0001	,569	,457	1,838	,186
	MOMENTO (pre, post, seguimientos)		GRUPO		MOMENTO X GRUPO	
	F	p	F	p	F	p
<b>Inventario pérdida</b>	55,95	,0001	,40	,53	3,56	,05

*b) Número de sesiones empleadas*

En global, el rango de número de sesiones que se utilizaron para el tratamiento de los TA y el DC oscilaba entre 3 y 9 para la muestra total. En la condición EMMA el rango estaba entre 3 y 7 ( $X= 5,36$ ) y en la condición tradicional entre 3 y 9 ( $X= 5,38$ ). La prueba “t” de Student para muestras independientes señaló que no había diferencias significativas entre ambos grupos ( $t=0,43$ , g.l.=25, N.S.) en el nº de sesiones empleadas

*c) Cambios “durante” el tratamiento*

Para evaluar si los cambios se producían más pronto durante el proceso de tratamiento en una de las dos condiciones, o bien si el ritmo de mejoría era similar en ambas, se analizaron las puntuaciones obtenidas en diversas variables durante

las 3 primeras sesiones. Se eligieron estas 3 sesiones porque todos los pacientes habían recibido al menos 3 sesiones de tratamiento. Se aplicaron ANOVAS de medidas repetidas (2x3), con un factor entre grupos (EMMA *versus* tradicional), y un factor intra-grupo (sesión 1, sesión 2 y sesión 3) a todas las variables tomadas con frecuencia semanal (frecuencia e intensidad de las emociones, temor y evitación de conductas y pensamientos negativos y grado de creencia en los pensamientos negativos). Los resultados obtenidos indicaron que habría diferencias a lo largo de las 3 sesiones en todas las variables, pero que además había un efecto significativo de interacción grupo x momento en las siguientes variables:

- ◆ evitación de la conducta objetivo nº 1 (en la sesión 3 el grupo EMMA obtuvo una disminución significativamente mayor que el grupo tradicional) ( $F=15.01$   $p < ,001$ )
- ◆ temor suscitado por la conducta objetivo nº 1 (en la sesión 3 el grupo EMMA obtuvo una disminución significativamente mayor que el grupo tradicional) ( $F=8.52$   $p < ,008$ )
- ◆ frecuencia de ansiedad (en la sesión 3 el grupo EMMA obtuvo una disminución significativamente mayor que el grupo tradicional) ( $F=6.01$   $p < ,024$ )

### **3.3.2. TRASTORNO POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO**

#### *a) Cambios en medidas específicas*

Para valorar si existían diferencias entre las dos condiciones de tratamiento en las medidas específicas de TEPT, se analizaron las puntuaciones obtenidas en la entrevista CAPS (intensidad y frecuencia de síntomas para el acontecimiento actual y pasado), la Escala de Trauma de Davidson (frecuencia y gravedad) y el Inventario de Cogniciones Traumáticas. En este caso, se aplicaron pruebas no paramétricas, ya que el N era de 5 personas en cada grupo. Los datos obtenidos se pueden observar en la Tabla 34, y fueron los siguientes:

- Condición tradicional: hubo diferencias significativas entre los momentos pre y post tratamiento en la Escala de Trauma de Davison en las puntuaciones de

frecuencia ( $Z= 2,032$   $p<,04$ ) y gravedad ( $Z= 2,032$   $p<,04$ ), y en las puntuaciones del Inventario de Cogniciones Taumáticas ( $Z= 2,032$   $p<,04$ ), sin embargo, no resultaron significativos los cambios obtenidos en el CAPS.

- Condición EMMA, también resultaron significativos los cambios ocurridos en las puntuaciones de frecuencia ( $Z= 2,032$   $p<,04$ ) y gravedad ( $Z= 2,032$   $p<,04$ ) de la Escala de Trauma de Davison, y en las puntuaciones del Inventario de Cogniciones Taumáticas ( $Z= 2,032$   $p<,04$ ). Además, en este caso, también fueron estadísticamente significativos los cambios en las variables de intensidad ( $Z= 2,032$   $p<,04$ ) y frecuencia ( $Z= 2,032$   $p<,04$ ) de síntomas para el acontecimiento traumático actual evaluados por el CAPS, aunque no lo fueron los síntomas relacionados con acontecimientos traumáticos anteriores.
- No hubo ninguna diferencia entre las dos condiciones de tratamiento ni en las puntuaciones obtenidas antes del tratamiento ni después del tratamiento.

***TABLA 34: Evaluación del TEPT: Medias y DT)***

	EMMA				TRADICIONAL			
	PRE	POST	Seg.1	SEG2	PRE	POST	SEG1	SEG.2
frecuencia CAPs actual	41,00 10,88	9,60 6,65			40,50 3,41	7,25 7,50		
Frecuencia CAPs pasado	11,60 25,93	,00 ,00			12,25 24,50	,00 ,00		
intensidad CAPs actual	40,80 6,97	11,60 7,70			40,00 2,16	8,00 9,76		
intensidad CAPs pasado	11,60 25,93	,00 ,00			13,25 26,50	,00 ,00		
frecuencia Davidson	49,00 20,65	13,00 8,60	8,25 6,94	11,50 12,02	33,20 12,51	10,40 8,47	5,33 5,85	7,00 .00
gravedad Davidson	45,20 20,20	12,60 8,84	8,25 7,13	11,50 12,02	31,40 15,20	10,80 11,10	5,00 5,29	8,00 .00
Cogniciones Postraumática	180,0 53,59	88,40 29,50	83,33 41,96	90,50 45,96	126,6 31,77	73,20 23,58	52,00 20,80	75,00 10.1

*b) Número de sesiones empleadas*

En general, el rango de sesiones que se utilizaron para el tratamiento del TEPT oscilaba entre 4 y 13 para la muestra total. En la condición EMMA el rango estaba entre 4 y 13 ( $X=8,4$ ) y en la condición tradicional entre 5 y 9 ( $X= 7,4$ ). La prueba no

paramétrica U de Mann-Whitney señalaba que no había diferencias entre los dos grupos.

## 4. DISCUSIÓN

Respecto al los dos primeros objetivos de este trabajo, esto es, diseñar una aplicación de RV que utilice “dispositivos adaptables” para el tratamiento de distintos trastornos psicológicos; y diseñar protocolos de tratamiento apoyados en nuevas tecnologías, dirigido a personas que sufren de TEPT, DC o TA, cabe señalar que se han cumplido a plena satisfacción. Durante más de tres años hemos estado trabajando conjuntamente con el grupo del Dr. Alcañiz en la Universidad Politécnica diseñando, ajustando y sometiendo a prueba la aplicación que hemos denominado “*El Mundo de Emma*”. Todo ello se pudo hacer gracias al proyecto europeo “*Engaging media for mental health applications*” (IST-2001-39192- EMMA). El trabajo supuso, no sólo diseñar, desarrollar y poner a punto el *software* y el *hardware* de “El Mundo de Emma”, sino diseñar también un protocolo de tratamiento psicológico para cada trastorno que se iba a abordar, que se pudiera aplicar apoyándose en las nuevas tecnologías. El resumen de dichos protocolos clínicos y las indicaciones sobre los componentes que se incluyen en cada uno de los protocolos y la agenda de sesiones paso a paso, se han presentado en esta tesis en el apartado del método.

Las primeras pruebas utilizando la aplicación informática que hemos denominado “El Mundo de Emma” dieron lugar a un conjunto de estudios de caso que fueron presentados en distintos foros. Respecto al tratamiento del TEPT se presentó un estudio de caso en el congreso *Cybertherapy-2005* (Botella, García-Palacios, Baños, Guillén, Quero, Lasso de la Vega y Osma, 2005a) que fue publicado en *Cyberpsychology and Behavior* (Botella, García-Palacios, Banos, Guillén, Quero, Lasso de la Vega y Osma, 2005b) y otro estudio de caso fue presentado en un *workshop* internacional sobre la utilidad de las nuevas tecnologías en el tratamiento del TEPT, organizado por la OTAN en Croacia en el 2005 (Botella, 2005) que posteriormente fue publicado en un libro que recogía los trabajos del mencionado *workshop* (Botella, Quero, Lasso de la Vega, Baños, Guillén, García-Palacios y

Castilla, 2006). Respecto al DC se presentó un trabajo en *Cybertherapy- 2005* (Baños, Botella, García-Palacios, Quero, Lasso de la Vega, Guillén y Osma, 2005) y respecto a los TA se presentó un estudio de caso en el congreso de la ABCT de 2006, en el que se mostraba el protocolo de tratamiento psicológico (Guillen, Botella, Baños, Garcia-Palacios, Quero y Lasso de la Vega, 2006) y otro estudio de caso presentado en *Cybertherapy-2006* (Baños, Guillén, Botella, Quero, García-Palacios y Lasso de la Vega, 2006) en el que se exponía la forma de utilizar el protocolo de tratamiento psicológico apoyándose en “El Mundo de Emma”. También se publicó un trabajo que contemplaba series de casos, tanto de TEPT, como de DC y de TA (Botella, Baños, Rey, Alcañiz, Guillen, Quero, Garcia-Palacios, 2006) y, recientemente, se ha presentado la utilidad de la aplicación de realidad virtual para el tratamiento de estos trastornos (Botella, Baños, Guillén, García-Palacios y Quero, 2007).

Por otra parte, como un medio de mostrar la flexibilidad y adaptabilidad de la aplicación, hemos llevado a cabo otro estudio de caso en el que se trataba a una paciente que padecía un miedo a las tormentas muy grave e incapacitante utilizando solamente el escenario del prado y los efectos de tormenta y de lluvia para llevar a cabo la exposición. Este estudio de caso se presentó en *Cybertherapy 2006* (Botella, Guerrero, García-Palacios, Quero y Baños, 2006) y fue publicado en *PsychNology* (Botella, Baños, Guerrero, García-Palacios, Quero y Alcañiz, 2006). Asimismo, se realizó otro estudio de caso en el que se trataba a un niño que padecía fobia a la oscuridad utilizando el escenario de la playa para llevar a cabo la exposición (Botella, Lasso de la Vega, Castilla, García-Palacios, López-Soler, Baños y Alcañiz, 2007).

En todos los casos mencionados se obtuvieron buenos resultados y los pacientes mostraron su satisfacción por el tratamiento que habían recibido, indicando, además, que “El Mundo de Emma” les había ayudado. Todas estas pruebas preliminares las consideramos un importante punto de partida que aconsejaba someter a prueba la utilidad de las nuevas herramientas en un estudio controlado. En cualquier caso, estos datos son un apoyo adicional a la idea de que el uso de las nuevas tecnologías en el ámbito de la Psicología Clínica ha dejado de ser una posibilidad, y hoy en día estas herramientas están mostrando que pueden ser eficaces y útiles

para las distintas tareas que tiene que realizar los profesionales en este ámbito, especialmente en el área de los tratamientos psicológicos.

El espectacular desarrollo que las tecnologías informáticas están experimentando, permite que sus aplicaciones en Psicología sean cada vez más novedosas y flexibles. Como acabamos de señalar, aunque este trabajo presenta una aplicación de RV usando dispositivos adaptables que se desarrolló inicialmente para el tratamiento de personas víctimas de diferentes acontecimientos traumáticos con TEPT, el DC y los TA, inmediatamente se ha ampliado su uso a otros problemas psicológicos en los que las emociones juegan un papel importante, pero también se ha utilizado para el tratamiento de diversas fobias (a las tormentas y a la oscuridad), en perfiles de usuarios muy diferentes (niños, personas mayores, etc.). Queremos subrayar la novedad que esto implica, ya que los sistemas de RV disponibles en la actualidad en el campo de los tratamientos psicológicos se han dirigido a resolver un problema específico (la acrofobia, la claustrofobia, el trastorno de pánico y la agorafobia, etc.). En el caso concreto del TEPT, los investigadores han desarrollado distintos sistemas de RV dirigidos a poblaciones específicas que han sido víctimas de un mismo acontecimiento traumático. Así, tenemos a nuestra disposición diversos mundos virtuales para las víctimas de la guerra del Vietnam (Rothbaum, Hodges, Ready, Graap y Alarcon, 2001), para las víctimas del 11S (Difede y Hoffman, 2002), para las víctimas de la guerra de Irak (Rizzo, Pair, McNermey, Eastlund, Manson, Gratch, et al. 2004) o para las víctimas de accidentes automovilísticos (Walshe, Lewis, Kim, O'Sullivan y Wiederhold, 2003). Desde esta perspectiva, el escenario virtual es muy similar para todos los pacientes que han sido víctimas de un acontecimiento traumático concreto. Sin embargo, esta aproximación puede tener limitaciones debido al alto coste que supone aplicar estos tratamientos en la práctica clínica diaria ya que un clínico necesitaría disponer de muchos ambientes virtuales para poder tratar distintos traumas por lo que sería difícil llegar a todos los pacientes que han pasado por experiencias traumáticas diferentes. Por lo tanto, cobra sentido la idea de disponer de ambientes virtuales más flexibles que puedan evocar los distintos acontecimientos traumáticos si queremos tratar distintas víctimas de TEPT (p.ej. víctimas de violación, de asalto, de terrorismo, etc.). Añadido a esto estaría la dificultad de uso de los distintos sistemas por parte de los terapeutas. Muchos de



estos sistemas no son compatibles entre ellos y la mayoría de las veces requieren *software* y *hardware* diferente.

Un sistema de RV adaptable (*adaptive display*) se puede definir como un dispositivo que ajusta de forma autónoma su presentación y acciones a los objetivos inmediatos y capacidades del usuario. Dependiendo de las tareas que el usuario debe ejecutar en el sistema se pueden distinguir dos tipos de adaptabilidad: interacción y contenido de conocimiento (Rothrock, Koubek, Fuchs, Hass, y Salvendy, 2002). El Mundo de Emma estaría incluida en el segundo tipo, consistente en un dispositivo adaptable que reacciona al afecto. Que nosotros tengamos noticias, por el momento es el sistema de RV más complejo que existe en estos momentos en todo el mundo para el tratamiento de problemas psicológicos.

Por lo que se refiere al tercer objetivo de esta tesis, esto es, analizar la eficacia de los programas de tratamiento apoyados en nuevas tecnologías como la RV para el cambio en variables clínicas relevantes, comparándolo con los tratamientos tradicionales, en este trabajo se han presentado los resultados de un estudio controlado. Lo primero que hay que señalar es que para lograr este objetivo se ha recurrido a los datos correspondientes a una serie de variables clínicas generales y comunes a los tres trastornos abordados: TEPT, DC y TA. Esta estrategia no es nueva, por ejemplo, Al-Kubaisy, Marks, Logsdail, Marks, Lovell, Sungur y Araya (1992) ya la utilizaron sometiendo a prueba la eficacia de un determinado programa de tratamiento basado en la exposición para distintos trastornos de ansiedad.

Por lo que respecta a nuestro estudio, en primer lugar se analizó la homogeneidad de los grupos antes de la aplicación del tratamiento en las dos condiciones experimentales (tratamiento tradicional vs. EMMA). Este aspecto es de gran relevancia, dado que al someter a prueba la eficacia de un programa de tratamiento, es necesario comprobar que no existían previamente diferencias antes de la aplicación del tratamiento en los valores de las distintas variables tomadas en consideración. Los resultados encontrados indican que, en ese momento, no existían diferencias de importancia entre ambas condiciones. Respecto a las variables sociodemográficas sólo se observó una diferencia significativa respecto al estado civil, en la condición de EMMA hay un mayor porcentaje de separados. En cuanto a las variables clínicas sólo se observaron dos diferencias estadísticamente

significativas: en el BDI y en la interferencia que ocasionaba el problema en el ámbito de la pareja. En ambas variables, antes del tratamiento, los participantes de la condición experimental de EMMA puntuaban de forma más elevada. Es decir, las únicas diferencias encontradas indicarían que en algunas variables los participantes del grupo de EMMA partían de una situación más desfavorable.

En cuanto a los resultados obtenidos una vez aplicado el tratamiento, los ANOVAS de medidas repetidas realizados, tomando en consideración los datos obtenidos antes frente a después del tratamiento, ponen de manifiesto que se produce un efecto momento en todos los casos. En ambas condiciones se observan cambios importantes y tras el tratamiento: disminuye de forma significativa el grado de interferencia causado por el problema, el grado de depresión (medido por el BDI), aumenta el afecto positivo y disminuye el negativo (medidos por el PANAS), y se observan cambios en la dirección esperada respecto a la frecuencia e intensidad de las emociones consideradas (ansiedad, relax, tristeza, alegría y rabia), esto es, aumentan las emociones positivas y disminuyen las negativas. Lo mismo cabe señalar respecto a las medidas de evitación, temor y grado de creencia en el pensamiento disfuncional negativo: en ambas condiciones se observa una disminución estadísticamente significativa. Este mismo resultado se observa respecto a auto-eficacia y resiliencia, aumentan de forma significativa los valores de estas variables después de la aplicación del tratamiento. En cuanto a la valoración que los terapeutas hicieron de los pacientes respecto a gravedad, interferencia y valoración global respecto a su estatus clínico, también se observan mejorías estadísticamente significativas en ambas condiciones, antes frente a después del tratamiento. Finalmente, las expectativas positivas que los pacientes expresaban hacia el tratamiento se mantuvieron una vez aplicado éste y en ambas condiciones se observó una valoración positiva del tratamiento, incluso mejor cuando éste se había aplicado.

En suma, nuestros resultados indican que ambos tratamientos fueron eficaces y produjeron cambios importantes en la situación clínica de los pacientes. Nuestros datos están en la línea de los obtenidos en los trabajos centrados en el tratamiento tradicional del TEPT (Ehlers, Clark, Hackmann, McManus y Fennell, 2005; Foa y Meadows, 1997; Foa, et al., 1989; Foa y Jaycox, 1996; Foa, Keane, y Friedman,

2000; Harvey, Bryant, Tarrier, 2003; Orsillo y Batten, 2005). En cuanto al DC, teniendo en cuenta las conclusiones obtenidas en los estudios de eficacia sobre el tema en las que se ponen de manifiesto datos contradictorios, escasos tamaños del efectos (sobre todo para los síntomas psicológicos) muy inferiores a los encontrados en el tratamiento de otros problemas psicológicos, e incluso efectos de deterioro (Jordan y Neimeyer, 2003; Kato y Mann, 1999; Maciejewski, Baohui Zhang, Block y Prigerson, 2007), nuestros datos apoyan la conveniencia de utilizar estrategias en la línea de las recomendadas por Neimeyer (2002) y suponen también un apoyo empírico respecto a la eficacia de nuestro protocolo para el tratamiento del DC. En cuanto a los TA, nos encontramos en un caso, hasta cierto punto similar al comentado en el DC o incluso peor, ya que los datos existentes sobre eficacia de tratamientos son todavía más escasos. Nuestros resultados, en cualquier caso, apoyan las recomendaciones generales que se establecen en la literatura sobre el tema (Andrews, 1995; Araoz y Carrese, 1996; Benton y Lynch, 2005, Strain, 1995; van der Klink, et al., 2003) y suponen también un apoyo empírico a nuestro protocolo de tratamiento.

Por lo que respecta a los datos de eficacia obtenidos en los estudios existentes que utilizan la RV para el tratamiento de los trastornos psicológicos, nuestros resultados están en la línea de las conclusiones obtenidas en los estudios de revisión sobre el tema (Anderson, Jacobs y Rothbaum, 2004; García-Palacios, Botella, Hoffman, Baños, Osma, Guillén y Perpiñá, 2006; Krijn, Emmelkamp, Olafsson y Biemond, 2004; Pull, 2005) y suponen evidencia adicional acerca de la utilidad de la RV para el tratamiento de los trastornos psicológicos, ya que confirman los buenos resultados obtenidos en los estudios controlados que han sometido a prueba la eficacia de la RV para el tratamiento de problemas como fobia a volar (Emmelkamp, Krijn, Hulsbosch, de Vries, Schuemie y van der Mast, 2002; Maltby, Kirsch, Mayers y Allen, 2002; Mühlberger, Herrmann, Wiedemann, Ellgring y Pauli, 2003; Rothbaum, Hodges, Anderson, Price y Smith, 2002; Rothbaum, Hodges, Smith, Lee y Price, 2000; Rothbaum, Anderson, Zimand, Hodges, Lang y Wilson, 2006; Anderson, Jacobs, Lindner, Edwards, Zimand, Hodges y Rothbaum, 2006), la fobia a las arañas (García-Palacios, Hoffman, Carlin, Furness y Botella, 2002) o el trastorno de pánico y la agorafobia (Botella, García-Palacios, Villa, Baños, Quero, Alcañiz y Riva, 2007). Por desgracia, no existe por el momento ningún estudio controlado sobre el

que nosotros tengamos conocimiento en el que se someta a prueba la utilidad de la RV para el tratamiento del TEPT, el DC o los TA. Por lo tanto, nuestros datos resultan esperanzadores respecto a la utilidad de esta aplicación de RV para el tratamiento de estos problemas y son pioneros en este sentido.

Por lo que se refiere a la eficacia diferencial en cada una de las dos condiciones experimentales (tradicional vs. EMMA) comprobamos que, cuando se analizan los datos antes frente a después del tratamiento, los resultados indican una eficacia muy similar en ambas condiciones, sólo se observa un efecto de interacción que alcanza significación estadística en el grado de depresión informado por los pacientes que mejora más en la condición experimental de EMMA. Como antes señalábamos, los participantes del grupo de EMMA partían de una situación anímica más negativa (según el BDI) y finalizan el tratamiento con una puntuación en este cuestionario incluso mejor que el grupo tradicional. Ahora bien, si se toman en cuenta los datos de los seguimientos el panorama cambia de forma importante. En este caso se detectan efectos de interacción, que alcanzan significación estadística, en muchas de las variables tomadas en consideración. Es importante subrayar que en todos los casos, estos efectos se detectan respecto a una mejoría mayor observada en la condición de EMMA. En esta condición experimental en los periodos de seguimiento, disminuye en mayor medida la interferencia del problema en las áreas de tiempo libre y de funcionamiento social, se mantiene el mejor resultado obtenido respecto a la depresión, disminuye en mayor medida el afecto negativo y aumenta también en mayor medida el afecto positivo, disminuye de forma significativamente mayor la evitación y el temor manifestado por los pacientes. Consideramos que estos resultados tienen una gran importancia y que indican que la utilización de las nuevas tecnologías (como la realidad virtual) como apoyo para los actuales programas de tratamiento psicológico es un camino que, sin duda, merece la pena ser explorado. A este respecto queremos también poner de manifiesto que en muchos de los trabajos en los que se ha sometido a prueba la eficacia de los programas de tratamiento de realidad virtual para distintos trastornos se ha hecho tomando como grupo control un control lista de espera o alternativas no muy potentes, como la relajación en el caso de la fobia a volar (Mühlberger, Herrmann, Wiedemann, Ellgring y Pauli, 2003), una condición placebo también para la fobia a volar (Maltby, Kirsch, Mayers y Allen, 2002), un control lista de espera en el caso de la fobia a las arañas (García-Palacios,

Hoffman, Carlin, Furness y Botella, 2002). Sólo en algunos trabajos se ha comparado el tratamiento aplicado por medio de RV frente a la alternativa de tratamiento más potente en cada caso, como la exposición en vivo en el caso de la acrofobia (Emmelkamp, Krijn, Hulsbosch, de Vries, Schuemie y van der Mast, 2002), también la exposición en vivo en el caso de la fobia a volar (Rothbaum, Hodges, Smith, Lee y Price, 2000; Rothbaum, Anderson, Zimand, Hodges, Lang y Wilson, 2006; Anderson, Jacobs, Lindner, Edwards, Zimand, Hodges y Rothbaum, 2006), o también la exposición en vivo en el caso del trastorno de pánico y la agorafobia (Botella, García-Palacios, Villa, Baños, Quero, Alcañiz y Riva, 2007).

En el presente estudio, se ha utilizado como grupo control el tratamiento considerado de elección, desde la perspectiva de los programas de tratamiento basados en la evidencia (en el caso del TEPT), o en aquellas alternativas de tratamiento que tenían un mayor apoyo empírico y eran recomendados en la literatura especializada, en el caso del DC y los TA. Nuestros resultados ponen de manifiesto, por tanto, que en algunos casos se ha logrado obtener mejores resultados que en el patrón “oro” ya establecido en el marco de los tratamientos psicológicos.

Respecto al cuarto objetivo de nuestro trabajo, esto es, analizar la eficacia del programa de tratamiento para el TEPT apoyado en nuevas tecnologías, comparándola con el tratamiento “tradicional”, se tomaron en consideración las puntuaciones de los pacientes en instrumentos específicos y de gran relevancia en este trastorno: la entrevista CAPS (Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Klauminzer, Charney, 1990; Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Gusman, Charney y Keane, 1995), el Inventario de Davidson (Davidson et al., 1997) y el Inventario de Cogniciones Traumáticas (Foa, Ehlers, Clark, Tolin y Orsillo, 1999). Nuestros datos indican que en ambas condiciones se observaron mejorías estadísticamente significativas antes frente a después de aplicarse el tratamiento. En la condición tradicional, se observan cambios que alcanzan significación estadística en las puntuaciones de frecuencia y gravedad del Inventario de Davidson y en el Inventario de Cogniciones Traumáticas. Mientras que en la condición de Emma se observaron diferencias estadísticamente significativas en estos dos instrumentos y también en las variables de intensidad y frecuencia de los síntomas para el acontecimiento

traumático actual evaluado por el CAPS. Ahora bien, no se detectan diferencias estadísticamente significativas entre las dos condiciones experimentales. Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de sesiones utilizadas en cada condición experimental. Estos datos están en la misma línea que los comentados anteriormente, en ambos casos se observa una mejoría, pero cuando hay alguna diferencia la mejoría es mayor en el grupo de EMMA (obtiene mejores resultados en uno de los instrumentos tomados en consideración). Por desgracia, como ya hemos señalado, no existen datos de otros estudios en los que se compare un protocolo de tratamiento tradicional para el TEPT y un programa de tratamiento basado en realidad virtual. Sólo existen datos de eficacia de sistemas de realidad virtual para el TEPT basados en estudios de caso para la guerra de Vietnam (Rothbaum, Hodges, Ready, Graap y Alarcon, 2001), para las víctimas del 11S (Difede y Hoffman, 2002), para las víctimas de la guerra de Irak (Rizzo, Pair, McNermey, Eastlund, Manson, Gratch, et al. 2004) o para las víctimas de accidentes automovilísticos (Walshe, Lewis, Kim, O'Sullivan y Wiederhold, 2003), además de nuestros propios trabajos sobre el tratamiento del TEPT por medio de RV ya citados anteriormente. Los resultados de estos trabajos resultan muy esperanzadores, pero son programas que todavía necesitan ser sometidos a prueba en estudios controlados.

En cuanto al quinto objetivo de este trabajo de tesis, esto es, analizar la eficacia del programa de tratamiento para los TA y DC apoyado en nuevas tecnologías, comparándola con los tratamientos “tradicionales”, se tomaron en consideración los datos proporcionados por el Inventario de Duelo/Pérdida (Prigerson et al., 1995). Los datos obtenidos en los ANOVAs de medidas repetidas antes frente a después del tratamiento indican que en ambas condiciones se obtienen mejorías, pero no se detectan efectos de interacción que indiquen que una condición es superior a la otra. Sin embargo, de nuevo el panorama cambia cuando se tienen en cuenta los seguimientos; en este caso, en la condición de EMMA los pacientes se encontraban significativamente mejor que los pacientes de la condición tradicional en los periodos de seguimiento. En cuanto al proceso de tratamiento, no se detectaron diferencias estadísticamente significativas respecto al número de sesiones utilizadas en cada caso. Sin embargo, al analizar los datos de evolución a lo largo de las sesiones se observó que los cambios se producían antes en la condición de EMMA, esto es, los

pacientes mejoraban más pronto cuando se les aplicaba el tratamiento apoyado por “El Mundo de Emma” respecto a la evitación, el temor y la frecuencia de la ansiedad. De nuevo nos encontramos con datos que indican eficacia en ambos casos, pero también de nuevo, cuando se detectan diferencias, éstas se producen a favor de la condición de EMMA. No nos resulta posible comparar nuestros datos con los de otros autores, ya que nosotros tengamos noticias, no existe ningún trabajo en el que se haya sometido a prueba la eficacia de algún sistema de RV para el tratamiento del DC y los TA.

El sexto objetivo que nos propusimos en este trabajo era analizar la eficiencia (entendida como aceptabilidad), de estos nuevos programas de tratamiento apoyados en nuevas tecnologías para el TEPT, el DC y el TA. Por lo que respecta a la opinión manifestada por los pacientes respecto a los tratamientos, tanto cuando se les explicó la base lógica de los mismos, como posteriormente cuando se les aplicaron, fue positiva en ambas condiciones experimentales y no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambas condiciones. Estos resultados son alentadores, pues como ya se ha comentado, la condición de EMMA se contrastó frente a los mejores programas de tratamiento existentes por el momento para cada trastorno. Por otro lado, las valoraciones cualitativas que emitieron tanto los pacientes como los terapeutas fueron también muy positivas, destacando los comentarios favorables al tratamiento de EMMA.

Que en ambos casos se alcancen puntuaciones muy positivas resulta claramente alentador. Ahora bien, hay que tener en cuenta que en cada condición cada paciente sólo opinó del tratamiento que se le había aplicado, quedaría por ver cuál es la opinión de una persona que tiene información y datos de primera mano de ambos tratamientos. Eso es una de nuestras propuestas de trabajo en estos momentos, llevar a cabo un estudio controlado de N=1 en el que a los participantes se les aplique el tratamiento de forma diferencial sesión a sesión, esto es, en una sesión sin el apoyo de Emma y en la siguiente contando con dicho apoyo y valorando entonces si la opinión de los pacientes es la misma o se observan diferencias entre las dos condiciones.

Finalmente, el séptimo objetivo de esta tesis se centraba en estudiar si los cambios logrados en terapia se mantenían en los seguimientos. Nuestros datos indican que

esto se produce en todos los casos, ya se trate del programa de tratamiento tradicional o del programa que se apoya en el Mundo de Emma. Entendemos que estos datos también resultan importantes, ya que apoyan otros estudios de la literatura acerca del mantenimiento de los efectos logrados por los tratamientos psicológicos, por ejemplo, en el TEPT (Foa y Meadows, 1997; Foa, et al., 1989; Foa y Jaycox, 1996; Foa, Keane, y Friedman, 2000; Harvey, Bryant, Tarrier, 2003;) y aportan datos nuevos en otros trastornos (como DC y TA) y, sin duda, también resultan relevantes en el campo de las nuevas tecnologías ya que también apoyan los datos existentes sobre el mantenimiento de los efectos del tratamiento (Anderson, Jacobs, Lindner, Edwards, Zimand, Hodges y Rothbaum, 2006; Emmelkamp, Krijn, Hulsbosch, de Vries, Schuemie y van der Mast, 2002; Rothbaum, Anderson, Zimand, Hodges, Lang y Wilson, 2006; Rothbaum, Hodges, Anderson, Price y Smith, 2002; Rothbaum, Hodges, Smith, Lee y Price, 2000).

En suma, y recordando las hipótesis exploratorias que guiaban este trabajo cabe señalar que, se obtenido apoyo para la primera de nuestras hipótesis, esto es, los tratamientos apoyados en nuevas tecnologías serán, al menos, tan eficaces como los tratamientos tradicionales para el TEPT, el DC y los TA. También hemos comprobado que nuestros datos ponen de manifiesto que los resultados obtenidos en ambas condiciones de tratamiento se mantienen en los seguimientos, por lo tanto, nuestra segunda hipótesis también obtiene apoyo. Nuestra tercera hipótesis planteaba que los tratamientos apoyados en nuevas tecnologías serían, al menos, tan bien valorados (por los pacientes y por los terapeutas) como los tratamientos tradicionales y eso es lo que muestran nuestros datos. Finalmente, también se ha obtenido apoyo para la última de nuestras hipótesis, esto es, que tanto los terapeutas como los pacientes manifestarían opiniones positivas sobre el uso de las nuevas tecnologías como apoyo a los tratamientos psicológicos.

Para terminar, nos gustaría discutir las implicaciones que creemos que tienen nuestros resultados sobre dos campos muy importantes: el abordaje terapéutico de los problemas relacionados con el estrés y la utilización de las nuevas tecnologías en el campo de los tratamientos psicológicos.

#### **a) El abordaje terapéutico de los problemas relacionados con el estrés**



Como hemos intentado plasmar en este trabajo, los distintos tipos de reacciones y respuestas que se pueden manifestar ante las adversidades, las dificultades, los problemas y los acontecimientos traumáticos pueden ser bien diferentes. Esto quedó bien ilustrado ya en los famosos experimentos de Seligman sobre indefensión aprendida. Como acertadamente señalan Avia y Vázquez (1998) al comentar los famosos experimentos de Seligman, la mayoría de los perros mostraban lo que se denominó “el síndrome de indefensión aprendida”; pero, y esto resulta de la mayor importancia, no todos los hacían. De hecho, algunos perros ladraban continuamente, daban muestras de enfado y agresión hacia los experimentadores y después de largas sesiones de choques parecían no darse cuenta de que no era posible escapar y continuaban haciendo enormes esfuerzos por salir de la jaula experimental. La única conclusión posible es que tales perros eran animales “resistentes a las adversidades”. Al estudiar qué tipo de animales daban muestras de tales reacciones frente a la situación traumática, se comprobó que, en su mayoría eran perros callejeros llevados al laboratorio. Seguramente, eran animales con una larga historia de lucha frente a las dificultades y estaban acostumbrados a hacerles frente y a sobrevivir. En la situación experimental de laboratorio no llegaban a entender que, realmente, allí no había ninguna posibilidad de escape y seguían luchando. Ejemplos similares de capacidades inusitadas de afrontamiento y resistencia ante la adversidad y los traumas los podemos encontrar en otros ámbitos, como los campos de concentración, o las historias increíbles de niños que, habiendo tenido infancias tremendamente desgraciadas y traumáticas, sobrevivieron y llevaron vidas plenas y satisfactorias. Por tanto, parece que es posible afrontar de forma muy positiva la adversidad y las dificultades. Esto no resulta nada sorprendente, de hecho, la historia de la humanidad es la historia de cómo se puede hacer frente a la adversidad, cómo se puede sobrevivir y cómo se puede seguir adelante disfrutando en cada momento del regalo de la vida.

Ahora bien, ¿de qué depende que esto se logre o que no se logre?. ¿Por qué unos individuos sobreviven y otros se dejan abatir?. Este es un aspecto central de la moderna Psicología Positiva. En estos momentos, ya tenemos una importante ciencia de la enfermedad mental. Los principales trastornos mentales se han comprendido y pueden ser tratados de forma muy satisfactoria por medio de intervenciones farmacológicas y psicológicas. No se trata de desechar todos los

conocimientos acumulados, ni tampoco de rechazar el modelo de enfermedad. Sólo se trata de darnos cuenta de que también necesitamos una ciencia que nos proporcione información útil sobre las potencialidades y virtudes humanas, una ciencia que nos indique cómo potenciar dichas virtudes y potencialidades y cómo obtener beneficios de ellas. Esta clase de actividad científica no es una quimera y la Psicología Positiva del siglo XXI se va a centrar en ello. Creemos que este planteamiento tiene ante sí un prometedor futuro que nos puede ayudar sobremanera, tanto por lo que respecta a la comprensión de los trastornos mentales, como a los futuros protocolos de tratamiento psicológicos. Por nuestra parte, entendemos que el TEPT, el DC y los TA son ejemplos paradigmáticos de lo que se puede lograr analizando y aplicando planteamientos de la Psicología Positiva. Creemos que existen una serie de características positivas en los seres humanos “o virtudes” que nos protegen de las adversidades y de los problemas. En nuestro caso, estamos empezando a utilizar de forma sistemática tales potencialidades como un medio útil en el tratamiento de estos trastornos. El futuro dirá en qué medida acertamos en esta apuesta o si estamos completamente equivocadas.

#### **b) Los tratamientos psicológicos y las nuevas tecnologías: Ventajas de la utilización del Mundo de EMMA**

El Mundo de EMMA es una aplicación de RV diferente de las que se han utilizado hasta ahora, ya que, como hemos comentado a lo largo de todo el trabajo, utiliza el ambiente virtual para “representar” la situación o experiencia temida, sin “fotocopiarla”. El objetivo no es simular las características físicas del acontecimiento aversivo o traumático, sino utilizar símbolos y aspectos personalizados que provoquen una reacción emocional en la persona que le pueda ayudar a procesar emocionalmente ese acontecimiento negativo, creando al mismo tiempo un lugar seguro y protegido. Sin embargo, a pesar de esta gran diferencia, sigue manteniendo todas las ventajas de los sistemas de realidad virtual tradicionales que simulan la realidad ya señaladas en otros trabajos de revisión llevados a cabo por nuestro grupo (p.ej., Botella, Baños, Perpiñá y Ballester, 1998; Botella, Quero et al., 2004) y por otros autores (p.ej., Wiederhold y Wiederhold, 1998; Zimand et al., 2003).

Además de las ventajas más “obvias” de la RV que ya comentamos en un lugar anterior (grado de control, economía, disponibilidad, confidencialidad, etc.), esta nueva tecnología presenta otros beneficios desde una perspectiva más general de los tratamientos psicológicos. Por un lado, representa un nuevo sentido que se incorpora a nuestro “dispositivo de percibir” el mundo, usando la terminología de Popper (1962) y Lorenz (1973). Los mundos virtuales nos permiten acceder a más información, tanto sobre nosotros mismos como sobre el mundo. Por ejemplo, puede que una persona con agorafobia cambie su percepción sobre ella misma después de ver como confronta diversas situaciones temidas (“Quizás no soy tan débil”) y también cambie su manera de percibir el mundo (“Quizás no es tan peligroso”). La magia de los mundos virtuales y su importancia para el tratamiento es precisamente esa: ser contextos “seguros”, la “base segura” que la terapia ofrece al paciente (Bowlby, 1973). En estos contextos protegidos, la persona puede libremente explorar, experimentar, sentir, vivir y revivir, sentimientos y pensamientos del presente, del pasado, incluso del futuro. Nada les impide explorar al mundo y a sí mismos de otra manera. El hecho de asumir esta nueva perspectiva puede proporcionar una enorme sensación de libertad. Es posible que lleguen a ser conscientes de que el mundo y el *self*, que consideraban algo absolutamente dado y concluidos, realmente no son más que una interpretación, una simulación, que (al menos hasta cierto punto) puede ser cambiada. El paciente puede construir una nueva realidad sobre el mundo y sobre sí mismo (“Hasta hoy, he sido y me he comportado como un agorafóbico, pero desde este momento no necesito seguir haciéndolo”). Por tanto, la meta de la RV no es necesariamente “recrear” la realidad, sino construir ambientes virtuales que sean relevantes y significativos para la persona (Hoorn, Konijn y Van der Veer, 2003).

En el mundo de EMMA, la terapia se da en un ambiente protegido y seguro para el paciente. Pero además, en este sistema adaptable, el terapeuta y el paciente pueden representar de forma específica la experiencia sufrida de acuerdo a las necesidades particulares de la terapia. En el caso concreto del TEPT, la utilización de un entorno virtual como EMMA tiene ventajas añadidas. Por un lado, puede ayudar a superar las limitaciones de la exposición en imaginación prolongada que, aún constituyendo el tratamiento de elección para este problema en la actualidad (Foa, Friedman y Keane, 2000), es infrutilizado en la práctica clínica (Becker,

Zayfert y Anderson 2004). Diversas razones explican el poco uso de la técnica de exposición en imaginación. En primer lugar, estaría la evitación cognitiva de los pacientes. Así, algunos pacientes no quieren afrontar sus recuerdos del trauma porque encuentran esta tarea demasiado aversiva. Otros son capaces de pensar sobre el trauma pero están emocionalmente desapegados de la experiencia, dando lugar a resultados terapéuticos pobres. Un segundo problema lo constituiría la poca capacidad de imaginar que presentan algunas personas. Por último, los propios terapeutas también muestran resistencias a la hora de utilizar esta técnica. En este sentido, en un estudio realizado por Becker, Zayfert y Anderson (2004) encontraron que sólo una pequeña minoría (17%) de una muestra de 852 psicólogos había utilizado la exposición para tratar el TEPT. El entorno virtual de EMMA mediante la utilización de símbolos para llevar a cabo la exposición a los recuerdos traumáticos puede prevenir la evitación cognitiva y, de este modo, aumentar la implicación emocional, cuestión esencial para la eficacia de la exposición.

Por otra parte, como ya hemos señalado, la gran versatilidad que permite el *mundo de EMMA* constituye su principal ventaja permitiendo tratar una gran diversidad de trastornos psicológicos en los que las emociones negativas son una de sus principales manifestaciones como es el caso del DP o de los TA. EMMA es un sistema de realidad virtual abierto que puede adaptarse para constituir un entorno clínicamente significativo para cada persona

### **c) Limitaciones y retos para el futuro**

En primer lugar queremos llamar la atención a las limitaciones de nuestro propio trabajo. Sin duda, una importante limitación hace referencia al hecho de no disponer de otro grupo control adicional, ya fuera de control placebo o de control lista de espera. Existen ya datos que avalan la eficacia del tratamiento del TEPT y en este caso no resulta tan necesario, pero no tenemos la suficiente evidencia empírica en el caso del DC y los TA. Por lo tanto, nuestros resultados tienen también que contemplarse a la luz de esta limitación. También hubiera sido muy deseable el poder contar con un mayor número de participantes, sin duda la potencia de las pruebas estadísticas utilizadas hubiera sido mayor; pero, como siempre sucede en

estos casos, pudimos llegar a un número limitado de personas teniendo en cuenta que en algún momento hay que cerrar y terminar un trabajo. Cabe señalar, no obstante, que nuestra muestra es mayor que la de muchos estudios clínicos ya publicados. También nos hubiera gustado poder ofrecer datos acerca del grado en que los terapeutas se ajustaban y seguían de forma integra los protocolos de los tratamientos, sin embargo, no contamos con el suficiente bagaje material y humano que nos permitiera realizar este tipo de análisis.

En cuanto a aspectos generales respecto al uso de las nuevas tecnologías, como se ha expuesto en este trabajo, en los últimos años ha habido un crecimiento enorme en el uso de la RV en la salud mental, propiciado por los avances en la tecnología de la información y el descenso de los costes (Riva, 2002). Sin embargo, aún quedan ciertas barreras que hay que superar (Riva, 2005).

La primera es la falta de estandarización en los dispositivos de *hardware* y en el *software*. La mayoría de los sistemas basados en PCs, aunque más baratos y fáciles de usar, aún carecen de la flexibilidad y capacidad suficiente para individualizar ambientes para cada paciente específico (Riva, 1997). Hasta la fecha, pocos de los sistemas disponibles son intercambiables, lo que hace difícil su uso en contextos diferentes a aquellos en los que se han desarrollado.

El segundo problema es la falta de protocolos estandarizados compartidos por la comunidad científica. Si comprobamos las dos bases de datos clínicas – *Medline* y *PsycInfo* – solo encontramos cinco protocolos clínicos publicados para el tratamiento de los trastornos alimentarios (Riva et al., 2001), el miedo a volar (Klein, 1999; Rothbaum et al., 1999), el miedo a hablar en público (Botella et al., 2000) y el trastorno de pánico (Vincelly et al., 2001).

La tercera limitación se refiere a los costes finales de los programas. Como hemos dicho, la falta de sistemas intercambiables y de protocolos clínicos fuerza a la mayoría de investigadores a gastar mucho tiempo y dinero en diseñar y desarrollar sus propias aplicaciones: muchas de hechas pueden considerarse creaciones “singulares”, ligadas a la propiedad del *hardware* y el *software*, que han sido mejoradas gracias a procesos de ensayos y errores (Riva, 2005). Siguiendo el proyecto europeo *VEPSY Updated* (Riva et al. 2001), el coste para diseñar una

aplicación clínica de RV y validarla en estudios controlados oscila entre 150.000 y 200.000 €.

Por último, están las cuestiones éticas y de seguridad (Durlach y Mayor, 1995). Aunque también es cierto que la gran mayoría de personas que usan sistemas de RV no sufren problemas de salud asociados al uso de esta tecnología, simplemente, se trata de mareos y malestares muy leves y transitorios (Nichols y Patel, 2002).

En suma, parece que la RV puede ayudar a las personas a confrontar sus problemas en escenarios significativos, pero controlados y seguros, abriéndoles la posibilidad de experimentar su vida de un modo más satisfactorio, e induciendo cambios profundos y permanentes. (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974). Sin embargo, aún se necesitan muchos esfuerzos, tanto desde un punto de vista comercial, como en su uso clínico rutinario. Así, un reto importante para el futuro es desarrollar ambientes fáciles de usar y personalizar, que se puedan adaptar en tiempo real a las necesidades del paciente. Un ejemplo de esto es el trabajo que presentamos en este trabajo de tesis.

Otro reto importante para el futuro es la evolución de los sistemas de RV. Hasta ahora, la mayoría de las aplicaciones en Psicología Clínica se basan en PCs situados en la consulta del psicólogo, pero el escenario tecnológico está cambiando rápidamente. De acuerdo con el "ISTAG SCENARIOS FOR AMBIENT INTELLIGENCE 2010" (Ducatel et al., 2000) los escenarios tecnológicos en los que se basará la "Sociedad del Conocimiento" de este milenio estarán fundamentados en tres tendencias dominantes:

- Difusión pervasiva de la inteligencia en el espacio que nos rodea, a través del desarrollo de tecnologías en red y sensores inteligentes, con el objetivo de generar lo que se denomina "Ambient Intelligence" (Aml);
- Aumento del importante papel de la movilidad, a través del desarrollo de las comunicaciones móviles, yendo hacia lo que se conoce como *Universal Mobile Telecommunications System* (UMTS) "*Beyond 3rd Generation*" (B3G) (Laxminarayan y Isteranian, 2000);

- Aumento del rango, accesibilidad y comprensibilidad de las comunicaciones, a través del desarrollo de tecnología multicanales-multimedia (IJsselsteijn y Riva, 2003).

Dentro de este proceso, los ambientes inteligentes jugarán un papel importante para el cuidado de la salud, en ellos el espacio real se verá enriquecido por e integrado con contenidos multimedia complejos (Riva, 2000). En particular, se espera que surjan herramientas de "*Immersive Virtual Telepresence*" (IVT), sistemas de realidad mixta y distribuida que se combinarán con dispositivos multimedia inalámbricos (video en tiempo real) y con dispositivos innovadores de recogida de información (sensores de traqueo, biosensores, interfaces ordenador-cerebro,...). Una aplicación IVT posible es la Realidad Aumentada (Rosenblum, 2000), que facilita e incrementa la información que tiene la persona sobre la escena real, a través de uno o más objetos (3D, imágenes, videos, texto, gráficos, sonido, etc.) "insertados" en el campo visual de la persona. Estos objetos pueden ser parte de una espacio virtual más amplio, a cuyos contenidos se puede acceder por diferentes modos, usando distintos medios (teléfono móvil, "tablet PCs", PDAs, Internet, etc.). Estos sistemas de Realidad Aumentada comparten algunas de las ventajas que la RV ofrece sobre los tratamientos tradicionales (los objetos no son "reales", por lo que no son dañinos; el terapeuta y el paciente tienen el control; etc.); pero, además, en la Realidad Aumentada el sentido de presencia y el juicio de realidad otorgado a los objetos virtuales es aún mayor, ya que se reduce la mediación de la tecnología. De momento, nuestro grupo ha mostrado resultados preliminares usando este sistema para el tratamiento de la fobia a animales pequeños (cucarachas y arañas) (Botella, Juan, Baños, Alcañiz, Guillen y Rey, 2005; Juan, Botella, Baños, Guerrero, Alcañiz, Monserrat y Rey, 2005; Juan, Baños, Botella, Pérez, Alcañiz y Monserrat, 2006).

No queremos finalizar esta discusión sin señalar, aunque sea de forma sucinta, nuestras propias perspectivas de futuro. Por una parte, como ya hemos señalado anteriormente, estamos trabajando para analizar la aceptación diferencial entre los tratamientos psicológicos tradicionales y el Mundo de EMMA, para ello estamos siguiendo un diseño de N=1 en el que los participantes pasan por ambas condiciones. Consideramos que esto tiene gran interés en el tratamiento de los problemas relacionados con el estrés debido a la aversión que muchas veces

suscitan los tratamientos tradicionales. También estamos muy interesados en analizar la eficacia diferencial de la aplicación El Mundo de Emma frente a sistemas de RV “tradicionales”. Un tema importante en relación, sobre todo, a los protocolos diseñados para el DC y los TA es llevar a cabo estrategias de desmantelamiento. Nos interesa sobremanera saber si resultan necesarios todos los componentes o se puede prescindir de alguno de ellos. Muy en relación con este aspecto está también el hecho de analizar la eficacia diferencial en el caso de utilizar el protocolo tradicional de solución de problemas frente al nuevo componente diseñado y aplicado en este trabajo de tesis en el que se subraya y se enfatiza el hecho de poder aprender y progresar, precisamente, a partir de los problemas. Finalmente, también en relación con este último aspecto está el tema de la aportación diferencial que puedan implicar las estrategias de Psicología Positiva. En todos estos aspectos deseamos centrar nuestra atención en los próximos años.

## **5. CONCLUSIONES**

A continuación se exponen las principales conclusiones de nuestro estudio. Cada una de ellas hace referencia a los objetivos propuestos.

- 1) Se ha comprobado que es factible diseñar y desarrollar una aplicación de RV que utilice “dispositivos adaptables” para el tratamiento de distintos trastornos psicológicos. Dicha aplicación denominada El Mundo de Emma ha demostrado ser enormemente versátil y ha puesto de manifiesto su utilidad para el tratamiento de distintos trastornos psicológicos.
- 2) Se han diseñado protocolos de tratamiento apoyados en nuevas tecnologías (EL mundo de EMMA) dirigido a personas que sufren de TEPT, DC o TA. En el trabajo se ha puesto de manifiesto que la opinión de los participantes respecto a dichos protocolos resultan muy favorables, tanto antes de aplicárseles el tratamiento, como después de que haya sido aplicado éste.
- 3) Se ha comprobado la eficacia de los protocolos de tratamiento apoyados en nuevas tecnologías para el cambio en variables clínicas relevantes, comparándola con los tratamientos tradicionales. Tanto los tratamientos tradicionales como los protocolos de tratamiento apoyados en las nuevas



tecnologías son eficaces cuando se analizan los datos antes frente a después del postratamiento; ahora bien, si se toman en consideración los datos de los seguimientos comprobamos que en todos los casos las diferencias observadas se producían a favor de los tratamientos apoyados en el uso de las nuevas tecnologías (El Mundo de EMMA).

- 4) Se ha comprobado que ambos programas de tratamiento (tradicional y apoyado en las nuevas tecnologías) resultan eficaces para el tratamiento del TEPT cuando se observa alguna diferencia entre ellos, dicha diferencia se produce a favor de el protocolo apoyado en El Mundo de Emma.
- 5) Se ha comprobado que ambos programas de tratamiento (tradicional y apoyado en las nuevas tecnologías) resultan eficaces para el tratamiento del DC y los TA y cuando se observa alguna diferencia entre ellos, dicha diferencia se produce a favor del protocolo apoyado en El Mundo de Emma.
- 6) Se ha comprobado que ambos programas de tratamiento (tradicional y apoyado en las nuevas tecnologías) para el TEPT, el DC y los TA son aceptados por los participantes, tanto por lo que se refiere a los pacientes como a los terapeutas.
- 7) Se ha comprobado que en todos los casos y en ambos programas de tratamiento (tradicional y apoyado en las nuevas tecnologías) los cambios logrados en terapia se mantienen en los seguimientos.

En suma, consideramos que se ha cumplido el objetivo general que nos planteamos en este trabajo de tesis, esto es, se ha diseñado un programa de tratamiento, apoyado en nuevas tecnologías, dirigido a problemas relacionados con la experiencia de acontecimientos traumáticos, adversos, o estresantes y se ha puesto de manifiesto su utilidad para mejorar la eficacia y la eficiencia de los actuales programas enfocados a estos problemas.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Affleck, G. y Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity; Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 64, 899-922.
- Aldwin, C. (1994). *Stress, coping, and development*. New York, Guilford.
- Al-Kubaisy, T., Marks, I. M., Logsdail, S., Marks, M. P., Lovell, K., Sungur, M. y Araya, R. (1992). Role of exposure homework in phobia reduction: A controlled study. *Behavior Therapy*, 23, 599-621.
- Allen K. (2000). A brief cognitive-behavioural intervention for a 10-year-old child with an adjustment disorder: a case study. *Behaviour Change*; 17, 2; 84-89
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart, y Winston.
- Allport, G. W. (1968). *La naturaleza del prejuicio*. Buenos Aires: Eudeba.
- American Journal of Public Health, Vol 90, Issue 8, 1212-1215, Copyright © 2000 by American Public Health Association
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual: Mental disorders*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association (APA) (1978). *Report of the task force on self-help therapies*. Washington, D. C.: Author.
- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ª ed.), Washington, DC, APA (Barcelona, Masson, 1981).
- American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ª ed. Rev.), Washington, DC, APA (Barcelona, Masson, 1988).
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª ed.), Washington, DC, APA (Barcelona, Masson, 1995).
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (5ª ed.), Washington, DC, APA (Barcelona, Masson, 2002).
- American Psychiatric Association (APA) (2002a). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington, DC: Author.

- American Psychological Association Task Force on Psychological Intervention Guidelines (1995). *Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychological aspects of physical disorders*, Washington, D.C: American Psychological Association.
- Anderson, P., Jacobs, C. H., Lindner, K., Edwards, S., Zimand, E., Hodges, L y Rothbaum, B.O. (2006). Cognitive Behavior Therapy for fear of flying: Sustainability of treatment gains after September 11. *Behavior Therapy*, 37, 91-97.
- Anderson, P., Jacobs, C. y Rothbaum, B. (2004). Computer-supported cognitive behavioural treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 60 (3), 253-267.
- Anderson, P., Rothbaum, B. O. y Hodges, L. F. (2003). Virtual reality exposure in the treatment of social anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 240-247.
- Andreasen, N. C. y Hoenk, P. R. (1982). The predictive value of adjustment disorders: A follow-up study. *American Journal of Psychiatry* 139:584–590.
- Andreasen, N. C. y Wasek, P. (1980). Adjustment disorders in adolescents and adults. *Archives of General Psychiatry* 37, 1166–1170.
- Andrews, A. (1995). Treatment outlines for the management of anxiety states: The Quality Assurance Project. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 19 (2), p. 138-151.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Araoz, D. L. y Carrese, M. (1996). *Solution-Oriented Brief Therapy for Adjustment Disorders: A Guide for Providers under Managed Care* New York: Brunner-Routledge
- Asnis, G. M., Friedman, T. A., Sanderson, W. C., Kaplan, M. L., Van Praag, H. M. y Harkavy-Friedman, J. M. (1993). Suicidal behavior in adult psychiatric outpatients. I: Description and prevalence. *American Journal of Psychiatry*, 150:108–112.
- Aspinwall, L. G. y Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121, 417–436.
- Ayuso-Mateos, J. L., Vazquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., et al. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 179: 308-316.
- Avia, M. D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid. Alianza.
- Bakker, I. M., Terluin, B., Van Marwijk, H. W. J., Gundy, C. M., Smith, J. H., Van Mechelen, W. y Stalman, W. A. B. (2006). Effectiveness of a Minimal

- Intervention for Stress-related mental disorders with Sick leave (MISS); study protocol of a cluster randomised controlled trial in general practice *BMC Public Health*, 6:124, 1-9
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura (2004) Swimming against the mainstream: the early years from chilly tributary to transformative mainstream *Behaviour Research and Therapy* 42, 613–630
- Baños, R. M., Botella, C., García-Palacios, A., Quero, S., Lasso de la Vega, N., Guillén, V. y Osma, J. (2005). Using traditional Strategies World for the Treatment of Pathological Grief. *CyberTherapy 2005*, Basilea (Suiza) del 6 al 10 de Junio.
- Baños, R. M., Botella, C., Guerrero, B., Liaño, V., Alcañiz, M. y Rey, B. (2005). The third pole of the sense of presence: comparing virtual and imagery spaces. *PsychNology Journal*, 3, 90-100.
- Baños, R. M., Botella, C., Perpiñá, C. y Quero, S. (2001). Tratamiento mediante realidad virtual para la fobia a volar: un estudio de caso. *Clínica y Salud*, 12, 391-404.
- Baños, R., Guillén, V., Botella, C., Quero, S., García-Palacios, A. y Lasso de la Vega, N. (2006). A VR Application for Dealing Difficulties with Hardship and Enhancing Resilience: A Treatment for Adjustment Disorders. *CyberTherapy 2006* Gatineau (Québec ) CANADA del 12 al 15 de Junio.
- Barlow, D. H. (1988). Anxiety and its Disorders: *The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (1993). Avances en los trastornos por ansiedad. *Psicología conductual*, 1, 291-300.
- Barlow, D. H., Levitt, J. T. y Bufka, L. F. (1999). The dissemination of empirically supported treatments: A view to the future. *Behaviour Research y Therapy*, 37(Suppl. 1), S147–S162.
- Baum, A., Fleming, R. y Singer, J. E. (1983). Coping with victimization by technological disaster. *Journal of Social Issues*, 39,117-138.
- Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B.F., y Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press /trad. Esp. en Bilbao: Desclée de Bower, 1983).
- Becker, C. B., Zayfert, C. y Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42 277–292

- Belloch, A., Sandin, B. y Ramos, R. (Eds): *Manual de psicopatología* (vol. 2). Madrid: McGraw-Hill.
- Benton, T. D. y Lynch, J. (2005). E-Medicine. Adjustment Disorders. [Online].: <http://www.emedicine.com/Med/topic3348.htm>.
- Biglan, A. y Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology: Current Scientific Perspectives*, 5, 47-57.
- Blacker, R. y Clare, A. (1988). Depressive disorder in primary care, *British Journal of Psychiatry* 150:737-751.
- Blaney, P. H. y Ganellen, R. J. (1990). *Hardiness and social support*. En Sarason 1.G., Sarason, 8, and Pierce G. (Eds) *Social support: an international view* (PP 297-318), Wiley Press, New York.
- 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. *The behavior Therapist*, 13, 187-188.
- Bolger, N., y Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 890–902.
- Bonanno, G. A. (1998). The concept of "working through" loss: A critical evaluation of the cultural, historical, and empirical evidence. In A. Maercker, M. Schuetzwohl, & Z. Solomon (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: Vulnerability and resilience in the life-span* (pp. 221-247). Gottingen, Germany: Hogrefe & Huber.
- Bonanno, G. A. (1999). Emotional dissociation, self-deception, and adaptation to loss. In C. Figley (Ed.), *The traumatology of grieving* (pp. 89-105). Tallahassee, FL: Taylor y Francis.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Bonanno, G. A. y Kaltman, S. (1999). Toward an integrative perspective on bereavement. *Psychological Bulletin*, 125(6):760-76.
- Bonanno, G. A. y Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21, 705-734.
- Bonanno, G. A., Keltner, D., Holen, A., y Horowitz, M. J. (1995). When avoiding unpleasant emotions might not be such a bad thing: Verbal-autonomic response dissociation and midlife conjugal bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 975-989.
- Bonanno, G. A. y Siddique, H. (1999). Emotional dissociation, selfdeception, and

- psychotherapy. In J. A. Singer & P. Salovey (Eds.), *At play in the field of consciousness: Essays in honor of Jerome L. Singer* (pp. 249-270). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bonanno, G.A., Wortman, C.B., Lehman, D.R., Tweed, R.G., Haring, M., Sonnega, J. et al. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18 months post-loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1150-1164.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. y Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 288-298.
- Botella, C. (2005). Clinical Issues in the Application of Virtual Reality to Treatment of PTSD. *NATO Advanced Research Workshop*. Cavtat-Dubrovnik (Croacia) 13-15 de Junio.
- Botella, C., Baños, R. M., Guillén, V., García-Palacios, A. y Quero, S. (2007). La utilización de dispositivos adaptables para el tratamiento de problemas psicológicos. *V World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies*. Barcelona. Julio 2007
- Botella, C., Baños, R. M. y Perpiñá, C. (1993). *Fobia Social: Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento Psicológico del Trastorno de Ansiedad Social*. Barcelona: Paidós.
- Botella, C., Baños, R. M., Perpiñá, C. y Ballester, R. (1998). Realidad virtual y tratamientos psicológicos, *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 5-26.
- Botella, C., Baños, R. M., Perpiñá, C., Villa, H., Alcañiz, M. y Rey, B. (1998). Virtual reality treatment of claustrophobia: a case report. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 239-246.
- Botella, C., Baños, R. M., Rey, B., Alcañiz, M., Guillen, V., Quero, S. y Garcia-Palacios, A. (2006). Using an Adaptive Display for the Treatment of Emotional Disorders: A preliminary analysis of effectiveness. *Work-In-Progress CHI 2006*, 586-591.
- Botella, C., Baños, R. M., Villa, H., Perpiñá, A. y García-Palacios, A. (2000). Virtual reality in the treatment of claustrophobic fear: A controlled, multiple-baseline design. *Behavior Therapy*, 31, 583-595.
- Botella, C., Garcia-Palacios, A., Banos, R., Guillen, V., Quero, S., Lasso de la Vega, N. y Osma, J. (2005). The Treatment of Emotions in a Virtual World. Application in a Case of Posttraumatic Stress Disorder. *Paper presented at the 10th Annual Cybertherapy Conference, Basilea Switzerland, June 13-17, 2005*.
- Botella, C., Garcia-Palacios, A. Banos, R., Guillen, V., Quero, S., Lasso de la Vega, N. y Osma, J. (2005a). The Treatment of Emotions in a Virtual World.

- Application in a Case of Posttraumatic Stress Disorder. *Cybertherapy 2005*, Basilea (Suiza), del 6 al 10.
- Botella, C., García-Palacios, A., Banos, R., Guillén, V., Quero, S., Lasso de la Vega, N., y Osma. (2005b). Treatment of emotions in a virtual world: Application in a case of post-traumatic stress disorder. *Cyberpsychology & Behavior*, 8 (4), 305-305.
- Botella, C., García-Palacios, A., Villa, H., Baños, R. M., Quero, S., Alcañiz, M. y Riva, G. (2007). Virtual Reality Exposure in the Treatment of Panic Disorder and Agoraphobia: A controlled study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 14, 164-175.
- Botella, C., Guerrero, B., García-Palacios, A., Quero, S. y Baños, R. M. (2006). A Flexible Virtual Environment: The Treatment of Storm Phobia *CyberTherapy 2006*. Gatineau (Québec) CANADA del 12 al 15 de Junio.
- Botella, C., Juan, M. C., Baños, R. M., Alcañiz, M., Guillen, V. y Rey (2005). Mixing Realities? An Application of Augmented Reality for the Treatment of Cockroach Phobia. *Cyberpsychology & Behavior*, 8, 162-171
- Botella, C. Osma, J., García-Palacios, A., Quero, S. y Baños, R. M. (2004). Treatment of flying phobia using virtual reality: Data from a 1-year follow-up using a multiple baseline design. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 311-323.
- Botella, C., Quero, S., Baños, R., Perpiñá, C., García-Palacios, A. y Riva, G. (2004). Virtual Reality and Psychotherapy. En G. Riva, C. Botella, P. Legeron, G. Optale (Eds.), *Cybertherapy, Internet and Virtual Reality as Assessment and Rehabilitation Tools for Clinical Psychology and Neuroscience* (pp. 37-54). Amsterdam. IOSS Press.
- Botella, C., Quero, S., Lasso de la vega, N., Baños, R. M., Guillén, V., García-Palacios, A. y Castilla, D. (2006). Clinical Issues in the application of Virtual reality to treatment of PTSD. In M. Roy (Ed.) *Novel approaches to the diagnosis and treatment of posttraumatic stress disorder. NATO Security Through Science Series* vol. 6. Amsterdam IOS Press.
- Botella, C., Villa, H., Baños, R. M., Perpiñá, C. y García-Palacios, A. (1999). The treatment of claustrophobia with virtual reality: Changes in other phobic behaviours not specifically treated. *CyberPsychology & Behaviour*, 2, 135-141.
- Borkovec, T.D. y Nau, S.D. (1972) Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 3: 257-260
- Bouchard, S., St-Jacques, J., Robillard, G., Coté, S. y Renaud, P. (2003). Efficacité de l'exposition en réalité virtuelle Pour le traitement de l'acrophobie: Une étude préliminaire. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 13, 107-112.
- Bowlby, J. (1973). *Attachement and loss, Vol 2: Separation, anxiety and anger*. New

York: Basic Books.

Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness and depression (Attachment and loss, Vol. 3)*. New York: Basic Books.

Bremner, J. D., Steinberg, M., Southwick, S. M., Johnson, D. R. y Charney, D. S. (1993). Use of the structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders for systematic assessment of dissociative symptoms in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1011-1014.

Breslau, N., Davis, G. C. y Andreski, P. (1991). Traumatic events and post traumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.

Breslau, N., Kessler, R., Chilcoat, H., Schultz, L., Davis, G. y Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-633.

Brewin, C. R., Dalgleish, T. y Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.

Brewin, C. R. y Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 339-376.

Brewin, C. R., McNally, R. J. y Taylor, S. (2004). Point-counterpoint: two views of traumatic memories and post-traumatic stress disorder. *Journal of Cognitive psychotherapy*, 18, 99-114.

Brom, D., Kleber, R. J. y Defres, P. B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 57:607-12.

Bronish, T. (1991). Adjustment reactions: a long term prospective and retrospective follow-up of former patients in a crisis intervention ward. *Acta Psychiatrica Scandinava*; 84:86-93.

Bronish, T. y Hecht, H. (1989). Validity of adjustment disorder, comparison with major depression. *Journal of Affective Disorders*; 17:229-236.

Bryant, R. A. (2000). Acute Stress Disorder: PTSD. *Research Quarterly*, 11 (2), 1-8.

Bryant, R. A. y Harvey, A. G. (1997). Acute Stress Disorder: A critical review of diagnostic issues. *Clinical Psychology Review*, 17, 757-773.

Burgess, A. W y Holmstrom, L. L. (1974). The rape trauma syndrome. *American Journal of Psychology*. 131:981-86.

Burton, C. M. y King, L. A. (2004). The health benefits of writing about peak experiences. *Journal of Research in Personality*, 38, 150-163.

Byrne, D. (1964). The repression-sensitization as a dimension of personality. En B.



- A. Maher (Ed.), *Progress in experimental personality research* (vol. I, pp. 169-220). Nueva York: Academic Press.
- Calhoun, L. G. (1998). Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice and research. *Journal of Social Issues*, *54*, 357–371.
- Calhoun L.G. y Tedeschi, R. G. (1998), Posttraumatic growth: future directions. En: Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG, (eds.) *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers: Mahwah, N.J. (pp215-238).
- Calhoun, L. G. y Tedeschi, R. G. (1999), *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers: Mahwah, N.J.
- Calhoun, L. G., y Tedeschi, R. G. (2000), Early posttraumatic interventions: facilitating possibilities for growth. En: Violanti JM, Paton D, Dunning C, (eds.) *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues, and Perspectives*: Charles C. Thomas Publishers: Springfield, Ill (pp135-152).
- Cardeña, E., Maldonado, J., Galdón, M. J. y Spiegel, D. (1999). *La hipnosis y los trastornos posttraumáticos*, vol. 15, nº 1, pp. 147-155.
- Carlin, A., Hoffman, H. y Weghorst, S. (1997). Virtual reality and tactile augmentation in the treatment of spider phobia: a case report. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 153-158.
- Carver, C. S. (1998). Generalization, adverse events, and development of depressive symptoms. *Journal of Personality*, *66*, 607-619.
- Carver, C. S., y Scheier, M. F. (1999). Optimism. In C. R. Snyder (Ed.), *Coping: The psychology of what works* (pp. 182–204). New York: Oxford University Press.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*, 267–283.
- Casey, P., Dowrick, C. y Wilkinson, G. (2001, December). Adjustment disorders: Fault line in the psychiatric glossary. *British Journal of Psychiatry*, *179*(6): 479 – 481.
- Casey, P., Maracy, M., Kelly, B. D., Lehtinen, V., Ayuso-Mateos, J. L, Dalgard, O. S. y Dowrick, C. (2006; June). Can adjustment disorder and depressive episode be distinguished? Results from ODIN. *Journal Affective Disorders*. (2-3):291-7.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J. y Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 497-504;
- Castonguay, L. G., Pincus, A. L., Agras, W. S. y Hines, C. E. (1998). The role of emotion in group cognitive-behavioral therapy for binge eating disorders: When

- things have to feel worse before they get better. *Psychotherapy Research*, 8, 225-238.
- Chang, E. C. (1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: Controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1109–1120.
- Choi, Y. H., Jang, D. P., Ku, J. H., Shin, M. B. y Kim, S. I. (2001). Short-term treatment of acrophobia with virtual reality therapy (VRT): A case report. *CyberPsychology & Behavior*, 4, 349-354.
- Classen, C., Koopman, C., Hales, R. y Spiegel, D. (1998). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 155(5), 620-624.
- Conway, V. J. y Terry, D. J. (1992). Appraised controllability as a moderator of the effectiveness of different coping strategies: A test of the goodness of fit hypothesis. *Australian Journal of Psychology*, 44: 1-7.
- Cyrułnik, B. (2001). *La maravilla del dolor*. Barcelona, España: Granica.
- Cyrułnik, B. (2001a) *Los patitos feos. La resiliencia: Una infancia infeliz no determina la vida*. Madrid.Gedisa.
- Dahlsgaard, K., Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (en prensa). Shared virtue: The convergence of valued human strengths across culture and history. *Review of General Psychology*.
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: the evolution of multi-representational theorizing. *Psychological Bulletin*, 130(2), 228-260.
- Davidson, J. R., y Foa, E.G. (1991). Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: Considerations for the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 346-355.
- Davidson, J. R (1997). Validation of the Davidson Trauma Scale in a Sample of Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Brief Reports Journal of Nervous & Mental Disease*. 184(4):255-256, 1997.
- Desland, M. (1995). Hypnosis in the treatment of an adjustment disorder. *Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 23(1); 58-69.
- Despland, J. N., Monod, L. y Ferrero, F. (1995). Clinical relevance of adjustment disorder in DSM-III-R and DSM-IV. *Comprehensive Psychiatry* 36, 454–460.
- Difede, J. y Hoffman, H. (2002). Virtual reality exposure therapy for World TradeCenter post-traumatic stress disorder: A case report. *Cyberpsychology & Behavior*, 5, 529-535.

- Di Nardo, P. A., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version (ADIS-IV)*. Psychological Corp, San Antonio, Texas.
- Dowrick, C., Casey, P., Dalgard, O. et al (1998). Outcome of depression international network (ODIN): background, methods and field trials. *British Journal of Psychiatry*, 172, 359-363.
- Dowrick, C., Michalak, E. E. y Wilkinson, L. (2001). Seasonal affective disorder: prevalence, detection and current treatment in North Wales. *The British Journal of Psychiatry*, 179: 31-34.
- Ducatel, K., Bogdanowicz, M., Scapolo, F., Leijten, J. y Burgelma, J. C. (2001). Istag: Scenarios for ambient intelligence in 2001. ISTAG 2001 *Final Report*.
- Duckworth, A. L., Steen, T. A. y Seligman, M. E. P. (2005). Positive Psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651.
- Durlach, N. y Mayor, A. (Eds.) (1995). *Virtual Reality: Scientific and Technological Challenges*, Washington, D.C., National Academy Press.
- Echeburúa, E. (1993). *Ansiedad crónica. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Eudema.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1995). Trastorno de estrés postraumático. *Manual de Psicopatología*, (vol. 2). Madrid: McGraw-Hill.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340
- Ehlers, A. y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–3.
- Ehlers, A. Clark, D. M., Hackmann, A. McManus, F. y Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy* 43, 413–431.
- Ehlers, A., Mayou, R. A. y Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic PTSD after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508–519.
- Emmelkamp, P. M. G., Bruynzeel, M., Drost, L. y van der Mast, C. A. P. G. (2001). Virtual reality treatment in acrophobia: A comparison with exposure in vivo. *Cyberpsychology and Behavior*, 4, 335-339.
- Emmelkamp, P. M. G., Krijn, M., Hulsbosch, A. M., de Vries, S., Schuemie, M. J. y van der Mast, C. A. P. G. (2002). Virtual reality treatment versus exposure in vivo: a comparative evaluation in acrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 509-516.

- Emmons, R. A. y McCullough, M. E. (Eds.). (2004). *The psychology of gratitude*. New York: Oxford University Press. Engle, 1961.
- Endler, N. y Parker, J. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-54.
- Enright, B. P. y Marwit, S. J. (2002 Jul). Diagnosing complicated grief: a closer look. *Journal of Clinical Psychology*. 58(7):747-57.
- Erikson, E. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: Norton.
- Erikson, E. (1982). *The life cycle completed*. New York: Norton.
- Evans, D. L., McCartney, C. F., Nemeroff, C. B. et al. (1986). Depression in women treated for gynecological cancer: clinical and neuroendocrine assessment. *American Journal of Psychiatry*; 143: 447– 452.
- Everly, G. S. (2000). Five Principles of Crisis Intervention: Reducing the Risk of Premature Crisis Intervention *International Journal of Emergency Mental Health*, 2(1), 1-4.
- Fabrega, H. Jr., Mezzich J. E., Mezzich, A. C. y Coffman, G. A. (1986, Octubre). Descriptive validity of DSM-III depressions. *Journal of Nervous and Mental Diseases*;174(10):573-84.
- Fabrega, H., Mezzich, J. E. y Mezzich, A. C. (1987). Adjustment disorder as a marginal or transitional illness category in DSM *Archives of General Psychiatry* 44, 567–572.
- Fard, F., Hudgens, R. W. y Welner, A. (1979). Undiagnosed psychiatric illness in adolescents. A prospective and seven year of follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 35, 279-281.
- Ferrenzi, K., Abraham, E., Simmel, E. y Jones. (1921). *Psycho-analysis and the War Neuroses*. International Psycho-analytical Press Jones (1921).
- Ferguson, E. (2001). Personality and coping traits: A joint factor analysis. *British Journal of Health Psychology*, 6, 311–325.
- Fernando, G. A. (2004). Encontrando significados después del desastre del tsunami: Recuperación y fuerza moral en Sri Lanka. *Noticias para la Sociedad Internacional para el Estudio del Estrés Traumático*. Volumen 19, número 1, Los Ángeles, California.
- Feuerstein, M. (1986). Partners in Evaluation: *Evaluating Development and Community Programmes with Participants*. London: Macmillan.
- Figley, C. R. (1978). Series in Psychosocial Stress. Stress Disorders Among Vietnam Veterans, Theory, Research and treatment.

- Foa, E.B. (1995a). PDS (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale) Manual. Minneapolis: Natl. Comput. Syst.
- Foa, E.B. (1995b). Failure of emotional processing: post trauma psychopathology. Presentado al World Congress of Behaviour and Cognitive Therapy, Copenhagen
- 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., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303–314.
- Foa, E. B., Feske, U., Murdock, T., Kozak, M. J. y McCarthy, P. R. (1991). Post-traumatic stress disorder following assault: Theoretic considerations and empirical findings. *Current Directions in Psychological Science*, 2, 61-65.
- Foa, E. B., Feske, U., Murdock, T., Kozak, M. J. y McCarthy, P. R. (1991a). Processing of threat-related information in rape victims. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 156-162.
- Foa, E. B., Hearst-Ikeda, D. E. 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*; 63:948–55.
- Foa, E. B. y Jaycox, L. H. (1996). Cognitive-behavioral treatment of post-traumatic stress disorder. In *The Practice of Psychotherapy*, ed. D Spiegel. Washington, DC: Am. Psychiatr. Press. In press.
- Foa, E. B., Keane, T. M. y Friedman, M. J. (Eds.) (2000). *Practice guidelines from the international society for traumatic stress studies: Effective treatments for PTSD*. New York: The Guilford Press.
- Foa, E. B. y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information, *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. B. y Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments for PTSD: A critical review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449–480.
- Foa, E. B. y Riggs, D. S. (1993). Post-traumatic stress disorder in rape victims. In J. Oldham, M. B. Riba, y A. Tasman (Eds.). *Annual review of psychiatry*, Vol. 12 (pp. 273–303). Washington, DC: *American Psychiatric Association*.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Massie, E. D. y Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 26(3), 487–499.

- Foa, E. B. y Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape. Cognitive-behavior therapy for PTSD*. New York: Guilford.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S. y Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 715–723.
- Foa, E. B., Steketee, G. y Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualisations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155–176.
- Folkman, S. (1982). An approach to the measurement of coping. *Journal of Occupational Behaviour*, m3, 95-107.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46: 839-852.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Folkman, S. y Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55: 647-654.
- Folkow, B. (1975). Central neurohormonal mechanismism in spontaneously hypertensive rats compared with human hypertension. *Clinical Sciences and Molecular Medicine*, 48, 205-214.
- Fordyce, M. W. (1977). Development of a program to increase personal happiness. *Journal of Counseling Psychology*, 24, 511–520.
- Fordyce, M. W. (1983). A program to increase happiness: Further studies. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 483– 498.
- Forsythe, C. J. y Compas, B. (1987). Interaction and cognitive appraisals of stressful events and coping: Testing the goodness of fit hypothesis. *Cognitive Behavior Therapy*, 11: 473-485.
- Foy, Kagan, McDermott, Leskin, Sipprelle y Paz (1996). Practical parameters in the use of flooding for treating chronic PTSD. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3- 169-175.
- Frank, E., Prigerson, H. G., Shear, M. K. y Reynolds, C. F. 3rd. (1997 Dec). Phenomenology and treatment of bereavement-related distress in the elderly. *Internacional Clinical Psychopharmacology*. 12 Suppl 7:S25-9. Review.
- Frankl, V. (1979). *El hombre en busca de sentido*, Barcelona: Herder.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2 (3), 300-319.

- Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating Positive Emotions to Optimize Health and Well-being, from <http://journals.apa.org/prevention/volume3/pre0030001a.html>.
- Fredrickson, B. L. (2000a). Positive emotions. En C. R. Snyder y S. J. López (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotion in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotion. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Fredrickson, B. L. (2003). The value of positive emotions. *American Scientist*, 91, 330-335.
- Freud, S. (1917). "Duelo y melancolía", *Obras Completas*, Tomo XIV, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- Freud, S. (1919). "*Lo siniestro*", en *Obras Completas*. Vol. VII. Traducción de López Ballesteros y De Torres. (1974). Madrid, Biblioteca Nueva, 2483-2505.
- Freud, S. (1959). *Formulations on the two principles of mental functioning*. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *Complete psychological works. standard edition* (Vol. 12). London: Hogarth Press. (Original work published 1911).
- Galea, S., Vlahov, D., Resnick, H., Ahern, J., Susser, E., Gold, J., Bucuvalas, M. y Kilpatrick, D. (2003). Trends of probable post-traumatic stress disorder in New York City after the September 11 terrorist attacks. *American Journal Epidemiology*. 15;158 (6):514-24.
- Gamito, P., Ribeiro, C., Gamito, L., Pacheco, J., Pablo, C. y Saraiva, T. (2005). Virtual War PTSD: A methodological thread. Paper presented at the *10th Annual Cybertherapy Conference, Basel Switzerland*, June 13-17, 2005.
- García-Palacios, A., Botella, C., Hoffman, H., Baños, R. M., Osmá, J., Guillén, V. y Perpiñá, C. (2006). Treatment of Mental Disorders with virtual reality (2006). En M. roy (Ed.), *Proceedings of the NATO advanced research workshop on PTSD*.
- García-Palacios, A., Hoffman, H., Carlin, A., Furness, T. A. 3rd. y Botella, C. (2002). Virtual reality in the treatment of spider phobia: a controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 983-993.
- Garnezy, N. (1991). "Resiliency and Vulnerability to Adverse Developmental Outcomes Associated with Poverty." *American Behavioural Scientist*. Vol. 34, No.4.
- Gentry, W. D. y Kobasa, S. C. (1984). "Social and Psychological Resources Mediating Stress-Illness Relationships in Humans," Chapter 4 in W.D. Gentry (ed.), *Handbook of Behavioral Medicine*. New York: Guilford, pp. 87-116.
- Gillham, J. E. y Seligman, M. E. (1999). Footsteps on the road to a positive

- psychology. *Behavior Research and Therapy*. 37,163-73.
- Golfried, M.R (2003). Cognitive-Behavior Therapy: Reflection on the Evolution of a Therapeutic Orientation. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 353-376.
- Goncalvez, O. P., Alves, A. R., Soares, Y. y Duarte, Z. T. (1996). Narrativas prototipo y psicopatología: Un estudio con pacientes alcohólicos, anoréxicas y opiáceo-dependientes. *Revista de psicopatología y Psicología Clínica*, vol 1, nº 2, págs. 105-114.
- Greenberg, W. A., Rosenfeld, D. N. y Ortega, E.A. (1995). Adjustment disorder as an admission diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 152, 459–461.
- Grenier, S., Barrette, A. M. y Ladouceur, R. (2005). Intolerance of Uncertainty and Intolerance of Ambiguity : Similarities and differences. *Personality and individual differences*, 39, 593-600.
- Gross, J. J. y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348–362.
- Grotberg, E. H. (2002). "Nuevas tendencias en resiliencia", en Melillo, A; Suarez Ojeda, E.: "*Resiliencia*". Paidós. Buenos Aires.
- Guillen, V., Botella, C., Baños, R. M., Garcia-Palacios, A., Quero, S. y Lasso de la Vega (2006). A Cognitive Behavioral Treatment for Adjustment Disorder Including Positive Psychology and Virtual Reality. *40th Annual Convention ABCT*, Chicago, del 16 al 19 Noviembre.
- Guy W. ECDEU assessment manual for psychopharmacology. U.S. Department of Health, Education and Welfare. Publication ADM 76-338. National Institute of Mental Health. Maryland: Rockville, 1976; 217-222.
- Hagman, G. (2001). Beyond decathexis: toward a new psychoanalytic understanding and treatment of mourning. In Neimeyer, R. (Ed.), *Meaning reconstruction and the experience of loss* (pp.13-32). American Psychological Association: Washington, DC.
- Harris, S. R., Kemmerling, R. L. y North, M. M. (2002). Brief virtual reality therapy for public speaking anxiety. *Cyberpsychology and Behavior*, 5, 543-550.
- Harvey, A. G., Bryant, R. A., y Tarrier, N. (2003). Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 501-522.
- Hayes, A. M. y Strauss, J. (1998). Dynamic systems theory as a paradigm for the study of change in psychotherapy: An application to cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 6, 939-947.
- Hayes, S. C. (1993). Goals and the varieties of scientific contextualism. In Hayes, S. C., Hayes, L. J., Sarbin, T. R y Reese, H. W. (Eds.). *The varieties of scientific*



- contextualism* (pp.11-27). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (Eds.) (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. San Diego, CA: Academic Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Heimberg, R. G. y Coles, M. E. (1999). Reflections on innovations in cognitive behavioral treatments of anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6, 258-263.
- Heltzer, J. E., Robins, L. N. y McEvoy, L. (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population. *Journal of Medicine*, New England 317(26),1630-1634.
- Herbert, J. D. y Sageman, M. (2004). Effectiveness of providing self-help information following acute traumatic injury: randomised controlled trial. Clinical Psychology Unit, Department of Psychology, University of Sheffield.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377–391.
- Herman, J. L. (1992a). *Trauma and recovery: From domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
- Hermans, H. J. M. (1996). Opposites in a dialogical self: constructs and characters. *Journal of Constructivist Psychology*, nº 9, págs. 1-26.
- Hoffman, H. G., García-Palacios, A., Carlin, A. y Botella, C. (2003). Interfaces that heal: coupling real and virtual objects to treat spider phobia. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 16, 283-300.
- Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman, RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *NEJM*. 2004;351:13-22.
- Holahan, C. J. y Moos, R. H. (1987). Risk, resistance, and psychological distress: A longitudinal analysis with adults and children. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 3-13.
- Holmes, T. H. y Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Hoorn, J. F., Konijn, E. A. y van der Verr, G. C. (2002). Virtual reality: Do not augment realism, augment relevance. In I. A. Cuevas, P. Díaz Pérez, & C. Fernández Llamas (Eds.), *Actas del III Congreso Internacional de Interacción Persona-Ordenador*, Leganés, 8-10, pp. 154-163.

- Horowitz M. J. (1986). *Stress-Response Syndromes*. Northvale, NJ: Aronson.
- Horowitz, M. J. (1997). Stress response syndromes. PTSD, grief, and adjustment disorders. Northvale, NJ: Jason Arosen.
- Horowitz, M. J., Bonanno, G. A. y Holen, A. (1993). Pathological grief: diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*. 55: 260-273.
- Hull, J. G., van Treuren, R. R. y Virnelly, S. (1987). Hardiness and health. A critique and alternative approach, *Journal of personality and social psychology*. 53, 518-530.
- Ickovics, J. y Chesney, M. (1997). Issues regarding antiretroviral treatment for patients with HIV-1 infection [letter]. *Journal of the American Medical Association*, 278(15): 1233-4.
- Jacobs, S., Mazure, C. y Prigerson, H. (2000 Apr-May). Diagnostic criteria for traumatic grief. *Death Studies*. 24(3):185-99.
- Jacobs, S. y Prigerson, H. (2000). *Psychotherapy of traumatic grief: A review of evidence for pshchotherapeutic treatments*. Department of Psychiatry, Yale School of Medicine, Connecticut Mental Health Center, New Haven, Connecticut, USA.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- Janet, P. (1904). L'amnesie at la dissociation des souvenirs par emotion. *Journal de Psychologie*, 1, 417-453.
- Jang, D. P., Ku, J. H., Choi, Y. H., Wiederhold, B. K., Nam, S. W., Kim, I. Y. *et al.* (2002). The development of virtual reality therapy (VRT) system for the treatment of acrophobia and therapeutic case. *IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine*, 6, 213-217.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma*. New York: The Free Press.
- Jaycox, 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: 186–192.
- Jenkins, C. D., Rosenman, R. H. y Friedman, M. (1997). Development of an objective psychosocial test for the determination of the voronary-prone behaviour pattern inemployed men. *Journal of Chronic Disease*, 20, 271-279.
- Jones, J. C. y Barlow, D. H. (1990). The etilogy of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 10: 299-328.
- Jones, R, Yates, W. R., Williams, S., Zhou, M. y Hardman, L. (1999). Outcome for

- adjustment disorder with depressed mood: Comparison with other mood disorders. *Journal of Affective Disorders* 55(1):55–61.
- Jordan, J. R. y Neimeyer, R. A. (2003). Does grief counseling work? *Death Studies*, 27, 765-786.
- Josman, N., Somer, E., Reisberg, A., Garcia-Palacios, A., Hoffman, H. y Weiss, P.L. (2005). Virtual reality: innovative technology for the treatment for victims of terrorist bus bombing with posttraumatic stress disorder. Paper presented at the 10th Annual Cybertherapy Conference, Basel, Switzerland, June 13-17, 2005.
- Juan, M. C., Baños, R. M., Botella, C., Pérez, D., Alcañiz, M. y Monserrat, C. (2006). An Augmented Reality System for Acrophobia: The sense of presence using immersive photography. *Presence: Teleoperators and Virtual Environments* Vol. 15, No. 4, 393–402.
- Juan, M. C., Botella, C., Baños, R. M., Guerrero, B., Alcañiz, M., Monserrat, C. et al. (2005). Augmented Reality to the treatment to phobia to small animals. First prototype and firsts treatments. *IEEE: Computer graphics and applications*. November-December, 31-37.
- Kahan, M., Tanzer, J., Darvin, D. y Borer, F. (2000). Virtual reality-assisted cognitive-behavioral treatment for fear of flying: Acute treatment and follow-up. *CyberPsychology & Behavior*, 3, 387-392.
- Kaltman, S. y Bonanno, G. A. (2003). Trauma and bereavement: examining the impact of sudden and violent deaths. *Journal of Anxiety Disorders*.17(2):131-47.
- Kamphuis, J. H., Emmelkamp, P. M. G. y Krijn, M. (2002). Specific phobia. En Hersen, M. (Ed), *Clinical behaviour therapy, adults and children* (pp.75-89). New York: John Wiley y Sons.
- Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. (1998). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry* (8ª ed). Baltimore: Williams &Wilkins.
- Kato, P. M. y Mann, T. (1999). A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clinical Psychology Review*, 19, 275–296.
- Keane, M. (1987). On retrieving analogues when solving problems. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 39, 29-41.
- Keane, T., Fairbank, J., Caddell, J. y Zimering, R. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 20, 245-260.
- Keane, T. M., Zimering, R. T. y Caddell, J. M. (1985). A behavioral formulation of post-traumatic stress disorder. *The Behavior Therapist*, 8, 9–12.

- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S. *et al.* (1994). Life-time and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders in the United States: Results from the comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J. y Resick, P. A. (1982). Psychological sequelae to rape: assessment and treatment strategies. In *Behavioral Medicine: Assessment and Treatment Strategies*, ed. DM Dolays, RL Meredith, pp. 473–97. New York: Plenum.
- King, L. A., King, D. W., Fairbank, J., Keane, T. M. y Adams, G. A. (1998). Resilience-recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male veterans: Hardiness, postwar social support, and additional life stressors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 420-434.
- Klein, D. F. (2000). Flawed meta-analyses comparing psychotherapy with pharmacotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 157: 1204-11.
- Klein, R. A. (1999). Treating fear of flying with virtual reality exposure therapy. En L. Vandecreek y T. Jackson, thomas I. (eds), *Innovations in clinical practice: A source book* (pp. 449-465). Sarasota, FI, US: Professional Resource Press.
- Klinger, E., Bouchard, S., Légeron, P., Roy, S., Lauer, F., Chemin, I. y Nugues, P. (2005). Virtual reality therapy versus cognitive behaviour therapy for social phobia: A preliminary controlled study. *Cyberpsychology and Behavior*, 8, 76-88.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kobasa, S. C. (1982). The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. In Sanders, G. S., y Sals, J. (eds.) *Social psychology of health and illness* (pp. 3-32). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R. y Courington, S. (1981). Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 368-378.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R. y Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R. y Puccetti, M. C. (1982). Personality and exercise as buffers in the stress-illness relationship. *Journal of Behavioral Medicine*. 5(4):391-404.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R. y Zola, M. A. (1983). Type A and hardiness. *Journal of Behavioral Medicine*; 6: 41-51.
- Kovacs, M., Gatsonis, C., Pollock, M. y Parrone, P. L. (1994). A controlled prospective study of DSM-III adjustment disorder in childhood: Short-term

- prognosis and long-term predictive validity. *Archives of General Psychiatry* 51:535–541.
- Krijn, M., Emmelkamp, P. M. G., Biemond, R., de Wilde de Ligny, C., Schuemie, M. J. y Van der Mast, C. A. P. G. (2004). Treatment of acrophobia in virtual reality: The role of immersion and presence. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 229-239.
- Krijn, M., Emmelkamp, P. M. G., Olafsson, R. P. y Biemond, R. (2004). Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: A review. *Clinical Psychology Review*, 24, 259-281.
- Kryzhanovskaya, L. y Canterbury, R. (2001). Suicidal Behavior in Patients with Adjustment Disorders. *Crisis*, 2 (3): 125–131.
- Kubler-Ross E. (1969). *On Death and Dying*. New York, Macmillan.
- Kugaya, A., Akechi, T., Okuyama, T. et al. (2000). Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer*, 88:2817–2823.
- Lamson, R. J. (1994). Virtual reality of anxiety disorders. *CyberEdge Journal*, 4 (1), 6-8
- Lang P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology* 16: 495–512.
- Laxminarayan, S. y Istepanian, R. S. (2000), "UNWIRED E-MED: the next generation of wireless and internet telemedicine systems," *IEEE Transmission Information Technology Biomedical*, vol. 4, pp. 189-93.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R. S. (1993a). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1994). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. y Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. En L.A. Pervin and M. Lewis (Eds.): *Perspectives in Interactional Psychology*. New York: Plenum.
- Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G. y Prigerson, H. G., (2004, Octubre). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*. 24(6):637-62.

- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linley, A. y Joseph, S. (2004). *Positive Psychology in Practice*. Hoboken, John Wiley y Sons.
- 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 Therapy*, 13, 91–93.
- Lorenz, E. N. (1973). On the Existence of Extended Range Predictability, *Journal of Applied Meteorology*. 12, 543–546.
- Lyubomirsky, S., King, L. y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131 (6), 803-855.
- Maciejewski, P. M., Baohui Zhang, B., Block, S. D., y Prigerson, H. G. (2007). An Empirical Examination of the Stage Theory of Grief, *JAMA, February 21, Vol 297, No. 7, 716-723*.
- Maercker, A. y Zollner, T. (2004). The Janus face of posttraumatic growth: Towards a two component model of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15, 41-48.
- Maddi, S. R., y Khoshaba, D. M. (1994). Hardiness and mental health. *Journal of Personality Assessment*, 63, 265-274.
- Maddi, S. R., y Kobasa, S. C. (1984). *The hardy executive: health under stress*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Maldonado, J. R. y Spiegel, D. (1998). Trauma, dissociation and hypnotizability. En C. Marmar y D. Bremner (Eds.), *Trauma, memory and dissociation* (pp. 57-106). *American Psychiatric Press*, Washington, DC.
- Maltby, N., Kirsch, I., Mayers, M. y Allen, G. J. (2002). Virtual reality exposure therapy for the treatment of fear of flying: A controlled investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1112-1118.
- Manciaux, M. (2001) *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid.Gedisa.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. y Cyrulnik, B. (2001). La resiliencia: estado de la cuestión. En M. Manciaux (Ed.), *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa.
- Marks, I. M., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M. y Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring. A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317–325.
- Marks, I. y Mathews, A.M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267.

- Marmar, C. R., Foy, D., Kagan, B., Pynoos, R. S. (1993). "An integrated approach for treating posttraumatic stress". En: Review of psychiatry. Vol. 12. Oldham, J. M.; Riba, M. B.; Tasman, A. *American Psychiatric Press*. Washington D. C.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., Schlenger, W. E. et al. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry* 151, 902-907.
- Marshall, R. D., Spitzer, R. y Liebowitz, M. R. (1999). Review and critique of the new DSM-IV diagnosis of acute stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1677-1685.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
- Maslow, A. H. (1962). *Toward a psychology of being*. Princeton, NJ: Van Nostrand.
- Mason, J. W. (1971). A re-evaluation of the concept of "non-specificity" in stress theory. *Journal of Psychiatric Research*, 8, 323-333.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary Magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Mattlin, J. A., Wethington, E. y Kessler, R. C. (1990). Situational determinants of coping and coping effectiveness. *Journal of Health & Social Behavior*, 31: 103-122.
- McCrae, R. R. y Costa, P. T. (1986). Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-405.
- McFarlane, A. C. (1988). Recent life events and psychiatric disorder in children: The interaction with preceding extreme adversity. *Journal of Clinical Psychiatry*, 29(5), 677-690.
- McMillen, C., Zuravin, S. y Rideout, G. (1995). Perceived benefit from child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 1037-1043.
- McNally, R. J. (2003). Progress and controversy in the study of Post-traumatic Stress Disorder. *Annual Review of Psychology*, 54, 229-252.
- Meichenbaum, D. (1975). Self-instructional methods. In *Helping People Change*, ed. FH Kanfer, AP Goldstein, pp. 357-91. New York: Pergamon.
- Melillo, A. y Suárez Ojeda, E. (2001). Resiliencia. *Descubriendo las propias fortalezas*. Paidós, Buenos Aires.
- Mezrich, J. E., Fabrega, H., Coffman, G. A. y Haley, R. (1989). DSM-III disorders in a large sample of psychiatric patients: frequency and specificity of diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 146:212-219.
- Miller, G. A. (1956). The magical number seven plus or minus two: Some limits on

- our capacity for processing information. *Psychological Review*, 63, 81-97.
- Miller, S. (1987). Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information-seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 345-353.
- Miller, S. (1990). To see or not to see: Cognitive informational styles in coping process. En M. Rosembaum (Ed.), *Learned resourcefulness on coping skills, self-regulation, and adaptative behaviour* (pp. 95-126). Nueva York: Springer.
- Mitchell, J. T. y Bray, G. (1990). *Emergency Services Stress: Guidelines for Preserving the Health and Careers of Emergency Services Personnel*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Moore, K., Wiederhold, B. K., Wiederhold, M. D. y Riva, G. (2002). Panic and agoraphobia in a virtual world. *Cyberpsychology and Behavior*, 5, 197-202.
- Moos, R. H. y Schaefer, J. A. (1986). Life transitions and crises: A conceptual overview. In R. H. Moos (Ed.), *Coping with life crises: An integrated approach* (pp. 1–28). New York: Plenum.
- Mülherberg, A., Herrmann, M. J., Wiedemann, G., Ellgring, H. y Pauli, P. (2001). Repeated exposure of flight phobics to flights in virtual reality. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1033-1050.
- Mühlberger, A., Wiedemann, G. y Pauli, P. (2003). Efficacy of a one-session virtual reality exposure treatment for fear of flying. *Psychotherapy Research*, 13, 323-336.
- Muris, P. y de Jong, P. (1990). Monitoring and perception of threat. *Personality and Individual Differences*, 15, 467-470.
- Myers, D. G. y Diener, E. (1997). The new scientific pursuit of happiness. *Harvard Mental Health Letter*, 4 (2), 4-7.
- Myers, J. K., Weissman, M. M., Tischler, G. L. et al. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry*, 41, 959-967.
- Najavits, L. M., Gastfriend, D. R., Barber, J. P., Reif, S., Muenz, L. R., Blaine, J. et al. (1998). Cocaine dependence with and without posttraumatic stress disorder among subjects in the NIDA Collaborative Cocaine Treatment Study. *American Journal of Psychiatry*, 155, 214–219.
- Neimeyer, R. A. (2000). Searching the meaning of the meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24-54. 1-557.



- Neimeyer, R. A. (2001). Mourning and Meaning. *American Behavioral Scientist*. 2002; 46: 235-251.
- Neimeyer, R. A. (2002). Traumatic loss and the reconstruction of meaning. *Journal Palliative Medicine*. 5(6):935-42.
- Neimeyer, R. A., Prigerson, H. G. y Davies, B. (2002). Duelo y significado. *Revista de Psicoterapia*, 49, 5-24.
- Newcornn, J. H. y Strain, J. (1992). Adjustment disorder in children and adolescents. *Journal of American Academy of Child & Adolescence Psychiatry* 1992; 31:318–326.
- Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D. y Molnar, C. (in press). Integrative therapy for generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg y C. L. Turk y D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. New York: Guilford Press.
- Nichols, S. y Patel, H. (2002). Health and safety implications of virtual reality: a review of empirical evidence. *Applied Ergonomics*, 33, 251-271
- Nietzsche, F. (1990). *Sobre verdad y mentira en sentido extramoral*, Tecnos, Madrid.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H. A. M., Siemerink, J. C. M. J. y Tummers-Nijssen, D. (2003). Quality of rehabilitation among workers with adjustment disorders according to practice guidelines; a retrospective cohort study. *Occupational and Environmental Medicine*, 2003;60;21-25
- Nolen-Hoeksema, S. y Davis, C. G. (2004). Theoretical and methodological issues in the assessment and interpretation of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15, 60–64.
- North, M. M., North, S. M. y Coble, J. R. (1996). Effectiveness of virtual environment desensitization in the treatment of agoraphobia. *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*, 5, 346-352.
- North, M. M., North, S. M. y Coble, J. R. (1996a). Effectiveness of VRT for acrophobia. En M.M. North, S.M. North y J.R. Coble (Eds.), *Virtual reality therapy. An innovate paradigm* (pp.68-70). Colorado Springs: IPI Press.
- North, M. M., North, S. M. y Coble, J. R. (1996b). Virtual reality therapy in the treatment of agoraphobia. En M.M. North, S.M. North y J.R. Coble (Eds.) , *Virtual reality therapy. An innovate paradigm* (pp. 46). Colorado Springs: IPI Press.
- North, M. M., North, S. M. y Coble, J. R. (1997). Virtual reality therapy for fear of flying. *American Journal of Psychiatry*, 154, 130.
- North, M. M., North, S. M. y Coble, J. R. (1998). Virtual reality therapy: An effective treatment for phobias. In Riva, G., Wiederhold, B. K., Molinari, E. (Eds.), *Virtual*

- environments in clinical psychology and neuroscience* (pp. 114-115). Amsterdam: IOS Press.
- Okamura, H., Watanabe, T., Narabayashi, M. *et al.* (2000). Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors. *Breast Cancer Res Treat*, 61:131–13.
- O'Leary, V. E., Alday, C. S. y Ickovics, J. R. (1998). Models of life change and posttraumatic growth. In Tedeschi, R.G. Park, C.L & Calhoun, L.G. (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*, (pp. 127-151). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- O'Leary, V. E. y Ickovics, I. R. (1995). Resilience and thriving in response to challenge: An opportunity for a paradigm shift in women's health. *Women's Health: Research on Gender, Behavior, and Policy*, 1, 121-142.
- Orr, E., Westman, M. (1990). *Does hardiness moderate stress, and how? A review.* En Rosenbaum (Ed). On coping skills, self control and adaptative behaviour (PP 314-331) New York. Springer.
- Orsillo, S. M., Batten, S. V. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Behavior Modification*, 29 (1), 95-129.
- Orsillo, S. M., Roemer, L. y Barlow, D. H. (2003). Integrating acceptance and mindfulness into existing cognitive-behavioral treatment for GAD: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 223-230
- Ouimette, P. C., Finney, J. W. y Moos, R. H. (1999). A Comparative Evaluation of Substance Abuse Treatment IV. The Effect of Comorbid Psychiatric Diagnoses on Amount of Treatment, Continuing Care, and 1-Year Outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 23 (3), 552–557.
- Pair, J., Allen, B., Dautricourt, M., Treskunov, A., Liewer, M., Graap, K., Reger, G. y Rizzo. (2006). A virtual reality exposure therapy application for Iraq war post traumatic stress disorder, *IEEE, VR2006 Proceedings*, 64-71.
- Paivio, S. C. y Greenberg, L. S. (2001). Introduction: Treating emotion regulation problems. *Journal of Clinical Psychology* 57(2): 153-155.
- Park, C. L. (2004). The notion of growth following stressful life experiences: Problems and prospects. *Psychological Inquiry*, 15, 69–75.
- Park, C., Cohen, L. y Murch, R. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality* 64, 71-105.
- Parkes, C. M. (1998). *Coping with loss: Facing loss.* *British Medicine Journal*, 316: 1521-4.
- Parkes, J. D. A. y Endler, N. S. (1996). Coping and defense: A historical overview. In

- M. Zeidner, and N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (p. 3-23). New York: Wiley.
- Parkes, K. R. (1986). Coping in stressful episodes: the role of individual differences, environmental factors and situational characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1.277-1.292.
- Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 603–619
- Pasternak, R. E., Reynolds, C. F., Frank, E. *et al.* (1993). Temporal course of depressive symptoms and grief intensity in late-life spousal bereavement.. *Depression* 1, 45-49.
- Pavio, S. C. y Laurenry, C. (2001). Empathy and emotion regulation: Reprocessing memories of childhood abuse. *Journal of Clinical Psychology* 57(2): 213-226.
- Pertaud, D. P., Slater, M. y Baker, C. (2002). An experiment on public speaking anxiety in response to three different types of virtual audience. *Presence: Teleoperators and virtual environments*, 11, 68-78.
- Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington, DC: *American Psychological Association*.
- Pierce, G. R., Sarason, I. G. y Sarason, B. R. (1996). Coping and social support. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping* (pp. 434-45 I). New York: Wiley.
- Pitman, R. K., Orr, S. P., Altman, B., Longpre, R. E., Poire, R. E. y Macklin, M. L. (1996). Emotional processing during eye-movement desensitization and reprocessing therapy of Vietnam veterans with chronic post-traumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry* Volume 37, Issue 6, Pages 419-429.
- Pitman, R. K., Orr, S. P., Forque, D. F., Altman, B., de Jong, J. B. y Herz, L. R. (1990). Psychophysiologic responses to combat imaginero of Vietnam veterans with postraumatic stress disorder versus other anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 49-54.
- Popper, K. (1962). *La lógica de la Investigación Científica*, Madrid: Tecnos.
- Popper, K. (1995). *La responsabilidad de vivir*. Barcelona: Paidós.
- Powell, S. y McCone, D. (2004). Treatment of Adjustment Disorder With Anxiety: A September 11,2001, Case Study. With a I-Year Follow-Up. *Cognitive and Behavioral Practice* 11, 331-336.
- Power, M. y Dalgleish, T. (1997). *Cognition and Emotion*. From Order to Disorder. Hove, Psychology Press.

- Price, R. H., Cowen, E. L., Lorion, R. P. y Ramos-McKey, J. R. (1989). The search for effective prevention programs: What we learned along the way. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(1), 49-58.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F. 3rd, Shear, M. K., Newsom, J. T. y Jacobs, S. (1996). Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: A replication study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1484-1486.
- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F. 3rd, Anderson, B., Zubenko, G. S., Houck, P. R., George, C. J. y Kupfer, D. J. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152, 22-30.
- Prigerson, H. G. y Jacobs, S. C. (2001). Caring for bereaved patients: "All the doctors just suddenly go." *Journal of the American Medical Association*, 286, 1369-1376.
- Prigerson, H. G. y Jacobs, S. C. (2001a). Diagnostic criteria for traumatic grief. In M. S. Stroebe, R. O.; Hansson, W. Stroebe y H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research* (p. 614-646). Washington, DC: American Psychological Association.
- Prigerson, H. G. y Jacobs, S. C. (2001b). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In M.S. Stroebe, W. Stroebe, & R.O. Hansson (Ed.). *Handbook of Bereavement Research* (p. 613-645). Washington, DC: American Psychological Association.
- Prigerson, H. G., Jacobs, S. C., Rosenheck, R. A. y Maciejewski, P. K. (1999). "Criteria for traumatic grief and PTSD": Reply. *British Journal of Psychiatry*. 174:560-561.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F. 3rd, Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A. *et al.* (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65-79.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Frank, E., Beery, L. C., Silberman, R., Prigerson, J., Reynolds, C. F. 3rd. (1997, Julio). Traumatic grief: a case of loss-induced trauma. *American Journal of Psychiatry*. 154(7):1003-9.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S.C., Kasl, S.V., Maciejewski, P. K., Silverman, G. K., *et al.* (2000). Grief and its relationship to PTSD. In D. Nutt, J.R.T. Davidson, y J. Zohar (Eds.), *Postrumatic stress disorders: Diagnosis, management and treatment* (pp. 163-186). New York: Martin Dunitz
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R. T. *et al.* (1999). Consensus criteria for traumatic grief: A preliminary empirical test. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67–73.
- Pull, C. B. (2005). Current status of virtual reality exposure therapy in anxiety

- disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 7-14.
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 51-60.
- Rahe, R. H. y Arthur, R. J. (1978). Life change and illness studies: Past history and future directions. *Journal of Human Stress*, 4, 3-15.
- Rand, K. L. y Snyder, C. R. (2003). A reply to Dr. Lazarus, the evocator emeritus. *Psychological Inquiry*, 14, 148-153.
- Raphael, B. y Martinek, N. (1997). Assessing traumatic bereavement and posttraumatic stress disorder. In J. Wilson and T. Keane, (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 373-395). New York: The Guilford Press.
- Raphael, B. y Nunn, K. (1988). Counseling the bereaved. *Journal of Social issues*, 44, (3), 191-206.
- Resick, P. A., Jordan, C. G., Girelli, S. A., Hutter, C. K., Marhoefer-Dvorak, S. (1988). A comparative victim study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behavior Therapy*. 19: 385–401
- 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. A., y Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748–756.
- Resick, P.A. y Schnicke, M. K. (1992a). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 60:748–56.
- Resick, P. A., y Schnicke, M. K. (1992b). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psvchology*, 60(5), 748-756.
- Resick, P. A. y Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims*. Newbury Park, CA: Sage.
- Ringdal, G. L., Jordhoy, M. S., Ringdal, K. y Kaasa, S. (2001, Marzo). The first year of grief and bereavement in close family members to individuals who have died of cancer. *Palliative Medicine*. 15(2):91-105.
- Riva, G. (Ed.) (1997). *Virtual reality in neuro-psycho-physiology: Cognitive, clinical and methodological issues in assessment and rehabilitation*. Amsterdam: IOS Press. Online: <http://www.cybertherapy.info/pages/book1.htm>
- Riva, G. (2002). Virtual reality for health care: The status of research. *Cyberpsychology & Behavior*, 5, 219-225.

- Riva, G. (2005). Virtual reality and psychotherapy: Review. *CyberPsychology and Behavior*, 8, 220-239.
- Riva, G., Alcañiz, M., Anolli, L., Bacchetta, R., Baños, R. M., Beltrame, F. et al. (2001). The VEPSY Updated Project: Virtual Reality in Clinical Psychology. *Cyberpsychology and Behavior*, 4 (4), 449-456.
- Riva, G., Botella, C., Legeron, P. y Optale, G. (2004). *Cybertherapy*, Internet and Virtual Reality as Assessment and Rehabilitation Tools for Clinical Psychology and Neuroscience. Amsterdam. IOS Press.
- Roemer, L. y Orsillo, S. M. (2003). Mindfulness: A Promising Intervention Strategy in Need of Further Study. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 172–178.
- Roger, D., Jarvis, G., y Najarian, B. (1993). Detachment and coping: The construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15, 619-626.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Röhrig, B., Schleussner, C., Brix, C. y Strauss, B. (2006). The Resilience Scale (RS): a statistical comparison of the short and long version based on a patient population. *Psychoter, Psychosom Med Psychol*, 56, 285-290.
- Rosen, G. M. (2004). Litigation and reported rates of posttraumatic stress disorder. *Personality and Individual Differences*, 36. 1291-1294.
- Rosenblum, L. (2000). Virtual and augmented reality 2020. *IEEE Computer Graphics and Applications*, 20, 38-39.
- Rothbaum, B. O. (1995). *A controlled study of EMDR for PTSD*. Presented at Association of Advances of Behavior Therapy., Washington, DC.
- Rothbaum, B. O. (2006). *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment*. New York: Guilford Press.
- Rothbaum, B. O., Anderson, P., Zimand, E., Hodges, L. F., Lang, D. y Wilson, J. (2006). Virtual reality exposure therapy and standard (in vivo) exposure therapy in the treatment of fear of flying. *Behavior Therapy*; 37,1, pp. 80-90
- Rothbaum, B. O., Hodges, L. F. y Alarcon, R. (1999). Virtual Reality exposure therapy for PTSD Vietnam Veterans. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 12, 263-271.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L., Anderson, P. L., Price, L. y Smith, S. (2002). Twelve-month follow-up of virtual reality and standard exposure therapies for the fear of flying. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (2), 428-432.
- Rothbaum, B. O., Hodges, S. F., Kooper, R., Opdyke, D., Williford, J. S. y North, M.

- (1995). Virtual reality graded exposure in the treatment of acrophobia: A case report. *Behavior Therapy*, 26, 547-554.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L., Ready, D., Graap, K. y Alarcon, R. D. (2001). Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 617-622.
- Rothbaum, B., Hodges, L., Smith, S., Lee, J. H. y Price, L. (2000). A controlled study of virtual reality exposure therapy for the fear of flying. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1020-1026.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L., Watson, B. A., Kessler, G. D. y Opdyke, D. (1996). Virtual reality exposure therapy in the treatment of fear of flying: A case report. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 477-481.
- Rothbaum, B. O., Ruff, A. M., Litz, B. T., Han, H. y Hodges, L. (2004). Virtual reality exposure therapy of combat-related PTSD: A case study using psychophysiological indicators of outcome. En S. Taylor (Ed). *Advances in the treatment of posttraumatic stress disorder: Cognitive-behavioral perspectives* (93-112). NY: Springer.
- Rothbaum, B. O. y Schwartz, A. C. (2002). Exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychotherapy*. 56:59–75.
- Rothbaum, R., Weisz, J. R. y Snyder, S. S. (1982). Changing the world and changing the self: a two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42:5-37.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies of internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, (1).
- Roy, S., Kingler, E., Légeron, P., Lauer, F., Chemin, I. y Nugues, P. (2003). Definition of a VR-based protocol to treat social phobia. *CyberPsychology & Behavior*, 6, 411-420.
- Rutter, M. L. (1999, Junio). Psychosocial adversity and child psychopathology. *British Journal of Psychiatry*. 174:480-93.
- Ryff, C. D., Singer, B., Dienberg Love, G., y Essex, M. J. (1998). Resilience in adulthood and later life. In J. Lomaranz (Ed.), *Handbook of aging and mental health: An integrative approach* (pp. 69-96). New York: Plenum Press.
- Saakvitne, K. W., Tennen, H. y Affleck, G. (1998). Exploring thriving of clinical trauma theory: constructivist self development theory. *Journal of Social Issues*, 54(2):279-299.
- Salmon, T. W. (1917). The care and treatment of mental disease and war neuroses ('Shell Shock') in the British Army. *Mental Hygiene*, 1, 509 -547
- Samoilov, A. y Goldfried, M. R. (2000). Role of emotion in cognitive-behavior therapy.

*Psychology: Science and Practice*, 7, 373-385.

- Sánchez Cánovas, J. (1991b). Evaluación de las estrategias de afrontamiento. En G. Buelay V. Caballo (Ed.) *Manual de psicología clínica y aplicada* (pp. 247-260). Madrid: Siglo XXI.
- Sandín, B. (1981). Hormonas y procesos cognitivas. En J. L. González de Rivera (Ed.), *Psiconeuroendocrinología* (pp. 18-26). Madrid: Inteva.
- Sandín, B. (1995). El estrés. *Manual de psicopatología*. Vol. 2, (pp. 3-52). (Eds): Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1993). Stress and anxiety: Diagnosis validity of anxiety disorders according to life events stress, ways of coping and physical symptoms. *Psiquis*, 14, 178-184.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. *Manual de psicopatología*, Vol 2. (pp. 53-80) (Eds): Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995a). Evaluación del estrés psicosocial. En G. Buela-Casal y V. Caballo (Eds), *Evaluación en psicología clínica*. Madrid: Siglo XXI.
- Sandler, I. N., y Guenther, R. T. (1985). Assessment of life events stress. En P. Karoly (Eds.), *Measurement strategies in health psychology* (pp. 555-600). New York: Wiley.
- Saxe, G., van der Kolk, B. A., Hall, K., Schwartz, J., Chinman, G., Hall, M. D., Lieberg, G. y Berkowitz, R. (1993). Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 150(7), 1037-1042.
- Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1992). Life crises and personal growth. En B. N. Carpenter (Ed.), *Personal coping: Theory, research, and application* (pp. 149-170). Westport, CT: Praeger
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210.
- Scheier, M. F., Weintraub, J. K. y Carver, C. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257-1264.
- Schneider, S. y Workman, M. (1999). Effects of virtual reality on symptom distress in children receiving chemotherapy. *Cyberpsychology & Behavior*, 2, 125-134.
- Schnyder, U. y Valach, L. (1997). Traumatic stress issues in psychiatric institutions in Switzerland. *Eur. Journal of Psychiatry*. 11: 162-172.
- Schut, H. A., de Keijser, J., van den Bout, J. y Dijkhuis, J. H. (1991). Post-traumatic



- stress symptoms in the first years of conjugal bereavement. *Anxiety Research*, 4:225–34
- Schut, H. A. W., Stroebe, M. S., y van den Bout, J. (1997). Intervention for the bereaved: Gender differences in the efficacy of two counselling programmes. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 63-72.
- Schut, H., Stroebe, M. S., Van den Bout, J. y Terheggen, M. (2001). The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits. En: M.S. Stroebe MS, RO Hansson, W Stroebe H, Schut (eds.) *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping, and Care*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness*. Nueva York: Freeman. (Versión española: Debate, Madrid, 1981).
- Seligman, M. E. P. (1991). *Learned optimism*. Nueva York: Knopf.
- Seligman, M. E. P. (1999). The President's address. APA 1998 Annual Report. *American Psychologist*, 54, 559-562.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press/Simon and Schuster. (traducción española. *La auténtica felicidad*. 2003. Ed. Vergara. Barcelona.
- Seligman, M. E. P. (2005). *La auténtica felicidad* (M.Diago y A. Debrito, Trads.). Colombia: Imprelibros, S.A. (Trabajo original publicado en 2002).
- Seligman, M. E. P. y Csikszentmihalyi, M. (Eds.) (2000). Positive psychology [Special issue]. *American Psychologist*, 55(1).
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive Psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.
- Selye, H. (1954). *Stress*. Barcelona: Científico Médica. (Publicación original: 1950).
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York: Guilford
- Shear, M. K., Frank, E., Foa, E., Cherry, C., Reynolds, C. F., III, Vander Bilt, J., et al. (2001). Traumatic grief treatment: A pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1506–1508.
- Sherman, P.W. (1998). ISBE 98: 7 was a lucky number. *International Society for Behavioral Ecology Newsletter* 10(2):12-14.

- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercadente, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B. y Rogers, R. W. (1982). The Self-Efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Prigerson, H.G., Maciejewski, P.K., Reynolds, Ch.F., Bierhals, A.J., Newsom, J.T., Fasiczka, A., et al. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65-79.
- Shuchter, S. R. y Zisook, S. (1993). The course of normal grief. En W. Stroebe, M.S. Stroebe y R.O. Hansson (Eds.), *Handbook of Bereavement: Theory, research and intervention*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Sklar, L. S. y Anisman, H. (1979). Stress and coping factors influence tumor growth. *Science*, 205, 513-515,
- Slater, M., Pertaub, D. P. y Steed, A. (1999). Public speaking in virtual reality: facing an audience of avatars. *IEEE Computer Graphics & Application*, 19, 6-9.
- Slater, M. y Wilbur, S. (1997). A Framework for Immersive Virtual Environments (FIVE): Speculations on the Role of Presence in Virtual Environments. *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*, 6(6), 603-616.
- Snaith, R. P. (1987). The concepts of mild depression. *The British Journal of Psychiatry* 150: 387-393.
- Snyder, S. (2000). *Handbook of Positive Psychology*. Oxford University Press US
- Snyder, C. R., y Rand, K. L. (2000, August). *Question: Is there false hope?* Invited paper presented at the American Psychological Association, Washington, DC.
- Snyder, S., Strain, J. J., Wolf. D. (1990,). Differentiating major depression from adjustment disorder with depressed mood in the medical setting. *General Hospital Psychiatry*.12(3):159-65.
- Spalletta, G., Troisi, A., Saracco, M. et. al. (1996) Symptom profile, axis II comorbidity and suicidal behaviour in young males with DSM-III-R depressive illness. *Journal of Affective Disorders*, 39, 141-148.
- Spiegel, D. (1989). Hypnosis in the treatment of victims of sexual abuse. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 295-305.
- Spiegel D. (1993). Dissociation and trauma. En .D Spiegel (ed.). *Dissociative Disorders. A Clinical Review*, Washington, DC: Am. Psychiatric Press.
- Spiegel, D. y Cardeña, E. (1990). New uses of hypnosis in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 39-43.
- Spiegel, D., Koopman, C., Cardeña, E., y Classen, C. (1996). Dissociative Symptoms in the Diagnosis of Acute Stress Disorder. In L.K. Michelson y W.J. Ray (Ed.) *Handbook of Dissociation*, (pp.367-380). New York: Plenum Press.

- Staudinger, U. M. y Fleeson, W. (1996). Self and personality in old and very old age: A sample case of resilience? *Development and Psychopathology*, 8, 867–885.
- Strain, J.J. (1995). Adjustment disorders. En G.O, Gabbard (ed.) *Treatments of Psychiatric Disorders*. (2ª ed). Washington, DC: APA Press (p.1656-65).
- Strain, J. J. (1995). Adjustment disorders. En G.O, Gabbard (ed.) *Treatments of Psychiatric Disorders*. (2ª ed). Washington, DC: APA Press (p.1656-65).
- Strain, J. J., Smith, G. C., Hammer, J. S. *et al.* (1998) Adjustment disorder: a multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *General Hospital Psychiatry* 20:139–149.
- Strain, J. J., Stoudemire, G. A., Hales, R. E. y Wolf, D. (1989). Critical issues in the review of diagnostic criteria for “adjustment disorders” and “psychological factors affecting physical condition” *General Psychiatry* 11:153–155.
- Stroebe, M. (1992). Coping with bereavement: A review of the grief work hypothesis. *Omega, Journal of Death and Dying*, 26, 19-42.
- Stroebe, R. O., Stroebe, H. y Schut, (2001). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington: American Psychological Association.
- Stroebe, M. S., Schut, H. y Stroebe, W. (1998). *Trauma and grief: A comparative analysis*. In J. H. Harvey (Ed.), *Perspectives on loss: A sourcebook*. Death, dying, and bereavement (pp. 81-96). Philadelphia, PA: Brunner/Mazel, Inc.
- Stroebe, W., Schut, H. y Stroebe, M. S. (2005). Grief work, disclosure and counseling: do they help the bereaved? *Clinical Psychological Review*. 25(4):395-414.
- Stroebe, W., Schut, H., Stroebe, M.S. (2006). Who benefits from disclosure? Exploration of attachment style differences in the effects of expressing emotions *Clinical Psychology Review* 26 66– 85
- Stroebe, W. y Stroebe, M. S. (1987). *Bereavement and health*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Stroebe, M. S. y Stroebe, W. (1991). Does "Grief work" work? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 1-4.
- Stroebe, M., Van Son, M., Stroebe, W., Kleber, R., Schut, H., Van den Bout, J. (2000, January). On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical Psychological Review*. 20(1):57-75.
- Tedeschi, R. G. (1999), Violence transformed: posttraumatic growth in survivors and their societies. *Aggression and Violent Behavior* 4(3):319-341.
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L.G. (1995). *Trauma & Transformation: Growing in the*

*Aftermath of Suffering*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.

- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Trauma Stress* 9(3):455-471.
- Tedeschi, R. G. Park, C.I.& Calhoun, L. G. (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: A New Perspective on Psychotraumatology *Psychiatric Times* Vol. XXI Issue 4 .
- Titchener, J. L, y Kapp, F. T. (1976). Family and character change at Buffalo Creek. *American Journal of Psychiatry*, 13, 295-299.
- Tolin, D. F., Montgomery, R. W., Kleinknecht, R. A. y Lohr, J. M. (1996). An evaluation of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR); in Vandercreek L, Knapp S, Jackson TL (eds): *Innovations in Clinical Practice: A Sourcebook*. Sarasota, Professional Resources Press, 1995, pp 423–437.
- Törestad, B., Magnusson, D. y Oláh, A. (1990). Coping, control, and experience of anxiety: An interaccional perspective. *Anxiety Research*, 3, 1-16.
- Uchitomi, Y., Mikami, I. y Kugaya, A. *et al.* (2000). Depression after successful treatment for nonsmall cell lung carcinoma. *Cancer*, 89:1172–1179.
- Van der Klink, J. L. J., Blonk, R. W. B., Scheme, A. H. *et al.*, (2001). The benefits of interventions for work related stress. *American Journal of Public Health*; 91, 270–6.
- Van der Klink, J. J. L., Blonk, R. W. B., Schene, A. H. y Van Dijk, F. J. H. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occupational and Environmental Medicine*; 60:429-437.
- Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of post traumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253-65.
- Van der Kolk, B. A. y Ducey, C. (1984). Clinical implications of the Rorschach in post-traumatic stress disorder. In B.A. van der Kolk (Ed.), *Post-traumatic stress disorder: Psychological and biological sequelae* (pp. 30-42). Washington, D.C: *American Psychiatric Press*.
- Van der Kolk, B. A., Greenberg, M. S., Boyd. H. y Krystal (1985). Inescapable shock, neurotransmitters, and addiction to trauma: toward a psychobiology of post traumatic stress. *Biological Psychiatry*; 20:314-325.
- Van Etten y Taylor. (1998). *Comparative Efficacy of Treatments for Post-traumatic Stress Disorder*. Clinical Psychology & Psychotherapy.

- Vázquez, C. (2005). Reacciones de estrés en la población general tras los ataques terroristas del 11S, 2001 (EEUU) y del 11M (Madrid España): Mitos y realidades. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1 (1) 9-25.
- Vázquez, C. (2006). La Psicología positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 1-2.
- Vázquez, C., Cervellón, P., Pérez Sales, P., Vidales, D. y Gaborit, M. (2005). Positive emotions in earthquake survivors in El Salvador (2001). *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 313-328.
- Vera, B. (2004). *Resistir y rehacerse: Una reconceptualización de la experiencia traumática desde la psicología positiva*. *Revista de Psicología Positiva*, vol. 1.
- Vera, B. (2006). Psicología positiva: Una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 3-8.
- Veronen, L. J. y Kilpatrick, D. G. (1982). *Stress inoculation training for victims of rape: efficacy and differential findings*. Presented at the Annual Convention Association Advances. Behavior Therapy. 16th, Los Angeles.
- Vincelli, F., Anolli, L., Bouchard, S., Wiederhold, B. K., Zurloni, V. y Riva, G. (2003). "Experiential Cognitive Therapy in the Treatment of Panic Disorders with Agoraphobia: A Controlled Study." *CyberPsychology & Behavior: The Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*. Vol 6(3). pp 321-328.
- Vincelli, F., Choi, Y. H., Molinari, E., Wiederhold, B. K. y Riva, G. (2000). Experiential cognitive therapy for the treatment of panic disorder with agoraphobia: definition of a clinical protocol. *CyberPsychology & Behavior*, 3, 375-385.
- Vingerhoets, A. (1985). *Psychosocial stress: An experimental approach*. Amsterdam: Swets ans Zeitlinger.
- Vitaliano, P. P., De Wolfe, D. J., Maiuro, R. D., Russo, J. y Katon, W. (1990). Appraised changeability of a stressor as a modified or the relationship of coping and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59: 582-592.
- Vitaliano, P. P., Keaton, W., y Russo, J., Maiuro, R. D., K. y Jones, M. (1987). Coping as an index of illness behavior in panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 78-84.
- Wagnild, G. M. y Young, H. M. (1987). *The Resilience Scale*. Unpublished data collection instrument.
- Wagnild, G. M. y Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
- Wahl, C. W. (1970, Mayo-Abril). The differential diagnosis of normal and neurotic grief following bereavement. *Psychosomatics*. 11(2):104-6.

- Wakefield, J. C. (1997). Diagnosing DSM-IV—Part I: DSM-IV and the concept of disorder. *Behavior, Research & Therapy*, 35, 633–49.
- Wald, J. y Taylor, S. (2000). Efficacy of virtual reality exposure therapy to treat driving phobia: a case report. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 31, 249-257.
- Wald, J. y Taylor, S. (2003). Preliminary research on the efficacy of virtual reality exposure therapy to treat driving phobia. *CyberPsychology & Behavior*, 6, 459-465.
- Walshe, D. G., Lewis, E. J., Kim, S. I., O'Sullivan, K. y Wiederhold, B. K. (2003). Exploring the use of computer games and virtual reality in exposure therapy for fear of driving following a motor vehicle accident. *CyberPsychology & Behavior*, 6, 329-334.
- Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1.063-1.070
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. y Fisch, R. (1974). *Change, principles of problem formation and problem resolution*. Norton: New York.
- Waysman, M., Schwarzwald, J. y Solomon, Z. (2001). Hardiness: An examination of its relationship with positive and negative long-term changes following trauma. *Journal of Post Traumatic Stress* 14, 531-548.
- Webster, J. D. y Haight, B. K. (2002). *Critical advances in reminiscence work: From theory to application*. New York: Springer.
- Weiss, J. M. (1971). Effects of coping behaviour in different warning conditions on stress pathology in rats. *Journal of Comparative and Psychological Psychology*, 1, 1-14.
- Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for generalised anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2, 86-95.
- Werner, E. (1989). "High-Risk Children in Young Adulthood: A Longitudinal Study from Birth to 32 Years." *American Journal of Orthopsychiatry*. Vol. 59, No.1.
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515.
- Werner, E. (1995). Resilience in Development. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 81-85.
- Wiederhold, B. K. (1999). A comparison of imaginal exposure and virtual reality exposure for the treatment of fear of flying. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 60 (4), 1837.

- Wiederhold, B. K. (1999a). "Clinical observations during VR therapy for specific phobias." *CyberPsychology & Behavior: The Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*, 2(1). pp 161-168.
- Wiederhold, B. K., Gervitz, R. y Wiederhold, M. D. (1998). Fear of flying: A case report using virtual reality therapy with physiological monitoring. *CyberPsychology & Behavior*, 1, 97-103.
- Wiederhold, B. K. y Wiederhold, M. D. (1998). A review of virtual reality as a psychotherapeutic tool. *Cyberpsychology & Behavior*, 1, 45-52.
- Wing, J. K., Babor, T., Brugha, T., Burke, J., Cooper, J., Giel, R. *et al.* (1990). SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 47, 589-593.
- Wiser, S. y Arnow, B. (2001). Emotional experiencing: To facilitate or regulate? *Journal of Clinical Psychology: In-Session*, 57(2), 157- 168.
- Wiser, S. L. y Goldfried, M. R. (1993). A comparative study of emotional experiencing in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 892-895.
- Worden, J. W. (1991). *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*, 2nd Edition. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Wortman, C. B. (2004). Post-traumatic growth: Progress and problems. *Psychological Inquiry*, 15, 81-90.
- Wortman, C. B. y Silver, R.C. (1989). The Myths of Coping With Loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 349-357.
- Yalom, I. D. y Lieberman, M. A. (1991). *Bereavement and heightened existential awareness*. *Psychiatry*, 54: 334-345.
- Young, A. (1995). *The harmony of illusions: inventing post-traumatic Stress Disorder*. Princeton, N.J: Princenton University Press.
- Zimand, E., Rothbaum, B., Tannenbaum, L., Ferrer, M. S. y Hodges, L. (2003). Technology meets psychology: Integrating virtual reality into clinical practice. *The Clinical Psychologist*, 56, 5-11.
- Zisookl S., Shuchter, S. R., Sledge, P. A., Paulus, M., Judd, LL. (1994, April). The spectrum of depressive phenomena after spousal bereavement. *Journal of Clinical Psychiatry*. 55 Suppl: 29-36.
- Zoellner, T. y Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology—a critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626-653.

## **ANEXOS**



# ANEXO 1.

## EVALUACIÓN PRE-TRATAMIENTO

<b>TEPT</b>	<b>DUELO</b>	<b>TA</b>
Entrevista de Admisión	Entrevista de Admisión	Entrevista de Admisión
Escala de Trastorno de Estrés Postraumático administrada por el clínico ( <i>Clinician-Administered PTSD Scale, CAPS</i> ) (Blake et al., 1990, 1995)	Criterios según DSM-IV y CIE-10	Criterios según DSM-IV y CIE-10
Escala de Trauma de Davidson ( <i>Davidson Trauma Scale, DTS</i> ) (Davidson et al., 1997).		
Inventario de Cogniciones Postraumáticas ( <i>Posttraumatic Cognitions Inventory, PTCI</i> ) (Foa, et al., 1999).		
	Inventario de Duelo Complicado ( <i>Inventory of Complicated Grief, ICG</i> ) (Prigerson et al., 1995).	Inventario de Pérdida (Adaptado de Prigerson et al., 1995).
Escala de Afecto Positivo y Negativo ( <i>Positive and Negative Affect Scales, PANAS</i> ) (Watson, Clark & Tellegen, 1988).	Escala de Afecto Positivo y Negativo ( <i>Positive and Negative Affect Scales, PANAS</i> ) (Watson, Clark & Tellegen, 1988).	Escala de Afecto Positivo y Negativo ( <i>Positive and Negative Affect Scales, PANAS</i> ) (Watson, Clark & Tellegen, 1988).
Inventario de Depresión de Beck ( <i>Beck Depression Inventory, BDI</i> ) (Beck, et al., 1961).	Inventario de Depresión de Beck ( <i>Beck Depression Inventory, BDI</i> ) (Beck, et al. 1961)	Inventario de Depresión de Beck ( <i>Beck Depression Inventory, BDI</i> ) (Beck, et al., 1961).
Escala de Adaptación (Echeburúa, et al., 2000).	Escala de Adaptación (Echeburúa, et al., 2000).	Escala de Adaptación (Echeburúa, et al., 2000).
Escala de interferencia/gravedad valorada por terapeuta (Adaptación de la escala del ADIS-IV de Di Nardo, Brown & Barlow, 1994)	Escala de interferencia/gravedad valorada por terapeuta (Adaptación de la escala del ADIS-IV de Di Nardo, Brown & Barlow, 1994)	Escala de interferencia/gravedad valorada por terapeuta (Adaptación de la escala del ADIS-IV de Di Nardo, Brown & Barlow, 1994)
Cuestionario de Autoeficacia. Sherer, et al.. (1982)..	Cuestionario de Autoeficacia. Sherer, et al.. (1982)..	Cuestionario de Autoeficacia. Sherer, et al. (1982)..
Cuestionario de Resilience de Neill & Dias (Adaptación de Wagnild & Young's (1993)	Cuestionario de Resilience de Neill & Dias (Adaptación de Wagnild & Young's (1993)	Cuestionario de Resilience de Neill & Dias (Adaptación de Wagnild & Young's (1993)
Escala de Miedo, Evitación y creencia en pensamientos negativos (Adaptación de Mark y Mathews, 1979).	Escala de Miedo, Evitación y creencia en pensamientos negativos (Adaptación de Mark y Mathews, 1979).	Escala de Miedo, Evitación y creencia en pensamientos negativos (Adaptación de Mark y Mathews, 1979).
Inventario de expectativas/satisfacción con el tratamiento (Adaptación de Borkovec y Nau, 1972)	Inventario de expectativas/satisfacción con el tratamiento (Adaptación Borkovec y Nau, 1972).	Inventario de expectativas/satisfacción con el tratamiento (Borkovec y Nau, 1972)
Escalas analógico visuales para medir emociones.	Escalas analógico visuales para medir emociones.	Escalas analógico visuales para medir emociones.

## EVALUACIÓN SEMANAL

<u>TEPT</u>	<u>DUELO</u>	<u>TA</u>
Evaluación Semanal Pre y post. Diseñada para este estudio.	Evaluación Semanal Pre y post. Diseñada para este estudio.	Evaluación Semanal Pre y post. Diseñada para este estudio.
Registro durante sesión	Registro durante sesión	Registro durante sesión

## EVALUACIÓN POST- TRATAMIENTO

<u>TEPT</u>	<u>DUELO</u>	<u>TA</u>
Escala de TEPT administrada por el clínico ( <i>CAPS</i> ) (Blake et al., 1990, 1995)	Criterios según DSM-IV y CIE-10	Criterios según DSM-IV y CIE-10
Escala de Trauma de Davidson ( <i>DTS</i> ) (Davidson et al., 1997).		
Inventario de Cogniciones Postraumáticas ( <i>PTCI</i> ) (Foa, et al., 1999).		
	Inventario de Duelo Complicado ( <i>ICG</i> ) (Prigerson et al., 1995).	Inventario de Pérdida (Adaptado de Prigerson et al., 1995).
Escala de Afecto Positivo y Negativo ( <i>PANAS</i> ) (Watson, Clark & Tellegen, 1988).	Escala de Afecto Positivo y Negativo ( <i>PANAS</i> ) (Watson, Clark & Tellegen, 1988).	Escala de Afecto Positivo y Negativo ( <i>PANAS</i> ) (Watson, Clark & Tellegen, 1988).
Inventario de Depresión de Beck ( <i>BDI</i> ) (Beck, et al., 1961).	Inventario de Depresión de Beck ( <i>BDI</i> ) (Beck, et al. 1961)	Inventario de Depresión de Beck ( <i>BDI</i> ) (Beck, et al., 1961).
Escala de Adaptación (Echeburúa, et al., 2000).	Escala de Adaptación (Echeburúa, et al., 2000).	Escala de Adaptación (Echeburúa, et al., 2000).
Escala de interferencia/gravedad valorada por terapeuta (Adaptación de la escala del ADIS-IV de Di Nardo, Brown & Barlow, 1994)	Escala de interferencia/gravedad valorada por terapeuta (Adaptación de la escala del ADIS-IV de Di Nardo, Brown & Barlow, 1994)	Escala de interferencia/gravedad valorada por terapeuta (Adaptación de la escala del ADIS-IV de Di Nardo, Brown & Barlow, 1994)
Cuestionario de Autoeficacia. Sherer, et al. (1982).	Cuestionario de Autoeficacia. Sherer, et al. (1982).	Cuestionario de Autoeficacia. Sherer, et al. (1982).
Cuestionario de Resilience de Neill & Dias (Adaptación de Wagnild & Young's (1993)	Cuestionario de Resilience de Neill & Dias (Adaptación de Wagnild & Young's (1993)	Cuestionario de Resilience de Neill & Dias (Adaptación de Wagnild & Young's (1993)
Escala de Miedo, Evitación y creencia en pensamientos negativos (Adaptación de Mark y Mathews, 1979).	Escala de Miedo, Evitación y creencia en pensamientos negativos (Adaptación de Mark y Mathews, 1979).	Escala de Miedo, Evitación y creencia en pensamientos negativos (Adaptación de Mark y Mathews, 1979).
Inventario de satisfacción con el tratamiento (Adaptación de Borkovec y Nau, 1972)	Inventario de satisfacción con el tratamiento (Adaptación Borkovec y Nau, 1972).	Inventario de satisfacción con el tratamiento (Borkovec y Nau, 1972)
Escalas analógico visuales para medir emociones.	Escalas analógico visuales para medir emociones.	Escalas analógico visuales para medir emociones.

## ANEXO. 2.

### ENTREVISTA DE ADMISIÓN

#### DATOS PERSONALES

Nombre\_\_\_\_\_ Apellido\_\_\_\_\_

Edad\_\_\_\_\_ Sexo\_\_\_\_\_

Dirección\_\_\_\_\_ Población\_\_\_\_\_

Teléfono\_\_\_\_\_ Profesión\_\_\_\_\_  
Estudios\_\_\_\_\_

Señale las personas con las que vive en casa\_\_\_\_\_

- ¿Cuál es el problema que le ha llevado a solicitar ayuda?
- ¿Cuándo empezó este problema?
- ¿El problema ha mejorado, empeorado o sigue igual actualmente?
- ¿A que atribuye usted el problema?
- ¿Qué ha hecho usted para resolver este problema? (tratamientos recibidos, medicación)
- ¿Ha tenido usted algún problema psicológico antes del actual problema?. ¿Qué problema?, ¿recibió tratamiento?
- ¿Padece alguna enfermedad médica?
- ¿Cuál es la frecuencia de las bebidas alcohólicas? ¿y los fines de semana?
- ¿Consume tabaco? ¿Algún otro tipo de sustancias?
- ¿Cómo ha sido su estado de ánimo últimamente?
- ¿Piensas que las cosas mejoraran en el futuro?
- ¿Sientes que vale la pena vivir? ¿Piensas mucho en la muerte. ¿Te has planteado acabar con tu vida?
- ¿Hay algún otro problema que no hayamos comentado aquí y del que quisiera hablar?

# ANEXO. 3

## ESCALA DE MIEDO, EVITACIÓN Y CREENCIA (Adaptación de las escalas de Marks y Mathews, 1979)

Nombre.....	Código/DNI .....
Edad .....	Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Condición: .....
Diagnóstico .....	Fecha .....Número de sesión: .....

1. Indique el grado de evitación y temor respecto a las principales situaciones o actividades que usted evita en relación al acontecimiento traumático/pérdida siguiendo la siguiente escala de 0 a 10.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada					Moderadamente					Totalmente

Situación/Conducta	Evitación	Temor
1.		
2.		
3.		
4.		

2. Indique el grado de evitación y temor respecto a los principales pensamientos/imágenes (intrusivos) relacionados con el suceso traumático/pérdida que usted evita siguiendo la siguiente escala de 0 a 10.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada					Moderadamente					Totalmente

Pensamientos	Evitación	Temor
1.		
2.		
3.		
4.		

3. Indique el grado de evitación y temor respecto a los principales sentimientos relacionados con el suceso traumático/pérdida que usted evita siguiendo la siguiente escala de 0 a 10.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada					Moderadamente					Totalmente

Sentimientos	Evitación	Temor
1.		
2.		
3.		
4.		

4. Valore el grado de creencia en la veracidad de los pensamientos negativos relacionados con el acontecimiento traumático/pérdida en la siguiente escala de 0 a 10.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada					Moderadamente					Totalmente

Pensamientos negativos	Creencia
1.	
2.	
3.	
4.	

**EJEMPLO PARA EL ENTREVISTADOR:**

En primer lugar, tener en cuenta que dependiendo de las personas pueden presentar evitación en unos ámbitos y no en otros.

1. Ejemplo Trastorno de Estrés Postraumático: víctima de violación

**Evitación/temor:**

Situaciones o actividades: Salir a la calle sola, tener relaciones sexuales con mi pareja.

Pensamientos/imágenes relacionados con el suceso traumático:

Pensamiento o imagen referida a cuando me desgarró la camisa, a cuando me puso el cuchillo en la garganta, pensar “le dije te quiero” (en un caso en el que el agresor obligó a la víctima a decirle “te quiero” mientras la violaba).

Sentimientos relacionados con el suceso traumático: Ternura, amor, intimidad, placer, alegría.

**Pensamientos negativos:** Los más usuales: incompetencia, visión negativa del mundo/demás, culpabilidad: “No te puedes fiar de nadie”, “esto me ha pasado por mi forma de ser”, “ha sido culpa mía”, “soy una persona débil”.

2. Ejemplo Duelo: muerte de un ser querido.

**Evitación/temor:**

Situaciones o actividades: Entrar en su habitación, tocar su ropa, sus cosas, ir a su restaurante favorito.

Pensamientos/imágenes relacionados con la pérdida:

Pensar en el momento de la muerte, pensamientos/ imágenes de cuando metieron el ataúd en el nicho.

Sentimientos relacionados con la pérdida: Ternura, amor, intimidad, placer, alegría.

**Pensamientos negativos:**

No merezco estar vivo si ella ya no está, debería haberle dicho lo mucho que le quería, la vida no tiene sentido si ella no está.

# ANEXO. 4

## ESCALA DE AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO (PANAS)

(Watson, Clark & Tellegen, 1988).

Nombre.....Código/DNI .....
Edad .....Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Condición .....
Diagnóstico.....Fecha .....

Positivo=
Negativo=

A continuación se indican una serie de palabras que describen sentimientos y emociones. Lea cada una de ellas y conteste hasta qué punto Ud. suele sentirse **HABITUALMENTE** de la forma que indica cada expresión.

Generalmente **me siento**:

	<i>NADA O CASI NADA</i>	<i>UN POCO</i>	<i>BASTANTE</i>	<i>MUCHO</i>	<i>MUCHÍSIMO</i>
1. Interesado/a	1	2	3	4	5
2. Tenso/a o estresado/a	1	2	3	4	5
3. Animado/a, emocionado/a	1	2	3	4	5
4. Disgustado/a o molesto/a	1	2	3	4	5
5. Enérgico/a, con vitalidad	1	2	3	4	5
6. Culpable	1	2	3	4	5
7. Asustado/a	1	2	3	4	5
8. Enojado/a	1	2	3	4	5
9. Entusiasmado/a	1	2	3	4	5
10. Orgulloso/a de algo, satisfecho/a	1	2	3	4	5
11. Irritable o malhumorado/a	1	2	3	4	5
12. Dispuesto/a, despejado/a	1	2	3	4	5
13. Avergonzado/a	1	2	3	4	5
14. Inspirado/a	1	2	3	4	5
15. Nervioso/a	1	2	3	4	5
16. Decidido/a o atrevido/a	1	2	3	4	5
17. Atento/a, esmerado/a	1	2	3	4	5
18. Intranquilo/a o preocupado/a	1	2	3	4	5
19. Activo/a	1	2	3	4	5
20. Temeroso/a, con miedo	1	2	3	4	5

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA.



# ANEXO. 5

## INVENTARIO DE DEPRESIÓN (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961)

Nombre.....Código/DNI .....  
Edad.....Género  Mujer  Hombre Condición: .....  
Diagnóstico ..... Fecha .....

PD =

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la **ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

(1)

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste.
- 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

(2)

- 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- 1 Me siento desanimado respecto al futuro.
- 2 No hay nada que espere con ilusión.
- 3 Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar.

(3)

- 0 No me siento fracasado.
- 1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2 Cuando miro hacia atrás sólo veo un fracaso tras otro.
- 3 Me siento una persona totalmente fracasada.

(4)

- 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Ya no tengo verdadera satisfacción por las cosas.
- 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

(5)

- 0 No me siento especialmente culpable.
- 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3 Me siento culpable constantemente.

(6)

- 0 No tengo la sensación de estar siendo castigado.
- 1 Tengo la sensación de que puedo ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Tengo la sensación de estar siendo castigado.



- (7)
- 0 No me siento descontento conmigo mismo.
  - 1 Estoy descontento conmigo mismo.
  - 2 Me avergüenzo de mí mismo.
  - 3 Me detesto.
- (8)
- 0 No me considero peor que cualquier otro.
  - 1 Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
  - 2 Me culpo continuamente por mis faltas.
  - 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- (9)
- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
  - 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría.
  - 2 Desearía poner fin a mi vida.
  - 3 Me suicidaría si tuviese oportunidad.
- (10)
- 0 No lloro más de lo habitual.
  - 1 Ahora lloro más que antes.
  - 2 Lloro continuamente.
  - 3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque quiera.
- (11)
- 0 No estoy más irritado de lo normal en mí.
  - 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
  - 2 Me siento irritado continuamente.
  - 3 No me irritan absolutamente nada las cosas que antes solían irritarme.
- (12)
- 0 No he perdido el interés por los demás.
  - 1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
  - 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
  - 3 He perdido todo interés por los demás.
- (13)
- 0 Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
  - 1 Evito tomar decisiones más que antes.
  - 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
  - 3 Ya no puedo tomar ninguna decisión en absoluto.
- (14)
- 0 No tengo la sensación de tener peor aspecto que antes.
  - 1 Estoy preocupado porque parezco mayor o poco atractivo.
  - 2 Tengo la sensación de que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer poco atractivo.
  - 3 Creo que tengo un aspecto horrible.
- (15)
- 0 Trabajo igual que antes.
  - 1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
  - 2 Tengo que obligarme mucho par hacer cualquier cosa
  - 3 No puedo hacer nada en absoluto.
- (16)
- 0 Duermo tan bien como siempre.
  - 1 No duermo tan bien como antes.
  - 2 Me despierto 1 o 2 horas antes de lo habitual y me cuesta volver a dormirme.

3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.  
(17)

- 0 No me siento más cansado de lo normal.
- 1 Me canso más fácilmente que antes.
- 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.

(18)

- 0 Mi apetito no ha disminuido.
- 1 No tengo tan buen apetito como antes.
- 2 Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3 He perdido completamente el apetito.

(19)

- 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- 1 He perdido más de 2 kgs.
- 2 He perdido más de 5 kgs.
- 3 He perdido más de 7 kgs.

Estoy intentando perder peso comiendo menos: SÍ NO

(20)

- 0 No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- 1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- 2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
- 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en otra cosa.

(21)

- 0 No he notado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo.
- 3 He perdido totalmente mi interés por el sexo.

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODOS LOS GRUPOS DE AFIRMACIONES

# ANEXO. 6

## EVALUACIÓN DE LAS EMOCIONES

Terapeuta:  
Nombre:  
Fecha:

Número de Sesión:  
Condición:

1. ¿Con qué frecuencia durante la semana pasada has sentido cada una de estas emociones?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca					Algunas veces					Continuamente

TRISTEZA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
RABIA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ANSIEDAD	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
RELAX	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ALEGRÍA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ESPERANZA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Otras:.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Otras:.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Si tuviste esa emoción, con qué intensidad la experimentaste?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada					Moderado					Totalmente

TRISTEZA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
RABIA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ANSIEDAD	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
RELAX	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ALEGRÍA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ESPERANZA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Otras:.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Otras:.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

# ANEXO. 7

## ESCALA DE INADAPTACIÓN

(Adaptada de Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000)

Nombre.....Código/DNI .....  
Edad .....Género  Mujer  Hombre Condición: .....Fecha .....

### **TRABAJO**

A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo se ha visto afectado:

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Nada Levemente Moderadamente Gravemente Muy gravemente

### **VIDA SOCIAL**

A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Nada Levemente Moderadamente Gravemente Muy gravemente

### **TIEMPO LIBRE**

A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva...) se han visto afectadas:

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Nada Levemente Moderadamente Gravemente Muy gravemente

### **RELACIÓN DE PAREJA**

A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja se ha visto afectada:

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Nada Levemente Moderadamente Gravemente Muy gravemente

### **VIDA FAMILIAR**

A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Nada Levemente Moderadamente Gravemente Muy gravemente

### **ESCALA GLOBAL**

A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Nada Levemente Moderadamente Gravemente Muy gravemente

## ANEXO. 8

### ESCALA DE INTERFERENCIA/GRAVEDAD VALORADA POR EL TERAPEUTA (Adaptación de la escala del ADIS-IV, Di Nardo, Brown y Barlow, 1994)

Nombre.....	Código/DNI .....	
Edad .....	Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Condición: .....
Diagnóstico .....	Fecha .....	
Número de sesión: .....		

Teniendo en cuenta la información recabada en la evaluación, evaluaría la interferencia que el problema causa en la vida del paciente como:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
No interferencia		Leve		Moderada		Grave		Muy grave

Teniendo en cuenta la información recabada en la evaluación, evaluaría la gravedad de este paciente como:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Sin síntomas		Leve		Moderada		Grave		Muy grave

Teniendo en cuenta la información recabada en la evaluación, evaluaría de forma global la interferencia y gravedad de este paciente como:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Sin síntomas		Leve		Moderada		Grave		Muy grave

Teniendo en cuenta la información recabada en la evaluación, evaluaría la interferencia y gravedad con respecto a la línea base de este paciente como:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Sin síntomas		Leve		Moderada		Grave		Muy grave

# ANEXO. 9

## ESCALA DE EXPECTATIVAS SOBRE EL TRATAMIENTO

(Adaptado de Nau y Borkovec, 1972)

Nombre..... Código/DNI .....

Edad .....Género  Mujer  Hombre Condición: .....

Diagnóstico .....Fecha .....

**Nota:** Este cuestionario debe ser contestado después de que el terapeuta haya explicado el componente de tratamiento que se está poniendo a prueba. Después de que el terapeuta le haya explicado en qué va a consistir el componente que va a recibir, nos gustaría saber su opinión sobre el mismo. Por favor, conteste a las siguientes preguntas.

1.- ¿En qué medida le parece lógico este componente?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada Muchísimo

2.- ¿En qué medida le satisface el componente de tratamiento que va a recibir?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada Muchísimo

3.- ¿En qué medida le recomendaría este componente de tratamiento a un amigo que tuviera su mismo problema?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada Muchísimo

4.- ¿En qué medida cree que este componente de tratamiento podría ser útil para tratar otros problemas psicológicos?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada Muchísimo

5.- ¿En qué medida cree que el componente de tratamiento va a resultar útil en su caso?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada Muchísimo

6.- ¿En qué medida este componente de tratamiento le resulta aversivo?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada Muchísimo

**ESCALA DE OPINIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO**  
(Adaptado de Nau y Borkovec, 1972)

Nombre..... Código/DNI .....

Edad .....Género  Mujer  Hombre Condición: .....

Diagnóstico ..... Fecha .....

**Nota:** Este cuestionario debe ser contestado después de que el terapeuta haya aplicado el componente de tratamiento que se está poniendo a prueba (en la última sesión de dicho componente).

Después de haber recibido este componente de tratamiento, nos gustaría saber su opinión sobre el mismo. Por favor, conteste a las siguientes preguntas.

1.- ¿En qué medida le ha parecido lógico este componente?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Nada Muchísimo

2.- ¿En qué medida le ha satisfecho el componente de tratamiento que ha recibido?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Nada Muchísimo

3.- ¿En qué medida le recomendaría este componente de tratamiento a un amigo que tuviera su mismo problema?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Nada Muchísimo

4.- ¿En qué medida cree que este componente de tratamiento podría ser útil para tratar otros problemas psicológicos?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Nada Muchísimo

5.- ¿En qué medida cree que el componente de tratamiento le ha resultado útil en su caso?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Nada Muchísimo

6.- ¿En qué medida este componente de tratamiento le ha resultado aversivo?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Nada Muchísimo

7.- Valore en una escala de 0-10 la utilidad que ha tenido en su caso cada uno de los siguientes aspectos:

Para protocolo FOA

0-10

Técnica de cambio de pensamientos	
Técnica de exposición en imaginación al trauma	
Técnica de respiración	
El apoyo del terapeuta	

Para protocolo FOA + EMMA

0-10

Técnica de cambio de pensamientos	
Técnica de exposición en la habitación de EMMA	
Técnica de respiración	
El apoyo del terapeuta	
El apoyo del entorno de EMMA	

Para protocolo Neimeyer

0-10

Técnica de cambio de pensamientos	
El libro de la vida	
Técnica de respiración	
El apoyo del terapeuta	

Para protocolo Neimeyer + EMMA

0-10

Técnica de cambio de pensamientos	
El libro de la vida en habitación de EMMA	
Técnica de respiración	
El apoyo del terapeuta	
El apoyo del entorno de EMMA	



Para protocolo TA sin EMMA

0-10

El libro de la vida	
Técnicas paliativas	
Resolución de problemas (Popper).	
Técnicas de aceptación	
Exposición	
El apoyo del terapeuta	

Para protocolo TA + EMMA

0-10

El libro de la vida/EMMA	
Técnicas paliativas	
Resolución de problemas (Popper).	
Imágenes	
Técnicas de aceptación	
Exposición	
El apoyo del terapeuta	

- Si usted cree que EMMA tiene alguna utilidad frente al tratamiento tradicional, podría valorar el grado en que le han resultado útiles cada uno de los siguientes aspectos utilizando una escala de 0-10.

La posibilidad de utilizar símbolos ( )

La posibilidad de elegir distintos símbolos ( )

Que el entorno pudiera reflejar mis emociones ( )

La posibilidad de elegir distintos entornos ( )

La posibilidad de ajustar a mi gusto un entorno ( )

La posibilidad de introducir algo personal (ej. fotografía) en el entorno ( )

El libro de la vida ( )

El procesador emocional ( )

La música ( )

Los efectos especiales: la niebla, la lluvia, el día y la noche, el terremoto etc ( )

- Si usted cree que EMMA tiene alguna utilidad frente al tratamiento tradicional, podría indicar cuál o cuáles han sido en su caso los beneficios de utilizar EMMA.

-----

**Observaciones:** Le agradecería mucho si usted quisiera añadir alguna cosa respecto al entorno de EMMA que nos pueda servir para mejorarlo en el futuro.

# **ANEXO. 10**

## **CUESTIONARIO DE RESILIENCIA**

**(Adaptación de la escala de Wagnild and Young's, 1987).**

- 1.- Cuando hago planes, trato de llevarlos a cabo
- 2.- Por lo general, puedo hacer frente a las cosas de una manera u otra
- 3.- Me siento orgulloso/a de haber conseguido cosas en mi vida
- 4.- Me suelo tomar las cosas bien
- 5.- Soy un buen amigo mío
- 6.- Siento que puedo manejar muchas cosas a la vez
- 7.- Soy una persona resuelta
- 8.- Tengo autodisciplina
- 9.- Me intereso por las cosas
- 10.- Con frecuencia encuentro cosas de las que reírme
- 11.- La confianza en mí mismo me ayuda a sobrellevar los tiempos difíciles
- 12.- Normalmente soy capaz de ver una misma situación desde diferentes perspectivas
- 13.- Mi vida tiene sentido
- 14.- Cuando estoy en una situación difícil, por lo general puedo encontrar la forma de salir de ella
- 15.- Tengo suficiente energía para hacer lo que tengo que hacer

# ANEXO. 11

## CUESTIONARIO DE AUTOEFICACIA

### Cuestionario de Autoeficacia de Sherer et al. (1982).

Nombre y Apellidos: .....Fecha: .....

Nada  0  Nunca	Casi nada 1 Un par de veces al año	Raramente 2 Una vez al mes	Algunas veces 3 Un par de veces al mes	Bastante 4 Una vez a la semana	Con frecuencia 5 Un par de veces a la semana	Siempre 6 Todos los días
----------------------------	---	-------------------------------------	--	---	---	-----------------------------------

#### Me siento capaz de afrontar la situación actual....

1. Aunque tenga que resolver problemas difíciles 0 1 2 3 4 5 6
2. Aunque aparezcan situaciones inesperadas 0 1 2 3 4 5 6
3. Aunque encuentre muchos obstáculos 0 1 2 3 4 5 6
4. Aunque dedique mucho tiempo y energía 0 1 2 3 4 5 6
5. Aunque tenga que estar al día en los avances continuos 0 1 2 3 4 5 6

#### Me siento capaz de afrontar mi vida....

1. Aunque tenga que resolver problemas difíciles 0 1 2 3 4 5 6
2. Aunque aparezcan situaciones inesperadas 0 1 2 3 4 5 6
3. Aunque encuentre muchos obstáculos 0 1 2 3 4 5 6
4. Aunque dedique mucho tiempo y energía 0 1 2 3 4 5 6
5. Aunque tenga que estar al día en los avances continuos 0 1 2 3 4 5 6

# ANEXO.12

## EVALUACIÓN PREVIA A LA SESIÓN

Terapeuta:

Número de Sesión:

Nombre:

Condición:

Fecha:

3. ¿Con qué frecuencia durante la semana pasada (desde la sesión anterior) has sentido cada una de estas emociones?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca					Algunas veces					Continuamente

TRISTEZA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
RABIA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ANSIEDAD	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
RELAX	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ALEGRÍA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ESPERANZA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Otras:.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Si tuviste esa emoción, ¿con qué intensidad la experimentaste?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada					Moderado					Totalmente

TRISTEZA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
RABIA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ANSIEDAD	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
RELAX	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ALEGRÍA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ESPERANZA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Otras:.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Indique el grado de evitación y temor de esta semana respecto a las principales situaciones o actividades que usted evita en relación al acontecimiento traumático/pérdida siguiendo la siguiente escala de 0 a 10.

Situación/Conducta	Evitación	Temor
1.		
2.		
3.		
4.		

4. Indique el grado de evitación y temor de esta semana respecto a los principales pensamientos/imágenes (intrusivos) relacionados con el suceso traumático/pérdida que usted evita siguiendo la escala de 0 a 10.

Pensamientos/Imágenes	Evitación	Temor
1.		
2.		
3.		
4.		

5. Indique el grado de evitación y temor de esta semana respecto a los principales sentimientos relacionados con el suceso traumático/pérdida que usted evita siguiendo la siguiente escala de 0 a 10.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada					Moderado					Totalmente

Sentimientos	Evitación	Temor
1.		
2.		
3.		
4.		

6. Valore el grado de veracidad en la creencia en los pensamientos negativos relacionados con el acontecimiento traumático/pérdida en la siguiente escala de 0 a 10.

Pensamientos negativos	Creencia
1.	
2.	
3.	
4.	

7. En general, ¿en qué medida su vida se ha visto afectada debido a su problema durante la última semana?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada		Levemente		Moderadamente		Gravemente		Muy gravemente

8. Respecto al inicio de este tratamiento, usted se ha encontrado:

+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
Mucho mejor	Bastante mejor	Un poco mejor	Sin cambios	Un poco peor	Bastante peor	Mucho peor

9.- A continuación, conteste a las siguientes preguntas:

¿En qué medida me siento ahora **perturbado** emocionalmente?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

¿En qué medida creo en este momento que estoy **procesando** (digiriendo, tragando, aceptando) los “*acontecimientos negativos*”?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

¿En qué medida estoy **abierto/a** a nuevas experiencias que me puede deparar el futuro?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

¿En qué medida estoy motivado para el cambio?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

¿En qué medida me siento fuerte para afrontar el problema?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

¿En qué medida creo que estoy aprendiendo con este tratamiento?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

¿En qué medida creo que este tratamiento me ayuda a crecer personalmente?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

¿En qué medida este tratamiento me parece aversivo?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10







# ANEXO.13

## EVALUACIÓN SEMANAL DEL TERAPEUTA

Nombre.....	Código/DNI .....
Edad .....	Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Condición: .....
Diagnóstico .....	Fecha .....
Número de sesión: .....	

Teniendo en cuenta la información recabada en la evaluación, evaluaría la interferencia que el problema causa en la vida del paciente como:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
No		Leve		Moderada		Grave		Muy grave
interferencia								

Teniendo en cuenta el estado del paciente, evaluaría la gravedad de este paciente como:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Sin		Leve		Moderada		Grave		Muy grave
síntomas								

Teniendo en cuenta el estado del paciente, evaluaría de forma global la interferencia y la gravedad de este paciente como:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Sin		Leve		Moderada		Grave		Muy grave
síntomas								

A partir de la presente evaluación, diría que el paciente se encuentra frente al momento en el que se obtuvo la línea base:

+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
Mucho mejor	Bastante mejor	Un poco mejor	Sin cambios	Un poco peor	Bastante peor	Mucho peor

# ANEXO.14

## ANEXO. 15

### ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON (Davidson et al., 1997)

Nombre.....	Código/DNI .....
Edad .....	Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Condición: .....
Diagnóstico .....	Fecha .....

Cada una de las siguientes preguntas trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante la **última semana**. Escriba al lado de cada pregunta un número de 0 a 4, para indicar la frecuencia y la gravedad del síntoma.

FRECUENCIA	GRAVEDAD
0 = nunca	0 = nada
1 = a veces	1 = leve
2 = 2-3 veces	2 = moderada
3 = 4-6 veces	3 = marcada
4 = a diario	4 = extrema

	FRECUENCIA	GRAVEDAD
1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?		
2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?		
3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Cómo si lo estuviera reviviendo?		
4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?		
5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)		
6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?		
7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?		
8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?		
9. ¿Ha sentido dificultad para disfrutar de las cosas?		
10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?		
11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?		
12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?		

	FRECUENCIA	GRAVEDAD
13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?		
14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?		
15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?		
16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido “en guardia”?		
17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?		

# ANEXO. 16

## INVENTARIO DE COGNICIONES POSTRAUMÁTICAS

(Foa, Ehlers, Clark, Tolin & Orsillo, 1999)

Nombre.....	Código/DNI .....
Edad .....	Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Condición: .....
Diagnóstico .....	Fecha .....

Nos interesa conocer el tipo de pensamientos que puede haber tenido después de una experiencia traumática. A continuación encontrarás una lista de afirmaciones que pueden ser o no representativas de su forma de pensar después de este acontecimiento. Por favor lea cada una de ellas con atención y señale en qué medida está o no de acuerdo.

Las personas reaccionan a los acontecimientos traumáticos de formas muy distintas, por lo que entre estas afirmaciones no hay respuestas correctas o incorrectas.

- 1: *Totalmente en desacuerdo*
- 2: *Bastante en desacuerdo*
- 3: *Ligeramente en desacuerdo*
- 4: *Neutro*
- 5: *Ligeramente de acuerdo*
- 6: *Bastante de acuerdo*
- 7: *Totalmente de acuerdo*

- \_\_\_ 1. Este acontecimiento ocurrió debido a mi forma de actuar.
- \_\_\_ 2. No puedo confiar en que haré las cosas bien.
- \_\_\_ 3. Soy una persona débil.
- \_\_\_ 4. No seré capaz de controlar mi ira y haré algo terrible.
- \_\_\_ 5. No puedo hacer frente ni al más mínimo contratiempo.
- \_\_\_ 6. Solía ser una persona feliz, pero desde ahora me siento siempre triste.
- \_\_\_ 7. No se puede confiar en los demás.
- \_\_\_ 8. Tengo que estar alerta en todo momento.
- \_\_\_ 9. Me siento muerto por dentro.
- \_\_\_ 10. Nunca puedes saber quién te va a hacer daño.
- \_\_\_ 11. Tengo que andar con mucho cuidado porque nunca se sabe lo que va a pasar.
- \_\_\_ 12. Soy incompetente.
- \_\_\_ 13. No seré capaz de controlar mis emociones y algo terrible ocurrirá.
- \_\_\_ 14. Si pienso acerca del acontecimiento no seré capaz de hacerle frente.
- \_\_\_ 15. El acontecimiento me ocurrió debido al tipo de persona que soy.

\_\_\_ 16. Mis reacciones desde el acontecimiento significan que me estoy volviendo loco/a.

\_\_\_ 17. Nunca seré capaz de sentir emociones normales de nuevo.

- 1: Totalmente en desacuerdo*
- 2: Bastante en desacuerdo*
- 3: Ligeramente en desacuerdo*
- 4: Neutro*
- 5: Ligeramente de acuerdo*
- 6: Bastante de acuerdo*
- 7: Totalmente de acuerdo*

\_\_\_ 18. El mundo es un lugar peligroso.

\_\_\_ 19. Otra persona habría sido capaz de evitar que el acontecimiento ocurriera.

\_\_\_ 20. He cambiado para peor de una forma permanente.

\_\_\_ 21. Me siento como un objeto, no como una persona.

\_\_\_ 22. Otra persona no hubiera llegado a esta situación.

\_\_\_ 23. No puedo contar con otras personas.

\_\_\_ 24. Me siento aislado y separado de los demás

\_\_\_ 25. No tengo futuro.

\_\_\_ 26. No puedo evitar que las cosas malas me pasen a mí.

\_\_\_ 27. Las personas no son lo que parecen.

\_\_\_ 28. Mi vida ha sido destruida por el trauma.

\_\_\_ 29. Hay algo malo en mí como persona.

\_\_\_ 30. Mis reacciones desde el acontecimiento demuestran que no soy capaz de afrontar los problemas.

\_\_\_ 31. Hay algo en mí que hizo que el acontecimiento me ocurriera.

\_\_\_ 32. No seré capaz de tolerar mis pensamientos sobre el acontecimiento, y me desmoronaré.

\_\_\_ 33. Siento que ya no me conozco a mí mismo.

\_\_\_ 34. Nunca sabes cuando te va ocurrir algo terrible.

\_\_\_ 35. No puedo confiar en mí mismo/ a.

\_\_\_ 36. Nunca me puede ocurrir nada bueno.

# ANEXO. 17

## INVENTARIO DE DUELO COMPLICADO

(Inventory of Complicated Grief ICG) de Prigerson et al., 1995.

Nombre.....Código/DNI .....
Edad .....Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Condición: .....
Diagnóstico .....Fecha .....

POR FAVOR, marque con una cruz la respuesta que mejor describa cómo se siente en este momento:

1. Pienso tanto en esa persona que me resulta difícil hacer las cosas que normalmente hago...  
& Nunca      & Raramente    & A veces      & A menudo    & Siempre
2. Los recuerdos sobre la persona que murió me producen malestar...  
& Nunca      & Raramente    & A veces      & A menudo    & Siempre
3. Siento que no puedo aceptar la muerte de esa persona...  
& Nunca      & Raramente    & A veces      & A menudo    & Siempre
4. Siento mucha nostalgia por la persona que murió ...  
& Nunca      & Raramente    & A veces      & A menudo    & Siempre
5. Me siento arrastrado hacia lugares y cosas asociados a la persona que murió ...  
& Nunca      & Raramente    & A veces      & A menudo    & Siempre
6. No puedo evitar sentirme enfadado/a sobre su muerte ...  
& Nunca      & Raramente    & A veces      & A menudo    & Siempre
7. Siento incredulidad acerca de lo que ocurrió ...  
& Nunca      & Raramente    & A veces      & A menudo    & Siempre
8. Me siento aturdido respecto a lo que ocurrió ...  
& Nunca      & Raramente    & A veces      & A menudo    & Siempre
9. Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en los demás ...  
& Nunca      & Raramente    & A veces      & A menudo    & Siempre
10. Desde que él/ella murió siento como si hubiera perdido la habilidad de sentir afecto por otras personas o me siento distante respecto a las personas que quiero ...  
& Nunca      & Raramente    & A veces      & A menudo    & Siempre



11. Siento dolor en la misma parte de mi cuerpo o tengo alguno de los mismos síntomas de la persona que murió ...  
& Nunca      & Raramente   & A veces      & A menudo   & Siempre
12. Abandono ciertas situaciones para evitar las cosas que me recuerdan a la persona que murió  
& Nunca      & Raramente   & A veces      & A menudo   & Siempre
13. Siento que la vida está vacía sin esa persona...  
& Nunca      & Raramente   & A veces      & A menudo   & Siempre
14. Oigo la voz de la persona que murió hablándome ...  
& Nunca      & Raramente   & A veces      & A menudo   & Siempre
15. Veo a la persona que murió de pie frente a mí ...  
& Nunca      & Raramente   & A veces      & A menudo   & Siempre
16. Siento que es injusto que yo viva cuando esta persona ha muerto ...  
& Nunca      & Raramente   & A veces      & A menudo   & Siempre
17. Siento amargura respecto a su muerte ...  
& Nunca      & Raramente   & A veces      & A menudo   & Siempre
18. Siento envidia de otras personas que no han perdido a alguien cercano ...  
& Nunca      & Raramente   & A veces      & A menudo   & Siempre
19. Me siento solo gran parte del tiempo desde que él/ella murió ...  
& Nunca      & Raramente   & A veces      & A menudo   & Siempre

**COMPRUEBE QUE HA RELLENADO TODAS LAS AFIRMACIONES**

# ANEXO. 18

## INVENTARIO DE PÉRDIDA (Adaptado de Prigerson et al., 1995).

Nombre.....	Código/DNI .....
Edad .....	Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Condición: .....
Diagnóstico .....	Fecha .....

POR FAVOR, marque con una cruz la respuesta que mejor describa cómo se siente en este momento:

20. Pienso tanto en esa persona/situación que me resulta difícil hacer las cosas que normalmente hago...  
& Nunca      & Raramente      & A veces      & A menudo      & Siempre
21. Los recuerdos sobre la persona/situación me producen malestar...  
& Nunca      & Raramente      & A veces      & A menudo      & Siempre
22. Siento que no puedo aceptar la pérdida de esa persona/situación...  
& Nunca      & Raramente      & A veces      & A menudo      & Siempre
23. Siento mucha nostalgia por la persona/situación que he perdido ...  
& Nunca      & Raramente      & A veces      & A menudo      & Siempre
24. Me siento arrastrado hacia lugares y cosas asociados a la persona/situación ...  
& Nunca      & Raramente      & A veces      & A menudo      & Siempre
25. No puedo evitar sentirme enfadado/a sobre su pérdida ...  
& Nunca      & Raramente      & A veces      & A menudo      & Siempre
26. Siento incredulidad acerca de lo que ocurrió ...  
& Nunca      & Raramente      & A veces      & A menudo      & Siempre
27. Me siento aturdido respecto a lo que ocurrió ...  
& Nunca      & Raramente      & A veces      & A menudo      & Siempre
28. Desde que perdí a esa persona/situación me resulta difícil confiar en los demás ...  
& Nunca      & Raramente      & A veces      & A menudo      & Siempre
29. Desde que perdí a esa persona/situación siento como si hubiera perdido la habilidad de sentir afecto por otras personas o me siento distante respecto a las personas que quiero ...  
& Nunca      & Raramente      & A veces      & A menudo      & Siempre

30. Siento dolores u otros síntomas que me producen malestar desde que se produjo la pérdida ...  
& Nunca & Raramente & A veces & A menudo & Siempre
31. Abandono ciertas situaciones para evitar las cosas que me recuerdan a la persona/situación.  
& Nunca & Raramente & A veces & A menudo & Siempre
32. Siento que la vida está vacía sin esa persona/situación...  
& Nunca & Raramente & A veces & A menudo & Siempre
33. Oigo la voz de la persona que perdí hablándome ...  
& Nunca & Raramente & A veces & A menudo & Siempre
34. Veo a la persona que perdí de pie frente a mí ...  
& Nunca & Raramente & A veces & A menudo & Siempre
35. Siento que es injusto que yo viva después de sufrir esta pérdida ...  
& Nunca & Raramente & A veces & A menudo & Siempre
36. Siento amargura respecto a su pérdida ...  
& Nunca & Raramente & A veces & A menudo & Siempre
37. Siento envidia de otras personas que no han sufrido una pérdida ...  
& Nunca & Raramente & A veces & A menudo & Siempre
38. Me siento solo gran parte del tiempo desde que perdí a esa persona/situación ...  
& Nunca & Raramente & A veces & A menudo & Siempre

COMPRUEBE QUE HA RELLENADO TODAS LAS AFIRMACIONES