

ESTADO DEL ARTE DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Mónica Pieschacón Fonrodona¹

Universidad Católica de Colombia, Colombia

ABSTRACT

The article focuses on a review of the extant literature on post traumatic stress disorder (PTSD). Theoretical and clinical aspects of PTSD are considered. Issues concerning the diagnosis of PTSD are presented on the theoretical level. There is a description of the disorder and how it causes a significant impairment in functioning. The article also reviews the models of etiology of PTSD. There is a description of the conditioning model, as well as the emotional and cognitive processing in the etiology, and maintenance of the disorder. Risk factors are considered in the development of the disorder. On the clinical level, there is a description of the main inventories and questionnaires for assessing and evaluation patients with PTSD. Finally, there is a description of the current psychological treatments for PTSD, especially exposure therapies, anxiety management training and cognitive therapy, treatments that have proven to be effective in reducing PTSD in well controlled studies.

Key words: *post traumatic stress disorder, diagnosis, etiology, evaluation, psychotherapy.*

1 Maestría en Psicología con énfasis en Psicología Clínica, Universidad Católica de Colombia.
Correspondencia: panictreat@hotmail.com, mpieschacon@cable.net.co. Avenida Caracas No. 46-72,
piso 7, Bogotá, Colombia,

RESUMEN

El objetivo del presente artículo es presentar una revisión de la literatura sobre el trastorno de estrés postraumático (TEP). Se presentan aspectos teóricos y clínicos del TEP. A nivel teórico se contemplan aspectos diagnósticos del TEP, se describen los síntomas presentes en este desorden y la manera como éstos afectan, e inciden negativamente en el funcionamiento de la persona. El artículo también revisa los modelos etiológicos del TEP. Se describe el Modelo de condicionamiento, al igual que los Modelos de procesamiento emocional y cognoscitivo en la etiología y mantenimiento del desorden. Se consideran los factores de riesgo para desarrollar el TEP. A nivel clínico, se describen inventarios y cuestionarios para evaluar pacientes con PTSD. Finalmente, se describen los tratamientos actuales para el TEP; especialmente, las terapias de exposición, las técnicas de manejo de ansiedad y la terapia cognitiva, intervenciones que han demostrado su efectividad y soporte empírico en ensayos clínicos controlados.

Palabras clave: *trastorno por estrés postraumático, diagnóstico, etiología, evaluación, psicoterapia.*

INTRODUCCIÓN

Uno de los eventos más devastadores en el mundo es la exposición a situaciones traumáticas. Conflictos internos, confrontaciones, guerras, terrorismo, bombas, secuestros, maltrato, violencia, violaciones, etc. Son sólo algunos eventos a los cuales se ve avocado el ser humano. A raíz de los actos terroristas de los últimos años, el hombre ha cambiado su visión acerca de su propia vulnerabilidad y acerca de la seguridad que le rodea. Si bien es cierto que la humanidad ha padecido eventos traumáticos desde su creación; la situación mundial pone al hombre en una posición aún más riesgosa para ser blanco de estos eventos. La literatura sobre el TEP abarca una amplia gama de eventos traumáticos que van desde combatientes de la guerra

de Vietnam (Kulka, Schlenger, Fairbank, Hough, Jordan, Marman & Weiss 1990), hasta casos más recientes de situaciones traumáticas como infidelidad en pareja (Epstein & Baucom, 2002), y el impacto que tiene la muerte súbita y violenta en el proceso de duelo (Kaltman & Bonanno, 2003). Esta revisión pretende dar una visión detallada sobre el estado actual del trastorno de estrés postraumático de acuerdo al modelo cognitivo conductual, y se espera que sea de utilidad a los profesionales interesados en la temática de trauma.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEP), describe una serie de síntomas que presentan las víctimas de un evento traumático. Estos síntomas afectan severamente a la persona, e

inciden negativamente en el funcionamiento social, familiar y laboral. Las manifestaciones de los síntomas describen tres amplias categorías que abarcan recuerdos invasivos de la situación traumática, síntomas de evitación y falta de respuesta emocional e hiperactivación fisiológica. Este trastorno generalmente está acompañado por otras condiciones psicológicas, como abuso de sustancias y cuadros depresivos que requieren de una atención clínica durante el proceso de evaluación e intervención.

Los criterios para el diagnóstico del estrés postraumático según el *Manual diagnóstico de los desórdenes mentales* (1994) DSM-IV requieren que:

1. La persona haya sido *expuesta a un evento traumático* y responda con miedo intenso, desesperanza u horror.
2. El evento traumático sea *persistente reexperimentado* a través de recuerdos e intrusiones desagradables, que incluyen imágenes, pensamientos y percepciones; sueños desagradables, actuaciones o sentimientos como si el evento traumático estuviese volviendo a ocurrir (incluye revivir la experiencia - *flashbacks*, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos retrospectivos). Otra característica del TEP es un malestar psicológico intenso y una reactividad fisiológica al exponerse a señales internas o externas que simbolicen o se asemejen al evento traumático.
3. *Evitación persistente de estímulos* asociados con el trauma y entumecimiento de responsividad general (ausente antes del trauma).
4. *Síntomas persistentes de alta activación fisiológica* (no presentes antes del trauma).
5. La *duración* de la reexperimentación de los síntomas, la evitación/entumecimiento y la sobreactivación fisiológica debe ser de por lo menos un mes.

Davidson y Foa (1993), plantean que las reacciones que aparecen dentro de los tres primeros meses posteriores al evento traumático, corresponden a un cuadro agudo, que cambia a crónico si las reacciones persisten más allá de estos primeros tres meses. Por su parte, las reacciones que aparecen después de los tres primeros meses se han conceptualizado como un cuadro de estrés postraumático demorado.

6. El disturbio ocasiona *alteraciones clínicas severas en las áreas social, laboral*, u otras áreas funcionales.

El TEP conlleva además de los síntomas anteriormente mencionados otras reacciones como deterioro en la modulación del afecto, vergüenza, pérdida de creencias, sensación constante de amenaza, hostilidad, duda e inseguridad. Es común que las personas víctimas de una situación

traumática experimenten aislamiento, sentimientos de ira y hostilidad hacia los demás porque no se sienten entendidos.

En casos más extremos, el aislamiento se manifiesta en una inhabilidad para sentir afecto o establecer relaciones cercanas. El abuso de sustancias, especialmente alcohol, es común en el TEP ya que constituye un escape de los recuerdos. Generalmente, se utiliza para conciliar el sueño y evitar tener pesadillas, al igual que para reducir la ansiedad y la tensión. Síntomas depresivos como dificultad para dormir, pérdida de apetito y otros placeres, dificultad para concentrarse, sentimientos de culpa, son otras características del TEP.

Keane y Barlow (2002), reportan que entre los planteamientos de investigación más importantes sobre el TEP, se encuentra el hecho que no todas las personas expuestas al mismo evento traumático desarrollan esta condición psicológica. La literatura sugiere que a pesar que los eventos ambientales contribuyen al desarrollo del TEP, generalmente interactúan con otros factores para producir el desorden. Estos autores sostienen que conocemos los eventos proximales o los factores precipitantes que activan este desorden en individuos vulnerables; pero que estos eventos pueden no ser suficientes para causar el desorden en todos los individuos expuestos a ellos. Sin embargo, a medida que los eventos son más severos en naturaleza, las probabilidades que las personas que los

experimentan desarrollen el TEP se incrementan.

APROXIMACIONES TEÓRICAS

En cuanto a las aproximaciones teóricas para el abordaje del TEP, Calhoun y Resick (1993), consideran que los diferentes modelos teóricos varían en su nivel comprensivo y de complejidad tendiendo además a superarse en gran medida.

Modelo de Condicionamiento

El modelo de condicionamiento explica a través de procesos de aprendizaje la adquisición y el mantenimiento de los síntomas del TEP. Sostienen que los sentimientos de terror, indefensión y de ansiedad extrema; es decir, los altos niveles de activación y malestar que se experimentan durante el evento traumático, permiten predecir según los diferentes procesos de condicionamiento clásico la adquisición de problemas relacionados con el trauma. El condicionamiento operante por su parte, explica el desarrollo de los síntomas de evitación y el mantenimiento de los mismos. Otros procesos dentro de la teoría del condicionamiento como la generalización de estímulos y el condicionamiento de orden superior explican el número de estímulos generadores del miedo.

El modelo de la etiología del TEP según Keane y Barlow (2002), sostiene que existe una vulnerabilidad biológica y psicológica en el desarrollo del

desorden. Emociones básicas intensas, constituyen *alarmas verdaderas* (es decir, el miedo que ocurre como consecuencia de una amenaza directa al peligro, o una experiencia traumática legítima); así como otras emociones como ira o angustia, que resultan de los efectos sobrecogedores del evento traumático, conducen a la aparición de *alarmas aprendidas* (que describen el proceso de condicionamiento clásico en el TEP). Estas alarmas aprendidas ocurren durante la exposición a las situaciones que simbolizan o se asemejan a la situación traumática; por ejemplo los aniversarios del evento traumático. El desarrollo de las alarmas aprendidas conlleva a una evitación persistente de los estímulos asociados al trauma.

La experiencia de *alarma verdadera* o de otras emociones intensas no son suficientes por sí mismas para desarrollar el TEP. Se debe desarrollar ansiedad o la sensación que estos eventos, incluyendo nuestras propias reacciones emocionales, proceden de manera impredecible e incontrolable. De manera que cuando el afecto negativo se desarrolla (incluyendo un sentido de incontrolabilidad), se entra en un círculo vicioso de aprehensión ansiosa y se desarrolla el TEP (Keane & Barlow, 2002).

Modelo de Procesamiento Emocional

Algunos autores proponen que los individuos que han sufrido estímulos estresantes traumáticos desarrollan estructuras del temor que contienen

recuerdos del acontecimiento traumático así como emociones asociadas y planes de escape. Foa, Steketee y Rothbaum (1989), sugieren que el TEP surge debido al desarrollo de una estructura de temor interna que provoca la conducta de escape y evitación. De esta manera, cualquier cosa asociada con el trauma podría evocar el esquema o estructura de temor y la posterior conducta de evitación. Chemtob *et al.* (1988), proponen que estas estructuras son activadas constantemente en individuos con un TEP y guían su interpretación de los acontecimientos como potencialmente peligrosos. Según la teoría del procesamiento emocional, la exposición reiterada al acontecimiento traumático en un ambiente seguro dará como resultado la habituación del temor y el cambio posterior de la estructura de temor. Conforme disminuya la emoción, los pacientes con un TEP empezarán a modificar los elementos que tiene una significación para ellos, cambiarán sus autoverbalizaciones y reducirán su generalización (Astin & Resick, 1997).

Modelos de Procesamiento Cognoscitivo

Se desarrollaron con el fin de facilitar la expresión del afecto y la adaptación apropiada del acontecimiento traumático a los esquemas más generales sobre uno mismo y el mundo (Resick y Schnicke, 1993).

Foa y Kozac, (1986), sostienen que existen tres características de la situación traumática que se deben tener en

cuenta en la etiología del desorden de estrés postraumático: peligrosidad, incontrolabilidad e impredecibilidad. Es decir, que eventos que sean altamente amenazantes y peligrosos para el ser humano, que atenten contra la vida o las de los demás; en donde la persona no dispone de una respuesta efectiva para cambiar o suspender este evento, y donde además no pueda predecir su terminación, son elementos centrales para la aparición del TEP. Por su parte Williams y Yule (1995), reportan que la manera como se interpreta la situación traumática es producto de la naturaleza del estímulo, las atribuciones causales, el contexto social y los factores de predisposición preexistentes.

Los modelos cognoscitivos que explican el desarrollo del TEP también hacen referencia a aquellas situaciones amenazantes que causan en el individuo un cambio abrupto en el sistema de creencias y esquemas cognoscitivos (por ejemplo, creencias acerca del mundo, de Dios, de la justicia, etc.), o eventos que inducen a la víctima a pensar, sentir, o comportarse de forma que contradiga su sistema de valores, (p.e. experimentar sentimientos de matar a alguien, o tener comportamientos de autodefensa moralmente inaceptados) (Foa & Riggs, 1993).

La *Teoría del procesamiento de la información* hace parte del modelo cognoscitivo. Resick y Schnicke (1992, 1993); han planteado que el afecto postraumático no se limita al temor y que los individuos con una TEP pue-

den igualmente experimentar otras fuertes emociones tales como vergüenza, ira o tristeza. Estas emociones, surgen directamente del trauma, pero también de las interpretaciones que hacen los individuos sobre el acontecimiento traumático y del papel que ha jugado en él. Esta teoría tiene que ver con la forma como se codifica la información en la memoria (Hollon & Garber, 1988). La información se interpreta normalmente en forma de esquemas cognitivos, la información nueva que es congruente con las creencias previas sobre sí mismo o el mundo se asimilan rápidamente y sin esfuerzo, ya que la información encaja con los esquemas y se necesita poca atención para incorporarlas. Cuando sucede algo que discrepa con los esquemas, el sistema de creencias debe modificarse o adaptarse para incorporar esta nueva información; sin embargo, se evita a menudo este proceso debido al potente afecto asociado con el trauma y porque la modificación de las creencias, puede hacer que las personas se sientan más vulnerables ante acontecimientos traumáticos futuros. De esta manera, en vez de adaptar sus creencias para incorporar el trauma, las víctimas pueden distorsionar (asimilar) el trauma para mantener intactas sus creencias.

En el caso de una experiencia afectiva muy fuerte, puede suceder que no se dé el procesamiento cognitivo ya que las víctimas del trauma evitan dicho afecto, y por consiguiente, no adaptan la información debido a que nunca recuerdan del todo lo que

sucedió o no procesan su significado; (es decir, que no procesan el acontecimiento). Debido a que la información sobre el acontecimiento traumático no ha sido procesada, categorizada y adaptada, los recuerdos del trauma continúan surgiendo durante todo el día como recuerdos retrospectivos (*flashbacks*), o estímulos recordativos invasores, o durante la noche bajo forma de pesadillas. Surgen también las respuestas emocionales y la activación que forman parte del recuerdo del trauma, lo que desencadena una mayor evitación (Astin & Resick, 1997).

Estos autores afirman que de acuerdo a este modelo, es necesaria la expresión afectiva, no para la habituación, sino con el fin que el recuerdo del trauma se procese totalmente. Se supone que el afecto, una vez que se ha tenido acceso a él, se desvanecerá rápidamente y puede empezar el trabajo de adaptar los recuerdos a los esquemas.

FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DEL TEP

Por otra parte, con respecto a la etiología del TEP (Smyth, 1999), sostiene que por definición las experiencias que implican amenaza a la integridad física o muerte son los principales agentes etiológicos del TEP. Sin embargo, existen algunos factores que aumentan la probabilidad de producir TEP en individuos expuestos a una amenaza real:

1. Cuando el evento traumático es severo, prolongado e inesperado.

2. Cuando la amenaza de muerte proviene de otro ser humano en lugar de ser producto de causas naturales.
3. La edad de la víctima en el momento del trauma (entre más joven sea la persona).
4. El sexo de la víctima (la mujer tiene mayores probabilidades de generar TEP).
5. Psicopatología preexistente, que predispone a los individuos a desarrollar el TEP (Helzer *et al.*, 1987).
6. Otras variables incluyen el número de exposiciones al mismo trauma o a uno similar, las estrategias de afrontamiento del individuo, la disponibilidad de apoyo social, eventos de vida estresantes y vulnerabilidad psicológica generalizada para desarrollar afecto negativo/ansiedad (Keane & Barlow, 2002).

Ciertamente existen algunos subgrupos dentro de la sociedad que tienen un mayor riesgo de exponerse a eventos traumáticos y desarrollar posteriormente el TEP. El personal militar, especialmente los soldados son los individuos con mayor riesgo. Las secuelas del combate están ampliamente documentadas en la literatura del TEP. Sin embargo, en la actualidad el terrorismo y otras condiciones a nivel mundial han convertido al ser humano en una potencial víctima del TEP.

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Los métodos de evaluación abarcan entrevistas de diagnóstico semiestructuradas para el TEP y comorbilidad relacionada, cuestionarios de autorreporte y medidas psicofisiológicas. A continuación se presenta una revisión de las entrevistas diagnósticas y las escalas de autorreporte disponibles para evaluar el trastorno de estrés posttraumático.

ENTREVISTAS DIAGNÓSTICAS ESTRUCTURADAS

Entrevista Clínica Estructurada para el DSM (SCID). El SCID (Spitzer, Williams, Gibbons & First 1994) es la entrevista más utilizada para evaluar los desórdenes psiquiátricos del Eje I y II. Consiste de módulos separados para las categorías diagnósticas más comunes. El módulo del trastorno de estrés posttraumático del SCID es sensible a nivel clínico y tiene una alta confiabilidad.

Programa de Entrevista de Trastornos de Ansiedad (ADIS). El ADIS original fue diseñado por DiNardo, *et al.* (1983). Posteriormente fue revisado para el DSM-III (ADIS-R; DiNardo & Barlow, 1988), y revisado nuevamente para el DSM IV (ADIS -IV: versión Curso de Vida; DiNardo, Brown & Barlow, 1994). Es una entrevista estructurada que se centra primordialmente en los trastornos de ansiedad y afectivos.

Entrevista PTSD (Post traumatic stress disorder). La entrevista PTSD (Watson, *et al.* 1991), arroja puntajes

dicotomos y continuos. Tiene excelentes propiedades psicométricas pero difiere en su formato de administración respecto de la mayoría de entrevistas de diagnóstico clínico estructuradas. A los pacientes se les suministra una copia de la escala para que la lean junto con la entrevista; luego se les pide que califiquen en una escala de Likert cada síntoma.

Escala Clínica-Administrada para PTSD (CAPS). Desarrollada por el Centro Nacional para el TEP en Boston, el CAPS fue diseñada para ser utilizada por clínicos entrenados y experimentados (Blake *et al.*, 1990). Contiene 30 ítems y evalúa los 17 síntomas del TEP, al igual que un rango de características asociadas que se observan frecuentemente.

Entrevista Estructurada para el PTSD (SI-PTSD). La (SI-PTSD) fue desarrollada por Davidson, Smith y Kudler (1989). Como el CAPS y la Entrevista PTSD, arroja medidas dicotomas y continuas. Por lo cual parece ser un instrumento útil para diagnosticar el TEP y medir la severidad de los síntomas.

Entrevista de Escala de Síntomas de PTSD (PSS-J). Desarrollado por Foa, Riggs, Dancu y Rothbaum (1993). Consiste en los 17 criterios diagnósticos del TEP, utiliza escalas tipo Likert para cada síntoma en cada uno de los criterios de definición del TEP. Su ventaja radica en su aplicación de corta duración, sus propiedades psicométricas y el empleo de escala tipo Likert que suministra puntajes de rutina dicotomos y continuos.

CUESTIONARIOS DE AUTORREPORTE

Lista de Chequeo PTSD (PCL). Desarrollada también por los investigadores del Centro Nacional para el TEP en Boston. Viene en dos versiones: una para civiles y la otra para personal militar. Contiene los 17 ítemes del criterio diagnóstico del DSM, que se califican en una escala tipo Likert de 5 puntos.

Escala Diagnóstica de Estrés Postraumático (PTDS). Desarrollado por Foa, Cashman, Jaycox y Perry (1997). Este instrumento fue validado en población colombiana de combatientes, como también lo ha sido en población americana de combatientes, víctimas de accidente, asalto sexual y no sexual, y un amplio rango de sobrevivientes de otros eventos traumáticos.

Escala de Impacto del Evento - Revisada (IES-R). Revisada por Weiss y Marmar, (1997). Fue desarrollada inicialmente por Horowitz, Wilner y Álvarez (1979). La IES-R incorpora los síntomas de la hiperactivación del TEP, síntomas que no estaban incluidos en la escala original.

Escala Mississippi para Combate - Relacionado con PTSD. La Escala Mississippi (Keane *et al.*, 1988). Es una escala de 35 ítemes diseñada para medir el TEP relacionado con combate.

Escala PTSD del MMPI-2 de Keane (PK). Originalmente derivado del Inventario Multifasético de Minesota de la Personalidad (MMPI). La escala consiste en 46 ítemes derivados empíricamente del MMPI-2 (Keane, Malloy & Fairbank, 1984; Lyons & Keane, 1990).

Inventario Penn para Estrés Postraumático. Es un cuestionario de 26 preguntas desarrollado por Hammerberg (1992). Sus propiedades psicométricas han sido examinadas en poblaciones con trauma múltiple y su especificidad es comparable con la de la Escala Mississippi. Se ha utilizado con víctimas de accidente, veteranos y pacientes psiquiátricos en general.

INTERVENCIONES EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Consideraciones generales

En la actualidad existe en la literatura numerosos estudios sobre diferentes intervenciones en el TEP, para mencionar algunos: debriefing, terapia cognoscitivo-conductual, terapia farmacológica, reprocesamiento y desensibilización por medio de movimientos oculares, terapia grupal, rehabilitación psicosocial, hipnosis, etc. Foa, Keane y Friedman, (2000). Estas intervenciones tienen en común el objetivo de restaurar el sentido de control, disminuir el poder del evento traumático sobre la experiencia actual y reducir los diversos síntomas que presenta el paciente. Algunos autores reportan que entre más rápido reciba el individuo ayuda, más rápido tendrá posibilidad de recuperarse de la experiencia traumática (Bisson, McFarlane & Rose, 2000).

El objetivo de la intervención en el TEP es ayudar al paciente a aceptar que el trauma sucedió, sin la carga emocional que conllevan los recuerdos y abordar los comportamientos

evitativos que se generaron como consecuencia del mismo. El terapeuta puede ayudar al paciente a elaborar formas de afrontar los síntomas de sobreactivación fisiológica, y los *flashbacks* que se presentan cuando se recuerda el trauma.

Para aliviar los síntomas del TEP como por ejemplo, los *flashbacks* y otros sentimientos y pensamientos dolorosos, la mayoría de las víctimas debe confrontar el evento traumático, y a través de esta confrontación aprender a aceptar el trauma como parte de su pasado.

Terapia Cognitivo-Conductual

Es una terapia que reúne un número diverso de técnicas. Las primeras terapias (desensibilización sistemática, entrenamiento en relajación, *biofeedback*), se centraron principalmente en la teoría de los dos factores de Mowrer, del condicionamiento del miedo y de la evitación operante. Posteriormente, surgieron las teorías del procesamiento emocionales/informativas, especialmente dirigidas a abordar los síntomas del TEP (exposición prolongada, terapia cognitiva, terapia del procesamiento cognitivo), que predominaron sobre las teorías del aprendizaje anteriormente mencionadas (Rothbaum, Meadows, Resick & Foy, 2000).

Foa y Rothbaum, (1998) reportan varios mecanismos centrales en el tratamiento del TEP:

1. Revivir la experiencia traumática en imaginación promueve la habi-

tuación y reduce la ansiedad asociada con el recuerdo del trauma, y corrige la idea equivocada que la ansiedad permanece a menos que se emita una conducta de escape/evitación.

2. El proceso de confrontar deliberadamente el recuerdo del trauma, bloquea el reforzamiento negativo asociado con la reducción del miedo que se presenta posteriormente a la evitación de pensamientos y sentimientos relacionados con el trauma.
3. Revivir la experiencia traumática en un ambiente terapéutico y de apoyo, suministra información de seguridad dentro del recuerdo del trauma, ayudando de esta manera al paciente a entender que el recuerdo del trauma *no* es peligroso.
4. El centrarse en el recuerdo del trauma durante un período de tiempo prolongado, ayuda al paciente a diferenciar el evento traumático, de otros no traumáticos y por consiguiente llegar a tener claro que el trauma constituyó un evento específico y no es una representación de que el mundo es un lugar peligroso, o que la víctima es una persona incapaz.
5. El proceso de revivir el trauma ayuda a cambiar el significado de los síntomas del TEP desde una idea que el individuo es incompetente, hasta una idea de coraje y maestría.

6. La exposición prolongada del evento traumático implica una oportunidad para atender a detalles centrales de las evaluaciones negativas que se hace el paciente y permite corregirlas.

Estos autores sostienen que los mecanismos mencionados anteriormente, también son válidos en las exposiciones *in vivo*. Sin embargo, reportan que los mecanismos más sobresalientes durante la exposición *in vivo* es la posibilidad de corregir el error de sobreestimación de probabilidad del peligro, y la habituación de respuestas de temor ante estímulos relevantes al trauma.

Terapias de Exposición

Reúne una serie de técnicas diseñadas para ayudar al paciente a confrontar el/los estímulos temidos, situaciones, recuerdos o imágenes. Los programas de exposición varían en términos de duración (corta versus prolongada), establecimiento de jerarquía de estímulos o situaciones temidas, y nivel de ansiedad experimentado (bajo versus alto). En el TEP los programas de exposición abarcan la *exposición en imaginación*; por ejemplo, recordar o exponerse varias veces el evento traumático. Algunos métodos en este tipo de exposición requieren que el paciente suministre su propia narrativa al discutir detalladamente el evento traumático por periodos largos de tiempo (p.e. 45-60 minutos), mientras el terapeuta indaga sobre otros detalles omitidos (Foa *et al.*, 1999).

Otras formas de exposición en imaginación requieren que el terapeuta presente la narrativa al paciente con base en la información suministrada por éste sobre el evento traumático (Keane, Fairbank, Caddell & Zimering, 1989); y la *exposición in vivo*, en donde se confrontan realmente las situaciones y objetos que evocan la ansiedad. Por lo general, la mayoría de los tratamientos de exposición no consisten solamente en la exposición, sino que además incluyen otros componentes terapéuticos como por ejemplo psicoeducación y relajación.

La terapia de exposición ha demostrado su efectividad en el tratamiento del TEP, en 12 estudios controlados metodológicamente y en donde varios de ellos obtuvieron los estándares dorados de resultados clínicos (Foa & Meadows, 1997). Estos hallazgos fueron muy concluyentes sobre la efectividad de la exposición en el tratamiento del TEP.

A pesar de la efectividad de las técnicas de exposición para el TEP, algunos sobrevivientes de trauma se oponen a exponerse a recuerdos del evento y a tolerar altos niveles de ansiedad y a incrementar temporalmente sus síntomas como resultado de la exposición, como una fase previa a la recuperación. De manera que no todas las personas son candidatas a esta intervención. Existe alguna evidencia preliminar en el sentido que la terapia de exposición no es efectiva en perpetradores de daño, especialmente pacientes en donde la *culpa* es la emoción primaria (Pitman *et al.*,

1991). También existe evidencia que individuos cuya respuesta emocional primaria es la ira, tampoco se beneficiarán de la terapia de exposición, en comparación a pacientes cuya emoción primaria es la ansiedad (Foa, Riggs, Massie & Yarczower, 1995). No obstante estas consideraciones la terapia de exposición ha recibido la evidencia más fuerte para el tratamiento del TEP, y debe ser considerada como la primera línea de tratamiento a menos que existan reglas que la descarten.

Técnicas en Manejo de Ansiedad

Surgieron del supuesto que la ansiedad patológica proviene de un déficit de habilidades necesarias para afrontar la ansiedad. Estos programas entrenan al paciente en una serie de habilidades que les permiten reducir la ansiedad del TEP cuando ésta ocurra, e incluye entrenamiento en relajación y respiración, educación sobre el trauma, imaginación positiva, reestructuración cognoscitiva, técnicas de distracción y entrenamiento en habilidades de comunicación. Algunos programas para el TEP han incluido el entrenamiento en manejo de ira como parte de las habilidades entrenadas al paciente (Chemtob, Novaco, Hamada & Gross, 1997; Keane, *et al.*, 1989); debido a la importancia de estos problemas interpersonales entre los pacientes con TEP.

Terapia Cognitiva

Postula que ciertos patrones de pensamiento disfuncional produce emo-

ciones patológicas que culminan en las manifestaciones de los desórdenes psiquiátricos, incluyendo el TEP. Estos patrones de pensamiento generalmente conducen a que la persona se sienta ansiosa, deprimida, con ira, o con vergüenza en situaciones donde esas emociones no son apropiadas. Las cogniciones disfuncionales y las emociones que resultan de éstas provocan conductas como evitación de situaciones seguras y enfrentamientos innecesarios con los demás. La terapia cognitiva enseña al paciente identificar las cogniciones disfuncionales, a retarlas y a remplazarlas con cogniciones funcionales y realistas.

Respecto a los hallazgos de la terapia cognitiva, se puede concluir que ésta es efectiva; sin embargo, muchos clínicos e investigadores sostienen que en la terapia cognitiva es recomendable incluir el componente de exposición (Foa *et al.*, 2000).

Una clase de terapia cognitiva es la *Terapia del Procesamiento Cognitivo*, desarrollada por Resick y Schnicke (1993), y consiste en un paquete de tratamiento conductual multidimensional para mujeres con TEP víctimas de violación. Este paquete combina elementos de la terapia de exposición, terapia en manejo de ansiedad y reestructuración cognoscitiva. La meta de la terapia de procesamiento cognitivo es corregir cogniciones específicas maladaptativas con énfasis en 5 supuestos asociados a víctimas de violación: seguridad, confianza, poder, estima e intimidad.

Foa *et al.* (2000), sostienen que a pesar de la efectividad demostrada de la terapia de procesamientos cognitivo, debe tenerse en cuenta que fue diseñada como un tratamiento para mujeres víctimas de violación, de manera que puede ser inapropiada para otras víctimas de trauma a menos que se realicen algunas modificaciones al tratamiento.

En resumen, se puede concluir que existen por lo menos tres tratamientos con un excelente soporte empírico en ensayos clínicos bien controlados para el tratamiento del TEP: la terapia de exposición, la terapia en manejo de ansiedad, y la reestructuración cognitiva. Estas tres aproximaciones además han manifestado fuertes efectos de tratamiento y han sido aplicados a través de diversas poblaciones de sobrevivientes de trauma (Keane & Barlow, 2002).

Reprocesamiento y Desensibilización Sistemática por medio de Movimientos Oculares (EMDR)

Es una técnica reciente con aplicación al TEP, desarrollada originalmente por Shapiro (1995). El EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing therapy) se basó en la observación causal que los pensamientos problemáticos de esta autora se solucionaban cuando sus ojos seguían el movimiento acompasado de las hojas de los árboles durante un paseo en el parque. Sostuvo que los movimientos oculares laterales facilitaban la iniciación del procesamiento cognitivo del trauma por parte del paciente.

Posteriormente el EMDR se conceptualizó como un tratamiento cognitivo conductual dirigido a facilitar el procesamiento de la información de los eventos traumáticos y la reestructuración cognitiva de los pensamientos negativos relacionados con el trauma (Astin & Resick, 1997).

El EMDR ha sido controvertida por numerosas razones, incluyendo la falta de fundamentos teóricos y la carencia de datos empíricos con una metodología sólida (Astin y Resick, 1997). Se requiere de mayores estudios antes que la investigación apoye la utilización del EMDR en el tratamiento del TEP. En la actualidad, no existe ningún estudio que apoye al EMDR como un tratamiento superior a cualquiera de los existentes para el TEP, como la terapia de exposición, la terapia en manejo de ansiedad o la terapia cognitiva. (Chemtob, Tolin, Van der kolk & Pitman, 2000).

Terapia de Grupo

Este tipo de terapia puede ser un aporte importante del TEP, ya que el trauma generalmente afecta la habilidad de la persona para establecer relaciones afectivas. Estos eventos pueden afectar profundamente los supuestos básicos a nivel cognitivo que el mundo es un lugar seguro y predecible, generando desconfianza o relaciones adictivas hacia los demás. La terapia de grupo con pacientes con TEP ayuda a restablecer la confianza y el sentimiento de pertenencia hacia la comunidad, de manera que la persona recobre la habilidad para relacionar-

se de manera sana con otros miembros en un ambiente controlado. Esta terapia es quizá la mejor opción terapéutica para pacientes con TEP suave o moderado.

Tratamientos Farmacológicos

Los tratamientos farmacológicos para el TEP están en sus etapas nacientes de desarrollo. Resultados iniciales de ensayos clínicos aleatorios parecen apoyar el uso del antidepresivo amitriptalina (Davison *et al.*, 1990). Estudios más recientes sugieren que el inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (SSRI), sertralina mejora el cuadro sintomático de pacientes con TEP (Brady *et al.*, 2000; Davidson *et al.*, 1997).

La introducción de los SSRI ha generado una nueva línea de investigación en el tratamiento del TEP. Debido a que este desorden afecta a casi un 8% de la población general, es muy probable que los laboratorios farmacéuticos continúen desarrollando investigaciones y esfuerzos para encontrar mejores tratamientos para este desorden. Claramente, se hace necesario que nuevos ensayos clínicos examinen los efectos interactivos de los tratamientos cognitivo-conductuales y los agentes psicofisiológicos en el estudio de la efectividad de los tratamientos para el TEP (Keane & Barlow, 2002).

DISCUSIÓN

Existen limitaciones en la literatura científica sobre el TEP, especialmen-

te, la mayoría de estudios utilizan criterios de inclusión y exclusión con el objeto de establecer la población de participantes apropiadamente. Es común, en estudios sobre tratamientos del TEP que se excluyan pacientes que presenten además del TEP, una dependencia activa de sustancias, ideación suicida, déficits neuropsicológicos, retardo o enfermedades cardíacas. De manera que la generalización de los resultados respecto a la efectividad de los tratamientos a este tipo de poblaciones puede no ser conveniente. La investigación sobre tratamientos en TEP ha arrojado resultados sobre la efectividad de la terapia de exposición sobre los demás tipos de intervención. Sin embargo, se ha demostrado ampliamente, en varios estudios que la terapia cognitiva y el manejo en ansiedad también son efectivos.

En la literatura científica sobre el TEP existen varios aspectos que merecen contemplarse con el objeto de adelantar en la comprensión de este desorden: (1) no existe evidencia conclusiva respecto a si la exposición a ciertos traumas genera un TEP especialmente resistente al tratamiento; (2) no se han diseñado estudios clínicos que aborden la pregunta de si el número de traumas previos que ha padecido la persona, predice la respuesta al tratamiento entre pacientes con TEP; (3) no se ha estudiado sistemáticamente si existen diferencias de género respecto a la respuesta al tratamiento de personas víctimas del mismo trauma (Foa, Keane &

Friedman, 2000). Estos y otros interrogantes dejan un camino largo para el desarrollo de investigaciones tendientes a aliviar los efectos de este devastador trastorno que afecta a la población mundial en general.

En la actualidad la terapia cognitivo-conductual para el TEP ha tenido sustento empírico de múltiples estudios controlados con una variedad de víctimas de trauma, incluyendo veteranos de guerra, mujeres víctimas de violación y poblaciones de trauma mixtos. De los programas de tratamientos existentes, la terapia de exposición tiene el mayor sustento empírico por su alto grado de eficacia y eficiencia en diferentes poblaciones de víctimas de trauma con TEP. La terapia cognitiva, especialmente en mujeres violadas es alentadora; sin embargo, sus resultados con otras poblaciones no puede asegurarse. Es interesante que estudios en la literatura que han comparado diferentes tratamientos como terapia de exposición con entrenamientos en inoculación de estrés, o reestructuración cognitiva no confieren beneficios adicionales a nivel terapéutico comparados con la terapia de exposición sola (Foa *et al.*, 1999).

Para determinar el beneficio de otras psicoterapias para el TEP, se requieren estudios muy bien controlados a nivel metodológico, que incluyan grupo control, muestras grandes y más tratamientos comparativos. Igualmente, surge el interrogante de si las víctimas de eventos traumáticos con TEP, como combate, tortura, genoci-

dio, desastres naturales también presentan mejoría como aquellos tratados exitosamente para violación, accidentes automovilísticos y asaltos (Keane & Barlow, 2002).

Por otra parte, no hay estudios que hayan examinado la eficacia relativa de la medicación y la terapia cognitivo-conductual, y si la combinación de las dos aumenta la eficacia de cada una.

Finalmente, un área reciente de importancia en el estudio del TEP, es el impacto de este desorden sobre la salud. Felitti *et al.* (1998), encontraron que los individuos que experimentaron diversas experiencias adversas cuando niños, tenían un mayor riesgo de tener un amplio rango de problemas mentales, físicos y de salud. Estos problemas incluyen factores de riesgo de enfermedades como obesidad, abuso de alcohol, abuso de drogas, consumo de cigarrillos, y comportamientos sexuales riesgosos. De esta manera, la exposición a eventos traumáticos y el TEP arrojan un nuevo campo de la relación entre estrés y salud (Keane & Barlow, 2002).

REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª Ed.). Barcelona: Masson.
- Astin, M.C. & Resick, P. (1997). Tratamiento Cognitivo Conductual del Trastorno de Estrés Postraumático. En V. Caballo (Ed.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. (pp. 171-209). Madrid: Siglo XXI.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. Nueva York: Guilford Press.

- Beck, A. Ward, D., Mendelson, M., Mock, J., & Earbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bisson, J.I., McFarlane, A.C. & Rose, S. (2000). Psychological Debriefing. En E.B. Foa, Keane, T.M. & Friedman, M.J. (Eds). *Effective treatments for PTSD*. (pp. 39-59). Nueva York: Guilford Press.
- Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Charney, D.S., & Keane, T. M. (1990). *The Clinician-Administrative PTSD Scale-IV*, Boston: National Center for PTSD- Behavioral Science Division.
- Brady, K.T., Pearlstein, T., Asnis, G.M., Baker, D., Rothbaum, B., & Sikes, C.R. (2000). Efficacy and safety of sertraline treatment of post-traumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 28, 563-564.
- Calhoun, K. & Resick, P. (1993). Post traumatic stress disorder. En D. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Chemtob, C.M., Novaco R.W., Hamada, R.S., Gross, D.M. (1977). Cognitive-behavioral treatment for severe anger in post traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 10, 17-36.
- Chemtob, C.M, Roitblat, H,L., Hamada, R.S., Carlson, J.G. & Twentyman, C.T. (1988). A cognitive action theory of post-traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 253-275.
- Chemtob, C.M., Tolin, D.F., Van der kolk, B. A., & Pitman, R.K. (2000). Eye Movement Desensibilization and Reprocessing. En E.B. Foa; T.M. Keane, T & M.J. Friedman. *Effective Treatment for PTSD*. (pp. 139-155). Nueva York: Guilford Press.
- Davidson, J. R.T. & Foa. E. (1993). *Posttraumatic Stress Disorder. DSM IV and beyond*. Washington: American Psychiatry.
- Davidson, J.R.T., Kudler, H., Smith, R., Mahoney, S.L., Hammett, E.B., Saunders,W.B., & Cavenar, J.O. (1990). Treatment of posttraumatic stress disorder with amitriptyline and placebo. *Archives of General Psychiatry*, 47, 259-266.
- Davidson, J.R.T., Landburg, P.D., Pearlstein, T., Weisler, R., Sikes, C., & Farfel, G.M. (1997). Double-blind comparison of sertraline and placebo in patients with posttraumatic stress disorder (PTSD). *Abstracts of the American College of Neuropsychopharmacology*, 36th Annual Meeting, San Juan, Puerto Rico.
- Davidson, J.R.T., Smith, R., & Kudler, H., (1989). Validity and reliability of the DSM-III criteria for post traumatic stress disorder: Experience with a structured interview. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 336-341.
- DiNardo, P.A. & Barlow, D. H. (1988). *Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R)*. Albany: Phobia and Anxiety Disorders Clinic, State University of New York.
- DiNardo, P.A., Brown, T.A. & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule-for DSM-IV: Lifetime Version (ADIS-IV-L)*.San Antonio, TX: Psychological Corporation/Graywind Publications Incorporated.
- DiNardo, P.A., O'Brian, G.T; Barlow, D. H; Waddell, M.T., & Blanchard, E.B. (1983). Reliability of the DSM-III anxiety disorder categories using a new structured interview. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1070-1074..
- Epstein, N.B. y Baucom, D.H. (2002). *Enhanced Cognitive-Behavioral Therapy for Couples. A Contextual Approach*. Washington: APA.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., & Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and house hold dysfunction to many of the leading causes of deaths in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
- Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451.
- Foa, E.B., Dancu, C.V., Hembree, E.A., Jaycox, L.H., Meadows, E.A., & Street G.P. (1999). The efficacy of exposure therapy; stress inoculation training, and their combination in ameliorating PTSD for females victims of assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 948-955.
- Foa, E. B. , Keane, T.M. & Friedman, M.J. (Eds), (2000). *Effective Treatment for PTSD. Practice Guidelines for the International Society for Traumatic Stress Studies*. Nueva York: Guilford Press.
- Foa, E. B. & Kozac, M. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective

- information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E.B. & Meadows, E.A. (1997). Psychosocial treatment for post-traumatic stress disorder: A critical review. En J. Spencer, J.M. Darley, & D.J. Foss (Eds.), *Annual Review of Psychology* (Vol. 48, pp. 449-480). Palo Alto, CA: Annual Review.
- Foa, E. B. & Riggs, D. S. (1993). PTSD in rape victims. En J.M. Oldman, M.B. Riba, & A. Tasman (Eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, 12, Washington DC: American Psychiatric Press.
- Foa, E. B., Riggs, D.S., Dancu, C.V., & Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473.
- Foa, E. B., Riggs, D.S., Massie, E.D., & Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for PTSD. *Behavior Therapy*, 26, 487-499.
- Foa, E.B. & Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. Nueva York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Steketee, G. & Rothbaum, B.O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Hammerberg, M. (1992). Penn Inventory for post traumatic stress disorder: Psychometric properties. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 67-76.
- Harvey, A.G., Bryant, R.A., & Tarrier, N. (2003). Cognitive-behavior therapy for post traumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 377-407.
- Helzer, J., Robins, L. & Evay, L. (1987). PTSD in the general population. *New England Journal of Medicine*, 317, 1630-1634.
- Hollon, S.D. & Garber, J. (1988). Cognitive therapy. En L. Y. Abramson (dir.), *Social cognition and clinical psychology: A synthesis*. Nueva York: Guilford Press.
- Horowitz, M.J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective distress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Kaltman, S. & Bonanno, G. (2003). Trauma and bereavement: Examining the impact of sudden and violent deaths. *Anxiety Disorders*, 17, 131-147.
- Keane, T.M & Barlow, D. (2002). Posttraumatic Stress Disorder. En D. H. Barlow (Ed.). *Anxiety and Its Disorders. The nature and treatment of anxiety and panic*. (pp. 418-453). Nueva York: Guilford Press.
- Keane, T.M., Caddell, J.M., & Taylor, K.L. (1988). Mississippi Scale for Combat-Related Post traumatic Stress disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 85-90.
- Keane, T.M., Fairbank, J.A., Caddell, J.M., & Zimering, R.T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veteran. *Behavior Therapy*, 20, 245-260.
- Keane, T.M., Malloy, P.F., & Fairbank, J.A. (1984). Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 888-891.
- Keane, T.M, Weathers, F.W & Foa, E. (2000). Diagnosis and Assessment. En E. B. Foa, T.M. Keane & M.J. Friedman (Eds), *Effective Treatment for PTSD. Practice Guidelines for the International Society for Traumatic Stress Studies*. (pp. 18-39). Nueva York: Guilford Press.
- Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Hough, R.L., Jordan, B.K., Marmar, C.R., & Weiss, D.S. (1990). *Trauma and the Vietnam War generation: Report from findings from the National Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel.
- Lyons, J.A. & Keane, T.M. (1990). Keane PTSD Scale: MMPI and MMPI-2 update. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 111-117.
- Pitman, R.K., Altman, B.J., Greenwald, E., Longpre, R.E., Macklin, M.L., Poire, R.E., & Steketee, G.S. (1991). Psychiatric complications during flooding therapy for post traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 17-20.
- Resick, P. A. & Schnicke, M.K. (1992). Cognitive Processing Therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-760.
- Resick, P. A. & Schnicke, M.K. (1993). *Cognitive Processing Therapy for rape victims: A Treatment Manual*. Newbury Park, Ca: Sage.
- Rothbaum, B.O (1977). A controlled study of eye movement desensibilization and reprocess-

- ing in the treatment of posttraumatic stress disorders in sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 317-334.
- Rothbaum, B.O., Meadows, E.A., Resick, P. & Foy, D.W. (2000). Cognitive-Behavioral Therapy. En E.B. Foa, Keane, T.M. & Friedman, M.J. (Eds). *Effective treatments for PTSD*. (pp.60-83). Nueva York: Guilford Press.
- Smyth, L. D. (1999). *Clinicians Manual for the Cognitive-Behavioral Treatment of Post Traumatic Stress Disorder*. Baltimore: RTR Publishing Company.
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movements Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. Nueva York: Guilford Press.
- Spitzer, R., Williams, J.W., Gibbon, M., & First, M. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM*. Nueva York: State Psychiatric Institute, Biometrics Department.
- Tarrier, N. & Sommerfield, C. (2004). Treatment of Chronic PTSD by cognitive Therapy and Exposure: 5 year Follow up. *Behavior Therapy*, 35, 231-246.
- Watson, C.G., Juba, M.P., Manifold, V., Kucala, T., & Anderson, P. (1991). The PTSD Interview: Rationale, description, reliability and concurrent validity of a DSM-III-based technique. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 179-188.
- Weiss, D.S., & Marmar, C.R. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. En J.P. Wilson & T.M. Keane (Eds). *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-428). Nueva York: Guilford Press.
- Williams, R., & Yule, W. (1995). Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress. *Clinical Psychology Review*, 15, 515-544.

Fecha de envío: septiembre 12, 2005

Fecha de aceptación: febrero 28, 2006