



■ artículo

SCV Societat Catalana
de Victimologia

SOCIEDAD VASCA DE VICTIMOLOGÍA
SOCIAL ESTEREOLOGIA SOCIETATIS

HUYGENS
EDITORIAL

REVISTA DE VICTIMOLOGÍA | JOURNAL OF VICTIMOLOGY
Online ISSN 2385-779X
www.revistadevictimologia.com | www.journalofvictimology.com
DOI 10.12827/RVJV.9.01 | N. 9/2019 | P. 5-29
Fecha de recepción: 26/06/2019 | Fecha de aceptación: 08/10/2019

La Terapia de Exposición Narrativa como alternativa terapéutica para el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo

Narrative Exposure Therapy as alternative for treatment of Complex Posttraumatic Stress Disorder

M. José Cáceres Rubio
María Crespo

Dpto. Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica
Universidad Complutense de Madrid, España

Autora para correspondencia: María Crespo. Facultad de Psicología.
Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas s/n,
28223 Madrid (Spain). mcrespo@psi.ucm.es

Resumen

En los últimos años se han planteado nuevos acercamientos terapéuticos para el tratamiento del trauma complejo en poblaciones como los refugiados y solicitantes de asilo, que intentan adaptarse a las características y circunstancias específicas de estas poblaciones, en particular a la dificultad de accesibilidad a un tratamiento psicológico y a la acumulación de acontecimientos traumáticos. Entre ellos figura la Terapia de Exposición Narrativa (TEN), así como sus versiones, STAIR para personas que han sufrido adversidades en la infancia, y FORNET para población militar con altos niveles de agresividad. El presente trabajo tiene como objetivo realizar una revisión sistemática de estudios que valoren la eficacia de la TEN y sus dos versiones para el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en adultos. La revisión recoge un total de 21 estudios publicados entre 2000 y 2018. Los resultados muestran que la TEN y sus diferentes modalidades son eficaces para disminuir la sintomatología postraumática en un conjunto breve de sesiones. Los resultados son menos concluyentes respecto a la disminución de la sintomatología depresiva. Además, las tasas de abandono del tratamiento son bajas. Se discuten las implicaciones clínicas de los resultados.

Palabras clave

Tratamiento psicológico, Terapia de exposición narrativa, Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, TEPT, eficacia.



ABSTRACT

In recent years, new therapeutic approaches have been proposed for the treatment of complex trauma in populations such as refugees and asylum seekers that try to adapt to the characteristics and specific circumstances of these populations, in particular to their difficulties of access to psychological treatment and the accumulation of traumatic events. Among them figure the Narrative Exposure Therapy (TEN), as well as its versions, named STAIR, for people who have suffered adversity in childhood, and FORNET, for military population with high levels of aggressiveness. The objective of this work is to carry out a systematic review of studies that assess the effectiveness of TEN and its two versions for the treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in adults. The review includes a total of 21 studies published between 2000 and 2018. The results show that TEN and its modalities are effective in reducing post-traumatic symptomatology in a brief set of sessions. The results are less conclusive regarding the decrease in depressive symptoms. In addition, drop-out rates for treatment are low. The clinical implications of the results are discussed.

Keywords

Psychological treatment, Narrative exposure therapy, Complex Posttraumatic Stress Disorder, PTSD, Effectiveness.



1. Introducción

El trauma complejo se caracteriza por la exposición repetida a múltiples incidentes traumáticos, generalmente de carácter interpersonal, en los que se hace imposible escapar de ellos. Estas experiencias conllevan, además de la sintomatología centrada en el trauma, dificultades en la regulación emocional y problemas en las áreas relacionales. En este contexto de trauma múltiple se considera a las personas refugiadas y en busca de asilo, como grupos especialmente vulnerables a la hora de presentar problemas de salud mental en relación con la violencia y la tortura continuada sufrida en sus países de origen (Morkved *et al.*, 2014). Las experiencias traumáticas por las que han pasado, además de la propia pérdida del hogar, la permanencia temporal en diferentes campamentos y el sentimiento de no pertenencia, a lo que se suma con frecuencia la incertidumbre de su situación, intensifican la sintomatología postraumática y fomentan la aparición de problemas de salud (McPherson, 2012). Según el último informe de ACNUR (2017) el número de personas refugiadas en todo el mundo ascendía a los 68,5 millones, casi 26 millones de ellos menores de 18 años (Crespo, Castro y Gómez-Gutiérrez, 2017). Las ratios de prevalencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en esta población oscilan entre el 15 y el 50%.

En este contexto de cambio constante e incertidumbre, que impone una serie de condicionantes importantes en cuanto a la aplicación de las intervenciones psicológicas, se desarrolló la *Terapia de Exposición Narrativa* (TEN), como intento de ayudar a estas personas a disminuir sus síntomas postraumáticos, así como mejorar su calidad de vida, adaptándose a sus circunstancias especiales. Para ello, Schauer, Neuner y Elbert (2011) versionaron la clásica terapia de exposición en un formato corto, individual y que sirviera a las necesidades de esta población. En esencia, esta terapia se enmarca en la Terapia Cognitivo Conductual, pero de menor duración, y en vez de centrarse en un único evento traumático, abarca toda la autobiografía del paciente fomentando la integración de la información traumática en la memoria. Además, debido a la importancia de las tradiciones orales en muchas de sus culturas, los enfoques narrativos son especialmente extrapolables y válidos en estas situaciones (Gwozdziwycz & Mehls-Madrone, 2013; McPherson, 2012; Morkved *et al.*, 2014), por lo que incorpora elementos de la Terapia Testimonial (TT), intervención creada para tratar a los supervivientes de las políticas de Pinochet en las prisiones chilenas, que se ha mostrado efectiva también con refugiados de Bosnia en Estados Unidos (Gwozdziwycz & Mehls-Madrone, 2013). Esta intervención fomenta la reelaboración de las experiencias traumáticas almacenadas en la memoria alterada, reprocesando el evento tanto a nivel cognitivo como emocional. En la TT los pacientes reciben su testimonio escrito al finalizar el tratamiento (McPherson, 2012).



En la TEN, el paciente es animado a revivir esas experiencias mientras las narra sin perder la conexión con el aquí y ahora. Al recordar constantemente al paciente que los sentimientos y las respuestas fisiológicas son resultado de la activación de las memorias “calientes”, el terapeuta conecta la representación mnésica de los hechos del episodio, por lo que el lugar y el momento se vincula con lo que siente y vive al recordarlo. La exposición al recuerdo traumático no finaliza hasta que las emociones, especialmente el miedo, descienden significativamente. Además, como la información autobiográfica es incluida dentro de la memoria caliente, la red del miedo poco a poco se va inhibiendo, conllevando una disminución sintomática (Elbert, Schauer & Neuner, 2015; Robjant & Fazel, 2010).

El procedimiento de esta terapia comienza con una introducción psicoeducativa donde se explica la causa de la sintomatología, y en caso necesario, la declaración sobre la universalidad de los derechos humanos. En este contexto se explica el encuadre de la terapia dirigida a mejorar las capacidades cognitivas, y consecuentemente, la disminución de los síntomas. La primera sesión de TEN comienza con la creación de una línea de vida que permita establecer los eventos autobiográficos más importantes del paciente, tanto los positivos como los negativos, en orden cronológico, fomentando la orientación de los eventos traumáticos. Las siguientes sesiones están orientadas al desarrollo en su totalidad de los eventos tanto positivos como negativos que expuso en la primera sesión. El proceso finaliza cuando el paciente lee en voz alta la biografía escrita entre sesiones. De esta forma se fomenta que la persona integre de manera cronológica su vida, así como que sea capaz de establecer una coherencia en aquellos episodios que fueron más difíciles de relatar por su contenido traumático. Después, se le ofrece una copia de narración y bajo su consentimiento es ofrecida a abogados de las organizaciones de los derechos humanos como testimonio de los eventos sufridos (Elbert *et al.*, 2015). En general, el hecho de procesar el trauma de manera integradora en la autobiografía de la persona produce una reducción importante en la sintomatología postraumática.

Existe además una versión de la TEN original destinada a aquellas personas diagnosticadas con TEPT que han vivido adversidades en la infancia como abuso sexual, abuso físico, abuso emocional o negligencia y que presentan dificultades en el manejo de las interacciones sociales: la *Terapia Narrativa STAIR (Skill Training Affective and Interpersonal Regulation)* desarrollada por Cloitre y Schmidt (2015). Esta intervención está destinada a facilitar la construcción de la resiliencia, disminuyendo el riesgo de posibles episodios de cuadros postraumáticos. Los problemas de regulación emocional facilitan el mantenimiento de la sintomatología postraumática y la agravan, de manera que este tipo de intervenciones fomentarían el fortalecimiento de las personas y el crecimiento personal. El programa se compone de 16 sesiones divididas en dos módulos: el primero incluye



la parte relacionada con la regulación emocional; y el segundo se compone de las sesiones correspondientes a la TEN (Cloitre & Schmidt, 2015).

Por otra parte, Hecker, Hermenau, Crombach y Elbert (2015), siguiendo la teoría de que la elaboración narrativa podría romper las asociaciones positivas afectivas de la guerra, desarrollaron la *Terapia de Exposición Narrativa para la Rehabilitación de los Agresores Expertos (Narrative Exposure Therapy adapted for Forensic Offender Rehabilitation)*, (FORNET), como una versión de la TEN original para pacientes con historial de violencia perpetrada centrada en fomentar el control del comportamiento violento, abordándolo a través de la exposición narrativa, así como el cambio de rol de combatiente a civil.

La FORNET está especialmente dirigida a población militar que suele vivir en ambientes rodeados de violencia que fomentan comportamientos agresivos y problemas de adaptación una vez finalizada la guerra. Estos problemas emergen en respuesta a la percepción de una amenaza o provocación del entorno, que es concebido como peligroso. El aumento de la asociación del miedo que provocan estos contextos, y con ello la formación de redes representacionales del miedo, lleva a una desregulación en forma de disminución del autocontrol emocional, inestabilidad afectiva e impulso agresivo, reduciendo la capacidad para procesar la información social. Además, la guerra se asocia con sentimientos de autoeficacia, control, poder y excitación, que contribuyen a la creación de una red de “apetito agresivo” que se mantendría en el tiempo, fuera incluso del campo de batalla (Crombach & Elbert, 2015). Por ello, después del desarme y la desmovilización, se hace necesario fomentar la integración de los excombatientes en la sociedad civil.

El contenido de las primeras sesiones de FORNET sigue las líneas de la TEN original con la exposición de los eventos traumáticos. Las sesiones grupales se centran en el cambio de rol de combatiente a civil, animando a los participantes a discutir las formas en las que pueden integrarse ambos roles en el futuro (Crombach & Elbert, 2015; Elbert *et al.*, 2015; Köback *et al.*, 2015).

Como puede observarse, las semejanzas entre estas tres versiones de la TEN son numerosas. Por una parte, la versatilidad de las terapias, al poder ser aplicadas en diferentes contextos, lo que supone, además, una de sus mayores ventajas. Estas terapias pueden ser utilizadas con población refugiada en un número corto de sesiones y pueden ser llevadas a cabo por población refugiada entrenada (Neuner *et al.*, 2008). Su formato narrativo fomenta la exposición de cualquier evento en un menor número de sesiones, en comparación con otras terapias. La integración del evento traumático dentro de la autobiografía de la persona es posible gracias al desarrollo de la línea de vida en la que se recogen todos los eventos, tanto positivos como negativos. El hecho de que exponga a la persona a la narración del trauma bien podría recordar a la exposición pro-



longada, sin embargo, las personas viven esta exposición como menos intrusiva, como se desprende de las bajas tasa de abandono que se producen en las distintas poblaciones (Morkved *et al.*, 2014). También difiere de la exposición en que ésta se centra en un evento traumático concreto, mientras que la TEN y sus versiones, abarcan la autobiografía en su totalidad.

Las diferentes versiones de la TEN se diferencian básicamente en la población a la que se aplican y en los módulos que las componen. Así, la STAIR se centra en población que ha sufrido maltratado en la infancia e incluye el módulo correspondiente a la regulación emocional y el entrenamiento de habilidades sociales, mientras la FORNET está enfocada principalmente a la población militar con altos niveles de agresividad y su contenido narrativo incorpora las experiencias de violencia perpetradas.

Resulta interesante indicar que Adenauer *et al.* (2011) mostraron que la TEN producía cambios neuronales en el procesamiento de los estímulos aversivos. En concreto el tratamiento fomentaba la actividad del córtex parietal superior, asociado con procesos atencionales, así como la actividad del córtex occipital, demostrando la eficacia de la TEN en el procesamiento visual de estímulos peligrosos y en el procesamiento verbal, lo que se tradujo en una reducción de las intrusiones. Asimismo, otros estudios han mostrado que en la producción narrativa se incrementa la actividad alfa frontal y se genera una mejora en el sistema inmunológico, lo que se traduce en mejoras en salud física (Gonçalves, 2002).

Ante el potencial de la TEN, puesto de manifiesto en su inclusión como una de las terapias centradas en el trauma mencionadas y recomendadas en la última revisión de la guía del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2018), el presente trabajo se plantea como objetivo realizar una revisión sistemática de los estudios que evalúan la eficacia de la técnica (en las tres modalidades expuestas) para el tratamiento del TEPT en población adulta.

2. Método

La búsqueda de información se llevó a cabo entre los meses de septiembre y octubre de 2018, a través de la base de datos *PsycInfo*. Se tomaron como descriptores: *TN* o *Narrative Exposure Therapy* en combinación con, *PTSD*, *Posttraumatic Stress Disorder* y con *effectiveness* y *efficiency*. En una primera búsqueda, el resultado fue de 68 artículos, libros y estudios, de los cuales se seleccionaron los que cumplían los siguientes criterios de inclusión: a) población adulta; b) año 2000 en adelante; c) solo Terapia de Exposición Narrativa; d) eficacia; y e) TEPT. Se seleccionaron así 9 artículos y se revisó la bibliografía de los estudios encontra-



dos con el fin de hallar nuevas investigaciones que se ajustaran a los criterios de inclusión. La búsqueda final permitió identificar un total de 21 artículos (14 de la TEN, 4 de la STAIR y 3 de la FORNET), cuya información se resume en la Tabla 1. En dicha tabla, por cada una de las modalidades terapéuticas se incluyen los artículos ordenados alfabéticamente, además de los siguientes datos: a) autores y año; b) población del estudio; c) variables y medidas; d) diseño de investigación; evaluaciones llevadas a cabo y número de sesiones de tratamiento; e) principales resultados del estudio; y f) aportaciones y limitaciones del mismo.



Tabla 1. Resumen de los artículos que evalúan la eficacia de la Terapia de Exposición Narrativa.

TEN					
Autores	Población	Medidas	Diseño	Resultados	Aportaciones y limitaciones
Bichescu <i>et al.</i> (2007)	Población adulta rumana (n=18)	TEPT; CIDI Depresión: BDI	ECA, psicoeducación y TEN; Evaluación pre, post, seguimiento 3 y 6 meses. 1 sesión de psicoeducación o 5 sesiones de TEN.	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de los síntomas postraumáticos y depresivos. - 9 participantes no cumplían con los criterios para TEPT. 	<p>Evaluación continua; nula tasa de abandonos; grupo control en el estudio.</p> <p>La reducción de la sintomatología depresiva. fue parecida entre ambos grupos; muestra pequeña.</p>
Erbes <i>et al.</i> (2014)	Militares con TEPT. (n= 14).	TEPT; CAPS; PCL-M Ansiedad y Depresión: BDI-II Otros: The Client Evaluation of Services Scale; Narrative Therapy Adherence Ratings Scale	Estudio piloto. Evaluación Pre y postratamiento. 12 sesiones de TEN.	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución significativa en los síntomas postraumáticos y depresivos 	<p>La creación de una escala específica; escaso número de abandonos (3 de 11 participantes).</p> <p>No hay grupo de control; no está aleatorizado; no hay evaluación a largo plazo de los cambios producidos.</p>
Halvorsen & Stenmark (2010)	Refugiados y solicitantes de asilo con el diagnóstico de TEPT. (n=16)	TEPT; CAPS Depresión: HRSD	Estudio piloto. 10 sesiones de TEN.	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción significativa de la sintomatología postraumática y depresiva. - No cumplen criterios para TEPT. 	<p>Evaluación continua; baja tasa de depresión.</p> <p>Toma de medicación en algunos participantes; pocos instrumentos de evaluación de mejoras; muestra muy pequeña; no grupo control.</p>



Hen- sel-Ditt- mann <i>et al.</i> (2011)	Población refugiada en Alemania con TEPT (n=28)	TEPT: CAPS Checklist of war, de- tention and torture events, MINI Ansiedad y De- presión: HAM-D	ECA, TEN y entre- namiento en inocu- lación de estrés (EIE). Evaluación pre, post, seguimiento, 1, 6 meses y 1 año. 10 sesiones de TEN o de IE.	- TEN >EIE - Ganancias mantenidas después de un año.	Evaluación a largo plazo; bajas tasas de abandono. Muestra pequeña; no hubo cambios en los criterios diag- nósticos de los pacientes.
Hijazi (2013)	Población iraquí refugiada (n=53)	Salud: PHQ-15, WHO Ansiedad y de- presión: BD I-II TEPT: HTQ	ECA, Grupo control o TEN, Evaluación pretratamiento, y segui- miento 2 y 4 meses 3 sesiones de TEN.	- Reducción signifi- cativa sintomatología postraumáticos, de- presivos, aumento del bienestar y vi- talidad, crecimiento postraumático.	Nula tasa de abandono No presenta seguimiento a largo plazo; muestra pequeña; no se evaluó si presentaban diagnóstico de TEPT o si tenían trastornos comórbidos; los entrenadores no estaban formados en TEN.
Hijazi, Limbley <i>et al.</i> (2014)	Población refu- giada de Iraq con sintomatología postraumática (n=63)	TEPT: PTGI Salud: WHO-5, PHQ-15 TEPT: HTQ Ansiedad y De- presión: BD I-II	ECA, TEN o Grupo Control, Evaluación pretest, post test, de seguimiento de 2 y 4 meses. 3 sesiones de TEN individuales en árabe.	- TEN >GC. - Incremento en el cre- cimiento personal y bienestar general - Disminución de la sintomatología en am- bos grupos.	La terapia se llevó a cabo en el idioma original de los participantes; uso de grupo control. No diagnóstico de TEPT ni otros trastornos; no segui- miento a largo plazo.



Morkved & Thorp (2018)	Mujer de origen noruego con TEPT.	TEPT: CAPS, PSS-SR Ansiedad y Depresión: BDI II; BAI	Estudio de caso único. Evaluación pre, intra y postratamiento. 11 sesiones de TEN (90-120 min)	- Disminución de la sintomatología postraumática, y ansiosa-depresiva después del tratamiento. - Aumento en los niveles de ansiedad al rango basal postratamiento.	Repetición de las variables psicométricas; no mejora por medicación. No aleatorizado; no grupo control; no seguimiento a largo plazo.
Neuner, Kurreck <i>et al.</i> (2010)	Refugiados políticos en Alemania (n=32).	TEPT: PDS, CIDI, HSCL-25	Estudio piloto controlado aleatorizado. TEN y TAU. 9 sesiones de TEN o TAU.	- TEN > TAU. - No se mostraron efectos sobre los síntomas depresivos ni físicos.	Evaluación postratamiento y seguimiento a los 6 meses; bajas tasa de abandono. Procedimiento irregular; toma de medicación en participantes.
Neuner, Onyut <i>et al.</i> (2008)	Refugiados en Ruanda y Somalia con TEPT. (n=277)	TEPT: PDS, CIDI Bienestar: Checklist of physical health symptoms	ECA TEN, Consejo psicológico, Grupo control (no tratamiento). 6 sesiones de TEN o CP.	- Reducción significativa de los síntomas postraumáticos en ambos grupos (TEN y TC) y en síntomas físicos. - Mantenimiento de las ganancias 9 meses después.	Entrenados por personas sin formación y refugiados; evaluación a largo plazo; tasas de abandono similares a otros estudios. Dificultad en el seguimiento; pocos instrumentos por motivos de validación.



Neuner, Schauer, <i>et al.</i> (2004)	Refugiados sudaneses (n=77)	TEPT: CIDI Problemas físicos: SRQ-20; SF-12	ECA, Psicoeducación (1 ses), CP (4 ses) o TEN (4 ses). Evaluación pre, posttratamiento, seguimiento 4 meses y 1 año.	<ul style="list-style-type: none"> - TEN > CP / Psicoeducación - Mejora en la calidad de vida con el grupo TEN y el de psicoeducación. - No diagnóstico de TEPT a largo plazo. 	Intervención muy breve; motivados por la declaración escrita. El tamaño del efecto menor; intervención por psicólogos europeos.
Pabst <i>et al.</i> (2012)	Mujeres diagnosticadas con TLP y TEPT en Kiel. (n=10).	TEPT: MINI, SCID-II, PDS, FDS Ansiedad y Depresión: HAM-D, HSCL-25 Trastornos de personalidad: BSL-23	Estudio piloto. Evaluación pretest, post test y de seguimiento de 6 meses. 14 sesiones de TEN de 90 minutos.	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción significativa de la sintomatología postraumática, depresiva, y disociativa. - Empeoramiento sintomático en seguimiento. 	No hubo ningún abandono experimental. No hay grupo control; no hay seguimiento; pequeña muestra.
Robjant <i>et al.</i> (2017)	Mujeres con diagnóstico de TEPT. (n=10).	TEPT: PDS Salud: CORE	Estudio piloto. Evaluación Pretest, post test, y seguimiento 3 meses. Entre 10-19 sesiones de TEN.	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción significativa de los síntomas postraumáticos, de la gravedad y del malestar emocional 	Tasa nula de abandono. En tratamiento en el centro que residían; muestra pequeña; no hay grupo control; no controladas variables externas (migración).
Stenmark <i>et al.</i> (2013)	Población refugiada y en busca de asilo (n=81).	TEPT: CAPS; MINI Ansiedad y Depresión: HAM-D	ECA; TEN o TAU. 10 sesiones Evaluación pre, posttratamiento, de seguimiento 1, 6 meses.	<ul style="list-style-type: none"> - TEN > TAU - Reducción significativa de la sintomatología postraumática y depresiva. - No diagnóstico de TEPT posttratamiento. 	Evaluación a largo plazo. Muestra pequeña y poco uniforme; dificultad para interpretación de los datos; diferencias en los psicoterapeutas; se necesitó asistencia de traductores; pocas herramientas.



Zang, Hunt & Cox (2013)	Supervivientes del terremoto Sichuan con TEPT. (n=22).	TEPT: CAPS, IES-R, CiQQ-S Bienestar: GHQ-28, Aniedad y Depresión: HADS Apoyo social: MSPSS Afrontamiento: SCSQ	ECA; TEN y control. Evaluación pre, post, seguimiento de 2 semanas, y 2 meses. 4 sesiones de 60-90 minutos.	- Disminución significativa en evitación, intrusión, hiperactivación, ansiedad, depresión. - Reducción los problemas de salud, impacto de los eventos y síntomas postraumáticos y depresivos.	Es el primer estudio que realiza un tratamiento en la población China; mejorías sintomáticas estables a medio plazo. No se observa una mejora en el apoyo social ni en los estímulos de afrontamiento; muestra es pequeña.
Terapia Narrativa STAIR					
Cloitre <i>et al.</i> (2002)	Mujeres con el diagnóstico de TEPT (n=58)	TEPT: escalas de maltrato infantil y violencia interpersonal; CAPS; MPSS-SR; DSS Aniedad y Depresión: NMR; TAS-20; Interpersonal: IIP; SAS-SR; ISEL; WAI	ECA Terapia Narrativa STAIR y lista de espera. Dos módulos: 8 sesiones (STAIR) y 8 sesiones de exposición prolongada.	- Reducción significativa en la sintomatología postraumática, regulación emocional, problemas interpersonales, percepción de apoyo social y funcionamiento general. - Ganancias estables en 9 meses.	Evaluación continua de los síntomas; grupo control; mejores resultados con buen rapport. Muestra pequeña; no seguimiento del grupo de control.
Cloitre <i>et al.</i> (2010)	Mujeres con el diagnóstico de TEPT (n=104)	TEPT: SCID- I y II; PSSR) Aniedad y Depresión: NMR; BDI Interpersonal: IIP; ISEL; SAS-SR.	ECA. Terapia Narrativa STAIR o Terapia Narrativa STAIR y consejo psicológico o Consejo Psicológico y Terapia Narrativa 16 sesiones.	- Mejoría sintomática y total remisión del trastorno en grupo con STAIR. - Mejora en regulación emocional, percepción de apoyo social y disminución de problemas interpersonales.	Baja tasa de abandonos; grupo control. Resultados contrarios a otros estudios.



Levitt <i>et al.</i> (2007)	Supervivientes del ataque al World Trade Center. (n=59)	Apoyo social: MPSS-SR Ansiedad y Depresión: BDI; NIMR	Estudio híbrido (aplicación flexible de manuales con resultados similares a los de ECA). Evaluación continua del STAIR y Exposición en imaginación. 15.20 ses.	- Disminución significativa de la sintomatología postraumática, ansiedad y depresiva, así como problemas emocionales.	Primer uso de un diseño híbrido; tasas de abandono bajas. No grupo control; no se conocen la comorbilidad ni diagnósticos de los participantes.
Trappler & Newvill (2007)	Pacientes con TEPT y trastornos esquizoafectivos. (n=48)	Salud mental: BPRS TEPT: IES	Estudio controlado aleatorizado. STAIR y grupo control 12 sesiones de STAIR.	- Mejora significativa de la sintomatología postraumática y psicótica y mejora en la expresión emocional.	Mejora levemente la clínica psicótica. Muestra pequeña; no hay niveles de la clínica psicótica; uso de tratamiento farmacológico.
FORNET					
Alghamdi <i>et al.</i> (2015)	Bomberos en Arabia Saudí con el diagnóstico de TEPT (n=34).	TEPT: SPTSS Ansiedad y Depresión: HADS Apoyo Social: Social Support Scale. Afrontamiento: COPE	ECA; TEN o lista de espera Evaluación pre, postratamiento, de seguimiento de 3 y 6 meses. 4 sesiones de TEN en 2 semanas o 1 sesión en 3 de espera.	- Eficaz en la reducción de la sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa. - Ganancias sintomáticas no mantenidas después de 6 meses.	Primer estudio en población de bomberos; uso de grupo de control. La muestra es pequeña; muestra poco representativa; tasa de abandonos alta en seguimiento; contexto traumático estable; la TEN no es preventiva.
Hermenau <i>et al.</i> (2013)	Excombatientes de un centro de reintegración congoles (n=15).	TEPT: PSS-I Agresividad: AAS	Ensayo piloto controlado aleatorizado. FORNET o grupo control. Evaluación pretest, posttest y de seguimiento to 6 meses. 5 sesiones	- Disminución significativa de la gravedad sintomática postraumática. - Mantenimiento del apetito agresivo.	Grupo control. No diagnóstico de TEPT ni otros trastornos; muestra pequeña y no representativa; pérdida experimental en el seguimiento.



<p>Köback <i>et al.</i> (2015)</p>	<p>Ex-combatientes de la RD Congo con sintomatología postraumática y altos niveles de agresividad (n=98)</p>	<p>TEPT: Checklist exposure to violence; PSS-I Agresividad: AFAS; AAS Adicción: TCU Drug Screen II</p>	<p>Estudio con una fase de entrenamiento y otra de difusión de la técnica. Grupo control. Evaluación pretrest, postest y de seguimiento de 6 meses y 1 año. 5 sesiones individuales y 2 grupales de FORNET</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución significativa de los síntomas postraumáticos y depresiva, así como menor abuso de sustancias. - Mantenimiento de los niveles de agresividad. - Disminución de la frecuencia del TDM al año. 	<p>Primer estudio con diseño en dos fases. Pequeña muestra; périda experimental en el seguimiento; cambio de los instrumentos que evaluaban la agresividad.</p>
<p>AAS-C: Appetitive Aggression Scale for Children; AAS: Appetitive Aggression Scale; AFAS: Appetite and Facilitative Aggression Scale; BAI: Beck Anxiety Inventory; BDI II: Beck Depression Inventory II; BPRS: Brief Psychiatric Rating Scales; BSL-23: Borderline Symptom List 23; CAPS: Clinical Administered PTSD Schedule; COPE: Coping skills; CORE: The Clinical Outcome in Rotune Evaluation; DSS: Dissociation Scale; ECA: Estudio Controlado Aleatorizado; EIE: Entrenamiento en Inoculación de Estrés; FDS: Fragebogen zu dissoziativen Symptomen; GHQ-28: General Health Questionnaire-28; CiQQ-S: Short Form of the Changes in Outlook Questionnaire; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale, HAM-D: Hamilton Depression Rating Scale; HSCL-25: Horpkins Symptom Checklist 25; HTQ: Harvard Trauma Questionnaire; HRSD: Hamilton Scale for Depression; IES-R: Impact of Event Scale-revised; IIP: Inventory of Interpersonal Problems; ISEL: Interpersonal Support Evaluation List; MSPSS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support; MPSS-SR: Modified Posttraumatic Stress Disorder Symptom Scale; NMR: General Expectancy for Negative Mood Regulation Scale; PCL-M: Checklist-Military Version; PDS: The Posttraumatic Stress Diagnostic Scale; PSS-I: Posttraumatic Stress Scale; PSS-SR: Posttraumatic Symptom Scale Self Report; PTGI: Posttraumatic Growth Inventory; SAS-SR: Social Adjustment Scale-Self-Report; SCID-I: Structure Clinical Interview for DSM-IV I Disorders; SCID-II: Structure Clinical Interview for DSM-IV II Personality Disorders; SCSQ: Simplified Coping Style Questionnaire; SF-12: Medical Outcome Study Self Report Form; SPTSS: Scale of Posttraumatic Stress Symptoms; SR-Q-20: Self-Reporting Questionnaire; TAS-20: Toronto Alexithymia Scale; TCU: Drug Screen; Texas Christian University Drug Screen I; TDM: Trastorno de Depresión Mayor; TEN: Terapia de Exposición Narrativa; UCLA-RI: Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index for children and adolescents; WAL: Working Alliance Inventory; WHO-5: World Health Organization's Well-being.</p>					



3. Resultados

Características de los participantes y de los estudios

Al evaluar una intervención breve como es la TEN creada especialmente para población refugiada, la mayoría de los participantes de las investigaciones encontradas son personas refugiadas y en busca de asilo de diferentes procedencias, de entre las que destacan países del este de África (Ruanda, Uganda y Somalia), Iraq, Irán, Afganistán, Kosovo, Etiopía, países occidentales (Rumania), así como China. En cuanto a la terapia FORNET, la población de las investigaciones proviene generalmente de Arabia Saudí y la República Democrática del Congo.

El número de participantes total de los estudios revisados es 1.118. El 60% de las investigaciones contaban con un número de entre 20 y 90 participantes; el 30% presentaban un número de participantes inferior a 20; y el 10% restante se componía de una muestra de más de 100 participantes.

Por otra parte, en cuanto al sexo y edad de los participantes, la revisión fue llevada a cabo en personas adultas de más de 20 años. Dependiendo de la modalidad terapéutica, el sexo de los participantes variaba, encontrando en la terapia FORNET que todos los participantes eran varones. En cuanto a la TEN y la Terapia Narrativa STAIR los participantes eran tanto mujeres como hombres, a excepción de la investigación llevada a cabo en Sichuan en la que todas las participantes eran mujeres (Zang *et al.*, 2013).

Generalmente en los estudios revisados aplican entrevistas diagnósticas e inventarios sociodemográficos. Sin embargo, en 4 de los 21 estudios (19%) no se realizaron estas entrevistas, desconociéndose, además, las comorbilidades que pudieran presentar los participantes. En dos estudios se hizo uso de pocos instrumentos que midieran la mejoría postratamiento en los participantes, debido a problemas de validación de los mismos (Neuner *et al.*, 2008; Stenmark *et al.*, 2013), y en uno de ellos, se cambió varias veces el instrumento utilizado para medir los niveles de agresividad por problemas de validación y traducción de los mismos (Köback *et al.*, 2015).

Metodología de los estudios

En cuanto a los *diseños de los estudios*, el 71,4% son estudios controlados aleatorizados (15 de 21 estudios), uno de los cuales se considera un estudio híbrido (estudio controlado aleatorizado en dos fases) de difusión del entrenamiento de TEN, en el cual, los participantes eran entrenados por psicólogos en la terapia y estos, a su vez, debían aplicarla a compañeros del campamento (Köback *et al.*, 2015); el 24% son estudios piloto (5 de 21 estudios); y el 5% son casos únicos (1 de 21 estudios).



En cuanto a los grupos de comparación, el 28,57% de los estudios comparaban varias intervenciones entre sí (6/21 estudios) y el 57% utilizaban grupo control en lista de espera, tratamiento farmacológico o grupo control explicitado en el diseño de los estudios (12/21 estudios). El 8% restante utilizaba un diseño de medidas pre-post tratamiento, sin grupo de comparación. Por lo que respecta a las intervenciones utilizadas en los grupos de comparación, las más utilizadas son la psicoeducación, el entrenamiento en inoculación de estrés y el consejo psicológico.

En cuanto a la *evaluación de la intervención y el periodo de seguimiento*, el patrón encontrado se compone por una evaluación pretratamiento, postratamiento nada más finalizar la intervención, y un periodo de seguimiento de 3 y 6 meses. Sin embargo, en el 38% de los estudios no presentaban datos de seguimiento más allá de 3 meses; el 33% de las investigaciones presentaban datos de seguimiento de 6 meses; el 9,5% presentaban datos de seguimiento de 1 año; y el 24% no aportaba datos sobre el seguimiento.

Los objetivos de los estudios se centran en evaluar la eficacia de la TEN o sus modalidades terapéuticas, en la sintomatología postraumática. Algunos de los estudios pretenden evaluar a su vez mejoras en otras variables como la sintomatología ansioso-depresiva, el funcionamiento interpersonal, crecimiento personal y resiliencia, bienestar general, niveles de agresividad y comportamientos agresivos. En uno de los estudios se evalúa si disminuye la clínica psicótica en un grupo de pacientes residentes en un hospital psiquiátrico (Trappler & Newville, 2007).

En general, el desarrollo de la terapia se compone de los pasos explicados anteriormente. En ningún caso hubo modificaciones en el protocolo de aplicación de la terapia. El número de sesiones varía dependiendo del estudio, siendo la media 8 sesiones para la TEN, 16 sesiones para la Terapia Narrativa STAIR y 5 sesiones para la terapia FORNET. La duración de las sesiones está entorno a una hora, no excediendo nunca las dos horas. El formato de las sesiones es individual, a excepción de uno de los estudios en el que se realizaban dos sesiones grupales (Köback *et al.*, 2015). Los profesionales que realizaban la terapia son en su mayoría profesionales sanitarios. Sin embargo, en dos estudios la aplicación la llevaban a cabo personas no profesionales entrenadas específicamente en la técnica (Hijazi, 2013; Köback *et al.*, 2015; Neuner *et al.*, 2008). Así, por ejemplo, en el estudio de Neuner *et al.* (2008), la intervención fue llevada a cabo por personas refugiadas del mismo campamento.

Resultados de los estudios

Las tasas de abandono de cualquiera de las modalidades terapéuticas fueron muy bajas, situándose en torno al 4% en el periodo de intervención, aumentando



ligeramente en el periodo de seguimiento. Las tasas de rechazo del tratamiento fueron nulas, siendo muy bien aceptado por todos los participantes.

En general, los resultados muestran una disminución de la sintomatología postraumática una vez concluida la intervención. Estas ganancias sintomáticas se mantienen en el tiempo en la mayoría de los estudios.

Por lo que respecta a la *eficacia de la TEN* (en su formato original) se encuentra una disminución de la sintomatología postraumática (6 /14 estudios: 43%), que se mantenían después a los 6 meses del tratamiento; en 4 de las 14 investigaciones (28,5%) los participantes no cumplían criterios para el diagnóstico de TEPT. Estos cambios se acompañaron de una disminución en los síntomas ansioso-depresivos (8/14 estudios: 57,14%). Es más, en uno de los estudios que evaluaba además de estas dos variables los problemas físicos, se encontró que esta intervención sólo era eficaz para el tratamiento de los síntomas postraumáticos (Neuner, Kurreck *et al.*, 2010). Además de las variables anteriormente comentadas, en dos estudios del grupo de Hizaji, se manifiesta la eficacia de esta intervención en la mejora del bienestar general de los participantes.

Además, se evidenció que en comparación con un grupo control, lista de espera y tratamiento farmacológico, la TEN producía mejoras significativas a corto y a largo plazo en la sintomatología postraumática de los participantes. En comparación con sesiones de psicoeducación en las que se explicaba a los participantes el origen de la sintomatología que presentan, la TEN se mostró significativamente más eficaz en la reducción de la sintomatología postraumática y depresiva. No obstante, los resultados de la comparación entre grupos en uno de los estudios revisados mostraron que la diferencia era pequeña, por lo que el tamaño del efecto era menor que en otros estudios. Los autores del estudio hipotetizaban que estos resultados se debían a que la muestra estaba compuesta por población refugiada y en busca de asilo, cuyas características situacionales son diferentes (Bichescu *et al.*, 2007). Otra de las intervenciones con las que se compara la eficacia de la TEN es el Entrenamiento en Inoculación de Estrés. En esta condición, ninguno de los dos grupos disminuyó la frecuencia ni la gravedad sintomática de las patologías comórbidas de los participantes. Únicamente en el grupo tratado con TEN se produjo una disminución en la gravedad de los síntomas postraumáticos y las ganancias fueron mantenidas a largo plazo (Hensel-Dittmann *et al.*, 2011). Otra investigación evalúa la eficacia de la TEN en comparación con sesiones de Psicoeducación y de Consejo Psicológico (CP). En este estudio el número de sesiones variaba entre grupos, siendo el grupo con Psicoeducación el que menos sesiones tuvo (1 sesión en comparación con 4 sesiones el resto de los grupos). Únicamente los grupos que habían sido tratados con TEN y CP mostraron una reducción significativa de los síntomas postraumáticos, además de mejoras en la variable calidad de vida.



Las diferencias entre los grupos de TEN y CP eran significativas, mostrándose más eficaz la TEN (Neuner, Schauer *et al.*, 2004).

La *Terapia Narrativa STAIR* en personas con antecedentes de maltrato infantil se ha mostrado eficaz en la disminución significativa de la sintomatología postraumática, la mejora en los procesos de regulación emocional, las habilidades en el ámbito interpersonal y el funcionamiento general de las participantes.

En cuanto a las intervenciones que se utilizan para comparar esta modalidad, Cloitre *et al.* (2002) utilizaron tres grupos: 1) la Terapia Narrativa STAIR; 2) sesiones de apoyo psicológico para después exponer a los participantes al trauma, y 3) el entrenamiento en habilidades sociales con sesiones de apoyo psicológico. Solo en el grupo que había sido tratado con la Terapia Narrativa STAIR se redujo de manera significativa la sintomatología postraumática, se incrementaron los procesos de regulación emocional, los problemas interpersonales disminuyeron, se generó una mayor percepción de apoyo social y el funcionamiento general de las participantes mejoró. La reducción del estado de ánimo negativo y la fuerte alianza terapéutica establecida en la primera fase, predijeron los resultados de la segunda fase y la disminución de los síntomas, mostrando la importancia del establecimiento de un fuerte vínculo y una buena regulación emocional antes de la exposición narrativa (Cloitre *et al.*, 2002).

Otra de las investigaciones revisadas, muestra la eficacia de la terapia STAIR y la posterior exposición en imaginación. En este estudio no se utiliza la TEN al uso, sino que se aplica el componente de exposición en imaginación de la terapia de exposición prolongada de manera que se podría decir que fue menos protocolizada que las anteriores. Esta modalidad se mostró eficaz en la reducción de la sintomatología postraumática, así como de los síntomas ansioso-depresivos. Se produjo también una mejora en los problemas emocionales y en la búsqueda de apoyo en el entorno social de los participantes (Lewitt *et al.*, 2007). Por último, la investigación llevada a cabo por Trappler y Newville (2007), evaluaba la eficacia de la Terapia Narrativa STAIR en pacientes con clínica psicótica, mostrándose eficaz para la disminución de la sintomatología postraumática, pero no para la sintomatología psicótica.

Finalmente, los estudios sobre la *eficacia de la modalidad FORNET* se centran en la sintomatología postraumática y los comportamientos agresivos, así como los niveles de agresividad que le preceden y la rehabilitación a la vida civil. Los resultados de las investigaciones indican que esta modalidad terapéutica es eficaz para disminuir la gravedad de la sintomatología postraumática, pero no para el “apetito agresivo” ni para los niveles de agresividad. Así en el estudio de Köback *et al.* (2015), se encontró que la modalidad FORNET era eficaz para disminuir la sintomatología postraumática y ansioso-depresiva. Este estudio



constaba de dos fases: en la primera, un grupo de participantes se sometían a la intervención aplicada por psicólogos expertos y éstos mismos les entrenaban en la terapia (D1); en la segunda fase, los participantes de la primera fase (D1) aplicaban la terapia a otros participantes del mismo centro de reintegración (D2). Los resultados mostraron que en el grupo D2 el trastorno por abuso de sustancias disminuyó significativamente al haber sido reprocesado el trauma y se produjeron mejoras significativas en la rehabilitación a la vida civil en comparación con el D1. Sin embargo, los niveles de agresividad se mantenían constantes. A largo plazo se produjo una disminución del “apetito agresivo” debido al programa de reintegración en el que estaban inscritos. En general se produjo un descenso de los trastornos comórbidos, especialmente del Trastorno Depresivo Mayor al cabo de un año (Köback *et al.*, 2015).

En el estudio llevado a cabo por Alghamdi *et al.* (2015) se mostró la eficacia del FORNET en un grupo de bomberos en la disminución de la sintomatología postraumática únicamente. Se dieron cambios a largo plazo en la variable de estrategias de afrontamiento, y en la variable de apoyo social se observó un incremento en el seguimiento, relacionado con incentivos del estado. No obstante, en este caso se mantenían las condiciones estresantes, ya que los participantes seguían en activo cuando realizaron la investigación, lo que puede haber afectado a los resultados.

4. Conclusiones y Discusión

En los últimos años se han desarrollado tres modalidades terapéuticas con orígenes en las terapias de corte cognitivo conductual y enfoques narrativos, eficaces en el tratamiento del TEPT: la TEN y sus variantes STAIR y FORNET. La TEN se ha mostrado eficaz en la disminución de la sintomatología postraumática en población refugiada y en busca de asilo de diferentes países. La *Terapia Narrativa STAIR*, terapia centrada en personas que han sufrido abusos en la infancia, se ha mostrado eficaz en la mejora de la regulación emocional, así como en el funcionamiento interpersonal y la clínica postraumática. El *FORNET*, terapia desarrollada para la población militar, cuyos niveles de agresividad son muy altos y donde el cambio de rol de combatiente a civil tiene connotaciones disfuncionales, se ha mostrado eficaz en la disminución de la sintomatología postraumática, aunque no en la disminución de los niveles de agresividad ni la apetencia agresiva.

En general, la TEN y sus diferentes modalidades, han sido eficaces para disminuir la sintomatología postraumática en un conjunto breve de sesiones en todas las poblaciones estudiadas, en comparación tanto con grupos controles, como con otras intervenciones psicológicas. Estos datos se muestran en consonancia con los obtenidos por la TEN en niños y adolescentes (Gwozdziewicz



& Mehls-Madrona, 2013; McPherson, 2012; Morkved *et al.*, 2014; Robjant & Fandez, 2010) y por la FORNET en niños y adolescentes excombatientes (Crombach & Elbert, 2015; Hinsberger *et al.*, 2017).

Sin embargo, los datos sobre la eficacia en la disminución de la sintomatología depresiva no son tan concluyentes: bien porque el número de sesiones era muy corto; bien porque la clínica depresiva era muy leve y esta intervención es eficaz en niveles que no todos los participantes presentaban; bien porque se requeriría una intervención multicomponente para muchos de los participantes.

Es importante recalcar el hecho de que se desconoce si el éxito de esta terapia es debido a factores internos de la misma, o a factores inespecíficos, como la relación terapéutica, la calidez del terapeuta... lo que hace necesario más investigación al respecto (Hijazi *et al.*, 2014). Por otra parte, y con respecto a la aplicación de otras terapias hay que reseñar que las condiciones a las que están expuestas estas personas, no permiten que se tenga tiempo suficiente para transferir las habilidades aprendidas (e.g. en el estudio de Hensel-Dittmann *et al.*, 2011 con el entrenamiento en inoculación de estrés).

Los estudios revisados presentan algunas limitaciones que han de ser tenidas en cuenta a la hora de establecer conclusiones. En primer lugar, no hay en la investigación de habla hispana ningún artículo sobre la TEN o cualquiera de sus modalidades. En general se encontró en la mayoría de las investigaciones muestras pequeñas y poco representativas de la población. Por otra parte, el seguimiento por encima de los seis meses solo se da en un pequeño número de estudios, lo que imposibilita obtener datos fiables sobre la eficacia de la intervención a medio y largo plazo.

A pesar de estas limitaciones, los estudios muestran algunos aspectos interesantes. Una de las mayores motivaciones de los participantes fue obtener la declaración de su testimonio de las calamidades por las que han tenido que pasar, tanto para fines administrativos-gubernamentales, como para dejar un legado a sus descendientes. Por otra parte, es curioso observar cómo se produce una mejoría sintomática significativa cuando la intervención es llevada a cabo por refugiados entrenados para la misma (Köback *et al.*, 2015; Neuner *et al.*, 2008). En esta línea, se podría plantear, al menos en algunos casos, entrenar a profesionales de la salud que trabaja *in situ* en la aplicación de la técnica, con la consiguiente reducción de costes. Por otra parte, nos encontramos con que los profesionales que llevaban a cabo la terapia tenían una orientación distinta, lo que produciría diferentes resultados según el enfoque del terapeuta. Además, en muchos estudios se necesitaron traductores y hubo problemas de interpretación de los resultados concluida la terapia (Stenmark *et al.*, 2013). Por último, en la mayoría de los casos no se evaluó la eficacia de la intervención según sexo, edad, nivel de estudios o estatus legal.



Por otra parte, sería importante para investigaciones futuras evaluar la diferencia entre personas en busca de asilo y refugiadas, ya que las circunstancias de incertidumbre no son las mismas en ambas poblaciones repercutiendo en la eficacia de la intervención (Bichescu *et al.*, 2007). Finalmente, en algunos estudios no se ha mostrado una disminución en variables como apoyo social percibido o niveles de apatía agresiva, por lo que se requiere más investigación sobre el porqué de estos resultados.

En definitiva, la TEN, así como sus versiones, se postulan como unas intervenciones breves y eficaces en contextos en donde los tratamientos psicológicos son difíciles de aplicar. El contexto cultural de estas personas facilita la aplicación de esta terapia al abordar el trauma de forma narrativa y su versatilidad permite que se aplique en personas de diferentes niveles culturales.

Bibliografía

- Adenauer, H., Catani, C., Gola, H., Keil, J., Ruf, M., Schauer, M., & Neuner, F. (2011). Narrative exposure therapy for PTSD increases top-down processing of aversive stimuli—evidence from a randomized controlled treatment trial. *BMC Neuroscience*, *12*, 127. doi: 10.1186/1471-2202-12-127
- *Alghamdi, M., Hunt, N., & Thomas, S. (2015). The effectiveness of Narrative Exposure Therapy with traumatised firefighters in Saudi Arabia: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, *66*, 64-71. doi: 10.1016/j.brat.2015.01.008
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). (2017). Informe Anual 2017. Recuperado de: https://eacnur.org/files/reports/file/memoria_anual_de_acnur_2017.pdf
- *Bichescu, D., Neuner, F., Schauer, M. & Elbert, T. (2007). Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 2212-2220. doi: 10.1016/j.brat.2006.12.006
- *Cloitre, M., Koenen, K.C., Cohen, L.R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 1067-1074. doi: 10.1037/0022-006X.70.5.1067
- Cloitre, M., & Schmidt, A. (2015). STAIR Narrative Therapy. En Cloitre, M. & Schnyder, U. (Eds.) (2015), *Evidence Based Treatment for Trauma-Rela-*



- ted Psychological Disorders: A Guide for Clinicians* (pp. 277-291). Londres: Springer.
- *Cloitre, M., Stovall-McClough, K.C., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C.L., Gan, W., & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 915-924. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09081247
- Crespo, M., Castro, S. y Gómez-Gutiérrez, M. (2017). Menores refugiados: psicopatología y factores relacionados. *Revista de Victimología*, 6, 9-32. doi: 10.12827/RVJV.6.01
- Crombach, A., & Elbert, T. (2015). Controlling Offensive Behaviour Using Narrative Exposure Therapy: A Randomized Controlled Trial of Former Street Children. *Clinical Psychological Science*, 3, 270 -282. doi: 10.1177/2167702614534239
- Elbert, T., Schauer, M. & Neuner, F. (2015). Narrative Exposure Therapy (NET): Reorganizing Memories of Traumatic Stress, Fear and Violence. En Cloitre, M. & Schnyder, U. (Eds.), *Evidence Based Treatment for Trauma Related Psychological Disorders. A practical guide for clinicians* (pp. 229-249). Londres: Springer.
- *Erbes, C.R., Stillman, J.R., Wieling, E. Bera, W., & Leskela, J. (2014). A Pilot Examination of the Use of Narrative Therapy with Individuals Diagnosed with PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 730-733. doi: 10.1002/jts.21966
- Gonçalves, F. (2002). Fundamentos de investigación. En Gonçalves, F. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa. Manual de terapia breve* (pp. 46-47). Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Gwozdziwycz, N., & Mehls-Madrona, L. (2013). Meta-Analysis of the Use of Narrative Exposure Therapy for the Effects of Trauma Among Refugee Populations. *The Permanent Journal*, 17, 70-76. doi: 10.7812/FTPP/F12-058
- *Halvorsen, J. O., & Stenmark, H. (2010). Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder in tortured refugees: A preliminary uncontrolled trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 495-502. doi: 10.1111/j.1467-9450.2010.00821.x.
- Hecker, T., Hermenau, K., Crombach, A. & Elbert, T. (2015). Treating traumatized offenders and veterans by means of Narrative Exposure Therapy. *Frontiers in Psychiatry*, 6, 80. doi: 10.3389/Ffpsyt.2015.00080



- *Hensel-Dittmann, D., Schauer, M., Ruf, M., Catani, C., Odenwald, M., Elbert, T., & Neuner, F. (2011). Treatment of Traumatized Victims of War and Torture: A Randomized Controlled Comparison of Narrative Exposure Therapy and Stress Inoculation Training. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 345–352. doi: 10.1159/000327253
- *Hermenau, K., Hecker, T., Schaal, S., Maedl, A., & Elbert, T. (2013). Addressing Post-traumatic Stress and Aggression by Means of Narrative Exposure: A Randomized Controlled Trial with Ex-Combatants in the Eastern DRC. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22, 916–934. doi: 10.1080/10926771.2013.824057
- *Hijazi, A. M. (2013). Narrative Exposure Therapy to treat traumatic stress in Middle Eastern refugees: A clinical trial. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences, and, Engineering*, 74 (2-B(E)).
- *Hijazi, A. M., Lumley, M.A., Ziadni, M. S., Haddad, L., Rapport, L.J., & Arnetz, B. B. (2014). Brief Narrative Exposure Therapy for Posttraumatic Stress in Iraqi Refugees: A Preliminary Randomized Clinical Trial. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 314–32. doi: 10.1002/jts.21922
- Hinsberger, M., Holtzhausen, L., Sommer, J., Kaminer, D., Elbert, T., Seedat, S., Wilker, S., Crombach, A., & Weierstall, R. (2017). Feasibility and Effectiveness of Narrative Exposure Therapy and Cognitive Behavioural Therapy in a Context of Ongoing Violence in South Africa. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 9, 282–291. doi: 10.1037/tra0000197
- *Köback, A., Schaal, S., Hecker, T., & Elbert, T., (2015). Psychotherapeutic Intervention in the Demobilization Process: Addressing Combat-related Mental Injuries with Narrative Exposure in a First and Second Dissemination Stage. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 807–825. doi: 10.1002/cpp.1986.
- *Levitt, J.T., Malta, L.S., Martin, A., Davis, L., & Cloitre, M. (2007). The flexible application of a manualized treatment for PTSD symptoms and functional impairment related to the 9/11 World Trade Centre Attack. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1419–1433. doi: 10.1016/j.brat.2007.01.004
- McPherson, J. (2012). Does Narrative Exposure Therapy Reduce PTSD in Survivors of Mass Violence? *Research on Social Work Practice*, 22, 29–42. doi: 10.1177/1049731511414147
- Morkved, N., Hartmann, K., Aarsheim, L.M., Holen, D., Milde, A.M., Bomyea, J., & Thorp, S.R. (2014). A comparison of Narrative Exposure Therapy



and Prolonged Exposure Therapy for PTSD. *Clinical Psychological Review*, 34, 453-467. doi: 10.1016/j.cpr.2014.06.00

- *Morkved, N., & Thorp, S. R. (2018). The treatment of PTSD in an older adult Norwegian using narrative exposure therapy: a case report. *European Journal of Psychotraumatology*, 9, 1414561. doi: 10.1080/20008198.2017.1414561
- *Neuner, F., Kurreck, S., Ruf, M., Odenwald, M., Elbert, T., & Schauer, M. (2010). Can Asylum-Seekers with Posttraumatic Stress Disorder Be successfully treated? A randomized Controlled Pilot Study. *Cognitive Behaviour*, 38, 81-91. doi: 10.1080/16506070903121042.
- *Neuner, F., Onyut, P.L., Ertl, V., Odenwal, M., Schauer, E. & Elbert, T. (2008). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Trained Lay Counsellors in an African Refugee Settlement: A randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 686-694. doi: 10.1037/0022-006X.76.4.686.
- *Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, U., Karanuakara, U., & Elbert, T. (2004). A Comparison of Narrative Exposure Therapy, Supportive Counselling and Psychoeducation for Treating Posttraumatic Stress Disorder in an African Refugee Settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 579-587. doi: 10.1037/0022-006X.72.4.579
- National Institute for Health and Care Excellence (2019). *Post-traumatic Stress Disorder: NICE Guideline*. Londres: NICE. Accesible en: <http://nice.org.uk/guidance/ng116>
- *Pabst, A., Schauer, M., Bernhardt, K., Ruf, M., Goder, R., Rosentraeger R., Elbert, T., Aldenhoff, J., & Seeck-Hirschner, M. (2012). Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder and Comorbid Posttraumatic Stress Disorder Using Narrative Exposure Therapy: A feasibility Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 61-63. doi: 10.1159/000329548
- Robjant, K., & Fazel, M. (2010). The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: A review. *Clinical Psychological Review*, 30, 1030-1039. doi: 10.1016/j.cpr.2010.07.004
- *Robjant, K., Roberts, J., & Katona, C. (2017). Treating Posttraumatic Stress Disorder in Female Victims of Trafficking Using Narrative Exposure Therapy: A Retrospective Audit. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 63. doi: 10.3389/fpsy.2017.00063
- Schauer, M., Neuner, F. & Elbert, T. (2011). *Narrative Exposure Therapy. A short-term treatment for traumatic stress disorders*. Göttingen: Hogrefe.



- *Stenmark, H., Catani, C., Neuner, F., Elbert, T., Holen, A. (2013). Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicentre study. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 641-647. doi: 10.1016/j.brat.2013.07.002
- *Trappler, B. & Newville, H. (2007). Trauma healing via cognitive behaviour therapy in chronically hospitalized patients. *Psychiatric Quarterly*, 78, 317-325. doi: 10.1007/s11126-007-9049-8
- *Zang, Y., Hunt, N., & Cox, T. (2013). A randomised controlled pilot study: the effectiveness of narrative exposure therapy with adult survivors of the Sichuan earthquake. *BMC Psychiatric*, 13, 41. doi: 10.1186/1471-244X-13-41

