



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Máster en Psicología General Sanitaria

Trabajo Fin de Máster

Junio de 2023

**Terapia Metacognitiva y Terapia de Exposición Prolongada para el Tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático: Propuesta de Comparación y Combinación de Ambas Terapias**

**Autora: Sílvia Molar Pamies**

**Tutora: Blanca Mas Hesse**

## Índice

Resumen .....	3
Justificación Teórica y Objeto del Trabajo .....	4
El Trastorno de Estrés Postraumático .....	4
Tratamientos Psicológicos para el Trastorno de Estrés Postraumático.....	6
Terapia de Exposición Prolongada.....	7
Terapia Metacognitiva .....	9
Combinación de Terapias: Terapia de Exposición Prolongada y Terapia Metacognitiva .....	11
Objetivos e Hipótesis del Estudio .....	12
Objetivos .....	12
Hipótesis .....	13
Criterios de Inclusión y Exclusión .....	14
Instrumentos.....	15
Procedimiento .....	17
Propuesta de Intervención .....	19
Grupo de Intervención 1: Terapia de Exposición Prolongada.....	19
Grupo de Intervención 2: Terapia Metacognitiva .....	22
Grupo de Intervención 3: Combinación de Terapia de Exposición Prolongada y Terapia Metacognitiva .....	24
Discusión y Conclusiones.....	28
Referencias Bibliográficas .....	31
Anexos .....	36
Anexo I. Criterios Diagnósticos según el DSM-5.....	36
Anexo II. Criterios Diagnósticos según la CIE-11 .....	39
Anexo III. Consentimiento Informado para la Participación en el Estudio.....	40
Anexo IV. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático-Revisada (EGS-R).....	42
Anexo V. Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI) .....	46
Anexo VI. Beck Depression Inventory (BDI-II).....	48
Anexo VII. Beck Anxiety Inventory (BAI) .....	52
Anexo VIII. Representación Gráfica del Diseño Experimental .....	53

## Resumen

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) puede desarrollarse como consecuencia de experimentar un evento traumático, y tiene un impacto significativo en la calidad de vida de las personas que lo padecen. En este contexto, la Terapia Metacognitiva (TMC), que se centra en la modificación de patrones de pensamiento negativos y disfuncionales, se presenta como un enfoque terapéutico prometedor para su tratamiento. El presente trabajo tiene como objetivo realizar una propuesta de intervención que compare la eficacia de esta terapia con la ya bien consolidada Terapia de Exposición Prolongada (EP), así como estudiar si una posible combinación de ambas supondría una mejora a su aplicación por separado. Para ello, se propone llevar a cabo un ensayo clínico aleatorizado, con medidas pre y postratamiento y seguimiento a los 3, 6 y 12 meses. Se espera que los tres grupos que reciban intervención muestren una mayor eficacia que la ausencia de tratamiento para abordar la sintomatología de TEPT, ansiedad y depresión, y que los efectos positivos se mantengan durante el seguimiento. Además, se espera que la TMC presente resultados superiores a la EP y que el tratamiento combinado sea más efectivo que las terapias individuales, obteniendo un mayor índice de curaciones, una reducción de los síntomas residuales y un menor número de abandonos. Con este estudio se pretende contribuir al conocimiento y la mejora de los tratamientos para el TEPT.

**Palabras clave:** trastorno de estrés postraumático, intervención psicológica, terapia metacognitiva, terapia de exposición prolongada

## **Justificación Teórica y Objeto del Trabajo**

Los eventos traumáticos ponen en peligro la integridad física y/o psicológica de las personas, y con frecuencia suponen para las víctimas una situación emocional muy difícil de afrontar por sí mismas (Echeburúa et al., 2016). En algunos casos, las dificultades experimentadas son de corta duración o subclínicas, y disminuyen con el tiempo sin necesidad de tratamiento. Sin embargo, si los síntomas se prolongan durante más de cuatro semanas, se desarrolla un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), lo que supone un impacto significativo en la vida de quienes lo padecen (Roberts et al., 2019).

### **El Trastorno de Estrés Postraumático**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5 y DSM-5 TR) de la American Psychiatric Association (APA, 2013; 2022) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), engloban el TEPT dentro de una categoría propia denominada “trastornos relacionados con traumas y factores de estrés”, a diferencia del anterior DSM-IV-TR que lo englobaba dentro de los trastornos de ansiedad. Los criterios diagnósticos del DSM-5 y la CIE-11 pueden encontrarse respectivamente en los Anexos I y II del presente trabajo.

El DSM-5, así como el nuevo DSM-5 TR, definen el TEPT como un trastorno que puede desarrollarse después de haber experimentado o presenciado un evento traumático, como una amenaza real o percibida de muerte, lesión grave o violencia sexual. Este trastorno se manifiesta a través de la reexperimentación del evento traumático, la evitación de pensamientos y recuerdos relacionados con el trauma, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo e hiperactivación fisiológica. En este sentido, en el DSM-5 se han realizado modificaciones relevantes respecto a ediciones anteriores; por ejemplo, en relación al criterio A, se ha eliminado tanto la universalidad del evento traumático como la respuesta subjetiva, requiriendo que haya exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea una amenaza real o percibida. También se incluye una nueva categoría de síntomas, las alteraciones en la cognición y el estado de ánimo. En cambio, la CIE-11 mantiene una conceptualización más amplia del acontecimiento traumático, definiéndolo como

“un evento o serie de eventos extremadamente amenazantes u horribles” y añade una nueva categoría nosológica, el TEPT complejo, no contemplada por el DSM-5 y el DSM-5 TR. Ambas clasificaciones comparten la condición necesaria de que se haya producido un evento traumático, siendo este la puerta de entrada al trastorno (Mas, en prensa). De las 4 categorías de síntomas que recogen el DSM-5 y el DSM-5 TR, la CIE-11 comparte 3: la reexperimentación, la evitación y la hiperactividad.

No resulta sencillo obtener información precisa de la prevalencia de TEPT debido a los continuos cambios en los criterios diagnósticos y a las diferencias entre los dos grandes manuales nosológicos, el DSM y la CIE (Mas, 2012). Según la APA (2022), se estima que la prevalencia del TEPT en población adulta en los Estados Unidos, utilizando los criterios del DSM-IV-TR, oscila entre el 6,1% y el 8,3%; en el resto de países, se ha observado que las estimaciones son más bajas, alrededor del 3,9%. Es un trastorno más frecuente en mujeres, presentando una incidencia aproximadamente dos veces mayor que en los hombres (Crespo et al., 2019). En este sentido cabe destacar que, aunque el TEPT se origina a partir de un evento traumático, no todas las personas que lo experimentan desarrollan el trastorno, por lo que la comprensión de los factores de riesgo y protección resulta muy relevante en su prevención y tratamiento (Forbes et al., 2020).

El TEPT puede aparecer conjuntamente con otros trastornos psiquiátricos como la ansiedad y la depresión, además de quejas somáticas y riesgo de suicidio (Crespo et al., 2019; Forbes et al., 2020; Koenen et al., 2010). En este sentido, es común que las personas que lo padecen sufran problemas de salud física y acudan frecuentemente a los servicios de Atención Primaria (AP) debido a la presencia de síntomas somáticos. Por ello, aunque los pacientes no suelen buscar ayuda específica para el TEPT, resulta crucial que los profesionales sanitarios sepan reconocer el trastorno para facilitarles un tratamiento adecuado (Mas, 2012; Mingote et al., 2019). Dado el impacto significativo que tiene en la salud física y psicológica de las personas, el TEPT supone un desafío para la salud pública, y es crucial que los diversos actores del sistema trabajen coordinadamente para asegurar el acceso a tratamientos eficaces (Foa et al., 2013).

Por último, en relación a su tratamiento, el TEPT presenta una gran complejidad debido a las diferencias individuales y a la heterogeneidad en la

presentación clínica del trastorno, lo que hace poco probable que una intervención específica sea apropiada para todos los casos (Bisson et al., 2019; Heim et al., 2022; Lewis et al., 2020). Por ello, resulta muy importante realizar una correcta evaluación inicial que incluya información detallada sobre la historia del trauma, la presencia e intensidad de síntomas de TEPT y de otros trastornos comórbidos, y tener en cuenta los potenciales beneficios y limitaciones de los tratamientos para tomar una decisión informada y compartida entre terapeuta y paciente (Bisson et al., 2019; Foa et al., 2019; Lewis et al., 2020). No obstante, es relevante destacar que los casos más graves de TEPT presentan una alta tasa de resistencia y abandono de los distintos tratamientos; en este sentido, es importante establecer una buena relación terapéutica y promover la adherencia al tratamiento, ya que la participación activa del paciente, que acude con sus miedos, preferencias y resistencias, resulta fundamental para el éxito de la intervención (Mingote et al., 2019).

### **Tratamientos Psicológicos para el Trastorno de Estrés Postraumático**

Las terapias psicológicas, frente a las farmacológicas, son el tratamiento de primera línea recomendado para el TEPT (Garay et al., 2011; Hamblen et al., 2019; Lewis et al., 2020). Son varios los enfoques que han demostrado su eficacia para el tratamiento de este trastorno, siendo la Terapia de Exposición Prolongada (EP; Foa y Rothbaum, 1998), la Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC; Resick y Schnicke, 1992), la Terapia Cognitiva (TC; Ehlers y Clark, 2000) y la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR; Shapiro, 1989) los que han recibido un apoyo más fuerte para adultos (APA, 2017; International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS, 2018); National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2018)). Forbes et al. (2020) identifican tres elementos principales que comparten los tratamientos más recomendados para el TEPT: comprometerse con la memoria traumática, procesar las cogniciones relacionadas con el trauma y abordar la evitación experiencial.

Sin embargo, aunque hay tratamientos de primera línea muy eficaces, ninguno de ellos presenta una superioridad general (Wells et al., 2015), y aproximadamente el 60% de los pacientes continúan con el diagnóstico de TEPT después de la intervención. Concretamente, Forbes et al. (2020) ponen de manifiesto que solo un tercio de los pacientes que reciben tratamiento dejan de

cumplir criterios para el diagnóstico, otro tercio presenta una reducción de los síntomas, y el tercio restante presenta pocos o ningún cambio significativo. Por ello resulta fundamental realizar más investigaciones para evaluar y mejorar las terapias actuales, así como para desarrollar nuevos tratamientos que sean aplicables en el entorno real (Forbes et al., 2020; Lewis et al., 2020; Mas, en prensa).

Basándonos en esta información, se puede concluir que existen tratamientos efectivos disponibles para el abordaje del TEPT, aunque no son óptimos. En este sentido, de acuerdo con un reciente metaanálisis realizado por Yunitri et al. (2023), sería recomendable que los estudios futuros consideraran explorar la combinación y la efectividad a largo plazo de las terapias para el TEPT. En esta línea, además de comparar la eficacia de la EP y la TMC, el presente trabajo propone la combinación de ambas terapias con el fin de evaluar si esto podría resultar en una mayor eficacia del tratamiento, manteniendo sus efectos a largo plazo.

### ***Terapia de Exposición Prolongada***

La EP es una de las intervenciones psicoterapéuticas más estudiadas y más recomendadas por las principales guías clínicas para el abordaje del TEPT (APA, 2017; ISTSS, 2018; NICE, 2018), y se ha demostrado uno de los tratamientos más eficaces no sólo para reducir los síntomas de TEPT, sino también de otros problemas asociados, como la depresión y la ansiedad (Foa et al., 2019).

Es una terapia protocolizada que se basa en la teoría del procesamiento emocional de Foa y Kozak (1986), según la cual la severidad del evento traumático destruye los principios básicos de seguridad y conduce a una estructura de miedo representada en la memoria que promueve respuestas de escape o evitación (Foa et al., 2006). La estructura de miedo se vuelve un problema cuando se dan las siguientes circunstancias: a) la información en ella no representa de manera precisa el mundo real, b) se desencadenan respuestas emocionales intensas o se evitan estímulos inofensivos relacionados con el trauma, c) estas respuestas y la evitación afectan a la vida diaria, y d) estímulos inofensivos son percibidos como peligrosos (Rothbaum et al., 2007). El TEPT se caracteriza por una estructura de miedo patológica específica asociada al recuerdo traumático, que incluye asociaciones erróneas entre los estímulos, las respuestas presentes en el momento del trauma y

su significado, lo que conduce a la percepción de que el mundo es un lugar completamente peligroso y a un sentimiento de incompetencia e incapacidad personal para hacerle frente (Foa, 2011). Según esta teoría, para cambiar la estructura de miedo se necesitan dos condiciones fundamentales que se cumplen en la EP: a) la activación del miedo y b) proporcionar información realista para reemplazar la información irracional presente en la estructura de miedo (Rothbaum et al., 2007).

La EP de Foa et al. (2019) consta de 8 sesiones semanales, ampliables a 15, de 90 minutos de duración y con trabajo práctico entre sesiones. Incluye psicoeducación, entrenamiento en respiración, exposición en vivo y en imaginación y procesamiento emocional. A diferencia de los protocolos para otros trastornos de ansiedad, en la EP las exposiciones en vivo no suelen realizarse durante las sesiones, sino que se asignan como tareas entre sesiones para disponer de tiempo suficiente para realizar la exposición en imaginación. A través de la exposición, se espera generar habituación a los recuerdos y situaciones relacionadas con el trauma para que la persona aprenda que ya no hay peligro y que la evitación no es necesaria, de forma que aumenta el sentido de control y disminuye la ansiedad frente a los estímulos temidos (Foa, 2011).

En cuanto a los inconvenientes de la EP, destacan la incomodidad temporal y la angustia emocional que supone confrontar imágenes, recuerdos y situaciones relacionadas con el trauma en el curso del tratamiento (Foa et al., 2019); además, es importante asegurar que el peligro relacionado con el trauma ya no existe, no siendo recomendable utilizar la EP si los mecanismos de afrontamiento del paciente pueden ser adecuados para abordar una situación determinada (Mas, en prensa).

Aunque la EP se considera una de las principales opciones de tratamiento para el TEPT, esta terapia no es efectiva para todos los pacientes y se observa un elevado número de abandonos (Steenkamp y Litz, 2013). Algunos pacientes, especialmente aquellos con síntomas más graves de TEPT y depresión, pueden presentar resistencia o rechazo hacia la exposición al trauma, lo que puede resultar en un porcentaje significativo de pacientes que no experimentan mejoría (Bados, 2015). Además, este tipo de terapia puede no ser recomendable para aquellos pacientes que presentan pérdidas de memoria en relación al evento traumático, alto



riesgo de suicidio o de violencia; en los últimos supuestos, podría incluso llegar a ser necesaria la hospitalización del paciente (Crespo et al., 2019).

Por último, cabe destacar que el desarrollo de la tecnología ha facilitado la creación de escenarios virtuales que permiten que la persona se exponga a situaciones de difícil acceso en el entorno real, lo que podría ser una alternativa eficaz y económica para el tratamiento del TEPT (Mas, en prensa). Aunque los resultados iniciales son prometedores, se necesitan más investigaciones personalizadas y controladas para evaluar su aplicación clínica (Vianez et al., 2022).

### ***Terapia Metacognitiva***

Uno de los modelos que ha recibido un creciente apoyo empírico en la investigación reciente es el modelo metacognitivo para el TEPT de Wells (2011). Este modelo supone una contribución innovadora y prometedora en la comprensión del rol de los factores cognitivos en la concepción y tratamiento de los trastornos mentales (Garay y Keegan, 2016), y los estudios llevados a cabo hasta el momento respaldan la eficacia de la Terapia Metacognitiva (TMC) para el tratamiento del TEPT (Wells y Colbear, 2012; Wells y Sembi, 2004b; Wells et al., 2008). Este tipo de terapia no se centra en que el paciente reviva los recuerdos del trauma ni modifique el contenido de las cogniciones sobre éste o sus recuerdos, ni sobre sí mismo o el mundo; por el contrario, pretende ayudar al paciente a desmontar las barreras que impiden el procesamiento normal de los eventos traumáticos (Wells, 2011).

Este modelo se basa en la idea de que la mayoría de las personas tienen una capacidad innata para adaptarse después de una situación traumática sin desarrollar problemas persistentes; sin embargo, las dificultades surgen con la activación del Síndrome Cognitivo Atencional (SCA). El SCA se refiere a un conjunto de patrones de pensamiento disfuncionales que aumentan la percepción de peligro y la activación emocional, contribuyendo al desarrollo y mantenimiento de los síntomas del trastorno. Son varios los componentes del SCA que interfieren con estos procesos normales de adaptación, entre los que destacan: a) la preocupación/rumiación, que hacen que la persona se enfoque en la información negativa, anticipando posibles amenazas futuras; b) la monitorización de amenazas, que centra la atención constantemente en los posibles peligros del entorno, lo que

aumenta la sensación de amenaza; c) los tipos de afrontamiento evitativos, incluido el control del pensamiento, que interrumpen el procesamiento normal de la experiencia traumática; y d) las autoevaluaciones/creencias negativas sobre uno mismo o sobre aspectos del trauma (Wells y Sembi, 2004a).

El SCA se deriva de creencias metacognitivas, que pueden ser positivas o negativas. Las creencias metacognitivas positivas se refieren al uso de la preocupación, la rumiación, la monitorización de amenazas, el relleno de lagunas y el control de los pensamientos intrusivos relacionados con el trauma, y llevan a la persona a pensar que estas estrategias son útiles y necesarias. Las creencias metacognitivas negativas, en cambio, hacen referencia a la interpretación y el peligro asignado a los síntomas, como los pensamientos intrusivos, los sueños y la ansiedad misma. Estas creencias negativas perpetúan la sensación errónea de peligro y contribuyen a su vez al mantenimiento de los síntomas (Wells, 2011).

En cuanto al tratamiento, según Wells et al. (2015), éste debe enfocarse en el SCA y las creencias metacognitivas en lugar de en los contenidos específicos de la memoria del trauma. La terapia consta de 8 a 11 sesiones semanales y se centra en la modificación de los procesos cognitivos y emocionales subyacentes que mantienen los síntomas del TEPT, y en enseñar a los pacientes habilidades y estrategias que les permitan regular sus emociones y modificar sus patrones de pensamiento, además de trabajar en la monitorización de amenazas y en ayudar a los pacientes a identificar situaciones que activan el SCA.

La evidencia preliminar de una serie de casos controlados, un ensayo no controlado y un ensayo controlado aleatorizado respaldan la potencial eficacia de la TMC para el tratamiento del TEPT (Wells y Colbear, 2012; Wells y Sembi, 2004b; Wells et al., 2008). En esta línea, Brown et al. (2021) llevaron a cabo una revisión sistemática de 18 estudios que evalúan el modelo metacognitivo como enfoque terapéutico para el TEPT, cuyos resultados respaldaron la efectividad del modelo y concluyeron que no hay evidencias desfavorables en relación al uso de la TMC para el tratamiento del trastorno.

No obstante, a pesar de los resultados prometedores, la literatura científica existente es muy limitada; a día de hoy solamente existe un artículo que compare la

EP y la TMC para el abordaje del TEPT, y no hay ninguno en el idioma español, lo que evidencia la necesidad de disponer de más investigación al respecto.

El estudio existente, realizado por Wells et al. (2015), obtuvo resultados que indicaron que ambos grupos de tratamiento, TMC y EP, fueron superiores al grupo control en la reducción de los síntomas del TEPT, depresión y ansiedad. Los efectos del tratamiento fueron más rápidos en el grupo de la TMC en comparación con la EP; además, una vez finalizado el tratamiento, los pacientes que recibieron la TMC mostraron una mejora significativamente mayor en los síntomas de TEPT, y una activación fisiológica más baja que los pacientes del grupo de EP y el grupo control.

### ***Combinación de Terapias: Terapia de Exposición Prolongada y Terapia Metacognitiva***

El desarrollo de nuevos tratamientos más eficaces requiere conocer a fondo los síntomas cognitivos asociados al TEPT y los factores que influyen en su mantenimiento (Moltrasio et al., 2021). Como se ha señalado previamente, existen tres elementos esenciales que caracterizan a los tratamientos más recomendados para el TEPT: comprometerse con la memoria traumática, procesar las cogniciones relacionadas con el trauma y abordar la evitación experiencial (Forbes et al., 2020).

A partir de esta premisa, la combinación de la TMC y la EP puede resultar interesante para el abordaje del TEPT, ya que ambas terapias se enfocan en distintos aspectos del trastorno y pueden complementarse contribuyendo a una mayor eficacia del tratamiento; por un lado, la TMC se centra en cambiar los patrones de pensamiento negativos y disfuncionales que suelen estar presentes en el TEPT, como la preocupación, la rumiación, el monitoreo de amenazas y las creencias metacognitivas; por otro lado, la EP se enfoca en exponer gradualmente al paciente a los recuerdos traumáticos de una forma controlada y segura, con el objetivo de reducir la respuesta emocional y las conductas de evitación mediante un proceso de habituación.

Teniendo en cuenta esta información, la combinación de las dos terapias podría proporcionar ventajas significativas en el tratamiento del TEPT, ya que permitiría abordar tanto los síntomas emocionales como cognitivos y metacognitivos del trastorno. Además, la TMC ayuda a los pacientes a desarrollar habilidades para

reducir la ansiedad asociada a la exposición y, en consecuencia, aumenta la probabilidad de completarla con éxito y reducir el número de abandonos del tratamiento. Por último, la EP puede ayudar a consolidar los cambios cognitivos logrados durante la TMC al proporcionar a los pacientes la oportunidad de experimentar situaciones que antes evitaban debido a su ansiedad.

A día de hoy no se ha encontrado ningún estudio que contemple la combinación de la TMC y la EP para el tratamiento del TEPT, por lo que podría ser una línea de investigación interesante para explorar en más profundidad en el futuro.

En el presente trabajo se realiza una propuesta de intervención que compara la EP, que ya dispone de un fuerte apoyo empírico, y la TMC, un enfoque altamente prometedor pero que necesita más estudios que demuestren su eficacia para el tratamiento del TEPT. Así mismo, se desarrolla una propuesta de intervención alternativa que supone una combinación de ambas, para comprobar si la integración de los componentes de estas terapias podría resultar en un menor número de abandonos y un mejor resultado clínico en comparación con el no tratamiento y las dos terapias por separado.

## **Objetivos e Hipótesis del Estudio**

### **Objetivos**

Los objetivos generales de este trabajo son desarrollar una propuesta para evaluar y comparar la eficacia de la TMC y la EP para el tratamiento del TEPT, así como diseñar y evaluar una intervención que combine ambas terapias para determinar si esto podría potenciar la eficacia de las terapias individuales, contribuyendo a eliminar los síntomas residuales en aquellos pacientes más refractarios a la intervención.

Para lograr estos objetivos generales, y después de realizar una revisión de la literatura disponible, se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Evaluar la **eficacia de la EP** para el tratamiento de la sintomatología del TEPT y los síntomas de ansiedad y depresión asociados, comparando los resultados obtenidos con los del grupo control.

2. Evaluar la **eficacia de la TMC** para el tratamiento de la sintomatología del TEPT y los síntomas de ansiedad y depresión asociados, comparando los resultados obtenidos con los del grupo control.
3. Desarrollar una propuesta de intervención que **combine la EP y la TMC** y evaluar su **eficacia** para el tratamiento de la sintomatología del TEPT y los síntomas de ansiedad y depresión asociados, comparando los resultados obtenidos con los del grupo control.
4. Comparar las **tres intervenciones** para determinar **cuál es más eficaz** para el tratamiento de la sintomatología del TEPT y los síntomas de ansiedad y depresión asociados. Se hipotetiza que la TMC tendrá una eficacia superior a la EP, y que la combinación de ambas será el tratamiento más eficaz.
5. Evaluar la **eficacia a largo plazo** de cada uno de los tratamientos para ver si los efectos se mantienen en el tiempo, a los 3, 6 y 12 meses después de la intervención.

### Hipótesis

A partir de los objetivos planteados se establecen una serie de hipótesis, que se detallan a continuación:

1. La **EP será efectiva** para la reducción de la sintomatología del TEPT, ansiedad y depresión, y los resultados obtenidos serán significativamente mejores que los obtenidos en el grupo control.
2. La **TMC será efectiva** para la reducción de la sintomatología del TEPT, ansiedad y depresión, y los resultados obtenidos serán significativamente mejores que los obtenidos en el grupo control.
3. La **combinación de la TMC y la PE será efectiva** para la reducción de la sintomatología del TEPT, ansiedad y depresión, y los resultados obtenidos serán significativamente mejores que los obtenidos en el grupo control.
4. La **TMC será más efectiva que la EP** en la reducción de la sintomatología del TEPT, ansiedad y depresión, presentando menos síntomas residuales, un mayor índice de curaciones y un menor número de abandonos del tratamiento. La **combinación de la TMC y la EP será más efectiva** que cualquiera de las dos terapias por separado en la reducción de la sintomatología del TEPT, ansiedad y depresión, presentando una reducción

de los síntomas residuales en aquellos pacientes más refractarios a la intervención.

5. Los **efectos positivos** de las tres intervenciones **se mantendrán** a los 3, 6 y 12 meses de seguimiento, así como también se mantendrán las diferencias entre dichas intervenciones. El grupo control no mostrará variaciones en las medidas de seguimiento.

## **Método**

### **Participantes**

La intervención irá dirigida a personas de entre 30 y 59 años residentes en la provincia de Barcelona y que presenten un diagnóstico de TEPT. Los participantes deberán rellenar un formulario con información sobre su sexo, edad, estado civil, nivel educativo, profesión y medicación en caso de tomarla, y firmar un consentimiento informado (ver Anexo III del presente trabajo).

Se plantea que la muestra total sea de 120 sujetos (N=120), con 30 participantes por cada grupo (n=30). A las personas asignadas al grupo control, se les apuntará en una lista de espera para que puedan recibir la intervención más adelante, una vez finalizado el estudio inicial.

Las personas que cumplan los criterios de inclusión serán distribuidas aleatoriamente en cada grupo antes de la evaluación inicial pretest, para minimizar la posibilidad de sesgos y maximizar la validez interna del estudio. Como método de aleatorización, se usará una tabla de números aleatorios generados previamente. Esta tabla asignará números al azar a cada participante y se usará para llevar a cabo su distribución en los diferentes grupos. De esta forma, al llevar a cabo el análisis de datos, se preservará la confidencialidad respecto a las asignaciones de cada participante a las diferentes condiciones del estudio.

### **Criterios de Inclusión y Exclusión**

Para garantizar al máximo la homogeneidad en los grupos y controlar las posibles variables extrañas que puedan influir en los efectos del tratamiento, se establecerán los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión: edad entre 30 y 59 años, residencia en la provincia de Barcelona, buena comprensión del idioma español, disponibilidad para asistir a las sesiones y diagnóstico de TEPT.

- Criterios de exclusión: edad inferior a 30 años o superior a 59 años, residir fuera de la provincia de Barcelona, no comprender el idioma español, no tener disponibilidad para asistir a las sesiones, estar recibiendo tratamiento psicológico o, en caso de estar en tratamiento farmacológico, que éste no sea estable desde tres meses antes de la intervención, abuso de sustancias y/o riesgo de suicidio actual.

## **Instrumentos**

La evaluación del TEPT implica un proceso exhaustivo que tiene como objetivo tanto establecer un diagnóstico como desarrollar un tratamiento eficaz y adaptado a las necesidades del paciente, además de evaluar su evolución y progresos (Mas, en prensa). Por ello se realizará una evaluación amplia, en la que se recogerá la información relevante relacionada con el TEPT y la posible comorbilidad de síntomas de ansiedad y depresión. Los instrumentos de medida que se utilizarán para la medición de cada una de las variables serán los siguientes:

- *Escala de Gravedad de Síntomas Revisada del Trastorno de Estrés Postraumático* (EGS-R; Echeburúa et al., 2016): mide la gravedad de los síntomas del TEPT. Se trata de una entrevista estructurada que consta de un total de 21 ítems, con una escala Likert de 0 (nada) a 3 (mucho) según la frecuencia e intensidad de los síntomas. Los 21 ítems corresponden a los criterios diagnósticos del DSM-5: 5 de ellos evalúan los síntomas de reexperimentación (rango de 0 a 15 puntos), 3 hacen referencia a los síntomas de evitación conductual/cognitiva (rango de 0 a 9 puntos), 7 evalúan las alteraciones cognitivas y el estado de ánimo negativo (rango de 0 a 21 puntos), y 6 los síntomas de aumento de la activación y reactividad psicofisiológica (rango de 0 a 18 puntos). El rango total de la escala oscila entre 0 y 63 puntos. Se considera que un síntoma está presente cuando se le asigna una puntuación de al menos dos puntos en el ítem correspondiente. Además de los síntomas nucleares del TEPT, se han añadido 4 ítems destinados a evaluar de manera complementaria la presencia de síntomas disociativos, dado que el DSM-5 les otorga una importancia significativa, y 6 ítems para valorar el grado de

afectación o disfuncionalidad relacionado con el suceso traumático. Esta escala supone una versión modificada y actualizada de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS; Echeburúa et al., 1997), y muestra unas buenas propiedades psicométricas: con el grupo clínico se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de .91 para la escala total de 21 ítems, y la consistencia interna de los cuatro núcleos de síntomas del TEPT estuvo comprendida entre .72 y .79. Este instrumento puede encontrarse en el Anexo IV del presente trabajo.

- *Posttraumatic Cognitions Inventory* (PTCI; Foa et al., 1999): evalúa los pensamientos y creencias relacionados con el trauma. Consta de un total de 33 ítems, y se identifican tres factores principales: “cogniciones negativas sobre uno mismo”, “cogniciones negativas sobre el mundo” y “auto culpa”. Cada uno de los ítems se puntúa en una escala que va desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 7 (totalmente de acuerdo). El factor “cogniciones negativas sobre uno mismo” incluye 21 ítems y evalúa la visión general negativa de uno mismo a partir del evento traumático; el factor “cogniciones negativas sobre el mundo” incluye 7 ítems y evalúa la desconfianza en otras personas y la percepción de que el mundo es un lugar peligroso; y el factor de “auto culpa” incluye 5 ítems y evalúa la percepción de culpa de uno mismo por el evento traumático. Los tres factores muestran una elevada consistencia interna y buena confiabilidad test-retest, con un coeficiente alfa de Cronbach de .86 a .97. En el trabajo de Rincón (2003), puede encontrarse una traducción y adaptación al español del PTCI, reflejada en el Anexo V del presente trabajo.

- *Beck Depression Inventory* (BDI-II; Beck et al., 1996, versión española de Sanz et al., 2003): mide la sintomatología depresiva. Consta de un total de 21 ítems, y cada uno de ellos comprende cuatro frases diferentes que reflejan un grado creciente de depresión. Para cada ítem, se asigna una puntuación que va desde 0, que indica la ausencia de sintomatología depresiva, hasta 3, que indica el nivel más alto de sintomatología depresiva. La puntuación total oscila entre 0 y 63. El coeficiente alfa de Cronbach obtenido en la versión española, .87, indica una elevada consistencia interna. Este instrumento puede encontrarse en el Anexo VI del presente trabajo.



- *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck y Steer, 1993, versión española de Magán et al., 2008): mide la sintomatología de ansiedad. Consta de un total de 21 ítems que reflejan diferentes síntomas de ansiedad, y las personas evaluadas deben indicar el grado en el que se vieron afectadas por cada uno de estos síntomas durante la semana anterior. Las respuestas se obtienen utilizando una escala Likert de 4 puntos, que va desde 0 (en absoluto) hasta 3 (severamente). La puntuación total oscila entre 0 y 63. La consistencia interna para la versión española es elevada, con un coeficiente alfa de Cronbach de .93. Este instrumento puede encontrarse en el Anexo VII del presente trabajo.

### **Procedimiento**

Los médicos de cabecera de los centros de AP del Sistema Nacional de Salud (SNS) de la provincia de Barcelona derivarán a aquellos pacientes que consideren que pueden beneficiarse de la intervención, a los que se les realizará una evaluación diagnóstica utilizando los instrumentos detallados en el apartado anterior, para determinar cuáles cumplen las condiciones para participar en el estudio, que se llevará a cabo en el Hospital Clínic de Barcelona. Se obtendrá el consentimiento informado para participar y emplear los datos obtenidos, y el permiso de la comisión de ética del centro en el que se llevará a cabo el trabajo.

Se realizará una evaluación previa a la intervención (pretest), otra una vez finalizado el tratamiento (postest) y a los 3, 6 y 12 meses después (seguimiento). Tanto la evaluación como la intervención serán realizadas por un equipo de psicólogos clínicos y generales sanitarios especializados en TEPT. Las sesiones se detallan en el apartado “propuesta de intervención”.

### **Diseño**

El estudio propuesto comparará cuatro grupos de participantes, uno que recibirá como intervención la TE, otro la TMC, otro una combinación de las dos, y finalmente un grupo control que no recibirá ninguna intervención.

Se empleará un ensayo clínico aleatorizado con medidas pre y postratamiento y seguimiento a los 3, 6 y 12 meses. La variable independiente *Tratamiento* presenta cuatro niveles (EP, TMC, Terapia Combinada (TCO) y grupo

control (C)), y las variables dependientes son la Ansiedad (AN), Depresión (DE), Estrés Postraumático (TEPT) y Cogniciones (COG).

Este diseño nos permitirá realizar tanto un análisis intergrupo como intragrupo. Por un lado, podremos comparar la eficacia de los tratamientos y determinar si los cambios observados son atribuibles a la intervención en sí misma y no a variables externas, mediante la comparación con el grupo control. Además, el análisis de la varianza en las diferentes medidas de seguimiento nos proporcionará información sobre la durabilidad de los efectos de cada tratamiento. En el Anexo VIII del trabajo se presenta una representación gráfica del diseño experimental propuesto.

### **Análisis de Datos**

Todos los análisis estadísticos se llevarán a cabo utilizando el programa SPSS. Se realizarán análisis estadísticos intergrupo e intragrupo para obtener información sobre la eficacia o no de las intervenciones y compararlas entre sí.

Se espera, al tratarse de un diseño experimental, que los grupos sean equivalentes entre sí y por tanto comparables. Para asegurarnos de ello, se realizarán pruebas específicas para evaluar dos aspectos importantes: la normalidad de los datos y la homogeneidad de las varianzas.

El supuesto de normalidad será verificado con la prueba de Shapiro-Wilk, y el supuesto de homocedasticidad, que hace referencia a la igualdad de varianzas entre las variables, mediante la prueba de Bartlett. En caso de confirmarse ambos supuestos, se procederá a emplear pruebas paramétricas para la comparación de grupos.

En cuanto a las comparaciones intergrupo, en caso de no rechazarse las hipótesis nulas, es decir, que los grupos tengan una distribución normal y sean homogéneos, se emplearán ANOVAs factoriales para determinar si hay diferencias significativas entre los grupos. El nivel de significación adoptado será de  $\alpha=0.05$ , siendo significativos valores  $p<0.05$ . El tamaño del efecto de aquellas variables que resulten significativas será analizado con la  $d$  de Cohen. En la valoración de la magnitud del tamaño del efecto se tendrán en cuenta las siguientes

recomendaciones generales:  $d= 0.20$  (diferencia pequeña),  $d= 0.50$  (diferencia moderada) y  $d= 0.80$  (diferencia grande) (Cohen, 1988).

Por otro lado, se realizarán comparaciones intrasujeto para comprobar el cambio producido debido a la intervención en cada grupo y evaluar la magnitud del efecto. Para comparar las medidas pre y post de las variables dependientes dentro de cada grupo, se utilizará la prueba  $t$  de Student para muestras relacionadas o su equivalente si los supuestos de las pruebas paramétricas no se cumplen. El nivel de significación adoptado será de  $\alpha=0.05$ , siendo significativos los valores de  $p<0.05$ . También se analizará el tamaño del efecto utilizando el estadístico  $d$  de Cohen siguiendo las recomendaciones previamente mencionadas.

### **Propuesta de Intervención**

Como se ha comentado anteriormente, se propone que los participantes se dividan en cuatro grupos: uno recibirá como tratamiento la EP, otro la TMC, otro una combinación de las dos terapias, y finalmente habrá un grupo control que no recibirá ninguna intervención durante el tiempo que dure el estudio.

Se propone en los tres grupos de intervención realizar un tratamiento de 8 sesiones semanales individuales de 90 minutos cada una, siguiendo las recomendaciones de los estudios en los que se basa el presente trabajo. Durante estas 8 semanas el grupo control no recibirá ningún tratamiento.

En los tres grupos de intervención, las personas que realicen la terapia deberán manejar los principios de la EP y/o de la TMC, y se recomendará tomar medidas preventivas para evitar la traumatización vicaria (Mingote et al., 2019; Pearlman y Mac Ian, 1995).

A continuación, se explica la propuesta de intervención para los tres primeros grupos.

#### **Grupo de Intervención 1: Terapia de Exposición Prolongada**

La propuesta de intervención que se va a realizar está basada en la guía de tratamiento elaborada por Foa et al. (2019). Esta guía está acompañada por un cuaderno de trabajo del paciente, que incluye registros, ejercicios y tareas a realizar

entre sesiones, y que supone una herramienta importante que le ayuda a seguir y completar las tareas asignadas y a registrar su progreso. Además de realizar las tareas entre sesiones, el paciente deberá realizar los ejercicios y completar los registros que se incluyen en este cuaderno.

### *Sesión 1:*

- Introducir la EP y explicar al paciente su funcionamiento y por qué es efectiva.
- Proporcionar **psicoeducación** en TEPT.
- Discutir los objetivos y establecer un plan de tratamiento.
- Enseñar al paciente técnicas de regulación emocional a través de la respiración.
- Asignar tareas entre sesiones: escuchar la grabación de la sesión una vez y practicar la relajación.

### *Sesión 2:*

- Revisar la sesión anterior y las tareas entre sesiones.
- Presentar la **exposición en vivo** y explicar en qué consiste y cómo se llevará a cabo.
- Identificar conjuntamente con el paciente las situaciones relacionadas con el trauma que son evitadas y que le generan ansiedad y malestar, así como las actividades gratificantes que se han dejado de realizar.
- Ordenar las situaciones según el grado de dificultad experimentada, de menor a mayor intensidad, para crear una **jerarquía de exposición**.
- Decidir conjuntamente las situaciones que el paciente afrontará como tarea de exposición en vivo entre sesiones.
- Realizar un resumen de la sesión y asignar tareas: realizar la exposición en vivo, ver la grabación de la sesión y practicar la relajación.

### *Sesión 3:*

- Revisar la sesión anterior y las tareas entre sesiones.
- Introducir la **exposición en imaginación**, explicando su función y cómo se llevará a cabo.

- Guiar al paciente a través de la exposición en imaginación, en la que se **revisitará** el evento traumático.
- Llevar a cabo el **procesamiento** del contenido aparecido durante la exposición.
- Discutir la importancia de la práctica continua de la exposición entre sesiones.
- Realizar un resumen de la sesión y asignar tareas: escuchar la grabación de la exposición en imaginación.

#### *Sesiones 4 a 7:*

- Revisar la sesión anterior y las tareas entre sesiones.
- Realizar la **exposición en imaginación** durante 40 minutos en cada sesión.
- **Procesar emocionalmente la exposición** en imaginación, identificando y cuestionando los pensamientos y creencias negativas relacionadas con el trauma.
- Planificar la **exposición en vivo diaria**.
- Realizar un resumen de la sesión y asignar tareas: escuchar la grabación de toda la sesión una vez y realizar las exposiciones en vivo.

Las sesiones seguirán la misma estructura, pero se irán abordando diferentes situaciones temidas en cada sesión.

#### *Sesión 8:*

- Revisar la sesión anterior y las tareas entre sesiones.
- Realizar exposición en imaginación durante 15-25 minutos.
- Revisar los logros alcanzados y qué ha aprendido el paciente.
- Preparar al paciente para situaciones futuras que puedan suponer un incremento temporal de los síntomas y discutir la importancia de mantener la práctica de las habilidades aprendidas.
- Felicitar al paciente por su trabajo y dedicación en el tratamiento.

Para un mayor detalle sobre el contenido de la EP puede consultarse el manual "Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences - Therapist Guide" de Foa et al. (2019).

## Grupo de Intervención 2: Terapia Metacognitiva

La intervención propuesta a continuación se basa en el modelo de Wells (2011).

### *Sesión 1:*

- Introducir la TMC y explicar al paciente su funcionamiento y por qué es efectiva.
- Generar la **formulación del caso**, identificando los factores desencadenantes, los síntomas, las emociones y las creencias negativas y distorsionadas del paciente sobre sus síntomas y experiencias relacionadas con el trauma.
- Proporcionar **psicoeducación** en TEPT.
- Discutir los objetivos y establecer un plan de tratamiento.
- Promover una relación de colaboración y confianza con el paciente, involucrándolo en el proceso terapéutico.
- Identificar las **creencias negativas** del paciente sobre sus síntomas y cuestionarlas de manera efectiva.
- Introducir y practicar el **Mindfulness Desapegado de Wells (MD)**, observando los pensamientos, emociones y sensaciones corporales de manera desapegada y sin juzgarlos.
- Introducir el **aplazamiento de la preocupación**, enseñando al paciente a posponer la preocupación hasta un momento específico del día.
- Realizar un resumen de la sesión y asignar tareas: practicar el MD y el aplazamiento de la preocupación entre sesiones.

### *Sesiones 2 a 4:*

- Revisar la sesión anterior y las tareas entre sesiones.
- Realizar un análisis de **ventajas y desventajas de la preocupación y la rumiación**.
- **Desafiar las creencias positivas** sobre la preocupación y la rumiación, mostrando que no son soluciones efectivas y que pueden empeorar los síntomas.

- Explorar y **evitar la supresión del pensamiento**, explicando al paciente que esta estrategia puede ser contraproducente y generar más ansiedad.
- Eliminar cualquier estrategia de afrontamiento no adaptativo, especialmente la evitación, a través de la exploración y aplicación de nuevas estrategias más eficaces.
- Realizar un resumen de la sesión y asignar tareas: continuar practicando el MD, posponer la preocupación y la rumiación y trabajar en la eliminación del afrontamiento inadaptado.

#### *Sesión 5:*

- Revisar la sesión anterior y las tareas entre sesiones.
- Realizar el análisis de **ventajas y desventajas de la monitorización de amenazas** y explorar su función en el mantenimiento de los síntomas.
- Desafiar las creencias positivas sobre la monitorización de amenazas y presentar alternativas más adaptativas.
- Practicar técnicas de **conciencia y desapego**.
- Realizar un resumen de la sesión y asignar tareas: practicar la conciencia y el abandono de la monitorización de amenazas.

#### *Sesión 6:*

- Revisar la sesión anterior y las tareas entre sesiones.
- Introducir la técnica de **reenfoque de atención** para redirigir la atención del paciente hacia estímulos no amenazantes.
- Desafiar las creencias positivas y negativas del paciente sobre su capacidad para manejar su ansiedad y enfrentar situaciones desafiantes.
- Realizar un resumen de la sesión y asignar tareas: volver a las rutinas anteriores al trauma e implementar nuevas estrategias de afrontamiento, revisar el afrontamiento inadaptado restante y trabajar en la eliminación de cualquier evitación.

#### *Sesión 7:*

- Revisar la sesión anterior y las tareas entre sesiones.

- Identificar y trabajar en la preocupación, rumiación, creencias, afrontamiento y atención residuales del paciente.
- Escribir conjuntamente un **nuevo plan** para tratar las intrusiones y los síntomas.
- Realizar un resumen de la sesión y asignar tareas: escribir un breve resumen del tratamiento y practicar la implementación del nuevo plan en su vida diaria.

#### *Sesión 8:*

- Revisar la sesión anterior y las tareas entre sesiones.
- Reforzar el nuevo plan y utilizar ejemplos hipotéticos para trabajar su aplicación en situaciones futuras.
- Verificar y trabajar si existen creencias residuales que puedan afectar negativamente al paciente.
- Felicitar al paciente por su trabajo y dedicación en el tratamiento.

Para un mayor detalle sobre el contenido de la TMC puede consultarse el manual “Metacognitive therapy for anxiety and depression” de Wells et al. (2011).

### **Grupo de Intervención 3: Combinación de Terapia de Exposición Prolongada y Terapia Metacognitiva**

A partir de la información recogida en el presente trabajo, se realiza a continuación una propuesta de tratamiento que supondría integrar componentes de la EP y la TMC para un mejor abordaje de los síntomas de TEPT, y que se basa en los enfoques de Foa et al. (2019) y Wells (2011). Cabe destacar que es una propuesta realizada a propósito del trabajo, y que a día de hoy no hay ningún estudio que la contemple.

#### *Sesión 1:*

- Generar la **formulación del caso**, identificando los factores desencadenantes, los síntomas, las emociones y las creencias subyacentes del paciente.
- Proporcionar **psicoeducación** en TEPT.
- Introducir la EP y la TMC, y explicar en qué consisten ambos tratamientos y cómo se llevarán a cabo de forma combinada.



- Discutir los objetivos y establecer un plan de tratamiento.
- Promover una relación de colaboración y confianza con el paciente, involucrándolo en el proceso terapéutico.
- Enseñar al paciente **técnicas de relajación** a través de la respiración y el MD, que consiste en observar los pensamientos, emociones y sensaciones corporales de manera desapegada y sin juzgarlos.
- Asignar tareas entre sesiones: practicar la relajación a través de la respiración y el MD.

### *Sesión 2:*

- Revisar la sesión anterior y las tareas entre sesiones.
- Identificar las **creencias negativas** del paciente sobre sus síntomas y cuestionarlas de manera efectiva.
- Introducir el **aplazamiento de la preocupación**, enseñando al paciente a posponer la preocupación hasta un momento específico del día.
- Realizar un análisis de **ventajas y desventajas de la preocupación** y la rumiación, y **desafiar las creencias positivas**.
- Explorar y **evitar la supresión del pensamiento**, explicando al paciente que esta estrategia puede ser contraproducente y generar más ansiedad.
- Realizar un resumen de la sesión y asignar tareas: practicar la relajación a través de la respiración y el MD, así como el aplazamiento de la preocupación.

### *Sesión 3:*

- Revisar la sesión anterior y las tareas entre sesiones.
- Realizar el análisis de **ventajas y desventajas de la monitorización de amenazas** y explorar su función en el mantenimiento de los síntomas.
- Desafiar las creencias positivas sobre la monitorización de amenazas y presentar alternativas más adaptativas.
- Practicar **técnicas de conciencia y desapego**.
- Realizar un resumen de la sesión y asignar tareas: practicar la conciencia y el abandono de la monitorización de amenazas, así como el aplazamiento de la preocupación.

#### *Sesión 4:*

- Revisar la sesión anterior y las tareas entre sesiones.
- Introducir la técnica de **reenfoque de atención** para redirigir la atención del paciente hacia estímulos no amenazantes.
- Desafiar las creencias positivas y negativas del paciente sobre su capacidad para manejar su ansiedad y enfrentar situaciones desafiantes.
- Realizar un resumen de la sesión y asignar tareas: practicar la relajación a través de la respiración y el MD, y trabajar en la eliminación de cualquier evitación.

#### *Sesión 5:*

- Revisar la sesión anterior y las tareas entre sesiones.
- Identificar y crear una **jerarquía de exposición** a las situaciones temidas y actividades gratificantes abandonadas.
- Introducir la **exposición en imaginación** de los momentos más complicados de la experiencia, explicando su función y cómo se llevará a cabo.
- Guiar al paciente a través de la exposición en imaginación.
- Realizar el **procesamiento emocional** de la exposición, identificando y cuestionando de forma efectiva los pensamientos automáticos.
- Discutir la importancia de la práctica continua de la exposición y de las técnicas aprendidas entre sesiones.
- Realizar un resumen de la sesión y asignar tareas: escuchar la grabación de la exposición en imaginación.

#### *Sesiones 6 y 7:*

- Revisar la sesión anterior y las tareas entre sesiones.
- Realizar la exposición en imaginación durante 40 minutos en cada sesión.
- Planificar la **exposición en vivo** diaria y el volver a las actividades sociales anteriores el trauma, que posteriormente se realizará como tarea entre sesiones.
- Realizar un resumen de la sesión y asignar tareas: escuchar la grabación de toda la sesión una vez, realizar las exposiciones en vivo y practicar la

relajación a través de la respiración y el MD. Al finalizar la sesión 7, se pide al paciente escribir un breve resumen del tratamiento.

Las dos sesiones seguirán la misma estructura, pero se abordarán diferentes situaciones temidas en cada sesión.

#### *Sesión 8:*

- Revisar la sesión anterior y las tareas entre sesiones.
- Realizar la exposición en imaginación durante 15 minutos.
- Identificar y trabajar en la preocupación, rumiación, creencias, afrontamiento y atención residuales del paciente.
- Escribir conjuntamente un **nuevo plan** para tratar las intrusiones y los síntomas.
- Planificar actividades positivas y agradables para reforzar la exposición y reducir el riesgo de recaídas.
- Felicitar al paciente por su trabajo y dedicación en el tratamiento.

#### **Resultados Esperados**

En cuanto a los resultados, se espera que en los análisis obtengamos resultados estadísticamente significativos con valores de  $p < 0.05$ , lo que nos dará un nivel de confianza del 95%. Además, se espera que los resultados sean clínicamente relevantes, con una diferencia media entre los grupos de al menos  $d = 0.50$ , lo cual indica un tamaño del efecto moderado.

Concretamente, se esperan los siguientes resultados. En primer lugar, se espera que en la **primera evaluación postratamiento** los tres grupos de intervención (EP, TMC y TCO) obtengan menores puntuaciones en todas las medidas dependientes en comparación con el grupo control, que se espera que obtenga las puntuaciones más altas. Además, se espera que el grupo que reciba la TMC obtenga menores puntuaciones en todas las medidas dependientes en comparación con el grupo que reciba la EP. También se espera que el grupo que reciba el TCO obtenga las puntuaciones más bajas en las medidas dependientes en comparación con el resto de grupos.

Por otro lado, respecto a las comparaciones a realizar en las diferentes etapas del **seguimiento**, se espera que los tres grupos de intervención mantengan los beneficios. Se espera que el grupo de TMC obtenga puntuaciones más bajas en las variables dependientes que el grupo de EP. Asimismo, esperamos que el grupo que reciba la TCO presente las puntuaciones más bajas en comparación con el resto de grupos. Finalmente, se espera que el grupo control no presente cambios significativos en las diferentes medidas de seguimiento.

En cuanto a las comparaciones **intragrupales**, se esperan menores puntuaciones en las medidas postratamiento en comparación con el pretratamiento en todos los grupos de intervención, siendo estas diferencias estadísticamente significativas con valores de  $p < 0.05$  y un tamaño del efecto moderado de al menos  $d = 0.5$ . En cuanto al grupo control, se espera que la diferencia entre dichas medidas no sea significativa. Por último, esperamos que los grupos que reciban tratamiento no presenten diferencias significativas en las sucesivas medidas de seguimiento. Tampoco se espera que el grupo control muestre cambios significativos en las puntuaciones de seguimiento.

## **Discusión y Conclusiones**

El TEPT es un trastorno que afecta significativamente a la calidad de vida y el funcionamiento de las personas que lo padecen, y a día de hoy no existe ningún tratamiento óptimo para abordarlo.

Diversos estudios clínicos han demostrado que la TMC es un tratamiento prometedor para el abordaje de los síntomas de TEPT, ansiedad y depresión, obteniendo incluso mejores resultados que otros tipos de terapia de primera línea, como la EP. El presente estudio proporciona información sobre los beneficios y limitaciones de estas dos terapias, comparándolas entre sí para el abordaje del TEPT. Esta propuesta de comparación resulta relevante ya que hasta ahora solo existe un estudio que compare directamente estos dos enfoques terapéuticos en el contexto del TEPT, y no hay ninguno publicado en nuestro idioma.

Además, esta comparación proporciona información útil para el desarrollo de un enfoque terapéutico combinado que aproveche los beneficios de ambas terapias, ya que éstas se centran en distintos aspectos del trastorno. Por un lado, la TMC se

centra en la modificación de los patrones de pensamiento disfuncionales y el SCA, mientras que la EP se enfoca en ayudar a los pacientes a enfrentar y procesar la experiencia traumática de forma controlada y segura. Con este estudio se espera saldar este vacío, puesto que la propuesta de combinación de ambas terapias permitiría abordar los síntomas emocionales, cognitivos y metacognitivos del trastorno. La TMC permitiría, por un lado, que los pacientes desarrollen habilidades que aumenten la probabilidad de éxito de la exposición, disminuyendo así la tasa de abandonos del tratamiento. Por otro lado, la EP contribuiría a consolidar los cambios logrados durante la TMC al exponer a los pacientes a situaciones que antes evitaban. En conjunto, estas razones hacen pensar que la combinación de ambas terapias podría resultar más efectiva que su aplicación individual, especialmente en aquellos pacientes con comorbilidades y síntomas persistentes.

Como planteamos en las hipótesis, y de acuerdo con la literatura publicada hasta el momento, esperamos que al llevar a cabo la intervención propuesta la EP y la TMC se muestren eficaces para reducir los síntomas de ansiedad, depresión y TEPT, incluyendo una reducción significativa de las cogniciones negativas. Además, esperamos encontrar que la eficacia de la TMC sea superior a la de la EP, y que nuestra propuesta de tratamiento combinado sea eficaz y superior a las dos terapias aplicadas por separado. También esperamos que estos efectos se mantengan en el tiempo y sean clínicamente significativos con un efecto moderado basado en la  $d$  de Cohen.

En cuanto a las limitaciones a la hora de llevar a cabo el estudio, destacamos la posible falta de preparación o conocimiento específico en la detección del TEPT por parte de los profesionales de los centros de AP. Por otro lado, otra posible limitación tendría que ver con la participación de los pacientes, quienes podrían presentar dificultades para mantener la adherencia al tratamiento y abandonar el estudio por esta u otras razones, especialmente debido a su seguimiento a largo plazo.

Además, el estudio puede presentar otras limitaciones metodológicas que deberán ser consideradas al interpretar los resultados. En primer lugar, los resultados obtenidos provienen de una zona específica, por lo que es posible que existan variaciones en la prevalencia de ciertos factores socioculturales que podrían

influir en los resultados y hacer que estos no sean generalizables a otras poblaciones diferentes. En segundo lugar, es importante tener en cuenta las posibles dificultades a la hora de reclutar el número suficiente de pacientes, que podría limitar la representatividad de la muestra y la capacidad de obtener resultados estadísticamente significativos. Por último, es importante tener en cuenta la posibilidad de que los pacientes que acepten participar en el estudio difieran de aquellos que opten por no participar, lo que puede introducir sesgos en la muestra.

A pesar de estas limitaciones, se espera que este trabajo aporte nuevos conocimientos sobre la efectividad de la TMC y su posible combinación con la EP para el tratamiento del TEPT y los síntomas de ansiedad y depresión. Los resultados obtenidos al implementar esta intervención podrían tener implicaciones importantes para el diseño de tratamientos más efectivos para las personas que sufren este trastorno.

Como líneas de investigación futuras, se requieren más estudios que evalúen la eficacia de la TMC para el abordaje del TEPT y que la comparen con las principales líneas de tratamiento actuales. Además, también sería relevante explorar en mayor profundidad el potencial beneficio de la combinación de la TMC y la EP para comprobar su eficacia y determinar qué pacientes podrían beneficiarse más de esta intervención, por ejemplo, según las características del evento traumático.

En definitiva, se requiere una mayor investigación para el desarrollo de tratamientos óptimos para el abordaje del TEPT. Este trabajo bien podría representar un paso adelante en este sentido, ya que plantea una nueva perspectiva en el campo de las intervenciones terapéuticas para el tratamiento del trastorno.

## Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association (2017). *Clinical practice guideline for the treatment of PTSD*. Washington, DC: American Psychological Association. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>
- American Psychiatric Association (2022). *DSM-5 TR Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed. rev). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bados, A. (2015). *Trastorno por Estrés Postraumático*. Facultat de Psicologia, Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics, Universitat de Barcelona. <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65623/1/TEPT.pdf>
- Beck, A. T. y Steer, R. (1993). *Beck Anxiety Inventory manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. y Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory: Manual BDI-II*. New York, NY: Psychological Corp.
- Bisson, J.I., Berliner, L., Cloitre, M., Forbes, D., Jensen, T.K., Lewis, C. y Shapiro, F. (2019). The International Society for Traumatic Stress Studies new guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: methodology and development process. *Journal of Traumatic Stress*, 32(4), 475-483. <https://doi.org/10.1002/jts.22421>
- Brown, R. L., Wood, A., Carter, J. D. y Kannis-Dymand, L. (2021). The metacognitive model of post-traumatic stress disorder and metacognitive therapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(1), 131-146. <https://doi.org/10.1002/cpp.2633>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum. <https://www.sciencedirect.com/science/book/9780121790608>
- Crespo, T., Camarillo, L. y Diego H. (2019). Trastorno por estrés agudo y postraumático. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(84), 4918-4928. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.002>
- Echeburúa, E., Amor, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. y Muñoz, J. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica*, 34(2), 111-128. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000200004>
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(90), 503-526. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7070298>

- Ehlers, A. y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Foa, E. (2011). Prolonged exposure therapy: Past, present, and future. *Depression and Anxiety*, 28(12), 1043-1047. <https://doi.org/10.1002/da.20907>
- Foa, E., Ehlers, A., Clark, D., Tolin, D. y Orsillo, S. (1999). The Post-Traumatic Cognition Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303-314. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.11.3.303>
- Foa, E., Gillihan, S. y Bryant, R. (2013). Challenges and Successes in Dissemination of Evidence-Based Treatments for Posttraumatic Stress: Lessons Learned From Prolonged Exposure Therapy for PTSD. *Psychological Science in the Public Interest*, 14(2), 65-111. <https://doi.org/10.1177/1529100612468841>
- Foa, E., Hembree, E., Rothbaum, B. y Rauch (2019). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences - Therapist guide* (2ª ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Foa E., Huppert J., Cahill S. (2006). Emotional processing theory: An update. En B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 3-24). New York, NY: Guilford Press.
- Foa, E. y Kozak, M. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>
- Foa, E. y Rothbaum, B. (1998). *Treating the trauma of rape: A cognitive-behavioral therapy for PTSD*. The Guilford Press.
- Forbes, D., Bisson, J. I., Monson, C. M. y Berliner, L. (Eds.). (2020). *Effective treatments for PTSD*. Guilford Publications.
- Garay, C. J., Fabrissin, J. H., Korman, G. P., Etenberg, M., Hornes, A., D'Alessandro, F. y Etchevers, M. J. (2011). Combinación de tratamientos y complementariedad terapéutica en los trastornos de ansiedad. *Investigaciones en Psicología*, 16(2), 63-79. [https://www.researchgate.net/profile/Cristian-Garay-5/publication/263085933\\_Combinacion\\_de\\_tratamientos\\_y\\_complementariedad\\_therapeutica\\_en\\_los\\_trastornos\\_de\\_ansiedad/links/55b24f6608aed621ddfd\\_b9e0/Combinacion-de-tratamientos-y-complementariedad-therapeutica-en-los-trastornos-de-ansiedad.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Cristian-Garay-5/publication/263085933_Combinacion_de_tratamientos_y_complementariedad_therapeutica_en_los_trastornos_de_ansiedad/links/55b24f6608aed621ddfd_b9e0/Combinacion-de-tratamientos-y-complementariedad-therapeutica-en-los-trastornos-de-ansiedad.pdf)
- Garay, C. J. y Keegan, E. (2016). Terapia metacognitiva. El síndrome cognitivo atencional y los procesos cognitivos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(2), 125-134. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281946990003.pdf>
- Hamblen, J. L., Norman, S. B., Sonis, J. H., Phelps, A. J., Bisson, J. I., Nunes, V. D., Megnin-Viggars, O., Forbes, D., Riggs, D. S. y Schnurr, P. P. (2019). A guide



- to guidelines for the treatment of posttraumatic stress disorder in adults: An update. *Psychotherapy*, 56(3), 359-373. <https://doi.org/10.1037/pst0000231>
- Heim, E., Karatzias, T. y Maercker, A. (2022). Cultural concepts of distress and complex PTSD: Future directions for research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 93, 102143. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102143>
- International Society for Traumatic Stress Studies (2018). *Posttraumatic stress disorder prevention and treatment guidelines*. International Society for Traumatic Stress Studies. [https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS\\_PreventionTreatmentGuidelines\\_FNL-March-19-2019.pdf.aspx](https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL-March-19-2019.pdf.aspx)
- Koenen, K. C., Fu, Q. J., Ertel, K., Lyons, M. J., Eisen, S. A., True, W. R., Goldberg, J. y Tsuang, M. T. (2010). Predisposición genética común en la depresión mayor y el trastorno de estrés postraumático en hombres. *Psiquiatría Biológica*, 17(1), 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2010.01.001>
- Lewis, C., Roberts, N., Andrew, M., Starling, E. y Bisson, J. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633>
- Magán, I., Sanz, J. y García-Vera, M. (2008). Psychometric Properties of a Spanish Version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in General Population. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 626-640. <https://doi.org/10.1017/S1138741600004637>
- Mas, B. (2012). Trastorno de estrés postraumático. En M. A. Vallejo (Ed.), *Manual de terapia de conducta. Tomo I*. (pp. 539-603). Dykinson.
- Mas, B. (en prensa). Trastorno de estrés postraumático. En M. A. Vallejo (Ed.), *Manual de terapia de conducta. Tomo I*. Dykinson.
- Mingote, A., Menjón, B. y Mingote, B. (2019). Tratamiento de personas adultas con trastorno de estrés postraumático II. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, 62, 2. <http://www.aperturas.org/imagenes/archivos/ap2019%7Dn062a4.pdf>
- Moltrasio, J., Aguilar, V. y Rubinstein, W. Y. (2021). Alteraciones y sesgos de memoria en el Trastorno por estrés postraumático y Estrés Traumático Secundario: Una revisión sistemática. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 40, 30-51. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/157476>
- National Institute for Health and Care Excellence (2018). Guideline for post-traumatic stress disorder. London, United Kingdom: National Institute for Health and Clinical Practice. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861>

- OMS (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. <https://icd.who.int/es>
- Pearlman, L. A. y Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558-565. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.558>
- Resick, P. A. y Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 748-756. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.5.748>
- Rincón, P. (2003). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio institucional de la UCM. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/4834/1/T26887.pdf>
- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., Lewis, C. E. y Bisson, J. I. (2019). Early psychological intervention following recent trauma: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1695486>
- Rothbaum, B., Foa, E. y Hembree, E. (2007). *Reclaiming your life from a traumatic experience: A prolonged exposure treatment program workbook*. New York, NY: Oxford University Press.
- Sanz, J., Perdigón, A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617972001>
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of traumatic stress*, 2(2), 199-223. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020207>
- Steenkamp, M. M. y Litz, B. T. (2013). Psychotherapy for military-related posttraumatic stress disorder: Review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 33, 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.002>
- Vianez, A., Marques, A. y Simões de Almeida, R. (2022). Virtual reality exposure therapy for armed forces veterans with post-traumatic stress disorder: A systematic review and focus group. *International journal of environmental research and public health*, 19(1), 464. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010464>
- Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford press.
- Wells, A. y Colbear, J. S. (2012). Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: A preliminary controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 373-381. <https://doi.org/10.1002/jclp.20871>

- Wells, A. y Sembi, S. (2004a). Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(4), 365-377.  
[https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(04\)80053-1](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(04)80053-1)
- Wells, A. y Sembi, S. (2004b). Metacognitive-focused therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 307-318. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.07.001>
- Wells, A., Walton, D., Lovell, K. y Proctor, D. (2015). Metacognitive therapy versus prolonged exposure in adults with chronic post-traumatic stress disorder: A parallel randomized controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 39,1, 70-80. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9636-6>
- Wells, A., Welford, M., Fraser, J., King, P., Mendel, E., Wisely, J., Knight, A. y Rees, D. (2008). Chronic PTSD treated with metacognitive therapy: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(1), 85-92.  
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.11.005>
- Yunitri, N., Chu, H., Kang, X. L., Wiratama, B. S., Lee, T. Y., Chang, L. F., Liu. D., Kustanti, C. Y., Chiang, K. J., Chen, R., Tseng, P. y Chou, K. R. (2023). Comparative effectiveness of psychotherapies in adults with posttraumatic stress disorder: a network meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychological Medicine*, 1-13.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291722003737>

## Anexos

### Anexo I. Criterios Diagnósticos según el DSM-5

#### **Trastorno de estrés postraumático. Código 309.81 (F43.10).**

Nota: Los criterios siguientes se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años.

#### **A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:**

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

#### **B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):**

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente).

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

**C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:**

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

**D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:**

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej. "Estoy mal," "No puedo confiar en nadie," "El mundo es muy peligroso," "Tengo los nervios destrozados").
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

**E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:**

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.

4. Respuesta de sobresalto exagerada.

5. Problemas de concentración.

6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

**F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.**

**G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.**

**H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.**

**Especificar si:**

**Con síntomas disociativos:** Los síntomas cumplen los criterios para el TEPT y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

**1. Despersonalización:** Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

**2. Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

**Especificar si:**

**Con expresión retardada:** Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

## **Anexo II. Criterios Diagnósticos según la CIE-11**

### **6B40 Trastorno de estrés postraumático**

**Entidad padre:** Trastornos específicamente asociados con el estrés

**Descripción:**

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un trastorno que puede desarrollarse después de la exposición a un evento o serie de eventos extremadamente amenazantes u horribles. Se caracteriza por todo lo siguiente: 1) volver a experimentar el evento o eventos traumáticos en el presente en forma de vívidos recuerdos intrusivos, flashbacks o pesadillas. La revivencia puede ocurrir a través de una o múltiples modalidades sensoriales y típicamente va acompañada de emociones fuertes o abrumadoras, particularmente miedo u horror, y fuertes sensaciones físicas; 2) evitar pensamientos y recuerdos del evento o eventos, o evitar actividades, situaciones o personas que recuerden el evento (s); y 3) percepciones persistentes de una amenaza actual acentuada, por ejemplo, como lo indica la hipervigilancia o una reacción de sobresalto aumentada ante estímulos como ruidos inesperados. Los síntomas persisten durante al menos varias semanas y causan un deterioro significativo en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes.

### **6B41 Trastorno de estrés postraumático complejo**

**Entidad padre:** Trastornos específicamente asociados con el estrés

**Descripción:**

El trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT complejo) es un trastorno que puede desarrollarse después de la exposición a un evento o una serie de eventos de naturaleza extremadamente amenazadora u horrible, eventos frecuentemente prolongados o repetitivos de los que resulta difícil o imposible escapar (por ejemplo, tortura, esclavitud, campañas de genocidio, violencia doméstica prolongada, abuso sexual o físico repetido en la infancia). Se cumplen todos los criterios de diagnóstico del trastorno de estrés postraumático. Además, el TEPT complejo se caracteriza por la gravedad y la persistencia de: 1) los problemas en la regulación del afecto; 2) las creencias respecto de sentirse uno mismo disminuido, derrotado o sin valor, así como sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el evento traumático; y 3) las dificultades para mantener relaciones y sentirse cerca de los demás. Estos síntomas causan un deterioro significativo en la esfera personal, familiar, social, educativa, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

## **Anexo III. Consentimiento Informado para la Participación en el Estudio**

### Consentimiento informado para la participación en el estudio

Título del estudio:

Información de contacto del investigador principal:

Nombre:

Número de teléfono:

Correo electrónico:

El estudio al que se le invita a participar tiene como objetivo comparar la eficacia de tres terapias diferentes para tratar el Trastorno de Estrés Postraumático. El estudio involucra la asignación aleatoria de los participantes a uno de tres grupos de intervención o un grupo de control que no recibirá tratamiento. Es importante que comprenda los objetivos del estudio, los procedimientos que se llevarán a cabo, los posibles riesgos y beneficios asociados y sus derechos y responsabilidades como participante.

Si desea participar en el estudio, se le asignará aleatoriamente a uno de los cuatro grupos de tratamiento: tres grupos de intervención que recibirán una de las tres terapias, o un grupo de control que no recibirá tratamiento. Los detalles sobre cada terapia serán explicados por el investigador principal.

Se le pedirá que asista 8 citas de 90 minutos con una periodicidad semanal en el Hospital Clínic de Barcelona. En estas visitas se le harán preguntas sobre su condición y se le pedirá que complete algunos cuestionarios.

### Riesgos y beneficios de participar en el estudio:

Los posibles beneficios incluyen:

- Mejora de su condición médica.
- La oportunidad de recibir una terapia que puede ser más efectiva que su tratamiento actual.
- Contribuir al avance de la investigación y mejorar la atención psicológica a futuros pacientes.

Los posibles riesgos incluyen:

- La terapia puede causar angustia emocional o incomodidad.
- La posibilidad de que su condición empeore o no mejore.

### Derechos y responsabilidades de los participantes:

Como participante tiene derecho a:

- Recibir información clara y completa sobre el estudio antes de decidir si desea participar.
- Retirarse del estudio en cualquier momento si así lo desea.



- Hacer preguntas y recibir respuestas claras y honestas sobre el estudio.

Es su responsabilidad como participante:

- Asistir a todas las citas programadas y completar los cuestionarios que se le indiquen.

La información recopilada durante este estudio será tratada con confidencialidad y solo se utilizará con fines de investigación.

Al firmar a continuación, declaro que he leído y comprendido la información proporcionada en este documento y que he tenido la oportunidad de resolver cualquier duda previa respecto a mi participación en el estudio. Entiendo que dicha participación es voluntaria y que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento sin ningún tipo de consecuencia. Doy mi consentimiento para participar en este estudio.

Nombre del participante:

Firma del participante:

Fecha y lugar:

## Anexo IV. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático-Revisada (EGS-R)

(Versión clínica)

(Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz, 2016)

Nº:	Fecha:	Sexo:	Edad:
Estado civil:	Profesión:	Situación laboral:	

### 1. SUCESO TRAUMÁTICO

**Descripción:** \_\_\_\_\_

#### Tipo de exposición al suceso traumático

<input type="checkbox"/>	Exposición directa
<input type="checkbox"/>	Testigo directo
<input type="checkbox"/>	Otras situaciones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencias)

#### Frecuencia del suceso traumático

<input type="checkbox"/>	Episodio único
<input type="checkbox"/>	Episodios continuados (por ej., maltrato, abuso sexual)

**¿Cuánto tiempo hace que ocurrió?:** \_\_\_\_\_(meses) / \_\_\_\_\_(años)

**¿Ocurre actualmente?** \_\_No\_\_ Sí (indíquese el tiempo transcurrido desde el último episodio):  
\_\_\_\_\_ (meses) / \_\_\_\_\_ (años)

**¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido?** \_\_No\_\_ Sí (especificar):

Tipo de tratamiento		Duración	¿Continúa en la actualidad?
<input type="checkbox"/>	Psicológico	____(meses) / ____ (años)	__No__ Sí
<input type="checkbox"/>	Farmacológico	____(meses) / ____ (años)	__No__ Sí

**Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia:** \_\_No\_\_ Sí

Revictimización a otro suceso traumático:

\_\_\_No\_\_\_ Sí

Secuelas físicas experimentadas:

\_\_\_No\_\_\_ Sí (especificar):

## 2. NÚCLEOS SINTOMÁTICOS

Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma.

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/ Bastante	5 o más veces por semana/ Mucho

Reexperimentación	
Ítems	Valoración
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	0 1 2 3
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0 1 2 3
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0 1 2 3
4. ¿Sufrir un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3

**Puntuación en reexperimentación: \_\_\_ (Rango: 0-15)**

Evitación conductual/cognitiva	
Ítems	Valoración
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3

**Puntuación en evitación: \_\_ (Rango: 0-9)**

<b>Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo</b>	
<b>Ítems</b>	<b>Valoración</b>
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0 1 2 3
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0 1 2 3
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0 1 2 3
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0 1 2 3
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0 1 2 3
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0 1 2 3
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0 1 2 3

**Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: \_\_** (Rango: 0-21)

<b>Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica</b>	
<b>Ítems</b>	<b>Valoración</b>
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0 1 2 3
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0 1 2 3
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	0 1 2 3
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	0 1 2 3
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	0 1 2 3
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	0 1 2 3

**Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica: \_\_** (Rango: 0-18)

**Puntuación total de la gravedad del TEPT: \_\_** (Rango: 0-63)

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA	
Síntomas disociativos	
Ítems	Valoración
1. ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?	0 1 2 3
2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?	0 1 2 3
3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	0 1 2 3
4. ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales?	0 1 2 3

**Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos:**  Sí  No

<b>Presentación demorada del cuadro clínico</b> (al menos, 6 meses después del suceso)	Sí No
---	----------

4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO	
Áreas afectadas por el suceso traumático	
Áreas	Valoración
1. Deterioro en la relación de pareja	0 1 2 3
2. Deterioro de la relación familiar	0 1 2 3
3. Interferencia negativa en la vida laboral/académica	0 1 2 3
4. Interferencia negativa en la vida social	0 1 2 3
5. Interferencia negativa en el tiempo de ocio	0 1 2 3
6. Disfuncionalidad global	0 1 2 3

**Puntuación en el grado de afectación del suceso:**\_(Rango: 0-18)

## **Anexo V. Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI)**

Inventario de cogniciones postraumáticas de Foa, Ehlers, Clark, Tolin y Orsillo (1999). Traducción de Paulina Paz Rincón González y Francisco Javier Labrador Encinas.

Estamos interesados en el tipo de pensamientos que puede haber tenido después de la experiencia traumática. A continuación, hay un número de frases que pueden o no ser representativas de sus pensamientos. Por favor, lea cuidadosamente cada frase y díganos su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas. Las personas reaccionan a los sucesos traumáticos de muchas maneras diferentes. No hay respuestas correctas o incorrectas para estas frases.

1 - Estoy totalmente en desacuerdo

2 - Estoy muy en desacuerdo

3 - Estoy levemente en desacuerdo

4 - Me es indiferente

5 - Estoy levemente de acuerdo

6 - Estoy muy de acuerdo

7 - Estoy totalmente de acuerdo

- 
1. El suceso ocurrió debido a la forma en que yo actué.
  2. No confío en que haré las cosas bien.
  3. Soy una persona débil.
  4. No seré capaz de controlar mi ira y haré algo terrible.
  5. No puedo controlar ni siquiera la más mínima molestia o enojo.
  6. Solía ser una persona feliz, pero ahora me siento siempre desdichado.
  7. No se puede confiar en las personas.
  8. Tengo que estar alerta todo el tiempo.
  9. Me siento muerto interiormente.

10. No puedes saber quién te hará daño.
11. Tengo que ser especialmente cuidadoso porque nunca se sabe que puede ocurrir después.
12. Soy una persona incompetente.
13. Si pienso en el suceso, no seré capaz de controlarlo.
14. El suceso me ocurrió por la clase de persona que soy.
15. Mis reacciones desde el suceso me hacen pensar que estoy enloqueciendo.
16. Nunca seré capaz de sentir de nuevo emociones normales.
17. El mundo es un lugar peligroso.
18. Otras personas podrían haber detenido el suceso y no les hubiese pasado nada malo.
19. Permanentemente he cambiado a peor.
20. Me siento como un objeto, no como una persona.
21. Otras personas no hubieran caído en esta situación.
22. No puedo confiar en otras personas.
23. Me siento apartado y aislado de otros.
24. No tengo futuro.
25. No puedo hacer nada para que no me sucedan cosas malas.
26. Las personas no son lo que parecen.
27. Mi vida ha sido destrozada por el trauma.
28. Como persona hay algo equivocado en mí.
29. Mis reacciones desde el suceso demuestran que soy un perdedor.
30. Algo en mí hace que las cosas me sucedan.
31. Me siento como si no me conociera nada en absoluto.
32. No puedo confiar en mí mismo.
33. Nunca más puede sucederme nada bueno.

## Anexo VI. Beck Depression Inventory (BDI-II)

Inventario de Depresión de Beck, Steer y Brown (1996). Versión española de Sanz, Perdigón y Vázquez (2003).

Fecha..... Nombre..... Edad.....Sexo ....  
Estado Civil..... Profesión ..... Estudios.....

**Instrucciones:** Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido durante las dos últimas semanas, incluido el día de hoy. Rodee con un círculo el número que se encuentra escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, elija el número más alto. Asegúrese de leer todas las afirmaciones de cada grupo antes de efectuar la elección. Asegúrese también de no haber elegido más de una respuesta para cada grupo, particularmente en los elementos 16 (cambio en el patrón de sueño) y 18 (cambio en el apetito).

### 1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

### 2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

### 3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

### 4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.



- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

#### **5. Sentimientos de Culpa**

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

#### **6. Sentimientos de Castigo**

- 0 No siento que esté siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

#### **7. Disconformidad con uno mismo**

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

#### **8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

#### **9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

#### **10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

**11. Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

**12. Pérdida de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

**13. Indecisión**

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

**14. Desvalorización**

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

**15. Pérdida de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

**16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1.a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1.b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2.a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2.b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3.a Duermo la mayor parte del día.
- 3.b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

**17. Irritabilidad**

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

**18. Cambios en el Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1.a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1.b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2.a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2.b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3.a No tengo apetito en absoluto.
- 3.b Quiero comer todo el día.

**19. Dificultad de Concentración**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

**20. Cansancio o Fatiga**

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía.

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

---

Puntuación total:

## Anexo VII. Beck Anxiety Inventory (BAI)

Inventario de Ansiedad de Beck y Steer (1993). Versión española de Magán, Sanz y García-Vera (2008).

<b>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</b>				
En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
<b>1</b> Torpe o entumecido.				
<b>2</b> Acalorado.				
<b>3</b> Con temblor en las piernas.				
<b>4</b> Incapaz de relajarse				
<b>5</b> Con temor a que ocurra lo peor.				
<b>6</b> Mareado, o que se le va la cabeza.				
<b>7</b> Con latidos del corazón fuertes y acelerados.				
<b>8</b> Inestable.				
<b>9</b> Atemorizado o asustado.				
<b>10</b> Nervioso.				
<b>11</b> Con sensación de bloqueo.				
<b>12</b> Con temblores en las manos.				
<b>13</b> Inquieto, inseguro.				
<b>14</b> Con miedo a perder el control.				
<b>15</b> Con sensación de ahogo.				
<b>16</b> Con temor a morir.				
<b>17</b> Con miedo.				
<b>18</b> Con problemas digestivos.				
<b>19</b> Con desvanecimientos.				
<b>20</b> Con rubor facial.				
<b>21</b> Con sudores, fríos o calientes.				

## Anexo VIII. Representación Gráfica del Diseño Experimental

		Tratamiento			
		EP	TMC	TCO	C
<b>Ansiedad (AN)</b>	PRE	EP-AN/PRE	TMC-AN/PRE	TCO-AN/PRE	C-AN/PRE
	POST	EP-AN/POST	TMC-AN/POST	TCO-AN/POST	C-AN/POST
	3 meses	EP-AN/3M	TMC-AN/3M	TCO-AN/3M	C-AN/3M
	6 meses	EP-AN/6M	TMC-AN/6M	TCO-AN/6M	C-AN/6M
	12 meses	EP-AN/12M	TMC-AN/12M	TCO-AN/12M	C-AN/12M
<b>Depresión (DE)</b>	PRE	EP-DE/PRE	TMC-DE/PRE	TCO-DE/PRE	C-DE/PRE
	POST	EP-DE/POST	TMC-DE/POST	TCO-DE/POST	C-DE/POST
	3 meses	EP-DE/3M	TMC-DE/3M	TCO-DE/3M	C-DE/3M
	6 meses	EP-DE/6M	TMC-DE/6M	TCO-DE/6M	C-DE/6M
	12 meses	EP-DE/12M	TMC-DE/12M	TCO-DE/12M	C-DE/12M
<b>TEPT (TEPT)</b>	PRE	EP-TEPT/PRE	TMC-TEPT/PRE	TCO-TEPT/PRE	C-TEPT/PRE
	POST	EP-TEPT/POST	TMC-TEPT/POST	TCO-TEPT/POST	C-TEPT/POST
	3 meses	EP-TEPT/3M	TMC-TEPT/3M	TCO-TEPT/3M	C-TEPT/3M
	6 meses	EP-TEPT/6M	TMC-TEPT/6M	TCO-TEPT/6M	C-TEPT/6M
	12 meses	EP-TEPT/12M	TMC-TEPT/12M	TCO-TEPT/12M	C-TEPT/12M
<b>COGNICIONES (COG)</b>	PRE	EP-COG/PRE	TMC-COG/PRE	TCO-COG/PRE	C-COG/PRE
	POST	EP-COG/POST	TMC-COG/POST	TCO-COG/POST	C-COG/POST
	3 meses	EP-COG/3M	TMC-COG/3M	TCO-COG/3M	C-COG/3M
	6 meses	EP-COG/6M	TMC-COG/6M	TCO-COG/6M	C-COG/6M
	12 meses	EP-COG/12M	TMC-COG/12M	TCO-COG/12M	C-COG/12M

Comparaciones intergrupo: se llevarán a cabo para comparar la eficacia de los distintos tratamientos. En los bloques grises se muestran aquellos grupos que serán comparados entre sí para tal análisis.