



**UNIVERSITAT  
JAUME•I**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA BÁSICA, CLÍNICA Y PSICOBIOLOGÍA

**Eficacia diferencial de dos formas de aplicación de las tareas para casa  
en el tratamiento de los Trastornos Adaptativos: Aplicación apoyada  
por las TICs versus aplicación de forma tradicional**

**TESIS DOCTORAL**

Presentada por:

Maria del Mar Molés Amposta

**Dirigida por:**

Dra. Soledad Quero Castellano

Castellón, 2016



La presente tesis ha podido realizarse gracias a la beca FPI concedida por la Universitat Jaume I. Plá de Promoció a la investigació 2010. PREDOC/2010/11.



AGRADECIMIENTOS.

## ÍNDICE

|  |     |
|--|-----|
| INTRODUCCIÓN.....  | 1   |
| MARCO TEÓRICO.....   | 5   |
| 1. LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS.....   | 5   |
| 1.1    DIAGNÓSTICO.....  | 5   |
| 1.2    CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS .....  | 15  |
| 1.2.1    Prevalencia .....   | 15  |
| 1.2.2    Curso.....  | 22  |
| 1.2.3    Comorbilidad .....  | 25  |
| 1.2.4    Diagnóstico diferencial.....  | 28  |
| 1.3    POLÉMICAS DIAGNÓSTICAS .....  | 32  |
| 1.4    MODELOS EXPLICATIVOS .....  | 45  |
| 1.4.1    Modelos generales relacionados con la patología derivada del estrés .....                                     | 45  |
| 1.4.2    Modelos teóricos del Trastorno de Estrés Postraumático.....   | 51  |
| 1.4.3    Modelos teóricos específicos para los TA .....  | 58  |
| 1.5    EVALUACIÓN DE LOS TA.....   | 63  |
| 1.5.1    Instrumentos diagnósticos .....   | 64  |
| 1.5.2    Instrumentos que evalúan los síntomas asociados al TA .....   | 69  |
| 1.5.3    Medidas psicofisiológicas .....   | 73  |
| 1.6    TRATAMIENTOS PARA LOS TA.....   | 76  |
| 1.6.1    Tratamientos psicológicos.....  | 76  |
| 1.6.2    Tratamientos psicofarmacológicos .....  | 95  |
| 2. LA INCLUSIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN<br>(TICS) EN LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS..... | 101 |
| 2.1    EL USO DE LA REALIDAD VIRTUAL PARA LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS<br>.....                                       | 102 |
| 2.1.1    Definición de la Realidad Virtual .....   | 102 |
| 2.1.2    Ventajas y desventajas de la RV aplicada a los tratamientos psicológicos<br>.....                             | 105 |

|       |  |     |
|-------|--|-----|
| 2.1.3 | Eficacia disponible acerca del uso de la RV para el tratamiento de los trastornos mentales .....                       | 112 |
| 2.1.4 | La RV aplicada a los trastornos relacionados con el trauma y el estrés... ..   | 120 |
| 2.1.5 | Un dispositivo adaptable de RV para los trastornos relacionados con el trauma y el estrés: El Mundo de EMMA .....      | 126 |
| 2.2   | EL USO DE INTERNET PARA LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.....   | 133 |
| 2.2.1 | Definición de la psicoterapia computarizada .....  | 133 |
| 2.2.2 | Ventajas y desventajas de los tratamientos computarizados a través de Internet.....                                    | 135 |
| 2.2.3 | Eficacia disponible acerca de los programas auto-aplicados a través de Internet.....                                   | 141 |
| 2.3   | LA IMPORTANCIA DE LAS TAREAS PARA CASA EN LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS .....  | 155 |
| 2.3.1 | La utilización de las TICs como complemento de la terapia y para la aplicación del componente de tareas para casa..... | 158 |
| 2.3.2 | TEO: Un sistema de Terapia Emocional Online .....  | 163 |
|       | MARCO EXPERIMENTAL.....  | 169 |
| 3.    | OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....   | 169 |
| 4.    | MÉTODO.....  | 172 |
| 4.1   | RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA .....  | 172 |
| 4.2   | DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA .....  | 174 |
| 4.3   | INSTRUMENTOS Y MEDIDAS DE EVALUACIÓN .....   | 179 |
| 4.3.1 | Consentimientos informados .....   | 179 |
| 4.3.2 | Instrumentos diagnósticos .....  | 180 |
| 4.3.3 | Medidas específicas de TA y sintomatología depresiva .....   | 182 |
| 4.3.4 | Escalas para medir los objetivos de terapia .....  | 183 |
| 4.3.5 | Medidas de crecimiento postraumático afecto positivo y negativo y estilos de afrontamiento .....                       | 183 |
| 4.3.6 | Medidas de interferencia y gravedad.....   | 185 |
| 4.3.7 | Medidas de eficacia del componente de tareas para casa .....   | 186 |

|       |   |     |
|-------|---|-----|
| 4.3.8 | Medidas de opinión del componente de tareas para casa .....   | 187 |
| 4.4   | DISEÑO Y CONDICIONES EXPERIMENTALES .....   | 188 |
| 4.5   | EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO .....  | 189 |
| 4.6   | TEO: UN SISTEMA DE TERAPIA EMOCIONAL ONLINE PARA LA APLICACIÓN<br>DEL COMPONENTE DE TAREAS PARA CASA.....   | 193 |
| 4.6.1 | Plataforma de administración de usuarios .....  | 193 |
| 4.6.2 | Plataforma del terapeuta/administrador .....  | 195 |
| 4.6.3 | Plataforma del paciente .....   | 202 |
| 4.6.4 | Agenda de las sesiones del protocolo de tareas para casa para los TA....  | 208 |
| 4.7   | PROCEDIMIENTO .....   | 219 |
| 5.    | RESULTADOS.....   | 222 |
| 5.1   | RESULTADOS RELACIONADOS CON LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO .....   | 222 |
| 5.1.1 | Diferencias entre las dos condiciones experimentales antes del<br>tratamiento.....  | 222 |
| 5.1.2 | Eficacia diferencial del tratamiento entre las dos condiciones<br>experimentales en los distintos momentos de evaluación: Pre-tratamiento, post-<br>tratamiento y seguimiento ..... | 230 |
| 5.1.3 | Estimación del cambio clínicamente significativo producido por el<br>tratamiento.....   | 245 |
| 5.2   | RESULTADOS RELACIONADOS CON EL COMPONENTE ESPECÍFICO DE TAREAS<br>PARA CASA .....   | 260 |
| 5.2.1 | Diferencias entre las dos condiciones experimentales antes de la<br>realización del protocolo de tareas para casa .....   | 260 |
| 5.2.2 | Eficacia diferencial del protocolo de tareas para casa entre las dos<br>condiciones experimentales .....  | 262 |
| 5.2.3 | Efectividad diferencial del protocolo de tareas para casa entre las dos<br>condiciones .....  | 281 |
| 5.2.4 | Opiniones y comentarios cualitativos relacionados con el componente de<br>tareas para casa por parte de los participantes .....   | 295 |
| 6.    | DISCUSIÓN.....  | 298 |



|  |     |
|--|-----|
| 7. CONCLUSIONES .....  | 315 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....   | 317 |
| ANEXOS .....   | 367 |
| ANEXO I: ENTREVISTA DIAGNÓSTICA PARA LOS TA .....  | 367 |
| ANEXO II: INVENTARIO DE ESTRÉS Y PERDIDA (IEP) .....   | 375 |
| ANEXO III: CARTEL INFORMATIVO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....   | 377 |
| ANEXO IV: NOTAS INFORMATIVAS PUBLICADAS EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN<br>.....                                     | 378 |
| ANEXO V: TABLA RESUMEN DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN.....  | 380 |
| ANEXO VI: HOJAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....   | 382 |
| ANEXO VIII: ESCALAS PARA MEDIR OBJETIVOS DE LA TERAPIA .....   | 386 |
| ANEXO IX: MEDIDAS DE CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO, AFECTO POSITIVO Y<br>NEGATIVO Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO ..... | 387 |
| ANEXO X: MEDIDA DE INTERFERENCIA Y GRAVEDAD VALORADA POR EL<br>CLÍNICO.....                                    | 392 |
| ANEXO XI: MEDIDAS DE EFICACIA DE LAS TAREAS PARA CASA EN FORMATO<br>TRADICIONAL .....                          | 393 |
| ANEXO XII: MEDIDAS DE PREFERENCIAS, OPINIÓN Y ELECCIÓN DEL FORMATO DE<br>TAREAS PARA CASA.....                 | 397 |
| ANEXO XIII: CONTENIDO ESPECÍFICO DEL CORREO ELECTRÓNICO DE ACCESO AL<br>SISTEMA TEO.....                       | 404 |
| ANEXO XIV: MANUALES DE LECTURA DE LAS TAREAS PARA CASA EN FORMATO<br>TRADICIONAL .....                         | 405 |

### ÍNDICE DE TABLAS

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1 – Criterios del DSM-5 (APA 2013) para el diagnóstico de los Trastornos<br>Adaptativos .....  | 8  |
| Tabla 2- Criterios de la CIE-10 (OMS, 1992) para los Trastornos de Adaptación. ....  | 11 |
| Tabla 3 - Propuesta para la CIE-11 de las categorías diagnósticas relacionadas<br>específicamente con los trastornos relacionados con el estrés..... | 13 |

|   |     |
|---|-----|
| Tabla 4 - Variables a tener en cuenta a la hora de distinguir un TA de una respuesta normal ante un acontecimiento estresante .....   | 34  |
| Tabla 5 - Criterios propuestos por el DSM-5 (APA, 2013) para el trastorno de duelo complejo persistente (condiciones objeto de mayor estudio) .....   | 41  |
| Tabla 6 - Criterios diagnósticos propuestos para los TA, según Maercker, Einsle y Köller (2007). .....  | 59  |
| Tabla 7 - Recomendaciones y directrices generales para el tratamiento de los TA. ....   | 78  |
| Tabla 8 - Estudios controlados sobre tratamientos psicológicos para los TA.....   | 92  |
| Tabla 9 - Descriptivos de las variables demográficas de los participantes .....   | 177 |
| Tabla 10 - Funciones y acciones básicas de cada una de las plataformas del sistema TEO. ....  | 207 |
| Tabla 11 -Materiales utilizados y componentes terapéuticos trabajados en el protocolo de tareas para casa para los TA en ambas condiciones experimentales.....  | 218 |
| Tabla 12 - Estadísticos descriptivos de las variables demográficas de los dos grupos experimentales y de la muestra total .....   | 223 |
| Tabla 13 - Estadísticos descriptivos de las variables subtipo diagnóstico de TA, curso y tipo de acontecimiento estresante .....  | 224 |
| Tabla 14 - Medidas específicas de sintomatología TA y de estado de ánimo en los dos grupos experimentales en el pre-tratamiento.....  | 225 |
| Tabla 15 - Medidas de cada uno de los objetivos terapéuticos específicos establecidos en los dos grupos experimentales en el pre-tratamiento.....   | 227 |
| Tabla 16 - Medidas de crecimiento postraumático, afecto positivo y negativo y estilos de afrontamiento de los dos grupos experimentales en el pre-tratamiento .....   | 228 |
| Tabla 17 - Variables clínicas de interferencia y gravedad analizadas, utilizando pruebas t para muestras independientes, de los dos grupos experimentales en el pre-tratamiento .....                                     | 229 |
| Tabla 18 - Medias y desviaciones típicas de las variables clínicas relacionadas con la adaptación al acontecimiento estresante y el estado de ánimo en el pre, post y seguimiento a los 3 meses con el análisis ITT. .... | 231 |

|  |     |
|--|-----|
| Tabla 19 - Análisis de varianza de las medidas clínicas IEP y BDI-II de los dos grupos experimentales en los diferentes momentos evaluados. ....   | 232 |
| Tabla 20 - Medias y desviaciones típicas de las conductas objetivo relacionadas con el acontecimiento estresante en el pre, post y seguimiento a los 3 meses con el análisis ITT.....  | 233 |
| Tabla 21 - Análisis de varianza de los objetivos terapéuticos asociados con el acontecimiento estresante de los dos grupos experimentales en los diferentes momentos de evaluación .....   | 234 |
| Tabla 22 - Medias y desviaciones típicas de las medidas clínicas de crecimiento postraumático, afecto positivo y negativo, y estilos de afrontamiento en el pre, post y seguimiento a los 3 meses con el análisis ITT.....       | 236 |
| Tabla 23 - Análisis de varianza de las medidas clínicas de crecimiento postraumático, afecto positivo y negativo, y estilos de afrontamiento de los dos grupos experimentales en los diferentes momentos de evaluación .....     | 237 |
| Tabla 24 - Medias y desviaciones típicas de las medidas clínicas de interferencia y gravedad en el pre, post y seguimiento a los 3 meses con el análisis ITT.....  | 239 |
| Tabla 25 - Análisis de varianza de las medidas de interferencia y gravedad de los dos grupos experimentales en los diferentes momentos de evaluación. ....   | 240 |
| Tabla 26 - Medias, DT y tamaños del efecto obtenidos en las medidas principales en el análisis de los <i>Completers</i> . ....   | 241 |
| Tabla 27 - ICF para las puntuaciones del IEP y BDI-II en el post-tratamiento y en el seguimiento a los 3 meses según el análisis ITT .....   | 249 |
| Tabla 28 - ICF para las puntuaciones del IEP y BDI-II en el post-tratamiento y en el seguimiento a los 3 meses para los pacientes <i>Completers</i> .....  | 251 |
| Tabla 29 - Cambio a nivel funcional producido en las variables relacionadas con los objetivos terapéuticos y la interferencia/ gravedad valorada por el clínico según el análisis ITT.....                                       | 252 |
| Tabla 30 - Cambio a nivel funcional producido en las variables relacionadas con los objetivos terapéuticos y la gravedad/interferencia valorada por el terapeuta según el análisis con los participantes <i>Completers</i> ..... | 254 |

|   |     |
|---|-----|
| Tabla 31 - Resultados del ICC según el análisis ITT. ....   | 257 |
| Tabla 32 - Resultados del ICC según el análisis con los participantes <i>Completers</i> .....   | 258 |
| Tabla 33 - Puntuaciones correspondientes al estado de ánimo y autoeficacia para hacer frente al problema en los dos grupos experimentales en el momento pre-tareas para casa.....       | 261 |
| Tabla 34 - Puntuaciones correspondientes a las emociones positivas y negativas en los dos grupos experimentales en el momento pre-tareas para casa. ....                                | 261 |
| Tabla 35 - Medias y desviaciones típicas de la variable EA en las distintas sesiones de tareas para casa en los momentos pre-post evaluación. ....                                      | 263 |
| Tabla 36 - Análisis de varianza de la variable EA de los dos grupos experimentales. ..  | 265 |
| Tabla 37 - Medias y desviaciones típicas de la variable autoeficacia en las distintas sesiones de tareas para casa en los momentos pre-post evaluación.....                             | 267 |
| Tabla 38 - Análisis de varianza de la variable autoeficacia de los dos grupos experimentales.....   | 268 |
| Tabla 39 - Medias y desviaciones típicas del cambio experimentado en el estado de ánimo a lo largo de las distintas sesiones de tareas para casa .....                                  | 270 |
| Tabla 40 - Análisis de varianza del cambio experimentado en el estado de ánimo por los participantes en los dos grupos experimentales después de realizar cada tarea asignada.....      | 271 |
| Tabla 41 - Resultados de la prueba post-hoc de ajuste para comparaciones múltiples de Sidak aplicada al <i>efecto momento</i> para la medida de cambio en el estado de ánimo .<br>..... | 272 |
| Tabla 42 - Medias y desviaciones típicas del cambio experimentado en la autoeficacia para afrontar el problema a lo largo de las distintas sesiones de tareas para casa. ...            | 272 |
| Tabla 43 - Análisis de varianza del cambio experimentado en la autoeficacia por los participantes en los dos grupos experimentales después de realizar cada tarea asignada.....         | 273 |
| Tabla 44 - Resultados de la prueba post-hoc de ajuste para comparaciones múltiples de Sidak aplicada al efecto momento para la medida de cambio en la autoeficacia.....                 | 274 |

|   |     |
|---|-----|
| Tabla 45 - Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en las emociones positivas para las distintas sesiones de tareas para casa en los momentos pre-post evaluación.<br>..... | 275 |
| Tabla 46 - Análisis de varianza de las emociones positivas de los dos grupos experimentales. ....   | 276 |
| Tabla 47 - Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en las emociones negativas para las distintas sesiones de tareas para casa en los momentos pre-post evaluación. ....     | 278 |
| Tabla 48 - Análisis de varianza de las emociones negativas de los dos grupos experimentales. ....   | 279 |
| Tabla 49 - Número de sesiones de tratamiento analizadas utilizando una prueba <i>t</i> para muestras independientes, de los dos grupos experimentales. ....                           | 282 |
| Tabla 50 - Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de satisfacción con las distintas sesiones de tareas para casa realizadas en ambas condiciones experimentales. ....      | 283 |
| Tabla 51 - Análisis de varianza de la satisfacción valorada por los participantes en los dos grupos experimentales después de realizar cada tarea asignada. ....                      | 284 |
| Tabla 52 - Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de utilidad de las distintas sesiones de tareas para casa realizadas en ambas condiciones experimentales. ....           | 285 |
| Tabla 53 - Análisis de varianza de la utilidad valorada por los participantes en los dos grupos experimentales después de realizar cada tarea asignada. ....                          | 286 |
| Tabla 54 - Resultados obtenidos tras el análisis de contraste de proporciones en las variables de preferencias de las tareas para casa .....  | 287 |
| Tabla 55 - Razones de los participantes a la hora de escoger un formato u otro de tareas para casa en el pre-tratamiento. ....  | 288 |
| Tabla 56 - Resultados obtenidos en el Cuestionario de Valoración de las tareas para casa tras la aplicación de la prueba <i>t</i> para muestras independientes. ....                  | 290 |
| Tabla 57 - Elección del formato de tareas para casa preferido por los participantes en el post-tratamiento.....   | 294 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|   |     |
|---|-----|
| Figura 1- Modelo de Lazarus y Folkman de Afrontamiento al Estrés (Lazarus y Folkman, 1984).....   | 49  |
| Figura 2- Modelo cognitivo del TEPT de Ehlers y Clark (2000).....                                 | 57  |
| Figura 3- Modelo Cognitivo de los Trastornos Adaptativos (I) (Botella <i>et al.</i> , 2008).....  | 62  |
| Figura 4- Modelo Cognitivo de los Trastornos Adaptativos (II) (Botella <i>et al.</i> , 2008)..... | 63  |
| Figura 5- Usuario utilizando un HMD .....   | 104 |
| Figura 6- Sistema CAVE y DOME .....   | 104 |
| Figura 7- Sistema de RV no envolvente sobre una única pantalla.....                               | 105 |
| Figura 8- La habitación de EMMA .....   | 127 |
| Figura 9- Imágenes y símbolos de la base de datos de EMMA.....                                    | 128 |
| Figura 10- Peana con símbolo incorporado .....  | 128 |
| Figura 11- Libro de la Vida con elementos incorporados .....                                      | 129 |
| Figura 12- Procesador emocional.....  | 130 |
| Figura 13-Entornos incluidos en el sistema EMMA .....   | 130 |
| Figura 14- Diagrama de flujo de los participantes y tasas de abandono. ....                       | 176 |
| Figura 15- Plataforma de gestión de usuarios/pacientes: Agregar persona. ....                     | 194 |
| Figura 16- Portal de validación del sistema TEO. ....   | 195 |
| Figura 17- Menú principal de la plataforma del terapeuta: Listado de usuarios. ....               | 196 |
| Figura 18- Visualización del estado de las sesiones asignadas a los pacientes. ....               | 197 |
| Figura 19- Introducción y visualización del listado de elementos multimedia.....                  | 198 |
| Figura 20- Asignación de contenidos multimedia a la sesión. ....                                  | 199 |
| Figura 21- Visualización de la sesión. ....   | 199 |
| Figura 22- Asignación de palabra clave a una sesión o protocolo. ....                             | 200 |
| Figura 23- Asignación de sesiones y protocolos a los pacientes.....                               | 201 |
| Figura 24- Visualización del protocolo de evaluación de los TA. ....                              | 201 |
| Figura 25- Protocolo de evaluación para los TA (pre-sesión). ....                                 | 203 |
| Figura 26- Selección del entorno virtual (playa o bosque). ....                                   | 204 |
| Figura 27- Sesiones asignadas a los pacientes (pendientes y realizadas).....                      | 204 |

|   |     |
|---|-----|
| Figura 28- Visualización de la sesión (imagen). .....   | 205 |
| Figura 29- Visualización de la sesión (texto).....  | 205 |
| Figura 30- Paseo por los entornos virtuales (bosque y playa).....   | 206 |
| Figura 31- Ejemplo de evaluación post-sesión: Estado de ánimo. ....   | 206 |
| Figura 32- Mensaje de despedida del sistema TEO.....  | 207 |
| Figura 33- Evolución de las puntuaciones relacionadas con el TA y el estado de ánimo en ambas condiciones de tratamiento. ....  | 232 |
| Figura 34- Evolución de los objetivos terapéuticos relacionados con el acontecimiento estresante en ambas condiciones de tratamiento. ....                                  | 235 |
| Figura 35- Evolución de las medidas clínicas de crecimiento postraumático, afecto positivo y negativo, y estilos de afrontamiento en ambas condiciones de tratamiento. .... | 238 |
| Figura 36- Evolución de las medidas de interferencia y gravedad en ambas condiciones de tratamiento.....  | 240 |
| Figura 37- Evolución del ICC en ambas condiciones de tratamiento con participantes analizados ITT.....  | 258 |
| Figura 38- Evolución del ICC en ambas condiciones de tratamiento con participantes <i>Completers</i> .....  | 259 |
| Figura 39- Puntuaciones del estado de ánimo valoradas antes y después de cada sesión de tareas para casa .....  | 266 |
| Figura 40- Puntuaciones de la autoeficacia para hacer frente al problema valoradas antes y después de cada sesión de tareas para casa.....                                  | 269 |
| Figura 41- Cambio experimentado en el estado de ánimo evaluado después de realizar cada una de las sesiones.....  | 272 |
| Figura 42- Cambio experimentado en la autoeficacia para hacer frente al problema después de realizar cada una de las sesiones de tareas para casa. ....                     | 274 |
| Figura 43- Puntuaciones en las emociones positivas valoradas antes y después de cada sesión de tareas para casa .....   | 277 |
| Figura 44- Puntuaciones en las emociones negativas valoradas antes y después de cada sesión de tareas para casa .....   | 280 |

|   |     |
|---|-----|
| Figura 45- Puntuaciones de satisfacción en las diferentes sesiones de tareas par casa en ambas condiciones experimentales. .... | 284 |
| Figura 46- Puntuaciones de utilidad en las diferentes sesiones de tareas par casa en ambas condiciones experimentales. ....     | 286 |
| Figura 47- Porcentajes de facilidad de uso del sistema TEO.....   | 291 |
| Figura 48- Porcentajes de facilidad de aprendizaje del sistema TEO .....  | 291 |
| Figura 49- Porcentajes de facilidad en seguir las instrucciones del sistema TEO.....  | 292 |
| Figura 50- Porcentajes de comodidad de disponer del sistema TEO para realizar las tareas.....                                   | 292 |
| Figura 51- Porcentajes de atractivo del sistema TEO.....  | 293 |
| Figura 52- Porcentajes de intención de uso del sistema TEO .....  | 293 |







## INTRODUCCIÓN

Los Trastornos Adaptativos (TA) se caracterizan por la existencia de una reacción emocional y comportamental negativa ante una situación estresante que interfiere y dificulta a la persona que la sufre poder llevar una vida normal. Las personas que sufren este trastorno sienten que no pueden hacer frente al acontecimiento estresante lo que, como consecuencia, provoca un importante malestar y una interferencia notable en las actividades sociales y laborales del individuo. El diagnóstico de TA (junto a otros relacionados con el trauma y el estrés) es uno de los más utilizados por los psiquiatras y psicólogos en todo el mundo (Maercker *et al.*, 2013). Según el DSM-5, la prevalencia encontrada en pacientes ingresados en hospitales de salud mental oscila entre el 5-20% y este diagnóstico es a menudo el más frecuentemente encontrado en la consulta psiquiátrica, alcanzando el 50%. Sin embargo, a pesar de su alta prevalencia y relevancia clínica, como veremos en el presente trabajo, el TA es uno de los trastornos que más dificultades plantea a la hora de diagnosticarse dada la ambigüedad e inconsistencia de sus criterios establecidos en los manuales de clasificación diagnóstica, tanto en el nuevo DSM-5 (APA, 2013), como en la CIE-10 (OMS, 1992). Por lo que, a pesar de ser uno de los trastornos más comunes, los TA son de los pocos trastornos mentales que en la actualidad siguen pobremente definidos (Casey, 2014).

Por lo que respecta a su abordaje terapéutico, la información existente en la literatura tampoco resulta ser muy esperanzadora. En la actualidad no se dispone de tratamientos psicológicos basados en la evidencia (TPBE) para los TA, y los pocos estudios que existen plantean directrices muy generales y abordan su tratamiento desde enfoques muy diferentes (Casey, 2009). Por este motivo, nuestro grupo de investigación consideró necesario desarrollar un programa de tratamiento cognitivo-conductual (TCC) que lograra paliar el sufrimiento que el TA provoca en las personas (Botella, Baños y Guillén, 2008). Este protocolo de intervención se apoya en el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs), concretamente la realidad virtual (RV), y en estrategias de psicología positiva, contando ya con datos acerca de su eficacia tanto a corto como a largo plazo (Andreu-Mateu, 2011; Baños, Guillén, Quero, García-Palacios y Botella, 2011; Guillén 2008; Quero, Botella, Andreu-Mateu, Baños, y Molés, 2013; Quero *et al.*, en revisión).

Por otra parte, las TICs se están convirtiendo en herramientas de gran utilidad para dispensar y/o mejorar la aplicación de servicios terapéuticos (Botella, Quero, Serrano, Baños y García- Palacios, 2009). En este contexto, la RV es capaz de ofrecer un ambiente protegido y flexible, en el que la persona puede explorar y tratar sus problemas de forma gradual y controlada. Por su parte, la utilización de Internet como canal de transmisión de contenido terapéutico, resulta una alternativa muy prometedora para diseminar los TPBE (Johansson y Andersson, 2012; Kazdin, 2014). A este respecto, como se pondrá de manifiesto a lo largo del presente trabajo, no se ha encontrado en la literatura ningún tratamiento computerizado diseñado específicamente para el abordaje del TA y, en general, la mayoría de estudios que aplican un tratamiento computerizado a muestras que han sufrido algún tipo de acontecimiento estresante no utilizan una entrevista diagnóstica específica ni establecen un diagnóstico firme según los criterios de los manuales de clasificación diagnóstica existentes (Heber, *et al.*, 2013; Hirai y Clum, 2005; Selligman, Shulman y Tryon, 2007). Todos estos programas basados en web pueden variar dependiendo del nivel de contacto o implicación del terapeuta en la intervención, llegando a poder utilizarse como complemento de la terapia cara a cara, como por ejemplo en la aplicación de las tareas para casa (Kaltenthaler y Cavanagh, 2010). A este respecto, algunos estudios han incorporado en sus protocolos de tratamiento diferentes tecnologías como PDAs o *smartphones* para trabajar y afianzar determinadas estrategias terapéuticas durante el periodo entre sesiones de tratamiento. Algunos ejemplos son los trabajos realizados por Botella *et al.* (2011) y Gruber, Moran, Roth y Taylor (2001), en el que desarrollan juegos serios y aplicaciones web para trabajar el componente de exposición y la reestructuración cognitiva, en el tratamiento de la fobia a los animales pequeños y la fobia social, respectivamente.

Sin embargo, en el campo de los TA, no se ha desarrollado ningún protocolo de tareas para casa que se apoye en el uso de las TICs, por lo que no existen estudios que se centren en la eficacia específica de este componente de tratamiento. Como se evidenciará a lo largo del presente trabajo, la utilización de las TICs cuenta con diversas ventajas (Andersson y Titov, 2014; Baños *et al.*, 2011; Perle, Langsam, Nierenberg, 2011; Quero *et al.*, 2012), pero *¿Por qué no beneficiarnos también de estas ventajas en el periodo entre sesiones de tratamiento?. ¿Por qué no prestar atención al uso de las TICs también fuera del contexto terapéutico en sesión?* Este aspecto se recoge en la presente tesis, dada la importancia que también tiene para el buen aprovechamiento de la terapia, el tiempo que transcurre entre sesión y sesión. A este

respecto, la literatura sobre terapia cognitivo-comportamental insiste en la importancia de la realización de tareas entre sesiones en cualquier intervención psicológica (Beck y Tompkins, 2007; Kazantzis, Deane, Ronan y L'Abate, 2005). La asignación de tareas para casa permite que los pacientes utilicen el tiempo entre sesiones de tratamiento de una forma eficiente, como parte de la terapia, completando actividades dirigidas a los objetivos o metas de tratamiento (Kazantzis y Ronan, 2006) y es, en este sentido, donde las TICs cobran mayor valor, pudiéndose utilizar como complemento de la terapia para reforzar y consolidar el trabajo realizado durante la intervención cara a cara.

En consecuencia, a la luz de todo lo expuesto, en la presente tesis hemos considerado conveniente profundizar en el conocimiento del TA (al ser un trastorno necesitado de datos y evidencias científicas), por un lado, continuando con el análisis de la eficacia del tratamiento desarrollado para los TA por nuestro grupo y, por otro lado, estudiando cómo un componente de tareas para casa que hace uso de las TICs puede mejorar el servicio terapéutico prestado.



## MARCO TEÓRICO

### 1. LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS

#### 1.1 DIAGNÓSTICO

Las reacciones emocionales y conductuales excesivas que pueden darse en algunas personas cuando sufren un acontecimiento estresante, y las dificultades de adaptación ante estas experiencias es un hecho del que se tiene constancia desde hace muchos siglos. Concretamente, la primera descripción de Trastorno Adaptativo (TA) apareció en los escritos del médico-filósofo Avicenna en el siglo 11. Mucho tiempo después, durante el periodo de estrés sufrido durante la segunda guerra mundial y debido a la evolución de las teorías y la práctica de las intervenciones en crisis, se llevaron a cabo trabajos adicionales sobre las condiciones relacionadas con el estrés, incluyendo el TA (Patra y Sarkar, 2013). En consecuencia, esta condición clínica se incluyó ya en la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-I (APA, 1952), bajo el nombre de *Trastorno situacional transitorio de la personalidad*. Los subtipos que se establecieron para esta entidad diagnóstica fueron; reacción excesiva de estrés, reacción situacional adulta, reacción adaptativa de la infancia, reacción adaptativa de la niñez, reacción adaptativa de la adolescencia, reacción adaptativa de la edad adulta y, por último, reacción adaptativa de la vejez. Posteriormente, el DSM-II (APA, 1968) nombra esta entidad como *Trastorno situacional transitorio* y elimina el subtipo general de reacción excesiva de estrés, manteniendo los subtipos categorizados por etapas vitales. Finalmente, es en el DSM-III (APA, 1980) en el que recibe su nomenclatura actual (*Trastorno Adaptativo*), eliminando los subtipos basados en el desarrollo evolutivo y teniendo más en cuenta la experiencia afectiva del individuo en su categorización. No ha habido variaciones en la nomenclatura de los TA en las posteriores versiones, tanto en el DSM-IV (APA, 1994), la revisión de éste, DSM-IV-TR (APA, 2000) o en el

reciente DSM-5 (APA, 2013). Sin embargo, sí se han producido cambios en su situación respecto a otros trastornos, ya que en el DSM-5 encontramos el TA dentro de una categoría diagnóstica separada que engloba trastornos que tienen en común la exposición a un evento traumático o estresante y que se denomina *“trastornos relacionados con el trauma y el estrés”*.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recogió e incorporó el *Trastorno de adaptación* en la novena revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades en 1978. Posteriormente, la CIE-10 (OMS, 1992) mantuvo el Trastorno de adaptación como categoría diagnóstica propia y lo incluyó dentro de una entidad nosológica más amplia llamada *“Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación”*. Esta clasificación diagnóstica agrupa una serie de trastornos que tienen en común la aparición de un acontecimiento estresante o circunstancia desagradable que actúa como factor primario para que se desencadene el trastorno. Este factor resultaría primordial ya que en su ausencia no se explicaría su aparición (OMS, 1992).

A continuación se detallarán las características diagnósticas principales de cada una de estas clasificaciones. Es importante destacar las similitudes pero también las importantes diferencias que nos encontramos al revisarlas, lo que da cuenta de la variabilidad existente a la hora de conceptualizar y entender este trastorno.

Los criterios que el **DSM-5** (APA, 2013) establece para el diagnóstico del TA se presentan en la Tabla 1. La característica principal que define este trastorno es: *“la aparición de síntomas emocionales o comportamentales que se dan en respuesta a uno o varios factores de estrés identificables”*. Estos síntomas son clínicamente significativos en cuanto que existe un marcado nivel de malestar que es desproporcionado respecto a la intensidad y gravedad del estresor, teniendo en cuenta factores externos y culturales que podrían influir en la gravedad y presentación de los síntomas. Además, la significación clínica también se puede evidenciar en el deterioro que sufre la persona en áreas importantes de su vida como es el área laboral o social. También se incluye un criterio temporal para esta respuesta: *“los síntomas deben presentarse durante los 3 meses siguientes al inicio del acontecimiento estresante”* y *“debe resolverse dentro de los 6 meses que siguen a la desaparición de éste (o de sus consecuencias)”*. En el caso de que el suceso estresante o sus consecuencias persistan en el



tiempo, el trastorno puede conformarse en un trastorno crónico. En cuanto al tipo de factores estresantes pueden ser muy variados: una ruptura sentimental, problemas económicos, enfermedad propia o de algún familiar, accidentes...etc. Y respecto a su naturaleza, pueden ser recurrentes (p.ej., problemas familiares en las que las discusiones se repiten con frecuencia) o continuos (p.ej., enfermedad crónica en el que se sufre dolor crónico). Además, los eventos estresantes pueden afectar desde a una sola persona hasta una familia o comunidad de individuos más amplia. Incluso aquellos relacionados con el cambio vital de la persona (p.ej., matrimonio, nacimiento de un hijo, jubilación, etc.) pueden ser vividos como un acontecimiento estresante por el individuo.

Por otro lado, el DSM-5 continúa relegando el TA a una posición secundaria, tras otros posibles diagnósticos existentes, explicitando que: *“esta categoría no debe utilizarse si se cumple los criterios para otro trastorno mental”*, si *“estamos ante una exacerbación de un trastorno preexistente”* o si *“los síntomas representan una reacción de duelo normal”*. Por último, este sistema de clasificación establece que la codificación del trastorno debe realizarse por medio de subtipos que se determinan en función de los síntomas predominantes. Mientras que la duración debe especificarse como aguda, si los síntomas persisten menos de 6 meses, o crónica si se presentan durante 6 meses o más. Este último caso se aplicaría en las situaciones en las que el estresante es crónico o sus consecuencias son permanentes.

Junto a los criterios abajo señalados, el DSM-5 establece algunas aclaraciones o especificaciones que intentan vislumbrar el cuadro clínico de este trastorno de forma más clara. En cuanto a la conceptualización del TA, el DSM-5 parece que sigue considerándolo como una categoría secundaria a las demás (o residual), la cual solo se puede diagnosticar conjuntamente a otro trastorno mental si este último no explica la sintomatología característica a una reacción de estrés. Por ejemplo, si un individuo tiene síntomas que cumplen los criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor en respuesta a un estresante, el diagnóstico de TA no es aplicable. Del mismo modo, estas especificaciones aclaran la posibilidad de diagnosticar un TA en el caso de una reacción de duelo, cuando se considera que ésta es más intensa, excesiva o más prolongada de lo que cabría esperar, teniendo en cuenta factores religiosos, culturales o normativas del propio individuo. Al respecto, un mayor conjunto de síntomas específicos relacionados con el duelo se ha definido dentro del trastorno denominado *trastorno de duelo complejo persistente*, clasificándolo en la sección III (*condiciones adicionales objeto de estudio*).

Como veremos más adelante, el contexto en el que se explica este trastorno en los diferentes Manuales de Clasificación Diagnóstica lo está posicionando cada vez más en una situación de inferioridad respecto a otros diagnósticos que pueden ser aplicados, ya que siempre se deberá descartar otros posibles trastornos mentales que puedan estar explicando la reacción del individuo ante un factor estresante.

Tabla 1 – Criterios del DSM-5 (APA 2013) para el diagnóstico de los Trastornos Adaptativos

**A.** Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor (es) de estrés.

**B.** Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas.
2. Deterioro significativo en la actividad social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**C.** La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.

**D.** Los síntomas no representan el duelo normal.

**E.** Una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de otros seis meses.

*Especificar si:*

**Agudo:** si la alteración dura menos de 6 meses.

**Crónico:** si la alteración dura 6 meses o más.

**309.0 (F43.21). Con estado de ánimo deprimido:** Predomina el estado de ánimo bajo, ganas de llorar o el sentimiento de desesperanza.

**309.24. (F43.22). Con ansiedad:** Predomina el nerviosismo, la preocupación, la agitación o la ansiedad de separación.

**309. 28 (F43.23). Con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido:** Predomina una combinación de depresión y ansiedad.

**309.3 (F43.24). Con alteración de la conducta:** Predomina la alteración de la conducta.

**309.4 (F43.25). Con alteración mixta de las emociones o la conducta:** Predominan los síntomas emocionales (p.ej., depresión, ansiedad) y una alteración de la conducta.

**309.9 (F43.20). Sin especificar:** Para las reacciones de mala adaptación que no se pueden clasificar como uno de los subtipos específicos del trastorno de adaptación.

Fuente: APA (2013)

Por lo que se refiere a la importancia clínica de este trastorno, se indica que el malestar debe ser “desproporcionado a la intensidad o gravedad del estresor” y/o producir

una interferencia que constituya una alteración significativa en su funcionamiento social o laboral. Al respecto, el DSM-5 señala la interferencia que el malestar asociado a este trastorno puede producir en el trabajo, afectando al rendimiento y también a las relaciones sociales. Por último, se añade que hay que tener en cuenta que la aparición de un TA puede complicar el curso de una enfermedad en individuos que tengan una patología médica, ya que puede influir en el cumplimiento terapéutico y prolongar los ingresos hospitalarios.

Por lo que respecta a los factores de riesgo a padecer un TA, el DSM-5 explicita que las personas con circunstancias desfavorables en sus vidas tienen mayor riesgo de padecer este trastorno, debido a la alta tasa de estrés que sufren bajo dichas experiencias adversas. Además, se aclara que para diagnosticar este trastorno se debe considerar el contexto cultural del individuo para determinar, de este modo, si la respuesta de la persona es desadaptativa o excesiva respecto a lo que cabría esperar, ya que, la naturaleza, el sentido y la propia experiencia de los factores estresantes, puede variar entre culturas. Por ejemplo, un suceso estresante como puede ser la ruptura de un matrimonio puede tener diferentes significados según la cultura, y las propias creencias aprendidas en el contexto en el que se encuentra la persona. En cuanto al curso de los síntomas de los TA, hay que señalar que si el trastorno persiste más allá de los 6 meses tras el cese del estresante o sus consecuencias, o si los síntomas se inician más tarde de los 3 meses siguientes al estresor, el diagnóstico que se establecería es el *de otro trastorno específico relacionado con el trauma y el estrés*. Este diagnóstico permite aclarar las razones específicas por las que se determina que estamos ante “otro trastorno específico” pudiendo señalar en su codificación las razones comentadas anteriormente.

En el presente estudio se han utilizado los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000) ya que cuando se inició todavía no estaba disponible la última versión del DSM. Sin embargo, cabe destacar los pocos cambios que se han realizado respecto a los criterios diagnósticos del TA en la nueva versión del DSM. Si comparamos ambas versiones de este manual, observamos cómo hay muy poca diferencia entre ellos, siendo la aportación más importante del DSM-5 la inclusión de los TA dentro del apartado más amplio de *trastornos relacionados con el trauma y el estrés*. Esta nueva situación de los TA dentro del mismo grupo de trastornos donde encontramos el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) entre otros, probablemente llevará a que se preste más atención a este trastorno por parte de la comunidad científica y, como

consecuencia, estimulará la producción investigadora sobre el mismo. Además, este nuevo posicionamiento de los TA representa un cambio importante en la conceptualización de este trastorno, siendo el cambio más significativo realizado desde su aparición con la nomenclatura actual de trastorno adaptativo en el DSM-III (Casey 2014). Sin embargo, como veremos más adelante, a pesar de esta paso positivo, siguen habiendo muchos problemas en su clasificación diagnóstica.

Por su parte, la **CIE-10** (OMS, 1992) define los TA como: *“Estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren en la actividad social y aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante”*. Concretamente, la CIE-10 establece que se requieren dos condiciones para el diagnóstico: la presunción de que el trastorno no se hubiera dado de no haber acontecido el factor estresante; y la necesidad de que pueda demostrarse una relación temporal entre dicho acontecimiento y la aparición de los síntomas. El intervalo temporal que se establece como más frecuente es de un mes posterior a la presentación del acontecimiento estresante o al cambio biográfico, aunque se indica que puede ser mayor siempre que no supere los tres meses. En cuanto a la duración del trastorno indica que éste *“rara vez excede los seis meses, excepto para la reacción depresiva prolongada, que puede llegar a los dos años”*. Respecto al tipo de agente estresante, la CIE-10 indica que puede afectar tanto a la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) como al sistema más amplio de los apoyos y valores sociales (emigración, condición de refugiado) y puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad.

Las manifestaciones clínicas también pueden ser muy variadas y pueden incluir: *“humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro de cómo se lleva a cabo la rutina diaria”*. También se añade que las *“expresiones dramáticas o explosiones de violencia”* pueden ocurrir, pero son raras aunque, *“los trastornos disociales (p.ej., un comportamiento agresivo o antisocial) puede ser una característica sobreañadida, en particular en adolescentes”*. En los niños es posible encontrar fenómenos regresivos tales como *“volver a tener enuresis nocturna, utilizar un lenguaje infantil o chuparse el pulgar”* formando parte del abanico sintomatológico de esta patología.

Por lo que respecta a los criterios de exclusión de la CIE-10, los TA no se pueden diagnosticar si alguno de los síntomas es *“por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico”*. Y en referencia a las especificaciones diagnósticas, ofrece un listado de subtipos relacionados con la sintomatología más predominante. Las pautas para el diagnóstico, según este manual, se presentan en la Tabla 2

Tabla 2- Criterios de la CIE-10 (OMS, 1992) para los Trastornos de Adaptación.

|   |
|---|
| <p><b><u>Pautas para el diagnóstico</u></b></p> <p>a) La forma, el contenido y la gravedad de los síntomas.<br/> b) Los antecedentes y la personalidad.<br/> c) El acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica.</p> <p>Incluye:<br/> "Shock cultural".<br/> Reacciones de duelo.<br/> Hospitalismo en niños.</p> <p>Excluye:<br/> Trastorno de ansiedad de separación en la infancia (F93.0).</p> <p>Si se satisfacen las pautas de trastorno de adaptación, la forma clínica o manifestación predominantes pueden ser especificadas mediante un quinto carácter adicional:</p> <p><b>F43.20 Reacción depresiva breve</b><br/> <b>F43.21 Reacción depresiva prolongada</b><br/> <b>F43.22 Reacción mixta de ansiedad y depresión</b><br/> <b>F43.23 Con predominio de alteraciones de otras emociones</b><br/> <b>F43.24 Con predominio de alteraciones disociales</b><br/> <b>F43.25 Con alteración mixta de emociones y disociales</b><br/> <b>F43.28 Otro trastorno de adaptación con síntomas predominantes especificados.</b></p> |
|---|

Fuente: OMS (1992)

La CIE-10, al igual que el DSM-5, también aporta información adicional que complementa a las pautas diagnósticas aunque, como veremos, no se llega a un consenso entre los distintos manuales de clasificación diagnóstica sobre cuestiones importantes a la hora de diagnosticar y abordar los TA.

En primer lugar, la CIE-10 entiende y clasifica a los TA como una entidad diagnóstica propia, equiparable a las demás, que se sitúa junto a otros trastornos como la Reacción de estrés agudo (REA), el TEPT y Otras reacciones a estrés grave. Estas se incluyen en una

categoría diagnóstica superior que recibe el nombre de “Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación”. Como ya se ha señalado, el DSM-5 ha eliminado la clasificación del TA como una categoría separada, sin embargo, en este manual este trastorno sigue sin poder diagnosticarse si la reacción al acontecimiento estresante es explicada por otro trastorno mental o por la exacerbación de un trastorno preexistente. Por lo que, en cierta manera, el TA sigue siendo concebido como una categoría secundaria o subordinada. De esta forma, se mantienen los ya conocidos problemas diagnósticos y polémicas existentes en torno a la comprensión de este trastorno.

Otro tema que cabe subrayar es la especificación clara que realiza la CIE-10 en relación al diagnóstico de los TA. A diferencia del DSM-5, en esta clasificación se establece la necesidad de tener en cuenta la predisposición o vulnerabilidad individual como elementos clave en relación al riesgo de aparición y a la forma de expresión de las manifestaciones del trastorno. Además, se señala que estos factores influyen en mayor medida en los TA que en el resto de trastornos clasificados en su mismo grupo. De esta forma, se recupera una visión más global del individuo, teniendo en cuenta aspectos importantes y valiosos a la hora de comprender y abordar el problema.

Por lo que se refiere al diagnóstico de las reacciones de duelo, la CIE-10 permite que sea codificado como TA, siempre que la reacción se considere anormal por sus manifestaciones o contenido. Y a diferencia del DSM-5, la CIE-10 establece un rango temporal determinado aclarando que, en el caso de que la reacción ante el fallecimiento de un ser querido sea aún intensa pasados 6 meses tras la pérdida, se puede codificar como un TA con “Reacción depresiva prolongada”. Este subtipo de TA es el único que permite ser diagnosticado en el caso de que la sintomatología exceda de los 6 meses, pudiendo manifestarse hasta los 2 años cuando existe una exposición al acontecimiento estresante prolongada.

Respecto al inicio y duración de los síntomas, existen pequeñas diferencias entre ambos manuales de Clasificación Diagnóstica, la CIE-10 establece que el cuadro sintomatológico suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o acontecimiento estresante (aunque podría ser mayor si no sobrepasara los 3 meses) mientras que el DSM-5 fija el rango temporal en los 3 meses siguientes a la presencia del estresor. La

duración de los síntomas “rara vez excedería los seis meses” (excepto para la reacción depresiva prolongada) en la CIE-10 y, en el caso de que esto ocurriera, el diagnóstico “debería modificarse de acuerdo con el cuadro clínico presente y cualquier estrés mantenido pudiendo codificarse mediante uno de los códigos Z”. Según el DSM-5, en el caso de que la reacción excediese de este intervalo temporal, y tanto el factor estresante como sus consecuencias no estuviesen presentes, se podría diagnosticar en el apartado *Otros trastornos específicos relacionados con el trauma y el estrés*.

En referencia a los subtipos, en general, ambas clasificaciones aportan información similar, aunque con algunas diferencias. Ambas afirman que una de las posibles expresiones del trastorno consiste en una reacción depresiva. Sin embargo, mientras que el DSM-5 establece una sola categoría para dicha manifestación clínica, la CIE-10 establece dos subtipos diferentes, en función de la duración de dicha reacción, la reacción depresiva breve y la prolongada. Por último, otro punto en el que difieren es en la forma de entender las manifestaciones ansiosas pues mientras que el DSM-5 las concibe como reacción principal, la CIE-10 las contempla únicamente asociadas con la depresión.

Finalmente, también merecen ser comentadas las propuestas que desde la OMS se están planteando para la próxima versión de la Clasificación Mundial de Enfermedades (CIE-11). Al respecto, los TA se englobarían dentro de una etiqueta diagnóstica más amplia denominada *Trastornos específicamente relacionados con el estrés* en la que se añadirían otros trastornos que requerirán de una exposición a un evento estresante o experiencia adversa de carácter excepcional (Tabla 3). Estos eventos estresantes se posicionarían en un continuo que abarcaría desde un acontecimiento de menor gravedad (eventos cotidianos) o la pérdida de un ser querido, a un evento traumático específico o acontecimiento traumático repetidos y prolongados de gravedad importante. De esta forma, la sintomatología resultante podría conceptualizarse como trastornos de menor a mayor importancia (Maercker *et al.*, 2013).

Tabla 3 - Propuesta para la CIE-11 de las categorías diagnósticas relacionadas específicamente con los trastornos relacionados con el estrés

| <b>Categorías propuestas para la CIE-11</b> | <b>Código CIE-10</b> |
|---|----------------------|
| Trastorno de estrés postraumático           | F43.1                |

|   |                 |
|---|-----------------|
| Trastorno de estrés postraumático complejo  | F.62.0          |
| Trastorno de duelo prolongado   | Nueva categoría |
| Trastorno adaptativo  | F43.2           |
| Trastorno de la vinculación reactivo  | F94.1           |
| Trastorno de la vinculación desinhibido   | F94.2           |
| <i>Fenómenos considerados como no-trastornos que influyen en la salud y en la visita a los Servicios sanitarios</i> |                 |
| Reacción de estrés agudo  | F43.0           |

Fuente: Adaptado de Maercker *et al.* (2013)

Por lo que respecta a la definición de los TA en la futura CIE-11, estos se entenderían como una reacción desadaptativa ante un cambio vital o un estresor psicosocial identificable, que se caracterizaría por una excesiva preocupación por el estresor (p.ej., rumiación constante acerca de sus implicaciones, pensamientos recurrentes y angustiosos, etc.) y el fracaso en la adaptación del individuo. Esta reacción se acompañaría de una amplia variedad de síntomas como dificultades en la concentración o problemas de sueño, que interferirían en el funcionamiento diario de la persona, y se asociarían a un deterioro laboral y social del propio individuo. También podrían presentarse otros síntomas como ansiedad, depresión o problemas en el control de los impulsos (Maercker *et al.*, 2013). Por otro lado, el criterio temporal y de exclusión no variaría, debiéndose diagnosticar otro trastorno si se cumplen sus requisitos. Sin embargo, un aspecto importante a destacar de esta propuesta es la eliminación de los subtipos clínicos. Como señalan Strain y Diefenbacher (2008), no existe evidencia respecto a la utilidad y validez clínica de los subtipos, tampoco son relevantes a la hora de seleccionar un tratamiento ni están asociados con un pronóstico específico.

En resumen, la CIE-11 aboga por una visión del TA dentro de un continuo en el que los procesos normales de adaptación se diferenciarían de la “normalidad” por la intensidad del malestar y el deterioro funcional que sufre el individuo. Además, apuesta por una descripción de los TA que da mayor énfasis a la presencia de deterioro en la vida de la persona, y elimina los subtipos del trastorno que no han demostrado utilidad en la práctica clínica real. En nuestra opinión, esta nueva propuesta de conceptualización de los TA sería la más adecuada a la hora de entender y englobar la sintomatología característica que se da en este trastorno. Por primera vez se describiría síntomas tan importantes como la rumiación y preocupación



constante por el acontecimiento estresante experimentando o sus consecuencias, además de poner énfasis en el fracaso en la adaptación del individuo tras haber vivido un evento de este tipo.

Teniendo en cuenta los aspectos expuestos anteriormente y, a pesar de los cambios que se prevén para la futura CIE-11, podemos afirmar que actualmente los criterios diagnósticos referidos al TA siguen siendo vagos e inconsistentes y no ofrecen especificaciones claras que hagan más comprensible este trastorno y abarquen adecuadamente todas sus manifestaciones. Además, esta situación de incertidumbre causada por la actual falta de consenso entre las diferentes clasificaciones diagnósticas existentes constituye una importante dificultad para clínicos e investigadores a la hora de tratar, diagnosticar y estudiar este trastorno correctamente. En consecuencia, esta situación compromete gravemente la fiabilidad de los escasos estudios científicos que sobre los TA se han llevado a cabo hasta el momento.

## **1.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

### **1.2.1 Prevalencia**

Aunque el TA es un trastorno común, las tasas de prevalencia parecen variar dependiendo tanto de la población estudiada como de los métodos de evaluación utilizados (APA, 2013). Hasta el momento, solamente uno de los grandes estudios epidemiológicos llevados a cabo en la *población general* ha incluido al TA entre las categorías examinadas; el proyecto ODIN (*Outcome of Depression International Network Project*) (Ayuso-Mateos *et al.*, 2001). No obstante, sólo ha incluido el subtipo de TA con estado de ánimo depresivo. El objetivo de este proyecto era detectar trastornos con sintomatología depresiva siguiendo los criterios de la CIE-10. La muestra fue recogida en cinco países europeos (Finlandia, Irlanda, Noruega, España y Reino Unido) utilizando población tanto urbana como rural cuyas edades estaban comprendidas entre los 18 y los 64 años. La prevalencia global del TA con estado de ánimo depresivo encontrada entre las 14.000 personas entrevistadas fue de 0,3%, no

obstante, esta cifra varió de forma notable en función de cada uno de los países considerados. Por ejemplo, Finlandia, que es el país que presentaba la mayor tasa de prevalencia, sólo alcanzó una proporción de 0,8% en la población urbana y de un 0,1% en la rural, mientras que en el Reino Unido no se registraron pacientes con este diagnóstico. Sin embargo, esta baja tasa de prevalencia ha de ser tomada con precaución pues, como se irá viendo a lo largo del presente trabajo, en torno a los TA existen importantes problemas de definición y una escasa sensibilidad de los instrumentos diagnósticos existentes que no garantiza ni una detección ni un diagnóstico adecuados.

En contrapartida, otros estudios que han trabajado con *muestras más específicas* han aportado datos que señalan cifras bastante superiores en cuanto a la prevalencia de los TA. Por ejemplo, Rundell (2006), analizó los archivos de 1264 personas que formaban parte de las fuerzas armadas y fueron evacuados de Afganistán o Irak por razones psiquiátricas. El TA fue el diagnóstico más común en el 36% de los casos, mientras que otros trastornos del estado de ánimo fueron diagnosticados en una proporción del 22%, los trastornos de personalidad 15,7% y los trastornos de ansiedad 15,4%. Por su parte, en otro estudio realizado por Lung, Lee y Shu (2006) con una muestra de 641 estudiantes militares de dos escuelas distintas de Taiwan, la tasa de prevalencia hallada para los TA fue del 8,9% y 2,6%.

Por otra parte, el grupo de Maercker, basándose en una nueva propuesta de modelo para los TA que se describirá en un apartado posterior de este trabajo, analizaron los datos proporcionados por un estudio epidemiológico internacional llevado a cabo entre 1997 y 1999 en campos de refugiados de Etiopía, Algeria, Gaza y Camboia, y encontraron una prevalencia de entre el 6% y el 40% (Dobricki, Komproe, de Jong y Maercker, 2010). Maercker *et al.* (2008) también estudiaron una población de 570 ancianos y hallaron que, de nuevo según su propio modelo, el 2,3% de la muestra presentaba un TA y que esta proporción disminuía al 1,1% cuando los datos se basaban en los criterios del DSM-IV-TR. En esta misma muestra la prevalencia de otros trastornos fue de 4,2% para el TEPT, 2,3% para la depresión mayor y 5,8% y 2,1% para el duelo complicado en mujeres y hombres, respectivamente. En otro estudio más reciente, Maercker *et al.* (2012), basándose en este mismo modelo, estimaron la prevalencia de los TA en una muestra representativa de población general alemana, encontrando el diagnóstico de TA en un 2,3%, de los cuales el 0,9% de la población cumplía el criterio de significación clínica de deterioro funcional que especifica el DSM-IV-TR y el 1,4% no lo cumplía.

En el ámbito médico, especialmente en las *consultas de psiquiatría*, también existen trabajos que encuentran cifras elevadas de prevalencia del TA. Así, Strain *et al.* (1998), utilizando los criterios diagnósticos del DSM-III-R, analizaron una muestra de 1039 pacientes que recurrieron consecutivamente a los servicios de diferentes hospitales universitarios (EEUU, Canadá y Australia) e informaron de un 12% de diagnósticos confirmados de TA y un 10,6% de diagnósticos inciertos, con lo que la prevalencia total posible ascendía hasta el 22,6%. Por su parte, Strain y Diefenbacher (2008), siguiendo los criterios del DSM-IV-TR y haciendo referencia a un estudio comparativo realizado por ellos mismos en dos hospitales universitarios, encontraron que de entre los diagnósticos realizados en los servicios médicos el de TA fue aplicado en una proporción del 15,7% en el hospital de Berlín y en un 15,3% en el de la Ciudad de Nueva York. Despland, Monod y Ferrero (1995), por su parte, encontraron una tasa de prevalencia del TA del 23,5% en una muestra de 1308 pacientes psiquiátricos ambulatorios, siendo este diagnóstico el más frecuente, mientras que en un estudio con pacientes no psicóticos de clínicas rurales y urbanas, Shear *et al.* (2000) refirieron que el diagnóstico más común era el de TA, siendo éste aplicado en el 36% de los casos. Sin embargo, dicha cifra disminuía al 11% cuando se aplicaba la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID, First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1999), siendo el TA, además, el trastorno que menor concordancia obtenía entre el diagnóstico clínico y el realizado mediante la SCID.

En cuanto a la incidencia del TA, los datos proporcionan una cifra estimada de entre el 5 y el 21% (Despland *et al.*, 1995) en los servicios de asistencia psiquiátrica en adultos. Koran *et al.* (2003) señalaron que el 9% de las admisiones consecutivas a una unidad de agudos del sector público recibieron el diagnóstico de TA. En las admisiones psiquiátricas hospitalarias, Greenberg, Rosenfeld y Ortega (1995) encontraron una incidencia del 7,1%, mientras que la referida en la muestra analizada por Jones, Yates y Zhou (2002) fue del 4%. En este último estudio se indica, además, que el número de admisiones relacionadas con el diagnóstico de TA era superior al encontrado en el caso de la distimia y de los trastornos de ansiedad. Por último, en un estudio realizado en un hospital universitario de Bélgica, Bruffaerts, Sabbe y Demyttenaere (2003) hallaron el diagnóstico de TA en un 17,1% de pacientes que fueron a los servicios psiquiátricos de emergencia.

Por otra parte, este diagnóstico es también muy frecuente entre los pacientes de *atención primaria*. Blacker y Clare (1988) analizaron algunas de las características de las

personas que acudían a atención primaria y, de una muestra de 1626, encontraron que el diagnóstico de TA estaba presente en un 18% de los casos, superando a trastornos como la depresión mayor o los trastornos de la personalidad con una prevalencia de 4,3% y 2,6%, respectivamente. En otro estudio más reciente de Fernández *et al.* (2012) se halló una prevalencia de los TA del 3% en una muestra que alcanzaba los 3815 participantes. Este estudio se realizó en España y se basó en el análisis de los pacientes extraídos de entrevistas transversales realizadas en 77 centros de atención primaria de 7 regiones diferentes de Cataluña. Por lo que respecta al subtipo específico de TA con ansiedad, existen algunos estudios que han analizado su prevalencia en los centros de atención primaria. Así, Seeman *et al.* (2001) realizaron un estudio en Francia en el que se registraban las atenciones médicas que realizaban 78 profesionales sanitarios escogidos al azar de diferentes regiones francesas. De un total de 1719 pacientes que acudieron a consulta por quejas psicológicas asociadas o no con problemas físicos, se encontró una prevalencia de TA subtipo con ansiedad de un 4,5%. Por su parte, Arbus *et al.* (2013) realizaron un estudio transversal en el que analizó la prevalencia de este mismo subtipo de TA en una muestra de pacientes ambulatorios mayores de 60 años que acudieron a diferentes médicos de atención primaria y psiquiatría. De un total de 3651 sujetos entrevistados consecutivamente, se encontró una tasa de prevalencia del TA con ansiedad del 3,7%, superando al TA mixto con ansiedad y depresión con un 0,7%, y el subtipo depresivo con 0,2%. La tasa de prevalencia general encontrada para los TA fue del 4,8%.

Por otro lado, el diagnóstico de TA es muy frecuente entre la *población que sufre alguna condición médica especial* (Strain *et al.*, 1998). Según Strain y Diefenbacher (2008), este diagnóstico se cumple en más del 60% de pacientes con quemaduras, más del 20% de pacientes en fases tempranas de esclerosis múltiple, así como en más del 40% en pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular (Perez-Jiménez, Gómez-Bajo y López-Castillo, 1994; Shima, Kitagawa y Kitamura, 1994; Sullivan, Winshenker y Mikail, 1995). En esta misma línea, Maercker, Einsle y Köller (2007) estudiaron pacientes cardíacos tras sufrir una cirugía en la que se les implantó un desfibrilador cardíaco automático, encontrando una prevalencia de casos con TA del 17%, según el modelo que ellos proponen, y del 9% cuando siguieron los criterios del DSM-IV-TR. También Sloan y Kirsh (2008) hallaron que el 7% de las pacientes ingresadas antes del parto y el 15% de las que lo hicieron postparto cumplían los criterios de un TA, comparadas con el 24% que sufrían episodios depresivos y el 9,5% que presentaban una depresión mayor. Por último, Grassi *et al.* (2007) encontraron una prevalencia del 12% en una

muestra de 807 pacientes ambulatorios reclutados consecutivamente en diferentes centros médicos y cuya muestra era representativa de diferentes condiciones médicas especiales como trastornos gastrointestinales, enfermedades de corazón, trastornos endocrinos o cáncer.

En muestras específicas que sufren diferentes tipos de cáncer también se han encontrado prevalencias elevadas del TA. En un meta-análisis llevado a cabo por Mitchell *et al.* (2011), en el que se recopilaron estudios realizados con muestras recogidas en centros hematológicos-oncológicos y de cuidados paliativos, se encontró una tasa de prevalencia del TA del 19,4% y 15,4%, respectivamente. Por su parte, Okamura, Watanabe, Narabayashi y Uchitomi (2000) y Okamura, Yamawaki, Akechi, Taniguchi y Uchitomi (2005) en dos estudios realizados con pacientes que habían sufrido una recidiva de su cáncer de mama encontraron una prevalencia del 20% y del 35%, respectivamente, siendo el subtipo más frecuente en ambos casos el TA mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Por último, Akechi *et al.* (2004) encontraron una tasa de prevalencia del 16,3% en paciente enfermos terminales de cáncer, proporción más elevada que la encontrada para el trastorno depresivo mayor con un 6,7%. De modo similar, en un estudio de Tada *et al.* (2012) se encontró que la prevalencia del TA en personas enfermas de diferentes tipos de cáncer era del 24%, seguido por el delirium (16%), y el trastorno depresivo mayor (12%).

En relación a los subtipos del TA que se dan con más frecuencia entre la población, la información es escasa. El grupo de Maercker (Maercker *et al.*, 2007; Maercker *et al.*, 2008; Maercker *et al.*, 2012) y los estudios de Okamura *et al.* (2000) y Okamura *et al.* (2005) señalan que el subtipo de TA más frecuente es el tipo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo. En esta línea se encuentran los datos de prevalencia obtenidos por nuestro grupo de investigación en una muestra clínica, hallando este subtipo mixto en el 78,3% de los casos (Andreu-Mateu, 2011; Quero, Botella, Andreu-Mateu, Baños y Molés, 2013), seguido del TA con estado de ánimo depresivo (15,2%), el TA con ansiedad (4,3%) y, en último lugar, el TA con alteración mixta de emociones y comportamiento (2,2%). Por su parte, en el estudio de Strain *et al.* (1998) se indica que el TA con estado de ánimo depresivo era el más frecuente (11,6%), seguido por el TA mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo (5,9%), el TA con alteración mixta de las emociones y el comportamiento (2,8%) y el TA con ansiedad (2,5%). Por último, en un estudio reciente y realizado con población adolescente, Ferre y Kirchner (2014) encontraron que el subtipo más común también fue el TA con estado de ánimo depresivo (50%), seguido del TA mixto con estado de ánimo depresivo y ansiedad (16,3%), TA con

alteración mixta de las emociones y el comportamiento (12,2%), TA con trastorno del comportamiento (10,2%) y, por último, el TA con ansiedad (9,2%). Resultados similares se encuentran en el estudio de Zimmerman, Martinez, Dalrympe, Chelminski y Young (2013), en el que el 80% de las personas estaban diagnosticadas o de TA con estado de ánimo depresivo o de TA mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Este estudio es, hasta el momento, el primero que analiza la validez de los subtipos del TA y en él no se encontraron diferencias significativas en variables como la comorbilidad, historia de vida o variables sociodemográficas entre los pacientes con estos dos subtipos de TA.

Por lo que respecta a la relación entre la naturaleza de los diferentes factores estresantes y la aparición del TA, la investigación también es limitada. Newcorn, Strain, y Mezzich (2000) señalan que los factores estresantes principalmente encontrados entre la población adulta con TA son los problemas de pareja, separación, cambio de lugar de residencia y problemas económicos, mientras que en adolescentes serían los problemas académicos.

En cuanto a las características de las personas que padecen un TA, algunos estudios señalan que éstas suelen ser más jóvenes, independientes económicamente y suelen convivir con otras personas (Despland *et al.*, 1995; Strain *et al.*, 1998), en comparación con aquellas que presentaban un diagnóstico psiquiátrico mayor. Bisson y Sakhuja (2006) encuentran, además, que estos pacientes presentan un mayor número de problemas psicosociales y ambientales, un riesgo aumentado de conductas suicidas, una menor probabilidad de presentar historia psiquiátrica previa y una menor duración del tratamiento. Por su parte, Jones, Yates, Williams, Zhou y Hardman (1999) señalaron que los pacientes con TA presentaban mejores índices en relación al estado de salud, el funcionamiento, el bienestar y la calidad de vida. De modo similar, Fernández *et al.* (2012) compararon el TA con el trastorno depresivo mayor y observaron que la probabilidad de que los pacientes con TA informaran de problemas emocionales como principal motivo de consulta era menor, además éstos informaron tener una mejor calidad de vida (física y emocional) y una mayor percepción de apoyo social. Por último, respecto a los motivos por los cuales estos pacientes son derivados al especialista, Strain *et al.* (1998) encontraron en mayor medida problemas de ansiedad/miedo, problemas de afrontamiento, depresión y problemas postparto y, con una frecuencia menor,

problemas con el alcohol, síndromes cerebrales orgánicos, historia de psicosis o necesidad de medicación psicotrópica.

Por lo que se refiere a la población más joven, las cifras también indican que los TA son un problema bien representado. Por ejemplo, Pelkonen, Marttunen, Henriksson y Lönnqvist (2007), en un estudio realizado en Finlandia utilizando los criterios diagnósticos del DSM-III-R, encontraron que el TA era el segundo diagnóstico más frecuente entre los 209 pacientes adolescentes sin problemas psicóticos que fueron remitidos a su unidad de salud mental. El TA obtuvo una prevalencia del 31%, siendo superada tan sólo por los trastornos del estado de ánimo que fueron los más comunes, con un 36.6%. Estos autores también indicaron que, en comparación con el resto de pacientes no psicóticos, aquellos con un TA eran predominantemente mujeres y presentaban una interferencia psicosocial menor. Las mujeres se caracterizaban por tener padres con enfermedades y manifestar un mayor grado de síntomas internalizantes y, en cuanto a lo que caracterizaba a los hombres, éstos presentaban un mayor número de sucesos estresantes relacionados con la escuela, problemas con las autoridades e inquietud. Resultados similares se encontraron en el estudio de Dickerson y Johnson (2012), en el que se analizaron 118 jóvenes que recibieron asistencia en el servicio de salud mental en el área metropolitana de California. El TA obtuvo unos valores de prevalencia de 35,4%, siendo el segundo diagnóstico más frecuente después de los trastornos del estado de ánimo con un 41,5%. Por su parte, Rodgers y Tennison (2009) hallaron que una importante proporción de los estudiantes universitarios de primer año experimentaban un conjunto de síntomas de adaptación que cumplían los criterios de un TA, mientras que otra parte de ellos experimentaban también dichos síntomas pero a nivel subclínico. Las categorías en las cuales los estudiantes experimentaban mayores niveles de dificultad se relacionaban con los síntomas emocionales, seguidos por las dificultades académicas y los problemas sociales. Asimismo, el hecho de experimentar más síntomas emocionales estaba relacionado con el sentimiento de estar abrumado y con el deseo de escapar de la situación mediante el abandono de la facultad o el suicidio.

En resumen, y como se desprende de los trabajos anteriormente descritos, las cifras de prevalencia de los TA muestran una gran variabilidad, observándose enormes diferencias en los valores informados por los diferentes estudios (entre un 0,1% y un 60%) dependiendo de los criterios y el tipo de muestra utilizados, situación recogida también en el DSM-5. Así, según

este manual, la prevalencia encontrada en aquellos pacientes ingresados en hospitales de salud mental oscila entre el 5-20% y este diagnóstico es a menudo el más frecuentemente encontrado en la consulta psiquiátrica, alcanzando el 50%. Por otra parte, en un estudio llevado a cabo por Evans *et al.* (2013), la OMS y la “*International Union of Psychological Science*” (IUPsyS) realizaron una encuesta a 2155 psicólogos provenientes de 23 países con el objetivo de examinar las actitudes de los mismos respecto a los sistemas de clasificación y encontraron que el TA era el séptimo diagnóstico que con más frecuencia era utilizado por los psicólogos en su práctica clínica. Este mismo trabajo se realizó con cerca de 5000 psiquiatras de 44 países diferentes hallándose el TA de nuevo en el mismo lugar en el *ranking* (Reed, Correia, Esparza, Saxena y Maj, 2011). Además de la utilidad clínica que tiene este diagnóstico tanto para psicólogos como para psiquiatras, los TA son importantes (como se detallará en el siguiente apartado) dada su relación con el riesgo de intentos de suicidio y suicidio consumado (Schnyder y Valach., 1997; Goldston *et al.*, 1998), y por constituir uno de los trastornos que mayor bajas laborales causa, superando otros trastornos como la depresión mayor o los trastornos de ansiedad (van der Klink, Blonk, Schene y van Dijk, 2003).

### **1.2.2 Curso**

Los datos en relación al curso de los TA parecen indicar que, en una gran proporción de los casos, el trastorno suele iniciarse rápidamente, perdurar durante un periodo breve y mostrar un buen pronóstico resolviéndose, en ocasiones, sin ninguna intervención específica. De hecho, como ya hemos comentado, el DSM-5 establece que un TA se inicia dentro de los 3 primeros meses que siguen a la ocurrencia de un acontecimiento estresante y que termina en un plazo máximo de 6 meses una vez ha cesado el acontecimiento estresante o sus consecuencias. Además, añade que si el acontecimiento estresante es agudo (p.ej., un incendio en el lugar de trabajo) el inicio de la alteración suele ser inmediato (o en los días siguientes) y la duración relativamente breve (p.ej., unos pocos meses); mientras que si se trata de un acontecimiento que persiste o si sus consecuencias se mantienen en el tiempo, el trastorno también puede prolongarse.

En este sentido, varios son los estudios que consideran que el TA es, en general, un trastorno transitorio con tendencia a remitir espontáneamente (p.ej., Bronisch, 1991; Carta,



Balestrieri, Murru y Hardoy, 2009; y Vanin, 2008). Los datos recogidos de la literatura y unificados en el trabajo de Casey, Dowrick y Wilkinson (2001) indican que un 79% de los adultos diagnosticados de TA se encuentran bien a los 5 años; la mayor parte de los síntomas se resuelven rápidamente; menos del 17% desarrollan un curso crónico; y que sólo un 2% comete suicidio. Por último, por lo que respecta a la situación clínica de los pacientes, Greenberg *et al.* (1995) señalan que ésta parece ser menos grave e incapacitante en cuanto a su cronicidad, a la duración de las hospitalizaciones y a la reinserción ocupacional, aunque presentan más tendencias suicidas.

Por otro lado, diversos trabajos han encontrado que el TA puede conducir a una mayor tasa de morbilidad psiquiátrica y de mortalidad. Por ejemplo, Andreasen y Hoenk (1982) encontraron que a los 5 años de seguimiento el 30% de los adultos y el 56% de los menores de 18 años que habían recibido el diagnóstico de TA presentaban otro trastorno psiquiátrico. En los adultos los más comunes fueron la depresión mayor, el trastorno antisocial de la personalidad, el abuso de sustancias y el alcoholismo. En los niños y adolescentes a los trastornos mencionados se sumaban la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Según este estudio, la cronicidad y los síntomas comportamentales fueron los mejores predictores de un curso desfavorable. Por su parte, Jäger, Burger, Becker y Frasch (2012) encontraron que 5 años después de que los pacientes con TA recibieran el alta, el 19,8% fueron readmitidos en un hospital de salud mental con el mismo diagnóstico y el 9,9% mostraron un cambio de diagnóstico en la readmisión, siendo el diagnóstico por trastorno de abuso de sustancias (5,5%) el más frecuente.

En esta misma línea, otros datos alertan de que los TA pueden conllevar consecuencias negativas importantes a lo largo de toda la vida. A este respecto, el propio DSM-5 señala que el malestar subjetivo y el deterioro en el funcionamiento del individuo asociado con el TA pueden llevar a la disminución del rendimiento en el trabajo o en la escuela, así como a cambios temporales en las relaciones sociales. También puede complicar el curso de la enfermedad en personas con condiciones médicas especiales, entre las que como ya hemos visto el TA tiene una alta prevalencia.

En relación al suicidio y otras conductas lesivas, los datos son preocupantes ya que el TA es el diagnóstico más común entre la población que se autolesiona deliberadamente (Casey

2009). Prueba de ello la encontramos en el estudio de Taggart *et al.* (2006) en el que se encontró una prevalencia del TA de un 31,8% en personas que fueron evaluadas en el servicio psiquiátrico de urgencias y que habían cometido intento de suicidio, mientras que el diagnóstico de trastorno depresivo mayor fue menos frecuente con un 19,5%. Estos porcentajes, al igual que en el estudio de Shear *et al.* (2000), cambian cuando se aplica la entrevista SCID, obteniéndose unos valores de 7,8% para el TA y del 36,4% para el trastorno depresivo mayor. Estas diferencias podrían ser explicadas por la rigidez a la hora de aplicar la entrevista que se hace más evidente especialmente en un trastorno como el TA que se basa en gran parte en el juicio clínico, el contexto y su curso longitudinal (Casey 2009). Por otra parte, Bolu, Doruk, Ak, Ozdemir y Ozgen (2012) señalaron que la causa principal del 26,8% de las personas con TA que acudieron al hospital fue el intento de suicidio, al igual que en zonas rurales de países como India en donde el TA era el diagnóstico más común con un 15% (Manoranjitham *et al.*, 2010). Por último, Krizkanovskaya y Canterbury (2001) encontraron que el 60,5% de los pacientes con TA habían informado de intentos de suicidio en el pasado, el 96% habían tenido un intento de suicidio durante el ingreso y el 50% después de la hospitalización. En definitiva, como podemos observar y como Benton y Lynch (2006) indican, los pacientes con TA se involucran en conductas autolesivas en una proporción que supera la de muchos otros trastornos.

Por lo que se refiere a la población joven, el TA parece conllevar también repercusiones especialmente graves (Andreasen y Hoenk, 1982; Portzky, Audenaert y van Heeringen, 2005). Pelkonen, Marttunen, Henriksson y Löonkvist (2005) encontraron que el 25% de los adolescentes estudiados mostraron intentos, amenazas o plan de suicidio y, comparado con las personas con TA sin comportamiento suicida, estos pacientes tenían una historia significativamente mayor de tratamientos previos, pobre funcionamiento psicosocial, disforia, o inquietud psicomotora. En otro estudio Portzky *et al.* (2005) constataron que el proceso de suicidio en adolescentes con TA era significativamente más corto y más rápido que en otros trastornos, evolucionando sin ninguna indicación previa de problemas emocionales o de conducta.

Por último, y como se ha mencionado anteriormente, los TA también son responsables de altos costes en términos de bajas laborales, discapacidad y pérdidas económicas. En un importante estudio citado anteriormente de van der Klink *et al.* (2003) se evidenció que los TA son un importante problema de salud pública ya que, frecuentemente, el malestar y el

deterioro en la actividad que provocan se manifiestan a través de una disminución del rendimiento laboral, constituyendo la causa más importante de baja laboral en los Países Bajos. Además, en otro estudio de Catalina-Romero *et al.* (2012), llevado a cabo en España, se encontró que el 22% de las bajas laborales en pacientes con TA eran además de larga duración, prolongándose en más de 6 meses en el tiempo.

En general, los datos aportados hasta el momento muestran que, a pesar de las dificultades y controversias que giran alrededor de los TA y de su supuesta transitoriedad, éstos deben ser tenidos muy en cuenta. Además, el número de personas que padecen este trastorno parece ser elevado y las consecuencias que pueden derivarse del malestar y la interferencia que provoca implican un importante riesgo, sobre todo, en la población más joven.

### **1.2.3 Comorbilidad**

Son pocos los estudios que han examinado la co-ocurrencia del TA con algún otro trastorno mental. De hecho, esta circunstancia difícilmente podría suceder si aplicamos exhaustivamente los criterios diagnósticos que presentan tanto el DSM-5 como la CIE-10. La razón es que, como se ha descrito anteriormente, estos manuales descartan que el TA pueda ser diagnosticado si los síntomas manifestados cumplen los criterios para otra condición. A pesar de ello, el DSM-5 señala que el TA puede acompañar a cualquier otro trastorno mental y condición médica, siempre y cuando la reacción propia del TA no cumpla criterios para otro trastorno mental (p.ej., depresión mayor) o se considere una exacerbación de un trastorno mental preexistente. Por ejemplo, un individuo puede desarrollar un TA con estado de ánimo depresivo después de perder un trabajo y, al mismo tiempo, tener un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo si los criterios para ambos se cumplen.

Uno de los estudios más importantes que ofrece información sobre la comorbilidad de los TA es el de Strain *et al.* (1998). Estos autores hallaron que del total de diagnósticos de TA realizados en las consultas psiquiátricas, el 7,8% recibían el TA como diagnóstico único mientras que el 4,2% lo hacían en combinación con otros diagnósticos. En concreto, hallaron que los TA se encontraban asociados de forma importante con los trastornos de personalidad (15%), los trastornos mentales de origen orgánico (7%) y los trastornos psicoactivos derivados

del uso de sustancias (7%); mientras que era menos frecuente que fuera diagnosticado junto con la esquizofrenia (2,5%) o los trastornos del estado de ánimo (0,9%). Datos similares se encontraron en el estudio epidemiológico realizado por Samuelian, Caharlot y Derynck (1994), en el que el TA se asoció con los trastornos de personalidad en un 15%, y era frecuente la aparición del TA conjuntamente con el trastorno por abuso y dependencia de sustancias en un 9,3% de la población estudiada.

Trabajos más recientes también afirman que el TA puede aparecer de forma comórbida con otros diagnósticos clínicos. Arbus *et al.* (2013) encontraron que alrededor del 40% de los pacientes con TA subtipo con ansiedad cumplían criterios de al menos otro trastorno de ansiedad, en concreto, el trastorno de ansiedad generalizada o la agorafobia sin historia de trastorno de pánico. Por otra parte, Grassi *et al.* (2007) encontraron que entre un 20 y un 30% de los pacientes médicos con diagnóstico de TA que estudiaron presentaban desmoralización, alexitimia y humor irritable. Por último, los trabajos llevados a cabo por el grupo de Maercker (Dobricki *et al.*, 2010; Maercker, Einsle y Köllner, 2007; Maercker *et al.*, 2008) también muestran que el TA puede diagnosticarse conjuntamente con otros trastornos. Como se comentará más adelante, estos autores ponen a prueba un nuevo modelo psicopatológico que explica el TA como un síndrome de respuesta al estrés, caracterizado por intrusiones, evitación, y dificultades en la adaptación. Al conceptualizar el TA bajo las premisas de este modelo, concluyen que este trastorno si puede diagnosticarse conjuntamente con otros, arrojando unas tasas de comorbilidad moderadamente altas y siendo el trastorno más frecuentemente comórbido la depresión leve, en menor medida el TEPT y los trastornos de ansiedad.

Por otra parte, la existencia de una asociación entre los TA y determinados rasgos de personalidad también ha sido recogida en otros estudios. Por ejemplo, el DSM-5 señala que algunas características de personalidad están asociadas con una vulnerabilidad a las situaciones de estrés que puede desencadenar en un TA. Y también en el preámbulo que la CIE-10 incluye para la categoría de los TA se indica que para ésta la vulnerabilidad personal tiene una importancia mayor en comparación con otros trastornos. Por lo que la posibilidad de que opere un modelo de propensión al estrés es digna de tomarse en cuenta y supuestamente la personalidad es el factor predisponente que tiene más importancia (Case y Bailey, 2011). En esta línea, en su estudio realizado por For-Wey, Fei-Yin y Bih-Ching (2006) asociaron el TA con

determinados rasgos de la personalidad, en concreto con el rasgo de neuroticismo, introversión y psicoticismo, al comparar muestras con y sin trastorno. También, Na *et al.* (2012) confirmaron esta fuerte relación en su estudio realizado con una muestra de hombres militares, encontrando valores elevados en rasgos como evitación del daño, y puntuaciones bajas en auto-dirección, cooperación y auto-trascendencia en pacientes diagnosticados de TA, comparado con un grupo control. Estas dimensiones fueron evaluadas mediante el inventario de temperamento y carácter (*TCI; Temperament and Character Inventory*). Por otra parte, Doherty, Jabbar, Kelly y Casey (2014) analizaron los rasgos en este caso patológicos de personalidad de 378 pacientes diagnosticados de TA y trastorno depresivo mayor utilizando una entrevista de *screening* para la detección de trastornos de personalidad (*SAPAS Standardised Assessment of Personality – Abbreviated Scale*) y hallaron que el 56% de los pacientes con TA tenían un probable trastorno de la personalidad. Además, los rasgos más comunes en estos pacientes estaban relacionados con ser una persona con tendencia a la preocupación, impulsiva y perfeccionista, así como dependiente de los demás, lo que podría hacerles menos capaces para enfrentarse a los acontecimientos estresantes. En esta línea, en un estudio previo de nuestro grupo (Andreu-Mateu, 2011) también se puso de manifiesto la estrecha relación entre la existencia de determinados rasgos de personalidad patológica y la capacidad del individuo para adaptarse a los acontecimientos estresantes. Del total de la muestra de TA estudiada, el 71,7% superaron el punto de corte para uno o más de los trastornos recogidos en la Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II; First *et al.*, 1999), según las respuestas dadas en el cuadernillo de autoaplicación.

Por otro lado, también se han estudiado otros factores de vulnerabilidad que predisponen a sufrir un TA. Giotakos y Konstantakopoulos (2002) señalaron que el estilo cognitivo era un posible factor contribuyente, hipotetizando que la vivencia de experiencias traumáticas en la infancia estimula la percepción de los sucesos como fuera de control, generando síntomas de estrés y de depresión. Estos autores también estudiaron el tipo de apego como factor de vulnerabilidad y encontraron que la sobreprotección materna era un factor de riesgo para desarrollar un TA. Por último, Ponizovsky, Levov, Schultz y Radomislensky (2011) sugieren que el estilo de apego temeroso-evitativo se asocia con síntomas depresivos graves en pacientes con TA y otros factores psicosociales como la baja autoestima y el apoyo social pobre son más predictivos de los síntomas característicos de los TA.

Por nuestra parte, y al igual que señalamos en un trabajo anterior (Andreu-Mateu, 2011), también consideramos que la personalidad tiene un papel relevante en los TA. Creemos que en la base del trastorno existe una gran dificultad para hacer frente a la adversidad y que dicha dificultad, probablemente, se ha ido conformando a partir de experiencias vitales que han dado lugar a creencias acerca de la falta de capacidad personal propia.

Por último, en relación a los trastornos por uso de sustancias, Greengerg *et al.* (1995) encontraron que el 50% de los pacientes adultos ingresados en el hospital con un diagnóstico de TA presentaban también un diagnóstico comórbido por uso de sustancias. Del mismo modo, los datos presentados en el trabajo de revisión de Gur *et al.* (2005) indican que el 70 % de los pacientes con un diagnóstico de TA presentaba también otro trastorno del Eje I, en su mayoría trastornos relacionados con el abuso y la dependencia de sustancias.

Por lo tanto, y como ya señalaban Strain *et al.* (1998), parece que es posible afirmar que aunque las personas tengan otro diagnóstico ello no impide que puedan experimentar, en algún momento, una reacción adversa relacionada con un suceso estresante que sea significativa y que requiera de una intervención específica.

#### **1.2.4 Diagnóstico diferencial**

Es necesario distinguir el TA de otros trastornos que puedan presentar algún tipo de sintomatología común para justificar su entidad y validez diagnóstica. Según el sistema de clasificación DSM-5 (APA, 2013), hay que tener en cuenta:

- **Los trastornos de personalidad (TP).** Como ya se ha comentado, el DSM-5 reconoce que algunas características de personalidad pueden estar asociadas a una vulnerabilidad específica al estrés. Esto puede hacer difícil distinguir cuando estamos ante una reacción frente al estrés fruto de un TP o cuando la reacción es propia de un TA. La historia vital del funcionamiento de la personalidad del individuo puede ser de ayuda a la hora de interpretar las conductas de la persona frente a las dificultades para, de esta manera, distinguir lo que sería un TP estable en el tiempo, de un TA. Por otra parte, los factores de estrés pueden incrementar los síntomas de un TP, por lo que el DSM-5 aclara que, en su presencia, si los criterios diagnósticos del TA se

cumplen y la alteración excede de lo que pudiese ser atribuible a los síntomas desadaptativos propios de un TP, el diagnóstico de TA podría aplicarse. Un ejemplo de ello podría ser una persona con un trastorno paranoide de la personalidad que desarrollara un estado de ánimo depresivo tras perder el trabajo. En este caso, sería adecuado establecer ambos diagnósticos.

- **Factores Psicológicos que afectan a otras condiciones médicas.** En ocasiones diferentes factores psicológicos pueden empeorar patologías médicas o aumentar la probabilidad de que éstas se produzcan (p.ej., una persona con estado de ánimo depresivo puede ver empeorada la condición médica que sufre al incumplir con el tratamiento farmacológico). En el TA los síntomas psicológicos aparecen en respuesta a recibir un diagnóstico médico. Sin embargo, y como se ha señalado anteriormente, el que la persona responda con una TA también podría influir negativamente en la condición médica de la persona.

- **Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados.** Esta es otra de las categorías diagnósticas que, aunque no se contempla en el DSM-5, consideramos importante diferenciar de los TA ya que otro tipo de sintomatología que puede presentarse en estos pacientes tiene que ver con problemas somáticos. De hecho, según los resultados del estudio llevado a cabo por Grassi *et al.* (2007), más de la mitad de los pacientes con TA presentaban una conducta de enfermedad anormal y un tercio mostraban síntomas de somatización. A este respecto, lo que diferencia fundamentalmente a los pacientes que presentan un trastorno somático de los que padecen un TA es la relativa facilidad con la que estos últimos están dispuestos a considerar que sus síntomas tienen un origen psicógeno.

- **Reacciones normales frente al estrés.** La mayoría de las personas se sienten perturbadas cuando ocurren situaciones negativas en sus vidas. El diagnóstico de TA solo se podría realizar cuando la magnitud del malestar (p.ej., alteraciones en el estado de ánimo, o en las conductas), sobrepasa lo que cabría esperar (esto podría variar en diferentes culturas) o cuando como consecuencia del acontecimiento adverso existe deterioro en el funcionamiento del individuo, esto es, el criterio de significación clínica. Como se verá más adelante, este ha sido uno de los criterios diagnósticos más criticados debido a la importancia de no patologizar las reacciones que puedan tener las personas ante situaciones adversas propias de la vida.

- **Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y Trastorno de estrés agudo (TEA).** Para poder distinguir estos dos trastornos del TA, el DSM-5 subraya dos características diferenciales importantes a tener en cuenta: el tiempo y el perfil de los síntomas. Un TA puede ser diagnosticado inmediatamente y persistir hasta los 6 meses después de la aparición del evento estresante, mientras que el TEA solo puede ser diagnosticado entre los 3 días y 1 mes desde la exposición al suceso estresante. El TEPT, por su parte, no puede ser diagnosticado hasta pasado 1 mes desde la aparición del evento traumático. Por otra parte, el perfil sintomático es diferente para cada uno de estos trastornos. El TEPT se considera un trastorno que acontece tras la exposición directa o indirecta a la muerte, lesión grave o violencia sexual. Cuando el individuo reacciona ante esta situación experimentando síntomas como: *re-experimentación* persistente del acontecimiento traumático (p.ej., reacciones disociativas), *evitación* de estímulos asociados al trauma, *alteraciones negativas de la cognición y el estado de ánimo* (p.ej., incapacidad para recordar alguna parte del trauma, o sentimiento de desapego y embotamiento afectivo) y, por último, *reactividad general* (p.ej., hipervigilancia, o respuestas exageradas de sobresalto), estaremos ante un TEPT. Por lo que respecta al TEA, si durante o después de la exposición a un acontecimiento traumático la persona manifiesta 9 o más de los síntomas característicos de un TEPT, valoraremos la posibilidad de que se trate de este trastorno. Sin embargo, no todas las personas que han sido expuestas a un evento traumático desarrollan un trastorno de este tipo, en estos casos también pueden aparecer otras patologías como es el caso del TA (Casey y Bailey 2011). Así, el DSM-5 reconoce que podríamos diagnosticar un TA cuando estamos ante un trastorno subumbral de TEPT o TEA (cuando no se llega a cumplir todos los criterios diagnósticos necesarios), o cuando la naturaleza del suceso estresante no es traumática pero la persona sí que presenta el perfil sintomático que se acaba de comentar. Es decir, si la situación estresante en vez de ser traumática pertenece al rango de acontecimientos que una persona se puede encontrar en su vida diaria (como una separación, un despido, etc.), entonces deberemos pensar con mayor probabilidad en un TA.

- **Trastorno depresivo mayor (TDM).** Según el DSM-5, si una persona como respuesta a un evento estresante cumple criterios para un TDM, el diagnóstico de TA no será aplicable. Además, afirma que el TA y el TDM tienen características sintomatológicas diferentes. La sintomatología principal del TDM consiste en tristeza intensa, anhedonia, alteraciones en el peso corporal, alteraciones del sueño, agitación o inhibición motora, pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa desproporcionados, dificultad para concentrarse, ideación



autolítica, y se deben presentar al menos 5 de estos síntomas durante 2 o más semanas. Solo en el caso de que alguno de los requisitos no se cumpliera podríamos pensar en el subtipo de TA con estado de ánimo depresivo. Y en el caso de que los síntomas persistieran durante más de 2 años también tendríamos que valorar si se trata de una distimia o de un TA crónico que se esté manifestando mediante una respuesta mantenida ante un estímulo estresante de larga duración. Sin embargo, otros autores no ven tan clara la distinción entre el TDM y el TA y señalan las dificultades existentes a la hora de diferenciar ambos trastornos. En este sentido, Casey y Bailey (2011) afirman que a nivel práctico es muy probable que el TDM esté sobrerrepresentado debido a que el umbral para aplicar este diagnóstico es muy bajo. Otros autores ponen de manifiesto la evolución diagnóstica que han tenido estos dos trastornos a lo largo del tiempo y proponen posibles causas al aumento de la tasa de prevalencia de los TDM en detrimento de los TA. En un estudio longitudinal-observacional realizado por Diefenbacher y Strain (2002), donde se analizaron los registros de un servicio de psiquiatría durante 10 años, se encontró que el porcentaje de TDM en los pacientes con enfermedades médicas aumentó del 6,4 al 14,7%, mientras que el TA con estado de ánimo depresivo decreció a la mitad, del 29,8% al 13,5%. Este hecho coincidió con el descubrimiento de los antidepresivos tricíclicos ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) como medida clínica segura para las personas con enfermedades médicas, lo que llevó a su uso generalizado en este tipo de pacientes. Según estos autores, se podría especular que el hallazgo de esta nueva opción de tratamiento dio lugar a cambios y, a la “cultura de la medicalización” le siguió un cambio también en la “cultura de diagnóstico”. Estos mismos autores también afirman que en el ámbito psiquiátrico se estaría más predispuesto a usar el diagnóstico de TDM y tratar la problemática como tal que considerar el diagnóstico de TA para el que se considera más adecuado el tratamiento psicoterapéutico que el farmacológico. Autores como Casey y Doherty (2012) también son de la misma opinión y afirman que los TA están siendo eclipsados por el TDM y los cambios en su tasa de prevalencia podrían deberse a la mayor disponibilidad de los antidepresivos que impulsan un cambio en el diagnóstico. Por otra parte, también se han realizado esfuerzos para diferenciar en la práctica clínica estos dos trastornos y se han realizado observaciones significativas que pueden ser de ayuda a los clínicos. Así, Casey (2009) realiza una puntualización importante en relación a las variaciones del humor entre estos pacientes; mientras que en los pacientes depresivos el estado de ánimo tiende a ser persistentemente bajo, en los pacientes que sufren un TA éste depende en gran medida de la presencia cognitiva del estresor. En estos últimos, su estado de ánimo sufre un acusado

descenso cuando el acontecimiento estresante es mencionado, pero se sigue de una pronunciada recuperación cuando el paciente es distraído. Además, cuanto más típicamente “melancólicos” sean los síntomas (p.ej., cambio diurno, despertar matutino temprano, pérdida de la reactividad afectiva), menos factible es el diagnóstico de TA. Por último, un antecedente familiar de depresión también podría indicar un episodio depresivo (Casey y Bailey 2011). En conclusión, esta situación de solapamiento diagnóstico puede ser uno de los motivos por el que los TA han recibido tan poca atención dentro del campo de investigación en salud mental. Esto, sumado a la situación de indefinición en la que se encuentran los TA y las dificultades diagnósticas que esto conlleva, es lo que está contribuyendo a la escasa atención científica que se le está prestando hasta el momento.

### **1.3 POLÉMICAS DIAGNÓSTICAS**

Todo lo expuesto anteriormente da debida cuenta de la preocupante situación de indefinición en la que se encuentran los TA en el ámbito médico-psiquiátrico. No obstante, aún hay más cuestiones que dificultan el buen entendimiento de este trastorno y, como consecuencia, su adecuado diagnóstico. Una de las posibles razones que nos puede haber llevado a esta situación son los principios por los que se han diseñado los manuales de clasificación diagnóstica. Tanto las clasificaciones del DSM como las de la CIE han sido conceptualmente diseñadas en un marco atóxico que promueve que los diagnósticos se deriven de bases fenomenológicas y han rechazado como imperativos las cuestiones asociadas a la patogénesis o etiología. En contradicción directa con esta aproximación, a los TA (y a los trastornos inducidos por estrés) se les ha impuesto la presencia del componente etiológico en forma de un estresor que debe ser considerado como el causante de los síntomas clínicos que el paciente manifiesta. Esta situación puede generar conflicto, pues el hecho de que otros diagnósticos no estén basados en los factores causales o etiológicos no implica que éstos no existan y que, como ya hemos visto, los solapamientos y dificultades a la hora de tomar decisiones en relación a su diagnóstico se produzcan.

Son diversas las cuestiones polémicas que existen en relación a los TA y que han generado gran discusión entre diferentes investigadores (Andreu-Mateu, 2011; Baumeister y Kufner, 2009; Casey, 2009; Casey 2014; Casey y Bailey, 2011; Laugharne, van der Watt y Janca, 2008; Maercker, Einsle y Kollner, 2007; Patra y Sarkar, 2013; Strain y Friedman, 2011). A continuación revisaremos las principales polémicas que han surgido en relación a los diferentes criterios diagnósticos, tanto del pasado DSM-IV, como las que siguen aún manteniéndose en el nuevo DSM-5 y la CIE-10.

*Criterio A. Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés*

En primer lugar, no existen criterios específicos que distingan lo que se considera una reacción adaptativa normal frente a un estresor de lo que sería una reacción desajustada que podría manifestarse en un TA. Cuestiones tales como *¿Cuándo el malestar ante determinadas experiencias estresantes es “normal” y cuando es “desproporcionado”?* siguen sin resolverse. Casey (2009) reconoce esta dificultad alertando acerca de que la no diferenciación de respuestas patológicas de las no patológicas podría conducirnos al error diagnóstico, considerando una persona con una tristeza que entra dentro de la normalidad como TA o depresión mayor, simplemente por la presencia del síntoma. En ausencia de un criterio que aclare esta situación, el juicio clínico juega un papel importante, por lo que se tendría que tener en cuenta ciertas variables en el individuo y en el contexto en el que se produce el factor estresante que ayuden a distinguir las respuestas normales de las que no lo son (Casey y Bayley 2011). Por ejemplo, la expresión de los síntomas del individuo así como la experimentación de las emociones es algo que nos diferencia culturalmente y que, por lo tanto, tendría que considerarse en su diagnóstico. Además, la adecuación entre la gravedad de los síntomas y el evento desencadenante, así como la duración y gravedad en el deterioro funcional del individuo resultan de gran importancia para tomar una decisión al respecto (Casey 2009). En la Tabla 4 se presenta un cuadro resumen con las variables más importantes a considerar en el diagnóstico de un TA.

Tabla 4 - Variables a tener en cuenta a la hora de distinguir un TA de una respuesta normal ante un acontecimiento estresante

|  |
|--|
| Circunstancias personales y contexto del acontecimiento estresante.            |
| Proporcionalidad entre la gravedad de los síntomas y el evento desencadenante. |
| Duración de los síntomas mayor de lo esperado.                                 |
| Normas culturales para la expresión de las respuestas/emociones.               |
| Duración y gravedad del deterioro funcional del individuo.                     |

Fuente: Adaptado de Casey 2009.

En esta línea, Laugharne *et al.* (2008) también analizan la falta de directrices a la hora de conocer cuándo estamos ante una respuesta excesiva ante un factor de estrés específico y se plantean una cuestión importante que reafirma aún más el problema ante el que nos encontramos; *¿Qué sería una “respuesta normal” ante los ataques ocurridos el 11 de Septiembre?*

Otros autores como Baumeister y Kufner (2009) señalan que la pregunta que nos tenemos que plantear los clínicos no debería ser si estamos atendiendo a una respuesta normal o no ante un evento estresante, sino que la cuestión fundamental es si ésta está provocando unos niveles de malestar y deterioro funcional excesivos. Estos autores defienden su planteamiento poniendo el mismo ejemplo que los autores anteriores. Así, afirman no cuestionar si el 11-S pudiera provocar una reacción “normal” de estrés en una persona, caracterizada por humor deprimido, insomnio y dificultades de concentración. Lo que se cuestiona es si esta reacción significa que la persona no cumple la precondition de un trastorno mental solo porque consideramos que su reacción es normal y entendible teniendo en cuenta el acontecimiento estresante sufrido. Continúan su argumentación planteando preguntas como *¿Qué pasaría si dicha persona corriera el riesgo de perder su trabajo debido a las dificultades que los síntomas le causan?, ¿Seguiríamos entonces negando la presencia de un trastorno y, por tanto, la necesidad de ofrecer un tratamiento?.* Con este planteamiento, estos autores defienden la necesidad de cambiar el foco de atención de lo “normal” a lo “funcional” y no intentar distinguir procesos o respuestas de adaptación humanas normales frente a las que representan un TA.

En segundo lugar, otra cuestión a abordar se refiere al hecho de no contar con una definición sobre lo que debería considerarse un estímulo estresante en la aparición de un TA. Existen diferentes puntos de vista al respecto.

Por una parte, esta indefinición podría llevar a considerar como factores de estrés todas aquellas circunstancias que las personas afirmaran que lo son, que generalmente resultarían solo en eventos externos a la persona. Además, entre dichos sucesos se podrían incluir, desde acontecimientos que generalmente son percibidos como moderados (una discusión con la pareja) hasta aquellos que comprometen seriamente la vida de una persona (como el diagnóstico de una enfermedad). Por otra parte, una definición de los eventos estresantes demasiado rígida podría llevarnos a obviar el diagnóstico de aquellas personas vulnerables que presentarían reacciones patológicas ante acontecimientos considerados como poco importantes. Como consecuencia de ello, estas personas no serían tratadas adecuadamente aun presentando sintomatología elevada y deterioro funcional importante (Baumeister, Maercker y Casey, 2009; Casey 2011). Por lo tanto, no podemos desatender el hecho de que la reacción de las personas ante determinados acontecimientos estresantes varía en función de factores tan amplios como su historia, características personales, raza o cultura.

Tal vez por este motivo, sería discutible buscar una clara definición de lo que es un evento estresante y, en su lugar, la atención se debería trasladar al análisis de la interacción entre los factores ambientales, personales y biológicos del individuo y dichos eventos estresantes (Baumeister *et al.*, 2009). El único requisito que debería presentar el evento estresante, según este planteamiento, es ser el causante de los síntomas emocionales y comportamentales que la persona manifiesta. En este sentido, en su definición de los TA la CIE-10 ya sigue esta línea, dando importancia al contexto del individuo a la hora de realizar un juicio clínico, mientras que en el actual DSM-5 también empieza a tenerse en cuenta el contexto externo y los factores culturales de la persona.

Otros autores como Maercker *et al.* (2007) optan por intentar superar esta inespecificidad en el diagnóstico y proponen distinguir aquellos sucesos estresantes de naturaleza amenazante para la vida de la persona, comúnmente asociados con el TEPT, de aquellos eventos estresantes vitales como pueden ser los problemas económicos, sufrir una separación o un divorcio. Esta aproximación daría lugar a dos grandes grupos, por una parte

aquellos sucesos estresantes que son amenazantes para la persona y podrían causar un TEPT y, por otra, aquellos eventos estresantes que aunque graves, no implican amenaza y determinarían un TA.

En tercer lugar, otra cuestión a destacar acerca de las dificultades diagnósticas es que tampoco contamos con una lista de síntomas o criterio operacional para las conductas, siendo el TA el único trastorno mental del Eje I que se encuentra en esta situación (Strain *et al.*, 1998). Los criterios que aporta el DSM-5 continúan estando pobremente definidos y los síntomas no son específicos. Mientras que los que incluye la CIE-10 son, a su vez, demasiado inclusivos. Además, la división del trastorno en subtipos tampoco mejora la situación, ya que no se ha encontrado su evidencia o utilidad clínica.

Como consecuencia de esta falta de criterios operacionales, la fiabilidad y validez del trastorno se pone en entredicho, ya que según la definición actual podríamos considerar como un TA cualquier manifestación de la amplia gama de sintomatología psicopatológica posible, siempre y cuando no se cumplan los criterios para otro trastorno. A pesar de ello, algunos autores como Strain y Friedman (2011) defienden esta falta de especificación en los síntomas y lo consideran una ventaja. Según su postura, esta característica podría permitirnos ofrecer un diagnóstico a todas aquellas personas que muestran presentaciones clínicas que no conforman un cuadro clínico de un trastorno mental específico, pero sí es de suficiente gravedad como para ser considerado un trastorno. Además, en algunas ocasiones el diagnóstico del subtipo de TA se da a las personas que presentan estado de ánimo y/o ansiedad y/o síntomas de comportamiento que no exceden el umbral de diagnóstico para la depresión, un trastorno de ansiedad u otro trastorno más específico pero son, sin embargo, lo suficientemente graves como para requerir atención clínica (Friedman *et al.*, 2011). El diagnóstico de TA podría ser una herramienta que permitiera a los clínicos el tratamiento de las alteraciones emocionales y comportamentales que necesitan una intervención clínica (Strain, Klipstein y Newcorn, 2010). Strain y Diefenbacher (2008) también apuntan como aspecto positivo de la falta de especificación en los síntomas la posibilidad de llevar a cabo una detección precoz y a tiempo de estados mentales que cursan con un cuadro clínico vago e indiferenciado, pero cuya morbilidad es mayor de lo esperable en una reacción normal.

Todos estos autores entienden los TA como un trastorno subumbral con las ventajas que ello otorga. Sin embargo, la pobre definición de los TA puede llevar a los clínicos a

considerar este trastorno como un “trastorno comodín” (“*wastebasket disorder*”) en el que apoyarse en el momento en que ningún otro diagnóstico puede realizarse. En este caso, se diagnosticaría un TA en lugar de un trastorno no especificado cuando los criterios de otro trastorno mental más específico no se cumplieran (Baumeister y Kaufner, 2009).

Esta inespecificidad diagnóstica que algunos defienden contrasta con los requisitos de cualquier estudio de diagnóstico, en el que se necesitan conceptos fiables y válidos acerca del trastorno y de los instrumentos de evaluación para determinar las especificaciones más exactas de los parámetros de diagnóstico (Laugharne *et al.*, 2008). Además, esta situación de vaguedad en la definición de los TA ha llevado a que autores como Baumeister y Kaufner (2009) lo vean como el motivo de que se haya llevado a cabo poca investigación en referencia a este trastorno.

En conclusión, los TA son de los pocos trastornos mentales del DSM que siguen pobremente definidos a pesar de ser uno de los más comunes (Casey, 2014).

*Criterio B. Los síntomas o comportamientos son clínicamente significativos*

Para poder diagnosticar un TA correctamente tenemos que tener en cuenta la relación que tienen los síntomas, que como hemos visto son inespecíficos, con el intenso malestar y el deterioro significativo en el funcionamiento del individuo, esto es, el criterio de significación clínica.

Tanto el actual DSM-5 como el anterior DSM-IV-TR intentan abordar el problema de la inespecificidad diagnóstica señalando que solo se podría realizar el diagnóstico de TA cuando el estrés tiene importancia clínica. Por lo tanto, se establecen dos condiciones para cumplir este requisito, por una parte, el malestar debe ser superior a lo esperable en respuesta al suceso estresante (según establece el DSM-IV-TR) o debe ser desproporcionado a la gravedad o intensidad de éste (según el DSM-5). Y, por otra parte, debería existir alteración en la función social, laboral o de otras áreas importantes del individuo.

En relación a este criterio, el actual DSM-5 ha realizado pequeños cambios en su definición, al tener en cuenta en mayor medida el contexto externo y los factores culturales del individuo que pueden influir en la gravedad y la presentación de los síntomas. Este cambio se ha producido tras varias críticas de autores que argumentaban diferencias culturales en, por ejemplo, la expresividad de la emoción, así como las diferencias sociales acerca de lo que es considerado una respuesta normal (Casey 2008; Patra y Sarkar, 2013). Otra crítica que se ha realizado al respecto es la concepción de la búsqueda de tratamiento como criterio de gravedad en el individuo. Bajo esta asunción se encuentra la creencia de que lo que podría diferenciar las reacciones normales de estrés de un TA es la gravedad que se asume ante la acción de buscar tratamiento. No obstante, como señala Casey (2008), el mero hecho de visitar al médico no debería ser necesariamente un indicador de gravedad e influir en la decisión diagnóstica, ya que también esta acción puede verse mediada por diversos factores culturales y personales hacia los síntomas (Casey y Bailey 2011).

Baumeister *et al.* (2009) ya consideraban este criterio vago, además de generalmente depender de lo que el profesional sanitario interpretara que era clínicamente significativo. También afirman estos autores que para un trastorno mental tan poco definido como es el TA, el criterio de significación clínica debía refinarse. Otros autores como Spitzer y Wakefield (1999), argumentan que en otros trastornos, como la depresión mayor, el criterio de significación clínica es parte inherente del conjunto de síntomas, debido a las propias características angustiantes de los mismos. Sin embargo, en el contexto de un TA este criterio no puede aplicarse por el pequeño (e inespecífico) número de síntomas que son necesarios para su diagnóstico.

Aunque la mayoría de trastornos mentales incluyen este criterio en su definición, también incluyen un conjunto específico de síntomas que diferencian lo que es un trastorno de lo que no lo es. Esta es la principal razón por la que diferentes investigadores (Baumeister y Kufner, 2009; Casey *et al.*, 2006; Maercker *et al.*, 2007) han recomendado elevar el umbral para este criterio exigiendo el cumplimiento de las dos condiciones arriba comentadas, en lugar de limitarse a considerar solamente una u otra. Debería de considerarse el malestar sufrido por el individuo, así como también el deterioro en las diferentes áreas importante de su funcionamiento. A este respecto, la inclusión de un criterio de importancia clínica en el establecimiento del diagnóstico es relevante, ya que como se demostró en un estudio realizado por Baumeister y Morar (2008) con población subclínica depresiva, a diferencia de



solo el recuento de los síntomas, el cumplimiento de este criterio llevaba a la reducción de la prevalencia. Este hecho reflejó la necesidad de establecer un criterio de significación clínica más claro para evitar la posible patologización de procesos adaptativos normales.

Por otra parte, también existen argumentos en contra del aumento de la exigencia de este criterio, ya que no existe suficiente justificación empírica que demuestre las tasas de prevalencia de los TA con el criterio actual (significación clínica que se demuestra por el malestar intenso por parte del individuo o el deterioro significativo importante en áreas de su funcionamiento) frente al criterio más estricto (que obligaría a cumplirse las dos características) (Strain y Friedman, 2011). Esta falta de base empírica es lo que ha llevado a los revisores del DSM a no realizar ningún cambio en este criterio y lo que pretendía ser una realidad se ha quedado en simples propuestas.

*Criterio C. La alteración no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente*

Otra cuestión polémica se refiere al estatus subordinado del TA en cuanto a la aplicación de su diagnóstico. Según los manuales anteriores y también en el nuevo DSM-5, cuando a pesar de la existencia clara de un acontecimiento estresante los síntomas que aparecen se corresponden también con los criterios de otro trastorno mental específico, no se puede aplicar el trastorno comórbido de TA. Esta posición subordinada ante un posible solapamiento hace que muchos diagnósticos se realicen por defecto y que, en su mayor parte, sean esencialmente descriptivos. Esto, a su vez, contribuye a aumentar las dificultades de su estudio y a disminuir las posibilidades de diferenciarlo neurológica y comportamentalmente de otros trastornos, como por ejemplo, la depresión mayor, cuyo diagnóstico (como se ha mencionado anteriormente) ha sobrepasado en gran medida al de los TA, coincidiendo con el descubrimiento, en su momento, de los antidepresivos tricíclicos ISRS como medida clínica segura (Casey y Doherty, 2012). Si aplicamos los criterios diagnósticos actuales de forma rígida y mecánica podemos correr el riesgo de subestimar este trastorno y, por lo tanto, no reconocerlo ni tratarlo adecuadamente. El diagnóstico de TA pasaría a ser la alternativa elegida cuando no hay otra mejor opción.

*Criterio D. Los síntomas no representan el duelo normal.*

Otro de los aspectos relevantes y polémicos alrededor de los criterios diagnósticos el TA tiene que ver con la forma en que se clasifica el Duelo Complicado (DC). Como hemos visto, en el criterio “D” del DSM-5 para los TA se explicita que los síntomas que correspondan a una reacción de duelo normal no constituyen un TA. Sin embargo, en las características diagnósticas, el DSM-5 indica que el diagnóstico de TA puede ser apropiado cuando la reacción ante la muerte de un ser querido excede o es más prolongada de lo que cabría esperar (pág. 287).

Muchas fueron las propuestas para eliminar el criterio de exclusión del duelo en el actual DSM-5, tanto en los criterios de TA como para los criterios del TDM. Estudios recientes que compararon personas con diagnóstico de depresión tras la pérdida de un ser querido y personas con el mismo diagnóstico que habían sufrido otras pérdidas (p.ej., divorcio, pérdida del trabajo, pérdida económica), hallaron que no habían diferencias entre estos dos grupos. No difirieron significativamente en la edad de aparición del trastorno, número de episodios anteriores, duración del episodio, número de síntomas cumplidos, riesgo de futuros episodios, o patrones de comorbilidad (Kendler, Myers y Zisook, 2008; Wakefield, Schmitz, First y Horwitz, 2007). Estas conclusiones impulsaron la propuesta de la eliminación de la exclusión del duelo, pero *¿estas consideraciones podrían aplicarse a los TA?* Strain y Friedman (2011) afirman que, a pesar de no haber investigación específica al respecto, los rigurosos hallazgos que se encontraron en relación al TDM deberían de aplicarse directamente a los TA. Siguiendo la misma lógica anterior, y dada la evidencia de que el subtipo TA depresivo podría ser un trastorno depresivo subsindrómico, parece razonable asumir que habrían pocas diferencias en relación a la gravedad del malestar, magnitud del deterioro funcional, síntomas específicos, patrones de comorbilidad y otras variables estudiadas en el ya mencionado estudio, independientemente de que hubiesen sufrido la pérdida de una persona u otra pérdida distinta.

También han sido varios los autores que propusieron una alternativa ante la controvertida situación en la que se encuentra este trastorno. Así, Prigerson *et al.* (2009) propusieron la inclusión del Trastorno de Duelo Prolongado (TDP) tanto para en el nuevo DSM-5 que iba a publicarse en ese momento, como para la futura CIE-11. Estos autores ofrecieron datos sobre la validez psicométrica de los criterios diagnósticos que ellos utilizaban

para identificar a las personas que, tras sufrir la muerte de un ser querido, presentaban un alto riesgo de desarrollar este trastorno. Por otra parte, Holland, Neimeyer, Boelen y Prigerson (2009) también consideraron al TDP como un síndrome distinto de otras condiciones patológicas y que, por lo tanto, debía reconocerse como tal. Estos autores lo situaban en el extremo más grave de un continuo en el que podían aparecer los síntomas de un duelo y cuyo factor común era una intensa angustia de separación. También autores como Shear *et al.* (2011) defendieron la inclusión del DC como un nuevo trastorno, dado que es un síndrome cuyas consecuencias desencadenan en malestar e incapacidad clínicamente significativos refleja una disfunción psicobiológica subyacente, es un síndrome que puede ser identificado de forma fiable por diversas escalas de evaluación, además de poseer validadores de diagnóstico (pronóstico, tratamiento, etc.).

Pero, la pregunta que actualmente nos seguimos planteando es: *¿es el DC un TA?*. En el momento de construcción del nuevo DSM-5 el Grupo de Trabajo de los Trastornos de Ansiedad sí que plantearon un nuevo subtipo de TA basado en las reacciones que se producen cuando fallece una persona cercana. A su vez, una nueva propuesta de criterios para este tipo de reacciones, muy similar a la comentada anteriormente, denominada *trastorno relacionado con el duelo complejo persistente* se planteó para su inclusión en la sección III donde se encontraban los trastornos sujetos a mayor estudio.

Finalmente, la decisión tomada para el actual DSM-5 ha sido obviar la propuesta de DC como un subtipo del TA e incluir el *trastorno relacionado con el duelo complejo persistente* dentro del apartado *otros trastornos específicos relacionados con el trauma y el estrés*. Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con el estrés pero que no se cumplen totalmente. Además, este grupo de síntomas específicos relacionados con el duelo lo encontraríamos más ampliamente descrito en el capítulo dedicado a *los trastornos objeto de mayor estudio*. Los criterios propuestos para este nuevo trastorno se presentan en la Tabla 5

Tabla 5 - Criterios propuestos por el DSM-5 (APA, 2013) para el trastorno de duelo complejo persistente (condiciones objeto de mayor estudio)

|  |
|--|
| <p><b>Criterios propuestos</b></p> <p><b>A.</b> El individuo ha experimentado el fallecimiento de alguien cercano con el cual mantenía</p> |
|--|

una relación cercana.

- B.** Tras su fallecimiento, al menos uno de los siguientes síntomas se ha experimentado casi todos los días, en un grado clínicamente significativo, y ha persistido al menos 1 año tras el fallecimiento en el caso de los adultos y 6 meses en el caso de los niños.
1. Anhelo o añoranza persistente de la persona fallecida. En niños pequeños, la añoranza se puede expresar en el juego y en comportamientos que reflejan estar separados o el reencuentro con un cuidador o figura de apego.
  2. Melancolía y malestar emocional intenso en respuesta a la muerte.
  3. Preocupación relacionada con el fallecido.
  4. Preocupación por las circunstancias de su muerte. En niños, esta preocupación por el fallecido puede expresarse a través de la temática de juego y por el comportamiento, y puede extenderse a la preocupación por el posible fallecimiento de otras personas cercanas a ellos.
- C.** Tras su fallecimiento, al menos seis de los siguientes síntomas se han experimentado, casi todos los días, en un grado clínicamente significativo, y han persistido al menos 1 año tras el fallecimiento en el caso de los adultos y 6 meses en el caso de los niños.

#### **Malestar reactivo a la muerte**

1. Marcada dificultad para aceptar la muerte. En niños, esto depende de su capacidad para comprender el significado de la muerte.
2. Experimentar incredulidad o embotamiento emocional sobre la pérdida.
3. Dificultad en la reminiscencia positiva sobre la persona fallecida.
4. Amargura o rabia relacionada con la pérdida.
5. Creencias desadaptativas acerca de uno mismo en relación a la persona fallecida o su muerte (p.ej., auto culpa).
6. Evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida (p.ej., evitación de personas, lugares, situaciones asociadas con la persona fallecida; en niños, podría incluirse la evitación de pensamientos o sentimientos relacionados con la persona fallecida).

#### **Interferencia en el área social/identidad**

7. Deseo de morir con el objetivo de estar con la persona fallecida.
8. Dificultad en confiar en otras personas tras la muerte.
9. Sensación de soledad o de desapego respecto a otras personas tras la muerte.
10. Sensación de que la vida no tiene sentido o está vacía sin la persona fallecida, o la creencia de que uno no puede funcionar sin esta persona.
11. Confusión acerca del rol que desempeña la persona en la vida, o disminución del sentido de la propia identidad (p.ej., sensación de que una parte de sí mismo se ha

muerto con esta persona).

12. Dificultad o reticencia a la hora de perseguir intereses o hacer planes para el futuro tras la pérdida (p.ej. amistades, actividades, etc.).

D. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en el área social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento.

E. La reacción de duelo es desproporcionada o es incongruente con la cultura, religión o normas apropiadas para la edad.

Especificar si:

**Con pérdida traumática:** Pérdida debido a homicidio o suicidio con persistentes preocupaciones angustiosas respecto a la naturaleza traumática de la muerte (a menudo en respuesta a recuerdos de la pérdida), incluyendo los últimos momentos del fallecido, su grado de sufrimiento, el daño y la naturaleza maliciosa o intencionada de la muerte.

Fuente: APA (2013)

En cuanto a la CIE-10, ésta sí considera que un duelo puede dar lugar a una patología mental y lo introduce dentro de la categoría de los TA, pero sin aportar especificaciones ni criterios diferenciales.

Por último, respecto a la futura CIE-11, parece ganar peso la propuesta realizada por Prigerson *et al.* (2009) según la cual el TDP describiría un síndrome caracterizado por intenso dolor, respuestas de duelo incapacitantes y persistentes con síntomas específicos como el anhelo por el difunto, el embotamiento emocional, la culpa respecto al fallecimiento o las dificultades para seguir con la vida y aceptar la pérdida. Este trastorno solo podría ser diagnosticado si los síntomas continúan presentes después de un periodo que es normativo dentro del contexto cultural de la persona, en este caso los autores establecen 6 meses tras el fallecimiento del ser querido. En definitiva, la introducción de este trastorno se establecería en respuesta a la creciente evidencia de la existencia de una condición inequívoca que actualmente no está bien descrita en la CIE-10.

Como hemos visto, el DSM-5 y la CIE-10 plantean criterios diferentes a la hora de evaluar y diagnosticar los síntomas que una persona puede experimentar tras sufrir la muerte de un ser querido. Por lo tanto, y aunque todos coinciden en la necesidad de reconocer el

sufrimiento de estas personas, no está claro en qué posición situar este trastorno y en consecuencia cuál debería ser la etiqueta diagnóstica que debería aplicarse.

*Criterio E. Una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de otros seis meses.*

Por último, otro factor importante susceptible de discusión es la especificación de que los síntomas no deben de perdurar más de 6 meses después del cese del acontecimiento estresante o sus consecuencias. Esta opinión clínica de que los síntomas desaparecen espontáneamente es subjetiva y, a pesar de esta especificación, un tercio de pacientes no remiten al cabo de 6 meses y una cuarta parte presenta todavía el trastorno después de un año (Newcorn y Strain, 1992). Además, existen muchos otros trastornos mentales cuya aparición se constata pasados 6 o más meses tras el suceso estresante (Gur, Hermesh, Laufner, Gogol y Gross-Isseroff, 2005). Respecto a la duración del trastorno, existe evidencia empírica que muestra el elevado porcentaje de pacientes que experimentan factores estresantes de carácter crónico. Así pues, en el estudio de Andreasen y Wasek (1980), el 36% de los factores de estrés causantes del trastorno se habían presentado a lo largo de un año. Mientras que en un estudio más reciente, realizado por nuestro grupo y mencionado anteriormente, se halló que de una muestra compuesta por 46 personas, más del 75 % experimentaban un TA de curso crónico (Andreu-Mateu, 2011).

A partir de todas estas polémicas diagnósticas se pone de manifiesto que son muchas las cuestiones que deben ser abordadas en relación al problema que nos ocupa. Los TA constituyen una categoría especialmente compleja que presenta importantes dificultades a la hora de ofrecer un diagnóstico operacional y fiable. Sin embargo, los datos parecen señalar la existencia de una entidad con significado. Una entidad que cuenta con una elevada prevalencia y una repercusión importante a nivel económico y social. Por todo ello, tanto la necesidad de seguir manteniendo esta categoría en los sistemas de clasificación diagnóstica como la de continuar profundizando en su estudio y conocimiento parecen estar justificadas.

## **1.4 MODELOS EXPLICATIVOS**

Una de las causas de las dificultades que nos encontramos los clínicos a la hora de entender los TA es la falta de propuestas teóricas existentes en la literatura que expliquen los factores que intervienen en su origen, desarrollo y mantenimiento. Además, los problemas de conceptualización de este trastorno unido a los escasos estudios que sobre él se han llevado a cabo no ayudan a mejorar su situación actual. Por este motivo, se expondrán, en primer lugar, los modelos teóricos que explican el desarrollo y mantenimiento de este trastorno desde una perspectiva más general (abordando la cuestión de la patología relacionada con el estrés en su conjunto), para pasar posteriormente a una perspectiva más específica, describiendo, por un lado, aquellas aproximaciones teóricas que entienden que los TA y el TEPT forman parte de un mismo grupo de trastornos (bajo la consideración de que ambos tienen características comunes) y, por otro, los dos únicos modelos que se han encontrado en la literatura desarrollados expresamente para explicar los TA.

### **1.4.1 Modelos generales relacionados con la patología derivada del estrés**

El primero de estos modelos generales que vamos a exponer es el **Modelo de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman** (1984, 1986). Este modelo representa la perspectiva relacional y explica las relaciones bidireccionales que se establecen entre el individuo y su medio, maximizando la relevancia de los factores psicológicos (básicamente cognitivos) que median entre los estímulos (estresantes) y las respuestas de estrés. La definición de estrés haría referencia entonces a la relación entre el individuo y su entorno, teniéndose en cuenta las características del sujeto, por un lado, y la naturaleza del medio, por otro. Por lo que el estrés psicológico aparecería cuando el resultado de esta relación fuera evaluado por el individuo como amenazante o desbordante de sus recursos, poniendo en peligro su bienestar. Por otra parte, el afrontamiento se definiría como el conjunto de los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que el individuo llevaría a cabo para manejar las demandas específicas externas y/o internas que evalúa como excesivas o desbordantes en relación a sus recursos (Lazarus y Folkman, 1986).

Por lo tanto, nos encontramos ante un proceso dinámico que implica cambios en los pensamientos y actos a medida que la interacción individuo-entorno va desarrollándose. En este proceso influyen variables tanto personales (objetivos y motivaciones, creencias y expectativas, recursos y características personales, etc.) como situacionales (novedad, inminencia, predictibilidad, duración, incertidumbre, ambigüedad y cronología biográfica). Y, además, tiene en cuenta los acontecimientos inconscientes y la acumulación de acontecimientos menores.

Uno de los aspectos centrales de la teoría es la relevancia de la evaluación cognitiva (*appraisal*), entendida como el proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo. Según Lazarus, la evaluación cognitiva es un proceso universal, mediante el cual las personas valoran constantemente la significación de lo que está ocurriendo, relacionado con su bienestar personal. La teoría de Lazarus distingue dos tipos de evaluación:

La evaluación primaria: consiste en la valoración que el individuo hace de la situación como tal y de lo que ésta implica en cuanto a riesgos, compromiso de su bienestar o de su supervivencia. Dicha evaluación respondería primeramente a la pregunta de *¿tengo algún objetivo en juego, o está alguno de mis valores nucleares comprometido o amenazado?* Si la respuesta/valoración es que no, no hay nada más que examinar en la transacción, no se producirá estrés. Este tipo de evaluación cuenta con cuatro modalidades de evaluación:

- Irrelevante, cuando el encuentro con el medio no conlleva implicaciones para el individuo (no se pierde ni se gana nada);
- Benigna-positiva, cuando las consecuencias del encuentro son positivas, es decir, se preservan, logran o parecen ayudar a conseguir el bienestar generando emociones placenteras (alegría, amor, felicidad, regocijo o tranquilidad), aunque difícilmente estas evaluaciones estarán exentas de cierto grado de aprensión;
- Estresante, la valoración realizada indica que existe peligro. Cuando una situación ha sido valorada de esta manera la persona se hará una segunda pregunta *¿qué podría pasar?* La respuesta a esta pregunta implica tres tipos de alternativas transaccionales posibles; *daño/pérdida* (cuando ya se ha producido algún perjuicio como, por ejemplo, una pérdida irreparable); *amenaza* (cuando se anticipa la posibilidad de tal perjuicio en



el futuro, el daño aún no se ha producido pero se prevé) y *desafío* (se refiere a la valoración de una situación que implica a la vez una posible ganancia positiva y una amenaza y que resulta de demandas difíciles que la persona se siente segura de superar siempre que movilice y emplee adecuadamente sus recursos. Cuando la persona se siente retada y enfrenta con entusiasmo los obstáculos, se siente expansiva sobre la lucha que le espera).

La evaluación secundaria, por su parte, se encuentra íntimamente ligada a la evaluación primaria, ya que cuando nos encontramos en peligro, es preciso actuar sobre la situación. Este tipo de evaluación se dirige a determinar qué puede hacerse y es parte de una búsqueda activa de información y significado sobre la acción a ejecutar. Se trataría entonces de un complejo proceso evaluativo en el que se tiene en cuenta todos los recursos que el individuo posee (personales, sociales, económicos e institucionales) para hacer frente a las demandas del medio, el grado de seguridad de que una opción determinada cumplirá con lo que se espera (expectativas de resultado) y la seguridad de que uno podrá aplicar una estrategia particular o un grupo de ellas de forma efectiva (expectativas de eficacia). Implica, además, la valoración de las consecuencias de utilizar una estrategia determinada respecto a otras demandas internas y/o externas que podrían ocurrir simultáneamente.

Las evaluaciones primarias de lo que hay en juego y las secundarias acerca de las estrategias de afrontamiento interaccionan entre sí determinando el grado de estrés, la manera de abordar la situación y la intensidad y calidad (o contenido) de la respuesta emocional. Tras la evaluación, se pondrán en marcha las estrategias de afrontamiento seleccionadas que pueden ser de dos tipos:

- El afrontamiento dirigido al problema: va encaminado a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas en base a su costo y a su beneficio, y a su elección y aplicación. Este tipo de afrontamiento intenta modificar la situación y desactivar o disminuir la cognición de amenaza.
- El afrontamiento dirigido a la emoción: tiene como objetivo regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia de la evaluación.

Estos dos tipos de estrategias se influyen el uno al otro y ambos pueden potenciarse o interferirse. Además, cuando dichas estrategias se apliquen, se generará, a su vez, nueva información procedente del entorno y/o de las propias reacciones a éste lo cual dará lugar a una reevaluación que puede modificar las valoraciones previas. La reevaluación puede suscitar cambios que, a su vez, darán lugar a nuevas reevaluaciones conformando el complejo proceso de interacción que se establece entre el individuo y las demandas del medio que le rodea.

A modo de ejemplificación general, podemos decir que el proceso de afrontamiento, en el caso de que la persona determine que tiene capacidad suficiente para afrontar adecuadamente la situación, que puede movilizar los recursos que considere necesarios y, que obtenga un cambio favorable, generará sentimientos de eficacia y de logro con lo que el estrés quedará neutralizado. Sin embargo, si tras la evaluación inicial el individuo determina que no es capaz de hacer frente al problema, o si al intentar resolverlo acaba por considerarse incapaz, comenzarán a producirse en él respuestas de estrés. Dichas respuestas interferirán con la capacidad de llevar a cabo un afrontamiento eficaz y el comportamiento de la persona tenderá a alterarse, pudiendo oscilar entre una actividad caótica, poco organizada o la simple inactividad. Al mismo tiempo, la disminución de la eficacia conllevará el aumento de la probabilidad de fracaso lo cual, a su vez, deteriorará la valoración de los propios recursos como eficaces (expectativa de eficacia), por lo que el individuo comenzará a considerar que, aunque ponga dichos recursos en marcha, no logrará controlar la situación (expectativa de resultado). Las expectativas negativas generadas provocarán, como consecuencia, el aumento de la evaluación de la situación como amenazante y disminuirán todavía más la capacidad de afrontamiento del individuo. Finalmente, ante esta percepción de incapacidad empezarán a aparecer mecanismos menos eficaces vinculados de forma directa a la patología (evitación, autofocalización, desesperanza, ansiedad, búsqueda de atención social, etc.) que, a su vez, estarán muy relacionados con los esquemas previos aprendidos por la persona.

Como hemos visto, el modelo propuesto por Lazarus y Folkman tiene una clara índole cognitiva ya que, según éste, la función perceptiva de atribución y el valor que otorgan los individuos (mediante cogniciones evaluativas) a los sucesos tienen un papel clave. Por su parte, las cogniciones de atribución son consecuencia de un proceso acumulativo en el que intervienen desde el aprendizaje temprano de patrones de evaluación de relaciones sociales hasta la interiorización de patrones culturales y la autoimagen que el sujeto genera de sí

mismo a través de su biografía. A modo de ejemplificación gráfica, la Figura 1 recoge de forma simple algunos de los principales componentes de este modelo.

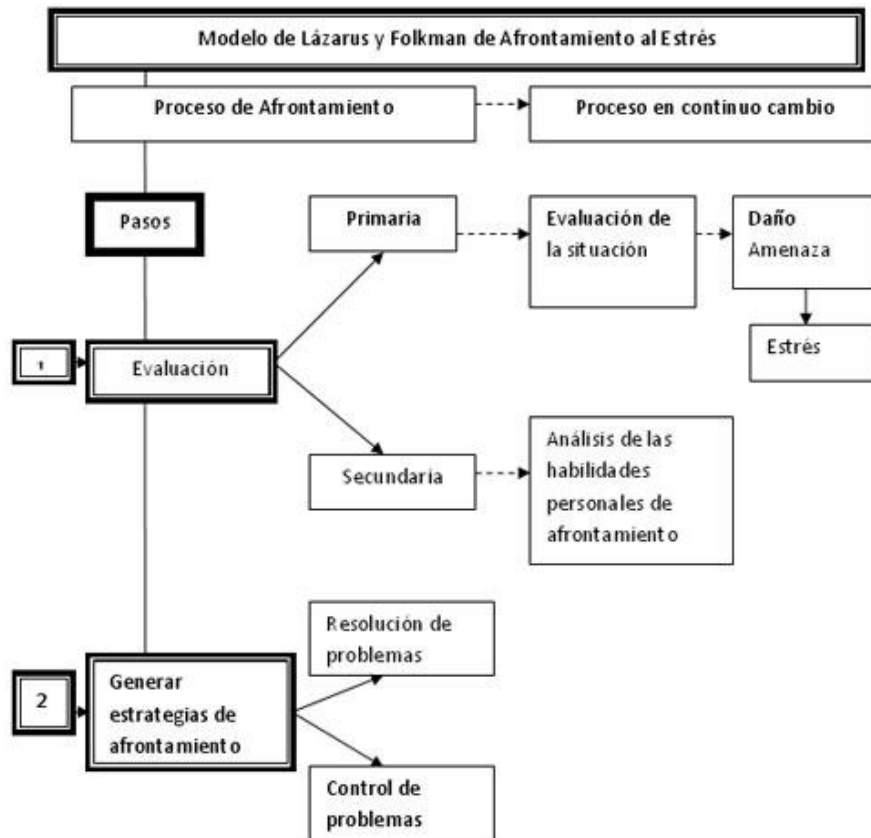


Figura 1- Modelo de Lazarus y Folkman de Afrontamiento al Estrés (Lazarus y Folkman, 1984)

El segundo modelo dentro del contexto general del estrés pertenece al trabajo llevado a cabo por Lang y sus colaboradores (Lang, 1979, 1984). Estos autores añaden en su modelo un nuevo componente a los mecanismos implicados en los trastornos relacionados con el estrés y la ansiedad: la asociación entre emociones y memoria. Adoptando la perspectiva del procesamiento de la información, el **modelo de Lang** asume que las emociones, como cualquier otro suceso, están representadas en la memoria por un conjunto de proposiciones descriptivas. Cada emoción contaría con una red proposicional formada por un nodo o unidad conceptual básica a la que se asociarían el resto de los aspectos relacionados con la emoción: expresiones faciales, patrones de respuesta autonómica, etiquetas verbales para las emociones, descripciones de situaciones evocadoras de la emoción, etc. La red asociativa de

cada emoción se relacionaría a su vez con el campo más amplio de la memoria asociativa general. Estas redes proposicionales de la emoción contendrían tres tipos de información: (1) información acerca de los estímulos evocadores de la emoción y de su contexto; (2) información acerca de las respuestas del organismo en dicho contexto, incluyendo las respuestas somatoviscerales, las expresiones faciales y las conductas externas de aproximación o evitación; e (3) información acerca del significado de los estímulos y las respuestas. La emoción sería considerada entonces, como una disposición para la acción, resultante de la activación de determinados circuitos cerebrales ante estímulos significativos para el organismo. Lang (1984) propone que la red informacional de una emoción sería un tipo de prototipo o esquema que se procesaría como una unidad cuando se alcanza un número crítico de proposiciones (a través de una igualación con estímulos ambientales, una asociación interna o ambos).

El ámbito en el que Lang desarrolló su investigación fue el del estudio de la ansiedad y el miedo, especialmente las fobias. En este contexto se asume que la reacción fóbica se produce cuando se activa el prototipo o red proposicional de la fobia en la memoria. La activación de la estructura se produciría si existiese en el ambiente del sujeto un número mínimo de elementos semejantes a los de la estructura, y añade que dicha activación es más probable cuando el paciente fóbico se enfrenta al objeto fóbico real (lo que supone una igualación casi perfecta con el estímulo), pero que las reacciones fóbicas también pueden ser elicidadas por estímulos degradados (dibujos del objeto fóbico, descripciones verbales de la situación fóbica, etc.). Más aún, las igualaciones de estímulos degradados pueden ser tan eficaces en la activación del prototipo como la exposición real si otros elementos de la red proposicional (proposiciones de respuesta o significado) son instigados simultáneamente. De esta forma, cada vez que la persona se encontrara con el estímulo (o situación) al que teme o con una representación del mismo se activaría su red asociativa correspondiente y se desencadenarían las manifestaciones patológicas asociadas. En definitiva, en el caso de los trastornos de ansiedad, la estructura de información sería una estructura típica de miedo con estímulos contextuales evocadores de ansiedad y respuestas fisiológicas, conductuales y/o verbales, además de valoraciones negativas de los estímulos y de las respuestas.

Como hemos visto, tanto en el modelo de Lazarus y Folkman como en el de Lang se encuentran elementos que proporcionan una base general que permite entender cómo ciertos estímulos pueden provocar respuestas disfuncionales en determinados individuos.

#### **1.4.2 Modelos teóricos del Trastorno de Estrés Postraumático**

Un paso más hacia la clarificación de lo que ocurre en los TA viene dado por los modelos que se han desarrollado para explicar el origen, desarrollo y mantenimiento del TEPT. La premisa básica que se establece en este caso es que el TA y el TEPT comparten elementos comunes que permiten relacionarlos. Bajo esta misma lógica, y tal y como se ha mencionado anteriormente, la CIE-10 ya clasificó ambos trastornos (junto a la Reacción de estrés agudo y Otras reacciones a estrés grave) bajo una misma entidad nosológica superior: las *Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación*. Además, las propuestas que se barajan para su inclusión en la nueva CIE-11, van en esta línea, entendiendo el TA como un trastorno más dentro del amplio rango de trastornos relacionados con el estrés. Todos los trastornos pertenecientes a este grupo requerirían de una exposición previa a un evento estresante o experiencia traumática, y se situarían en un continuo caracterizado por la naturaleza más o menos grave de la experiencia adversa, que podría desencadenar un trastorno de carácter más o menos grave.

Por su parte, y como también se ha señalado en un apartado anterior, el DSM-5 también lo ha incluido dentro de una categoría más amplia denominada “*trastornos relacionados con el trauma y el estrés*”, la cual engloba trastornos que comparten una característica esencial, la exposición a un evento traumático o estresante. Esta categoría también fue creada bajo la premisa de la existencia de una variedad de respuestas patológicas relacionadas con la exposición a un amplio rango de eventos estresantes los cuales se diferenciarían por su severidad o gravedad.

Desde esta perspectiva, ambos trastornos representan una reacción de estrés provocada por la combinación de un evento o situación estresante junto a la incapacidad del individuo para hacerle frente de forma adecuada. Los síntomas psicológicos más importantes que definirían al TEPT serían las intrusiones (en forma de recuerdos, sueños, sensaciones...) y

la evitación (de pensamientos, estímulos...). La existencia de estos síntomas ha sido constatada también en los TA (Maerker *et al.*, 2008). La diferencia fundamental que se establecería entre ambos trastornos sería la intensidad de los respectivos eventos estresantes, teniendo éstos un carácter extremo y traumático en el caso del TEPT y más cotidiano y de menor grado en el caso de los TA. Una consideración adicional, apuntada por Maerker *et al.* (2007) e importante en este punto que versa sobre los modelos explicativos del TA, es la que señala que el suceso estresante en los TA no implica una amenaza vital inminente, sino que constituye más bien un factor de estrés psicosocial. Debido a ello, probablemente los cambios biológicos a corto plazo encontrados en el TEPT (p.ej., reacción de lucha/huida, niveles extremadamente altos de hormonas de estrés) no sean esencialmente relevantes en los TA. Consecuentemente con este razonamiento, los modelos que se van a describir a continuación son aquellos que presentan un carácter eminentemente psicológico centrándose específicamente en los aspectos cognitivos, conductuales y de personalidad que pudieran estar implicados en el desarrollo y mantenimiento de estas condiciones patológicas.

El primero de los modelos explicativos que se va a abordar es el **modelo de Horowitz** (1997). Según este modelo, el TEPT se desarrolla como consecuencia de la incapacidad del individuo para integrar de forma satisfactoria un evento traumático dentro de sus propios esquemas cognitivos. Los eventos traumáticos requieren generalmente cambios masivos en los esquemas, y un procesamiento cognitivo completo requiere tiempo. Sin embargo, la memoria activa tiende a repetir las representaciones del evento traumático lo cual supera los mecanismos de afrontamiento del individuo. En consecuencia, se pone en marcha un sistema regulador inhibitorio el cual permite una asimilación gradual de la información traumática. En el caso de que este sistema de control-inhibitorio sea débil, la reexperimentación en forma de pesadillas o *flashbacks* emerge. Y en el caso de que los esfuerzos inhibitorios sean demasiado fuertes en relación a la memoria activa, los síntomas indicativos de evitación aparecen. En esta línea, el autor propone una serie de fases consecutivas que se darían en el curso del TEPT. La primera de las fases que tendría lugar, según Horowitz, consistiría en la toma de conciencia por parte del individuo de que un suceso estresante ha tenido lugar, se produce una reacción de aturdimiento inicial, seguida por un periodo de sobrecarga de información en el cual los pensamientos, memorias e imágenes del trauma no pueden ser conciliados con los actuales esquemas. A continuación, y como resultado de esta sobrecarga, los mecanismos de defensa se ponen en marcha para mantener la información traumática inconsciente, por lo que se inicia un periodo de negación dirigido a la evitación de las noticias amenazantes relacionadas

con la situación. Tras esta fase, se instauraría un periodo de alternancia en el que la persona oscilaría entre los esfuerzos de evitación y la aparición de información de forma intrusiva. Finalmente, llegaría la fase de procesamiento que puede dar lugar a dos resultados: un caso sería aquel en el que la información amenazante puede ser integrada en el esquema cognitivo de la persona y, por lo tanto, no produce efectos negativos; en el otro caso, sin embargo, dicha integración no se produce y la información permanece representada activamente en la memoria dando lugar a la aparición y mantenimiento de los síntomas intrusivos y a la formación de trastornos psiquiátricos o cambios en la personalidad. En definitiva, y como acabamos de ver, de acuerdo con esta teoría los síntomas intrusivos ocurrirían porque la información estresante todavía no se ha integrado en los esquemas cognitivos de la persona, pero sí que están representados en su memoria activa.

Otro de los modelos que se han centrado en explicar cómo se producen los síntomas intrusivos y de evitación que caracterizan al TEPT es **el modelo propuesto por Foa y Kozac (1986)**. Este modelo trata de dar cuenta de las estructuras cognitivas del miedo y, desde esta perspectiva, intenta explicar la reexperimentación de los síntomas presentes en el TEPT (Foa, Steketee y Rothbaum, 1989). Además, asume los principios que había propuesto Lang previamente en sus trabajos (Lang, 1978; 1984) y distingue el TEPT de otros trastornos de ansiedad porque considera que el acontecimiento traumático que el individuo experimenta tiene un significado extremo y viola los conceptos básicos de seguridad que tiene la persona.

La base del modelo la constituye la existencia de una red asociativa que daría cuenta del procesamiento emocional y la asunción de que los eventos incontrolables o impredecibles son almacenados en la memoria de trabajo con una valencia negativa elevada. Concretamente, la red asociativa (red del miedo) estaría constituida por los tres elementos propuestos por Lang: la información estimular acerca del acontecimiento/s estresante amenazante/es; la información acerca de las reacciones cognitivas, comportamentales y fisiológicas ante dicho evento estresante; y los elementos de significado que representan asunciones básicas de valencia negativa (p.ej., violación de las expectativas de seguridad). Esta red de miedo patológica que sigue al trauma se distinguiría de las estructuras de miedo normal en que contiene elementos erróneos. Concretamente, las estructuras de miedo patológico reflejan la existencia de una amenaza percibida que no tiene que coincidir necesariamente con la existencia de una amenaza real.

Por su parte, los acontecimientos traumáticos generarían representaciones en la memoria que contendrían elementos de la respuesta extremadamente potentes, con conexiones también muy fuertes y con un umbral muy bajo de activación, lo cual daría lugar a la formación de una red asociativa patológica que se activaría siempre que la persona encontrara uno o más de dichos elementos. Además, como los elementos de la red asociativa tienen que ver con significados básicos de seguridad, podrían corresponderse potencialmente con muchos indicios ambientales y activarse con frecuencia, dando lugar así a la aparición de las intrusiones no deseadas. Como consecuencia del planteamiento propuesto, una resolución satisfactoria del trauma se daría cuando se lograra integrar la información traumática y las estructuras de memoria existentes en la red asociativa de miedo y, para ello, este modelo propone que, en primer lugar, debe provocarse la activación de la red del miedo (mediante tácticas de exposición) y luego modificar dicha red incorporando información incompatible con la misma (información que indique que ese estímulo no es peligroso). Lo que se pretendería es debilitar las fuertes asociaciones establecidas, de manera que los estímulos vinculados al trauma puedan activarse y relacionarse con otras memorias no amenazantes.

La explicación de por qué las reacciones del TEPT se cronifican radica en la constatación de la gran dificultad que implica lograr una exposición prolongada a los diversos elementos que componen la red. Generalmente, la persona tiende a evitar re-exponerse a los indicios del trauma y, cuando lo hace, ni atiende ni integra la evidencia disconfirmatoria debido a que presenta un activación excesiva o a que existen errores de pensamiento. Por tanto, es posible encontrar que algunas asociaciones se debilitan pero también que otros elementos permanecen fuertemente asociados al miedo.

Por otra parte, el modelo de Foa podría ser extrapolado al caso de los TA ya que también en este trastorno se asume que la base la constituye la vivencia de un acontecimiento estresante que quedaría representado en la memoria mediante una red asociativa patológica que se activaría cuando el individuo encontrara alguno de sus elementos. Esta activación daría lugar a los síntomas intrusivos (p.ej., encontrarse con el ex-jefe puede desencadenar pensamientos acerca del despido inesperado y de por qué esto sucedió), por lo que también en el TA el objetivo del tratamiento sería modificar esta red asociativa para que dejara de ser disfuncional.



El tercer modelo explicativo corresponde al trabajo de Brewin, Calgleish y Joseph (1996). Estos autores amplían el modelo de memoria del TEPT incorporando su **Teoría de la representación dual**. Esta teoría establece un sistema de memoria múltiple, en el que se identifican dos tipos de representación y almacenaje de la información relacionada con el trauma que explicarían los síntomas del TEPT. El primer nivel de representación consiste en *la memoria verbalmente accesible (VAM)*, que contiene información con una alta precisión de análisis sobre la experiencia consciente del individuo acerca del suceso traumático y que puede ser voluntariamente recuperada. Sólo puede recoger una parte de la información, la que cabe en nuestro campo atencional. Si bien los recuerdos representados en este nivel pueden incluir muchos detalles de la situación traumática, es frecuente que estos recuerdos sean altamente selectivos, debido a que el alto nivel de ansiedad experimentado durante el acontecimiento traumático aumenta la selectividad atencional del sujeto e interfiere en la capacidad de la memoria a corto plazo. Este nivel de representación incluye información sobre algunas características sensoriales de la situación, las reacciones emocionales y fisiológicas experimentadas, así como el significado atribuido por el sujeto a la experiencia traumática. El segundo nivel de representación consiste en la *memoria situacionalmente accesible (SAM)*, en la que se recoge, con escasa precisión de análisis, todo tipo de información presente durante el trauma. Es una información obtenida de un procesamiento automático, no consciente de la situación traumática, realizado a nivel perceptivo, que incluye recuerdos con connotación afectiva no accesibles deliberadamente ni recuperables a nivel verbal, pero que se activan automáticamente ante cualquier estímulo, ya sea interno o externo, similar en cuanto a sus características físicas o su significado a la situación traumática. Las memorias se representan en este nivel en forma de códigos analógicos que permiten que la experiencia original vuelva a ser recreada en forma de pesadillas o *flashbacks*, provocando intensas respuestas emocionales en el individuo. Brewin *et al.* (1996) señalan como en el momento del trauma ambas representaciones, la verbal y la situacionalmente accesible son codificadas en paralelo. En pacientes que no desarrollan un TEPT, tras el suceso traumático, se puede producir una transferencia de información desde la SAM a la VAM y su integración en las estructuras preexistentes, permitiendo un reprocesamiento verbal de los *flashbacks*. Sin embargo, en pacientes con TEPT se produce un fallo en este proceso de transferencia, debido principalmente a la evitación de aquellos estímulos relacionados con el trauma y de los *flashbacks* (Brewin, 2001). En consecuencia, no se produce el reprocesamiento verbal de las memorias situacionalmente accesibles.

Desde el punto de vista de la intervención en el TEPT, Brewin *et al.* (1996) recomiendan, en primer lugar, que los sujetos reevalúen e integren de manera consciente la información acerca del trauma contenido en la memoria verbalmente accesible con sus esquemas mentales previos sobre el mundo y sí mismos, con el objetivo de reducir las reacciones emocionales secundarias generadas por la experiencia traumática y, conseguir así, hacer juicios más apropiados. En segundo lugar, activar las memorias del trauma de la SAM, a través de la exposición a los estímulos asociados al trauma para favorecer así su recodificación por la VAM. Por lo tanto, la intervención debería involucrar ambos niveles de representación del trauma y favorecer la transferencia de la información desde la memoria situacional a la verbalmente accesible.

Finalmente, el último de los modelos que se describirá en el ámbito del desarrollo y mantenimiento del TEPT es el formulado por Ehlers y Clark (2000). Este modelo, a diferencia de los dos anteriores, va más allá y rescata un segundo aspecto: la importancia de las diferencias individuales en la evaluación del acontecimiento estresante y/o sus secuelas. Según estos autores, la respuesta patológica al trauma aumenta cuando el individuo procesa el suceso traumático y/o las secuelas del mismo de tal manera que provocan una sensación de amenaza continua y fuertes reacciones emocionales. Serían dos procesos los que provocarían esta sensación de continua amenaza: *la evaluación negativa del trauma y sus consecuencias*. De este modo, la generalización de la peligrosidad de la experiencia traumática a un rango amplio de situaciones normales, la exageración de la probabilidad de ocurrencia de futuros acontecimientos negativos, así como la consideración de que los síntomas característicos del TEPT no son síntomas normales del proceso de recuperación sino una amenaza a la salud física y mental, movilizarían estrategias de afrontamiento conductuales y cognitivas disfuncionales. Estas conductas pretenden controlar la amenaza y el malestar a corto plazo, sin embargo, son desadaptativas puesto que lo que hacen realmente es mantener el trastorno a través de dos posibles mecanismos: provocando directamente los síntomas de intrusión y evitación, así como la sintomatología comórbida (depresión, ansiedad) y/o impidiendo el cambio en las evaluaciones negativas del evento y/o sus secuelas. El segundo proceso a tener en cuenta es la *naturaleza de la memoria traumática y su integración con otras memorias autobiográficas*. Ehlers y Clark (2000) consideran que la inadecuada elaboración e integración de la memoria traumática en el contexto espacio temporal en el que ocurre y con el sistema de creencias

previo favorece la persistencia del TEPT y explicaría la reexperimentación involuntaria ante estímulos y situaciones asociados al trauma.

Por otro lado, Ehlers y Clark (2000) afirman que estos dos procesos fundamentales que dan lugar a la percepción de amenaza constante son, a su vez, influenciados por el tipo de procesamiento cognitivo que tiene lugar durante el acontecimiento traumático, además de por otros factores, como las características del trauma, la exposición a otras experiencias estresantes, el sistema de creencias previo y las estrategias de afrontamiento movilizadas durante el trauma. Además, a su vez, el procesamiento cognitivo depende de otros factores como la duración e incontrolabilidad del acontecimiento estresante, la exposición previa a sucesos traumáticos, presentar cogniciones negativas sobre uno mismo, tener un bajo nivel intelectual, tener problemas de abuso de alcohol o un nivel alto de activación y miedo. Para una mejor comprensión del modelo ver Figura 2.

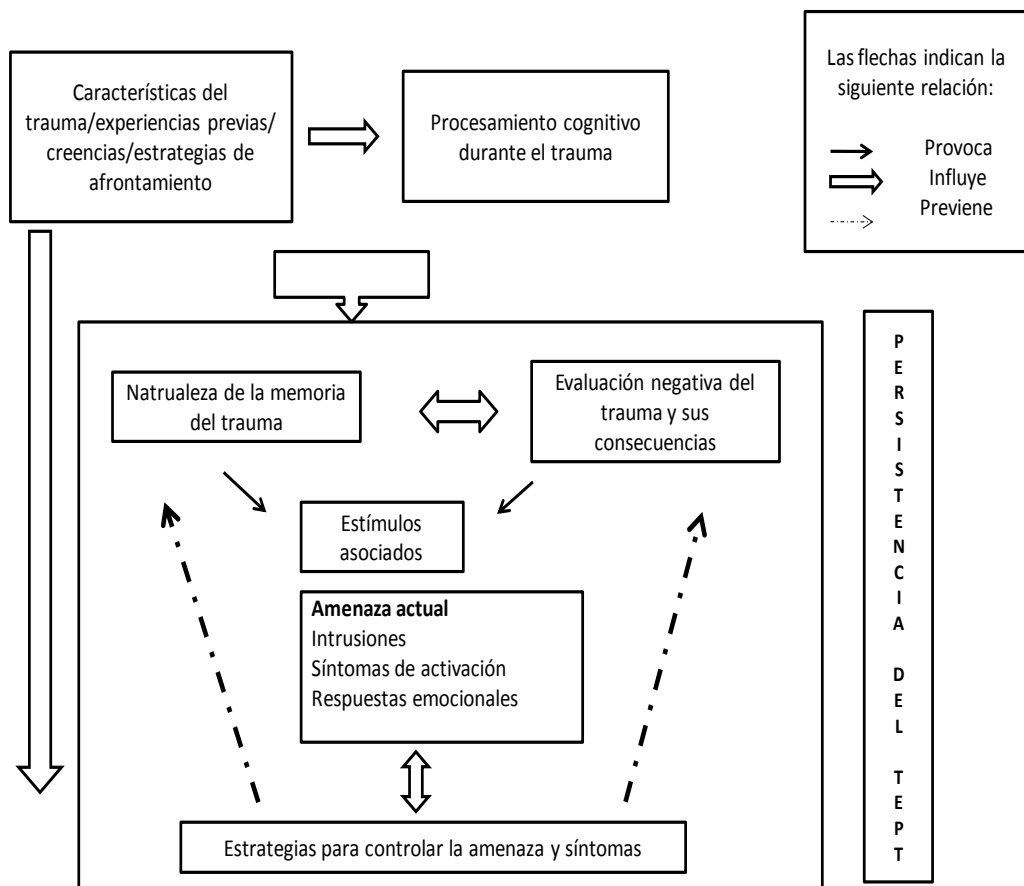


Figura 2- Modelo cognitivo del TEPT de Ehlers y Clark (2000)

Por último, desde el punto de vista de la intervención, este modelo sugiere que la superación del TEPT pasa por el cumplimiento de tres objetivos: la elaboración de la memoria traumática y su integración con las memorias autobiográficas previas; la modificación de la evaluación negativa del trauma y sus consecuencias, que mantienen la sensación permanente de amenaza y; finalmente, la eliminación de las estrategias disfuncionales que impiden la elaboración de la memoria traumática.

### **1.4.3 Modelos teóricos específicos para los TA**

A diferencia de los modelos presentados anteriormente, los dos que se van a analizar a continuación han sido desarrollados explícitamente para explicar lo que acontece en la instauración y mantenimiento de los TA.

El primero de estos dos modelos específicos del TA lo constituye el presentado por **Maercker, Einsle y Köller (2007)**. Este modelo parte de la consideración de que el TA está provocado por un evento estresante identificable y que comparte algunos de los síntomas que también definen al TEPT y al TEA (Trastorno de Estrés Agudo). Solamente proponen una diferencia entre estos dos trastornos y es, fundamentalmente, el tipo de acontecimiento estresante que los provoca. En el caso del TEPT y el TEA los eventos estresantes desencadenantes tendrían un carácter traumático y constituirían una amenaza para la vida. Por su parte, los estresores relativos a los TA constituirían situaciones difíciles pero consideradas dentro del rango de las experiencias humanas “cotidianas”, por lo que tendrían un carácter eminentemente psicosocial (p.ej., un divorcio, las dificultades en la crianza de los niños, las enfermedades o la discapacidad, los conflictos con compañeros en el trabajo, la jubilación o las alteraciones culturales).

El grupo de Maercker ofrece datos que indican que tanto el TEPT como el TA presentan el mismo conjunto de síntomas: las intrusiones, la evitación y el fracaso en la adaptación y argumentan cada una de estas categorías sintomáticas. En cuanto a las intrusiones que aparecen en los TA, el modelo asume que éstas tienen características similares a las observadas en el TEPT, presentándose en forma de recuerdos involuntarios, recurrentes y angustiosos relacionados con el acontecimiento y sus consecuencias. Dichos recuerdos pueden

ocurrir de forma espontánea o bien ser provocados por medio de un elemento disparador del entorno. Y su intensidad puede variar desde la existencia de pensamientos aislados hasta sentirse permanentemente acosado por los recuerdos del suceso.

Por lo que respecta a la evitación, el modelo considera que ésta constituiría la forma en que la persona intenta paliar el malestar que siente. Dicha evitación podría llevarse a cabo, de forma casi automática, suprimiendo de la conciencia los pensamientos y sensaciones asociadas al evento estresante y eliminando aquellas actividades y situaciones que tuvieran la capacidad de activar los recuerdos del suceso. Sin embargo, como bien se sabe estos esfuerzos suelen ser en vano.

En cuanto a los síntomas del fracaso en la adaptación, Maercker *et al.* (2007) consideran que éstos reflejan la incapacidad de la persona para procesar la experiencia de forma exitosa y que se manifiestan con cambios en el comportamiento y en la personalidad. Entre ellos apuntan: la dificultad para concentrarse y hacer frente a la vida diaria y al trabajo; cambios intrapersonales (como la disminución de la autoconfianza); cambios notables en el dominio interpersonal; o el abandono de actividades que habían sido importantes para la persona antes de que el acontecimiento estresante tuviera lugar (p.ej., deporte, *hobbis* o socialización).

Finalmente, el modelo indica que todos los síntomas que forman parte del TA se retroalimentan entre sí provocando que el trastorno se prolongue en el tiempo. Esta información se resume en los nuevos criterios diagnósticos que estos autores proponen para los TA y que se presentan en la Tabla 6.

Tabla 6 - Criterios diagnósticos propuestos para los TA, según Maercker, Einsle y Köller (2007).

|    |   |
|----|---|
| A. | Las reacciones a un evento estresante identificable ocurren dentro del primer mes de la aparición del evento estresante.  |
| B. | Síntomas intrusivos <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recuerdos recurrentes, angustiosos y involuntarios acerca del evento estresante.</li> <li>2. Pensamientos repetitivos o constante rumiación sobre el evento, que aparece casi todos los días durante al menos 1 mes.</li> </ol> |
| C. | Evitación <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evitación de estímulos asociados al evento.</li> <li>2. Esfuerzos por evitar pensamientos asociados con el evento, usualmente en vano.</li> <li>3. Esfuerzos por evitar sentimientos asociados con el evento perturbador.</li> </ol>      |

|   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Esfuerzos por evitar hablar del acontecimiento estresante.</li> <li>5. Aislamiento respecto a los demás.</li> </ol>   |
| <p>D. Fallo en la adaptación</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pérdida de interés en el trabajo, vida social, cuidado de otros, actividades placenteras.</li> <li>2. Dificultad de concentración, problemas de sueño.</li> <li>3. Falta de confianza en uno mismo al participar en actividades familiares.</li> </ol>   |
| <p>Características adicionales que determinan el subtipo de TA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Con estado de ánimo depresivo: la manifestación predominante se relaciona con síntomas depresivos.</li> <li>- Con ansiedad: La manifestación que predomina son los síntomas de ansiedad.</li> <li>- Con trastorno de control de los impulsos: los derechos de los demás son violados, por ejemplo, a causa de comportamiento agresivo.</li> </ul> |

Estos autores también consideran que otros factores podrían influir en el desarrollo de un TA. Estos factores son: la naturaleza y duración del evento estresante (p.ej., un evento repetido, de larga duración o solitario en el tiempo), el procesamiento psicológico durante el evento estresante o las experiencias previas y trastornos mentales anteriores. También las experiencias negativas previas podrían asociarse y aumentar los efectos del suceso estresante (p.ej., una persona que ha sido despedida de su trabajo y tiene una historia anterior relacionada con dificultades en la relación con sus compañeros podría interpretar el despido como una señal de que ha vuelto a ser víctima de *bullying*). Además, las creencias previas también podrían jugar un importante papel. Un ejemplo de esto último lo tenemos en una persona que pueda creer firmemente que nadie podrá hacerle daño jamás y, tras el acontecimiento estresante, tenga dificultades para aceptar la situación experimentada. A la inversa, las personas con creencias negativas previas sobre sí mismos pueden ver el evento como confirmador de éstas. Por último, estos autores también dan cuenta de la influencia del diagnóstico de trastornos psiquiátricos anteriores en la posible identificación del subtipo de TA, argumentando que la probabilidad de ser diagnosticado de TA de subtipo depresivo es mayor en las personas con historia de distimia.

En síntesis, estos autores proponen un nuevo modelo diagnóstico que conceptualiza a los TA como un síndrome de respuesta al estrés, hecho que ya ha tenido en cuenta el comité del DSM-5 al incorporar el TA dentro de la categoría de trastornos relacionados con el trauma y el estrés junto al TEPT. Además, como se ha mencionado anteriormente, el grupo de trabajo para la CIE-11 también está considerando este modelo diagnóstico para su reformulación en el futuro.

El último de los modelos que se describe, desarrollado también específicamente para intentar explicar lo que ocurre en los TA, es el **Modelo Cognitivo de los TA** del grupo de Botella (Botella *et al.*, 2008). Este modelo, apoyándose en los trabajos de Lazarus (1984, 1986, 2000), parte del supuesto de que una persona que se enfrenta a un determinado acontecimiento estresante en su vida puede sentirse enormemente amenazada por éste si interpreta que la situación implica un riesgo muy elevado y que no cuenta con los recursos necesarios para hacerle frente. Las consecuencias de esta evaluación negativa serán una incapacidad para aceptar y afrontar lo sucedido junto a la aparición de pensamientos y sentimientos de carácter negativo y amenazante. Los pensamientos podrían adoptar la forma de: *¿Por qué me tiene que pasar esto a mí? ¡Qué horror! No puedo afrontar esto, es demasiado para mí. Estoy desbordado, no hay nada que hacer. Ya nada volverá a ser como antes.* Y las emociones experimentadas podrían ser de miedo, ansiedad y/o depresión intensas asociadas a comportamientos desajustados o ineficaces como aislarse de los demás, tener dificultades para concentrarse o evitar determinadas situaciones o actividades.

Por lo tanto, este modelo plantea que la causa determinante en la generación de los TA se sitúa en la evaluación negativa y distorsionada que la persona hace de los dos elementos que están en juego en la situación: el acontecimiento y las capacidades propias de afrontamiento. Por un lado, la persona realiza una magnificación del acontecimiento estresante que ha vivido, percibiéndolo como una gran amenaza; por otro, minusvalora sus recursos y se considera incapaz de hacer frente a lo que le ha ocurrido. La conjunción de ambas evaluaciones distorsionadas generará en el individuo un fuerte sentimiento de indefensión que dará lugar al establecimiento de un cuadro sintomático caracterizado por pensamientos negativos, sintomatología clínica negativa y comportamientos desajustados.

Estos elementos se retroalimentarán negativamente creando un círculo vicioso que mantendrá y agravará el problema generando sentimientos de desesperanza y actitudes de derrota, confirmando, a modo de profecía auto-cumplida, la ineficacia personal. El estado continuado de malestar y la falsa confirmación de las creencias negativas acerca del acontecimiento y de las propias capacidades mermarán las fuerzas y energías del individuo y lo mantendrán anclado al problema. Un resumen del planteamiento acerca de la generación y mantenimiento del trastorno, se presenta en la Figura 3.



Figura 3- Modelo Cognitivo de los Trastornos Adaptativos (I) (Botella *et al.*, 2008).

Por lo que respecta a la intervención, la propuesta que se plantea debería centrarse en ayudar a la persona a tomar distancia de la situación que experimentó (o continúa experimentando) y adoptar una perspectiva más sabia y positiva frente a los problemas y las dificultades. Esta nueva perspectiva le ayudará a generar soluciones y a poner en marcha los recursos necesarios para llevarlas a cabo y afrontar la situación de forma adecuada, al tiempo que recobra la confianza en sus capacidades y le ayuda a continuar con su vida sintiéndose más fuerte y más capaz. Precisamente, esta última parte referida al aprendizaje y superación personal a partir de los problemas es el objetivo final del protocolo de tratamiento utilizado en el presente trabajo (una representación esquemática de este planteamiento se muestra en la Figura 4). El objetivo que se pretende es llegar a adoptar una nueva actitud frente a los problemas, que supone considerar las dificultades como algo consustancial con la vida, como una oportunidad para aprender y crecer. Cada dificultad es un momento importante para practicar y adquirir más y mejores recursos de afrontamiento, esto es, habilidades para vivir la vida. En suma, este modelo enfatiza el hecho de aprovechar lo aprendido para lograr una mayor autoeficacia personal y aumentar nuestra sabiduría y resiliencia.



Dicho planteamiento se refuerza con el trabajo llevado a cabo en relación a: la modificación de las creencias erróneas o disfuncionales, la generación de nuevas formas o recursos de afrontamiento y la práctica de las habilidades de regulación de la respuesta emocional del individuo.

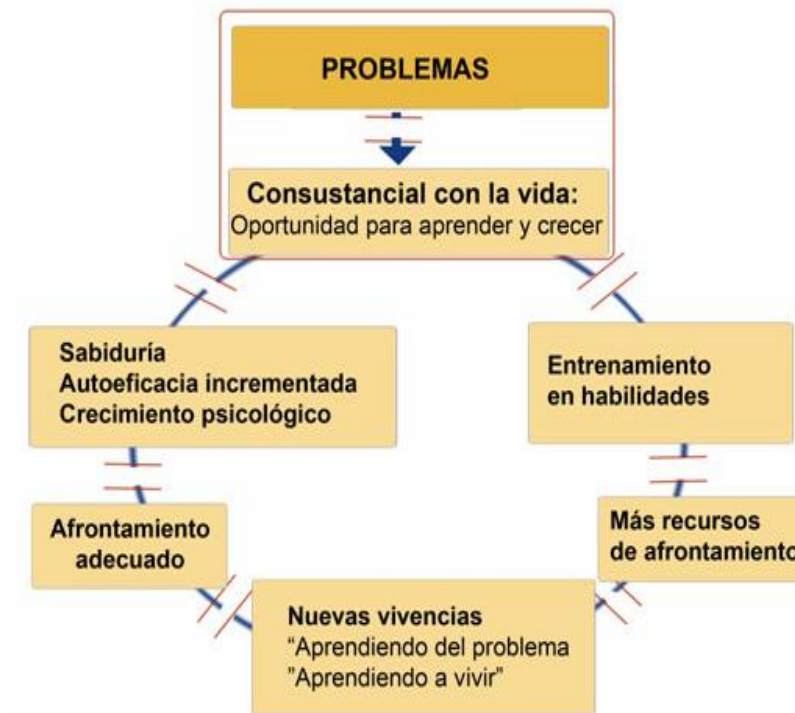


Figura 4- Modelo Cognitivo de los Trastornos Adaptativos (II) (Botella *et al.*, 2008).

### 1.5 EVALUACIÓN DE LOS TA

Como se ha ido mostrando a lo largo del presente trabajo, los TA se encuentran en una situación paradójica, ya que, a pesar de constituir un importante problema de salud (van der Klink *et al.*, 2003), han recibido un escaso interés por parte de los investigadores. Por ello, no es de extrañar la falta de instrumentos de evaluación y de diagnóstico específicos que evalúen esta condición psicopatológica. A continuación se van a presentar brevemente los pocos instrumentos encontrados en la literatura. En primer lugar, se presentarán los instrumentos dirigidos a llevar a cabo el diagnóstico de TA y, posteriormente, se describirán aquellos que evalúan diferentes síntomas asociados a este trastorno.

### 1.5.1 Instrumentos diagnósticos

La revisión de la literatura llevada a cabo puso de manifiesto, por una parte, que los TA no están incorporados en la mayoría de las entrevistas estructuradas más frecuentemente utilizadas, entre ellas por ejemplo, el Programa de Entrevista Clínica Revisada (CIS-R: *Clinical Interview Schedule*; Lewis, Pelosi, Araya y Dunn, 1992), la cual fue utilizada para la realización de las entrevistas nacionales británicas de morbilidad psiquiátrica, o la Entrevista Diagnóstica Internacional (CIDI: *International Diagnostic Interview*; Kessler y Ustun, 2004), la cual se utilizó en el estudio nacional de comorbilidad en EE UU. Por otra parte, únicamente se encontraron tres entrevistas diagnósticas estructuradas que incorporan los TA entre las patologías que evalúan. Sin embargo, estos instrumentos presentan importantes limitaciones en relación a la manera en la que los TA son atendidos.

La primera de estas entrevistas es la Entrevista para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN: *Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*; Wing *et al.*, 1990. Segunda versión OMS, 1994). Esta entrevista fue desarrollada en el marco del Proyecto Conjunto para el Diagnóstico y Clasificación de las Enfermedades Mentales, y los Problemas relacionados con el Alcohol y las Drogas, subvencionado por la OMS y el Instituto Nacional de la Salud (*National Institute of Health*). La SCAN es una entrevista semiestructurada que tuvo sus orígenes en un instrumento anterior, el *Present State Examination* (PSE), y se basa en los criterios de la CIE-10 y el DSM-IV. De entre todos los diagnósticos evaluados, esta entrevista incluye el posible diagnóstico de TA en su sección número 13 denominada *Interferencia y Atribuciones*. Sin embargo, es necesario señalar que esta sección se encuentra al final de la entrevista que se lleva a cabo, únicamente, después de que la evaluación del resto de los trastornos haya sido completada. Además, no incluye ninguna pregunta específica, ni ningún tipo de guía que ayude al entrevistador a hacer el diagnóstico, a excepción de la especificación de que los síntomas y los criterios diagnósticos no deben haber sido recogidos en las secciones anteriores. Estas circunstancias pueden inducir a que el TA sea considerado como un diagnóstico poco probable y no tan importante como otros. Por lo que, como señalan Casey *et al* (2001), no resultaría sorprendente encontrar una escasa prevalencia del TA, en beneficio de la proliferación de casos diagnosticados, por ejemplo, de trastornos del estado de ánimo.

La segunda de las entrevistas diagnósticas estructuradas que recoge criterios específicos del TA es la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID; *Structured Clinical Interview for DSM-IV*, First *et al.*, 1999). Este instrumento incluye dos tipos de entrevista: a) una entrevista de exploración del sujeto, su entorno y sus problemas clínicos, denominada “Visión general” y b) seis entrevistas específicas que constituyen otros tantos módulos, cada uno de ellos destinado a evaluar un tipo de trastorno del DSM-IV (Vázquez, 1995). Dentro de la categoría general de los Trastornos de Ansiedad y otros trastornos incluye un apartado dedicado explícitamente a la evaluación de los TA. Dicho diagnóstico se realiza en base a 7 ítems cuyo contenido principal es el siguiente: (1) ¿Ocurrió algo en su vida poco antes de la aparición de sus síntomas?; (2) ¿Qué efectos han tenido los síntomas en su vida? ¿En qué medida han sido estresantes los síntomas?; (3) ¿Había reaccionado alguna vez en el pasado de forma similar? (Exacerbación de un trastorno preexistente); (4) ¿Se había producido la muerte de un ser cercano poco antes del inicio del problema actual? (Criterio de exclusión para una reacción de duelo); (5) ¿Cuánto tiempo transcurrió entre la aparición del acontecimiento estresante y el comienzo de los síntomas? (Criterio de exclusión para eventos estresantes cuya duración supera los 6 meses); (6) Evaluación Clínica: presencia de un TA y (7) Determinación del subtipo en función de los síntomas. Sin embargo, de nuevo encontramos que en las instrucciones para el entrevistador se encuentra la especificación de que este diagnóstico no puede llevarse a cabo si los criterios para otro trastorno mental se cumplen, relegando a una posición subordinada los casos en los que el TA pudiera coexistir con otras entidades patológicas.

Por último, la Entrevista Neuropsiquiátrica Mini-Internacional (M.I.N.I., *Mini-International Neuropsychiatric Interview*, Sheehan, *et al.*, 1998) también evalúa a través de sus distintos módulos los diagnósticos clave del DSM-IV y la CIE-10. Es una entrevista estructurada, conjuntamente desarrollada por psiquiatras y otros profesionales de la salud en los Estados Unidos y Europa, que permite ser administrada en un período corto de tiempo (20-30 minutos) y solamente necesita un breve entrenamiento por parte de los entrevistadores. Esta entrevista también incorpora una sección para la evaluación de los TA, sin embargo, además de ser una sección opcional, ocurre como en la SCID, se descarta el posible diagnóstico de TA cuando se establece algún otro diagnóstico. De esta forma, se está relegando de nuevo esta etiqueta diagnóstica a un segundo plano, considerándolo un trastorno subsindrómico.

Ante las limitaciones presentadas por las entrevistas diagnósticas anteriormente descritas y recogiendo la insatisfacción con los actuales criterios diagnósticos del TA, algunos autores han optado por elaborar instrumentos propios. Este es el caso de los instrumentos que se detallan a continuación.

En 2007, Maercker, Einsle y Köllner presentaron un nuevo modelo diagnóstico (el cual ha sido descrito en el apartado anterior) que conceptualizaba el TA como un síndrome de respuesta al estrés, similar al trastorno de estrés agudo o el TEPT, pero sin necesidad de la presencia de un acontecimiento traumático o amenazante para la vida de la persona. Tras el desarrollo de este nuevo modelo, el objetivo era estimar la prevalencia del TA, tanto en muestra clínica (con patología cardíaca) como en población general alemana y de edad avanzada (Maercker *et al.*, 2008; Maercker *et al.*, 2012). Para ello, desarrollaron un instrumento de diagnóstico llamado el Nuevo Módulo de los Trastornos Adaptativos (ADNM; *Adjustment Disorder New Modul*). La primera parte de este instrumento está compuesta por una lista que recoge eventos que pueden ser de tipo agudo o crónico. Estos eventos se dividen en 7 categorías o problemas vitales, estos son; enfermedad grave, conflictos familiares, divorcio/separación, problemas laborales, enfermedad de un ser querido, problemas financieros y jubilación, seguidas de una categoría abierta. En relación a los acontecimientos presentados en esta lista, las personas deben responder si han experimentado alguno de ellos durante los dos últimos años utilizando un formato dicotómico de “sí” o “no” y, además, deben indicar cuál de ellos ha sido el más perturbador. La segunda parte contiene otra lista que incluye 29 síntomas asociados a los TA que pertenecen a los 3 criterios sintomatológicos principales determinados por el modelo como son: intrusión (evaluado mediante 5 ítems, p.ej., *“Sigo pensando en el evento estresante”*), evitación (7 ítems, p.ej., *“Intento no hablar sobre el evento estresante”*), y fracaso en la adaptación (5 ítems, p.ej., *“Otras personas me dicen que he cambiado mucho desde el acontecimiento estresante”*). Además, también se evalúan los 3 subtipos de criterios especificativos para los casos de TA: ansiedad (medido mediante 3 ítems, p.ej., *“Desde que ocurrió el evento estresante he tenido miedo en determinadas situaciones”*), depresión (6 ítems, p.ej., *“Desde el acontecimiento estresante me he sentido triste y desolado”*), y alteración del control de impulsos (3 ítems, p.ej., *“Me he dado cuenta de que estoy más agitado desde que ocurrió el evento estresante”*). En esta segunda parte del instrumento se indica la frecuencia de estos síntomas mediante una escala Likert de 4 puntos (1 = “no/nunca”; 4 = “a menudo”), y también se responde a la duración de éstos (menos de 1

mes, entre 1 y 6 meses, o entre 6 y 24 meses). La consistencia interna de los 3 grupos de síntomas del ADNM se sitúa entre un alfa de *Cronbach* de .74 y .90 y la fiabilidad *test-retest* de estas escalas para un periodo de 6 meses arrojó una puntuación de entre .61 y .84 (Einsle, Kölner, Dannemann y Maercker, 2010). Sin embargo, este instrumento no ha sido muy utilizado debido probablemente a la incertidumbre acerca de si este nuevo concepto de TA va a ser aceptado. Además, al basarse en un modelo específico de TA su posibilidad de generalización es limitada.

Otro de los instrumentos desarrollados recientemente para la evaluación de los TA es la Entrevista Diagnóstica para los Trastornos Adaptativos (DIAD; *Diagnostic Interview Adjustment Disorder*, Cornelius, Brouwer, de Boer, Groothoff y van der Klink, 2014). Esta entrevista se ha desarrollado en un intento por ofrecer una herramienta diagnóstica alternativa, basada en los criterios diagnósticos para el TA según el DSM-IV y en las recomendaciones de Baumeister *et al.* (2009). Está compuesta por un total de 29 preguntas que evalúan, por un lado, el momento de la aparición del acontecimiento estresante, su duración y la relación entre la aparición de éste y las quejas sintomáticas y, por otro, el criterio de significación clínica y la comorbilidad con otros trastornos clínicos. La DIAD empieza con 6 cuestiones que sirven para identificar y especificar el evento estresante experimentado en los últimos 3 años. Mediante una lista de posibles acontecimientos vitales, los participantes pueden seleccionar aquellos experimentados y especificar la fecha de inicio, su presencia o no en el momento actual y, si es el caso, cuando dejó de estar presente el acontecimiento estresante. En relación a la evaluación de los síntomas experimentados y al malestar e interferencia causada por el evento estresante, esta entrevista incorpora dos escalas que han demostrado su fiabilidad y validez; el cuestionario de cuatro dimensiones de síntomas (4DSQ; *Four-dimensional Symptom Questionnaire*, Terluin *et al.*, 2006) y la escala de deterioro de Sheehan (SDS; *Sheehan Disability Scale*, Leon, Olfson, Portera, Farber y Sheehan, 1997). Mediante 16 ítems la DIAD evalúa los síntomas que los participantes han experimentado durante la última semana, además de la frecuencia con la que han aparecido, utilizando una escala likert de 4 puntos (1= "a veces"; 4= "muy a menudo/constantemente"). También se evalúa la relación entre el evento estresante y la aparición de los síntomas mediante 2 cuestiones. Por último, 5 ítems se dirigen a analizar el nivel de interferencia y deterioro en las diferentes áreas de funcionamiento del individuo. Hasta el momento no se ha analizado la validez y la fiabilidad de esta entrevista, aunque sí se ha estimado la prevalencia del

diagnóstico de TA al administrarla a 375 personas que se encontraban de baja laboral por enfermedad, encontrando una tasa del 7,4%. (Cornelius *et al.*, 2014). Además, en este mismo estudio se analizó la opinión de diferentes expertos de la psiquiatría y la psicología acerca del contenido de esta entrevista. Los resultados mostraron que los expertos estaban de acuerdo en más del 80% de decisiones tomadas respecto a las cuestiones incorporadas y evaluadas en esta medida diagnóstica.

Debido a la falta de instrumentos traducidos al castellano y adecuadamente validados en población española, nuestro grupo de investigación también desarrolló una medida diagnóstica para evaluar los TA (Andreu-Mateu, Botella, Baños y Quero, 2008), que es la que se utiliza en el presente trabajo. La Entrevista diagnóstica para los Trastornos Adaptativos (Ver Anexo 1) es una entrevista semi-estructurada que se apoya tanto en las indicaciones señaladas por la SCID, como en los datos aportados por la literatura y considerados relevantes en relación a los TA. La entrevista rastrea, en primer lugar, la presencia de un evento estresante (incluyendo un listado de posibles acontecimientos), junto a su evaluación temporal. Posteriormente, evalúa la presencia y gravedad de 28 síntomas relacionados con los TA en una escala de 0 a 8 (0 = nada; 8 = muy grave). Este listado de síntomas se ha confeccionado teniendo en cuenta las principales manifestaciones clínicas encontradas en los casos de TA. Además, esta entrevista añade algunas cuestiones que permiten hacer el diagnóstico diferencial y rastrea la posible existencia de consumo de sustancias y de condiciones físicas graves. La entrevista también cuenta con una evaluación del malestar y la interferencia que el problema le está causando al paciente (mediante una adaptación de la Escala de Inadaptación de Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000) y concluye con una serie de preguntas que tienen como finalidad obtener información cualitativa sobre el acontecimiento estresante. Una descripción de esta entrevista, cuyos datos relacionados con la fiabilidad y la validez del instrumento se encuentran en estos momentos en preparación, se puede encontrar en Molés, Quero, Andreu-Mateu, Botella y Baños (2011).

Por otro lado, la búsqueda en la literatura evidenció la existencia de un instrumento utilizado para realizar un primer rastreo o *screening* del TA, la Entrevista de una sola pregunta (*One-Question Interview*; Akizuki *et al.*, 2003). Este instrumento fue desarrollado en el ámbito médico y hospitalario de Japón y los autores lo han utilizado para detectar posibles casos tanto de TA como de Depresión Mayor en pacientes con cáncer. Como su nombre indica, el instrumento consta de una sola pregunta: “Por favor, evalúe el estado de ánimo que ha tenido

*durante la última semana asignándole una puntuación de entre 0 y 100, donde 100 representa su estado habitual de relajación*". El punto de corte de la escala se sitúa en 60 puntos, considerando que las puntuaciones que están por debajo de este valor indican un estado desfavorable de la persona. Las ventajas asociadas a esta herramienta de rastreo son: su brevedad, la facilidad con la que se responde y el hecho de que no necesita ningún tipo de entrenamiento especial para evaluar los resultados que se obtienen. Además, los autores afirman que este cuestionario es menos estigmatizante que otros ya que pregunta acerca del estado de ánimo (evitando el uso de las palabras psicológico o psiquiátrico). Sin embargo, como vemos, es un instrumento bastante inespecífico, que se centra solamente en la evaluación del estado de ánimo, y que se ha aplicado solamente dentro del ámbito hospitalario. Fuera de su uso en este contexto, esta medida dejaría fuera la evaluación de la característica definitoria de un TA, esto es, el hecho de haber sufrido una experiencia estresante previa que haya provocado cambios negativos en las emociones y el comportamiento de la persona, por lo que su utilidad quedaría en entredicho.

Por último, en otros estudios algunos investigadores han adoptado también soluciones propias para abordar la tarea de evaluar los posibles casos de TA existentes en sus muestras. Por ejemplo, en una muestra universitaria Rodgers y Tennison (2009) elaboraron (basándose en los criterios del DSM-IV-TR) su propio protocolo que consistía en: un listado de síntomas en el que los participantes respondían si/ no y describían el problema; una entrevista de síntomas de adaptación a la universidad, donde calificaban su grado de acuerdo/desacuerdo respecto a 20 afirmaciones que describían el estrés que habían podido experimentar y 3 preguntas abiertas para evaluar aquellos estudiantes que podían estar presentando dificultades de adaptación en su primer año de asistencia a la facultad.

### **1.5.2 Instrumentos que evalúan los síntomas asociados al TA**

No hemos encontrado en la literatura ningún instrumento específico que evalúe los diferentes síntomas asociados a los TA. Como consecuencia de esta falta de medidas desarrolladas específicamente para evaluar este trastorno, y en vista de la imposibilidad de evaluar síntomas derivados de sucesos estresantes diferentes a la muerte de un ser querido,

nuestro grupo de investigación realizó una adaptación del Inventario de Duelo Complicado (CGI: *Complicated Grief Inventory*; Prigerson *et al.*, 1995).

El CGI tiene como objetivo valorar el grado de afectación, en cuanto a síntomas y alteraciones funcionales, que una persona puede presentar como consecuencia de haber sufrido la muerte de un ser querido. Los resultados permiten diferenciar entre aquellas personas que están llevando a cabo un proceso de duelo “normal”, de aquellos cuya reacción está siendo excesiva y desadaptativa. El inventario consta de 19 ítems (p.ej., *“Los recuerdos sobre la persona que murió me producen malestar”*, *“Abandono ciertas situaciones para evitar las cosas que me recuerdan a la persona que murió”*, *“Siento que es injusto que yo viva cuando esta persona ha muerto”*), que han de valorarse en una escala de 5 puntos que va desde 0 (“Nunca”) a 4 (“Siempre”). Los análisis iniciales del instrumento han obtenido valores altos de consistencia interna y fiabilidad *test-retest*, así como una validez convergente y de criterio elevadas (Prigerson, *et al.*, 1995). Además, el análisis factorial exploratorio confirmó que el CGI está midiendo un único constructo, el duelo patológico.

La adaptación que de este instrumento ha llevado a cabo nuestro grupo de investigación se basó en el supuesto de que un acontecimiento vital negativo conlleva siempre algún tipo de pérdida para la persona, por lo que el instrumento adaptado recibió el nombre de Inventario de Estrés y Pérdida (IEP) (Ver Anexo 2). En concreto, la adaptación consistió en sustituir en los enunciados la palabra “muerte” por la de “pérdida” y utilizar el binomio situación-persona para convertir las alusiones a la persona fallecida en alusiones al acontecimiento al que la persona se estaba enfrentando. Por ejemplo, el ítem original del CGI *“Pienso tanto en esa persona que me resulta difícil hacer las cosas que normalmente hago...”* se transformó en *“Pienso tanto en esa persona/situación que me resulta difícil hacer las cosas que normalmente hago...”* en el IEP; mientras que el ítem original *“Siento que no puedo aceptar la muerte de esa persona...”* se transforma en el IEP en *“Siento que no puedo aceptar la pérdida de esa persona/situación”*. También se eliminaron dos ítems respecto al total del cuestionario original, dado que su contenido no se adecuaba a la evaluación de los síntomas que se pueden dar tras haber sufrido un acontecimiento vital estresante en el marco de un TA (*“Oigo la voz de la persona que perdí hablándome”*, *“Veo a la persona que perdí de pie frente a mí”*). En consecuencia, el IEP se compone de un total de 17 ítems. El objetivo de este instrumento es diferenciar entre las personas que están llevando a cabo un proceso “normal”



de adaptación a la situación estresante, de aquellas cuya reacción esté siendo desadaptativa. El IEP ya ha demostrado propiedades adecuadas de fiabilidad tanto en muestra con diagnóstico de TA, como en población general, presentando una excelente consistencia interna (*alfa de Cronbach* de 0,86 para población clínica y de 0,91 para población general) y una fiabilidad tes-retest también excelente, de alrededor de 0,90 (Quero, Molés, Mor, Baños y Botella, 2014). En un trabajo posterior (Mor, Molés, Rachyla y Quero, 2015) con una muestra clínica de TA más amplia se obtuvieron resultados similares. El IEP mostró una muy buena consistencia interna para ambos tipos de muestra. Además, el análisis factorial confirmatorio mostró un único factor, al igual que el cuestionario original, y los datos mostraron un buen ajuste al modelo teórico (RMSEA=0,087; SRMR= 0,059). El IEP ya ha sido utilizado en trabajos anteriores (Andreu-Mateu, Botella, Quero, Guillén, y Baños, 2012; Quero *et al.*, en prensa; Quero *et al.*, 2013) y ha demostrado ser sensible al cambio terapéutico.

Por otro lado, varios han sido los autores que en sus estudios han optado por utilizar instrumentos que sí recogen algunos de los síntomas característicos de un TA, pero que no habían sido desarrollados específicamente para ello. Algunos de estos cuestionarios recogen síntomas considerados relevantes para el trastorno, como pueden ser síntomas depresivos y ansiosos, o relacionados con el factor de estrés, como la autoeficacia percibida a la hora de hacer frente al acontecimiento, las estrategias de afrontamiento que ponen en marcha las personas ante éstos o su impacto en los individuos. Este es el caso, por ejemplo, de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD; *Hospital Anxiety and Depresión Scale*, Zigmond y Snaith, 1983), dirigida a evaluar síntomas de depresión y de ansiedad en pacientes con problemas médicos, no psiquiátricos (Zigmond y Snaith, 1983). Este instrumento también se ha utilizado para medir el impacto emocional que pueden tener determinados trastornos físicos en los pacientes y está formado por 14 ítems que se evalúan en una escala *Likert* de cuatro puntos. La escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE; Godoy *et al.*, 2008), también es uno de los instrumentos adecuados para evaluar sintomatología específica de los TA, evaluándose en este caso la forma de responder ante determinados problemas. Este instrumento está compuesto por 8 ítems, 4 de los cuales evalúan el componente de expectativas de eficacia (se refiere a los juicios subjetivos que hace la persona acerca de sus capacidades personales a la hora de manejar la situación o regular la emoción), y los 4 restantes el de expectativas de resultado (referido a las creencias personales de que la persona obtendrá los resultados deseados en el manejo de la situación y sus consecuencias). Las

respuestas se presentan en formato tipo *Likert* con 5 alternativas de respuesta desde “completamente en desacuerdo” a “completamente de acuerdo”.

Además, también existen otros instrumentos cuyo objetivo común es evaluar las diferentes estrategias de afrontamiento que activan las personas ante la presencia de acontecimientos estresantes en sus vidas. La Escala Multidimensional de Estilos de Afrontamiento (Abreviado) (*Brief COPE*, Carver, 1997) es un cuestionario desarrollado para evaluar las diferentes formas de respuesta ante el estrés y está compuesto por 28 ítems agrupados en 14 dimensiones con dos subescalas cada una: auto-distracción, afrontamiento activo, negación, consumo de sustancias, uso de apoyo emocional, uso de apoyo social, desahogo, desconexión, reevaluación positiva, planificación, humor, aceptación, religión y autoinculpación. Cada uno de los ítems se valoran en una escala *Likert* de 4 puntos, que va desde " No lo hago nunca" a "Lo hago con mucha frecuencia". Esta medida ha sido adaptada y validada en la población española por Crespo y Cruzado (1997), mostrando una buena consistencia interna con un *alfa de Cronbach* entre 0,60 y 0,90 (Crespo y Cruzado, 1997). Otra de estas medidas es el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (*Coping Strategies Inventory*; *CSI*, Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989). En la cumplimentación de este instrumento la persona empieza describiendo detalladamente la situación estresante y, posteriormente, contesta a 72 ítems, según una escala tipo *Likert* de cinco puntos donde el 0= “nada en absoluto y 4= “totalmente” con qué frecuencia hizo en la situación descrita lo que expresa cada ítem. Al final de la escala se contesta a una pregunta adicional acerca de la autoeficacia percibida en el afrontamiento. Esta medida presenta una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias de afrontamiento primarias, cuatro secundarias y dos terciarias. Las escalas primarias son: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional, evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica. Por su parte, las escalas secundarias y terciarias se forman por agrupaciones empíricas de las principales dimensiones descritas. Este instrumento ha sido adaptado y validado en población general española por Cano, Rodríguez y García (2007) y, tras el análisis factorial realizado, hallaron que solo con 40 ítems se conseguían coeficientes de consistencia interna de entre 0,63 y 0,89. Por último, el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (*CAE*; Sandín y Chorot, 2003) es una medida de autoinforme que se deriva de la Escala de Estrategias de *Coping* Revisada (*EEC-R*) desarrollada por estos mismos autores. Consta de 42 ítems en los que los sujetos indican la frecuencia con la que emplean determinadas formas de

afrontamiento, según una escala Likert (graduada de 0= Nunca a 4 = casi siempre). Esta medida evalúa los siguientes estilos básicos de afrontamiento: focalizado en la solución del problema, autofocalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social y religión. Tras su validación en población general española esta escala obtuvo coeficientes de fiabilidad de *Cronbach* de entre 0,64 y 0,92 para sus diferentes escalas y, también obtuvo buenas propiedades psicométricas en su uso en población mayor (Tomas, Sancho y Melendez, 2013).

Finalmente, también contamos con determinadas medidas que, aunque no sean diseñadas específicamente para recoger la sintomatología de TA, también serían útiles en su caso. La Escala de Impacto de Acontecimientos Revisada (IES-R; *Impact of Event Scale-Revised*, Weiss y Marmar, 1997) es una medida ampliamente utilizada para evaluar la frecuencia de los síntomas de estrés protraumático. Está compuesta por 22 ítems que se clasifican en una escala de 5 puntos que va de 0 ("nada") a 4 ("extremadamente") y cuenta con 3 subescalas: intrusiones, evitación y la escala de hiperactivación. Esta sería una buena medida que permitiría evaluar el impacto que un acontecimiento estresante tiene para la persona dada la similitud entre el TEPT y TA que postula el grupo de Maercker en su nueva conceptualización para los TA, aunque, finalmente no haya sido reconocida por el DSM-5.

### **1.5.3 Medidas psicofisiológicas**

Por lo que se refiere a mediciones basadas en pruebas psicofisiológicas, existen pocos estudios que utilicen este tipo de herramientas y, aunque éstos han aportado datos prometedores son, por el momento, preliminares. Además, no hay que olvidar la limitación que implica no contar con instrumentos psicológicos fiables con los que realizar y comparar los diagnósticos de los casos estudiados.

Entre estas medidas contamos, por ejemplo, con el estudio prospectivo que llevaron a cabo Kumano *et al.* (2007) utilizando una técnica de neuroimagen basada en el metabolismo regional del cerebro: la Tomografía por Emisión de Positrones (PET). En esta investigación se examinaban los factores de riesgo neurobiológicos para la depresión mayor y los TA en

pacientes con cáncer. Los resultados indicaron que los pacientes que posteriormente desarrollaron uno de estos dos trastornos presentaban, previamente a las manifestaciones psiquiátricas, un descenso del metabolismo en el giro frontal medial derecho y un incremento en el cíngulo posterior derecho, el cíngulo anterior derecho, el subcalloso izquierdo y el caudado izquierdo, comparados con el grupo que no desarrolló estos trastornos.

En otro estudio llevado a cabo con víctimas de *mobbing* diagnosticados de TA, Rocco *et al.* (2007) utilizaron medidas hormonales. Concretamente, estos investigadores midieron los niveles de cortisol en el plasma matutino, encontrando una correlación inversa entre dichos niveles y los valores obtenidos por los pacientes en las puntuaciones de psicastenia y depresión del Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota (MMPI-2; Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989). Constataron, además, que en estos pacientes la prueba de supresión de la dexametasona (PSD; test utilizado para diferenciar entre varios tipos de síndromes o estados que cursan con una elevación de los niveles de cortisol) fue normal, en contraste con los hallazgos previamente encontrados en el caso de la depresión mayor. Los autores indicaron que estos resultados son similares a los encontrados en otros trastornos relacionados con el estrés, como el TEPT y el síndrome de fatiga crónica, por lo que concluyeron que deberían llevarse a cabo más investigaciones con el propósito de determinar y validar un punto de corte relativo a los niveles de cortisol que podría convertirse en un parámetro biológico innovador en el diagnóstico y seguimiento de este tipo de pacientes. Al respecto, otros autores como Lindqvist, Traskman-Bendzl y Vang (2008) también utilizaron este tipo de medidas e investigaron las características del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA) en pacientes con intento de suicidio diagnosticados de TDM y TA. La intención de suicidio, evaluada mediante la Escala de Intención Suicida (SIS), y los niveles de cortisol después de la prueba PSD correlacionaron negativamente en el grupo de pacientes con diagnóstico de TDM lo que, según los autores, podría atribuirse a los procesos fisiopatológicos, donde una alta intención suicida se revela durante el curso crónico potencial del TDM, lo que a su vez da lugar a un sistema de estrés aparentemente normal.

Otros marcadores de estrés que han sido estudiados son los niveles de los grupos carbonilo y de nitrosilación de las proteínas, que son marcadores biológicos de las condiciones de estrés oxidativo. En un estudio realizado por Di Rossa *et al.* (2009) utilizaron la medición de estos marcadores con el objetivo de conocer si el *mobbing* inducía variaciones en este grupo de proteínas. Para ello, analizaron participantes con diagnóstico de TA (cuyo factor de estrés

eran problemas relacionados con el trabajo), encontrando niveles más altos de estas proteínas en las personas víctimas de acoso laboral que en participantes sanos.

Por último, Bär *et al.* (2006) utilizaron como parámetro psicofisiológico en su investigación la medición de la percepción del dolor en pacientes con diagnóstico de TA con estado de ánimo deprimido. Los resultados indicaron que estos pacientes, al igual que se ha encontrado en pacientes con depresión, presentan un aumento global del umbral para el dolor en comparación con los controles, predominantemente en el lado derecho del cuerpo. Al igual que en los estudios anteriores, los autores manifestaron la necesidad de llevar a cabo más investigaciones para conocer mejor los mecanismos que subyacen en los TA, indicando que el estudio de la percepción del dolor puede ser una valiosa herramienta.

Como se ha visto, pocos son los estudios que dan cuenta de los fundamentos psicobiológicos de los TA, y poco se ha profundizado en su comprensión y en su diferenciación respecto a otras condiciones patológicas relacionadas con el estrés. Sin embargo, este es un campo prometedor y, de hecho, se han sugerido diferentes líneas de investigación que pueden dar su fruto. Por ejemplo, Strain y Friedman (2011) sugieren comparar la función hipotalámica-hipofisaria-adrenal entre los subtipos de TA y, también, compararlos con la categoría diagnóstica mayor (por ejemplo, examinar el subtipo de TA con ansiedad con el trastorno de ansiedad generalizada). Además, proponen el estudio de la interacción genes-ambiente para conocer el papel de la biología y el medio ambiente en la vulnerabilidad y la capacidad de recuperación de la persona, así como estudiar cómo éstos se diferencian o se superponen con otras condiciones psiquiátricas similares.

En definitiva, y como se ha ido dilucidando a lo largo del presente trabajo, la cuestión del diagnóstico y evaluación de los TA y la sintomatología que lo acompaña le queda todavía un gran camino por recorrer para alcanzar un grado de conocimiento y validez adecuados. Por ello, y haciendo eco de las propuestas de la mayoría de los autores, este trabajo también suscribe la necesidad de llevar a cabo más estudios controlados que proporcionen conocimiento y ayuden a asentar bases sólidas en relación a este trastorno tan controvertido.

## **1.6 TRATAMIENTOS PARA LOS TA**

A continuación se exponen los trabajos existentes en la literatura en relación a los tratamientos utilizados para los TA. En primer lugar, se presentarán los abordajes de carácter psicológico y, posteriormente, los tratamientos farmacológicos.

### **1.6.1 Tratamientos psicológicos**

La cuestión sobre cuál es la mejor manera de abordar desde un punto de vista terapéutico el caso de las personas que sufren un TA ha recibido poca investigación sistemática hasta el momento, al igual que el resto de los ámbitos relacionados con este trastorno. Además, aquellos que adoptan la posición de que el TA es un trastorno de corta duración y que la recuperación natural es la norma en estos casos, argumentan que no existe necesidad de intervenir. Estos factores, junto al resto de problemas comentados en apartados anteriores, han contribuido a que en la actualidad no se cuente con ninguna guía basada en la evidencia que indique la mejor manera de abordar este problema. En este sentido, y a falta de datos que lo contradigan, es posible que la posición de no intervenir sea especialmente válida para los primeros momentos tras la aparición de un acontecimiento estresante, pues es entonces cuando los mecanismos de recuperación natural adquieren su máxima potencia. Sin embargo, la experiencia nos dice que no todas las personas se recuperan y la necesidad de intervenir se hace evidente cuando los síntomas no mejoran con el paso del tiempo y el malestar y sufrimiento que la persona experimenta resultan excesivos. Además, estos síntomas pueden llegar a ser muy graves e incluso asociarse con riesgo de suicidio (Casey y Doherty, 2012). De acuerdo con Bisson y Sakhuja (2006), puede que la mejor opción por el momento sea la de llevar a cabo un seguimiento y una observación cuidadosa de todos los casos con la finalidad de poder intervenir cuando la evolución no se muestre favorable y la persona así lo requiera.

Cuando la intervención se hace necesaria la postura generalmente adoptada es la de aplicar terapias breves, pues el TA es considerado un trastorno limitado en el tiempo. Sin embargo, también se constata que en el caso de que nos hallemos ante un evento estresante

crónico o que exista una patología de la personalidad subyacente que incremente la vulnerabilidad a los sucesos estresantes podrían requerirse terapias más largas (Casey, 2009; Casey y Bailey, 2011; Katzman y Tomori, 2005). Por último, hay que tener especial cuidado con la población joven ya que se ha demostrado que esta población tarde o temprano pueden desarrollar otros trastornos mentales importantes, además de un TA (Jäger *et al.*, 2012).

#### **1.6.1.1. Directrices generales para el tratamiento de los TA.**

La ausencia de estudios y de datos que apoyen de forma fiable una determinada estrategia de tratamiento para los TA ha llevado a que la estrategia de intervención de elección siga siendo una decisión clínica (Benton y Lynch, 2006; Strain, 1995; Strain *et al.*, 2010). Por lo que diversos autores se han centrado en exponer, al menos, cuáles deberían ser los objetivos fundamentales a seguir en cualquier tipo de terapia que se aplique en el tratamiento de los TA.

Este es el caso de Andrews (1995), quien recomienda trabajar en el manejo de las respuestas ante la situación estresante y en la adaptación del paciente a la misma. Por su parte, Benton y Lynch (2006) señalan que el tratamiento de los casos de TA debe dirigirse a reducir el agente estresante o a mejorar las habilidades de afrontamiento (cuando dicho agente no puede ser minimizado o eliminado) y debe ayudar a generar un estado emocional y unos sistemas de apoyo que aumenten la capacidad de adaptación y afrontamiento. Estos autores recogen, además, los objetivos que debería tener el abordaje terapéutico de estos casos, según Strain (1995): analizar el agente estresante que está afectando al paciente y determinar si éste puede ser eliminado o minimizado; clarificar e interpretar el significado que tiene para el paciente; reformular dicho significado; clarificar las preocupaciones y conflictos que el paciente experimenta; identificar los medios para reducir el agente estresante; maximizar las habilidades de afrontamiento del paciente; y ayudar a los pacientes a ganar perspectiva en relación a la situación estresante (establecer relaciones, asistir a grupos de apoyo) y a gestionarse a sí mismos y al estímulo estresante.

Posteriormente, Strain y Diefenacher (2008) añadieron a las recomendaciones ya propuestas que, en el caso de que existan conductas autolesivas, el terapeuta debe ayudar al paciente a poner en palabras sus emociones, en vez de hacerlo a través de acciones

destructivas, y trabajar con él para que consiga una mayor adaptación y un mayor dominio de la situación estresante. En esta línea Strain *et al.* (2010) inciden en la importancia de la verbalización e indican que ésta no debe ser subestimada en relación al objetivo de reducir la presión del factor estresante y aumentar la capacidad de afrontamiento. Estos autores afirman que si una persona está reaccionando de forma excesiva ante un acontecimiento estresante (p.ej., intentado suicidarse o recluyéndose), la terapia debe dirigirse a que el paciente exprese con palabras la emoción que la situación le suscita, en vez de expresarla mediante acciones destructivas, indicando que ello le ayudará a adaptarse y a manejar de una mejor forma la situación traumática y/o estresante. En relación a la importancia de que el terapeuta clarifique e interprete el significado que el evento estresante tiene para el paciente, Strain *et al.* (2010) recurren a un caso hipotético de una mastectomía para ejemplificar este punto. Los autores indican que como consecuencia de dicha intervención una mujer podría sentir que la imagen de sí misma y de su cuerpo ha sido destrozada. En este caso, apuntan, el terapeuta necesitaría clarificar a la paciente que ella sigue siendo una mujer, capaz de tener relaciones satisfactorias (incluyendo las del ámbito sexual) y que el cáncer ya ha sido extirpado o tratado y no tiene porqué volver a repetirse. De lo contrario, señalan, las ideas irracionales que podría presentar la paciente (“*todo está perdido*”) podrían adquirir el control en la respuesta al suceso estresante y hacer que se volviera disfuncional en el trabajo y/o en el sexo precipitando una alteración dolorosa del humor que podría acabar siendo altamente incapacitante. En la Tabla 7 se muestran estas recomendaciones o directrices generales de forma resumida.

Tabla 7 - Recomendaciones y directrices generales para el tratamiento de los TA.

|  |
|--|
| 1. Identificar los medios para eliminar o reducir el factor estresante, si ello fuera posible.   |
| 2. Aumentar las habilidades de afrontamiento del paciente, especialmente para que pueda manejarse mejor con el evento estresante y consigo mismo.                          |
| 3. Clarificar e interpretar el significado que el acontecimiento estresante tiene para el individuo y ayudar a la persona a encontrar un nuevo significado más adaptativo. |
| 4. Ayudar al paciente a tomar perspectiva en relación a la adversidad.   |
| 5. Exponer y trabajar las preocupaciones y los conflictos que la persona está experimentando.  |
| 6. Ayudar al paciente a establecer un sistema de apoyo que maximice la adaptación.   |
| 7. Trabajar con la expresión y regulación emocional.   |



Por su parte, Casey (2009) ha señalado que existen tres grandes componentes en los que deberían basarse las intervenciones psicológicas de los TA los cuales se describen a continuación:

**1. Posibilitar la reducción o la eliminación del acontecimiento estresante.** Para ello deberían tomarse medidas asistenciales prácticas que permitieran alejar al evento estresante de la persona o a la persona del evento estresante. Por ejemplo, si la persona se encontrara envuelta en una relación violenta, al animarla a obtener protección o a marcharse, es probable que disminuyera los niveles de estrés. Por otro lado, indica que muchos acontecimientos estresantes pueden ser minimizados o evitados, como cuando una persona está asumiendo demasiado trabajo, para lo cual las técnicas de solución de problemas podrían ayudar en la toma de decisiones.

**2. Aportar medidas que faciliten la adaptación.** Este punto se dirige a los sucesos estresantes que no pueden ser eliminados (como cuando una persona está cuidando de un pariente enfermo) e indica qué medidas pueden ayudar a recontextualizar la situación (como la psicoeducación, las técnicas de solución de problemas y la reestructuración cognitiva). Por otra parte, Casey señala que mejorar o aportar un buen sistema de apoyo puede ayudar a la persona estresada a manejar mejor la situación, especialmente si ello contribuye a obtener ayuda práctica (como puede ser el hecho de disponer de una persona cuando el cuidador principal necesita descansar). Esto puede conseguirse ayudando a la persona a demandar una mayor implicación de otros miembros de la familia o animándole a que forme parte de un grupo de autoayuda.

**3. Cambiar la respuesta al suceso estresante mediante la reducción de los síntomas y el cambio comportamental.** En relación al objetivo de reducir los síntomas, Casey (2009) señala diversas estrategias: la relajación, la facilitación de la verbalización de los miedos y de las emociones y la exploración del significado que el acontecimiento estresante tiene para la persona. Por lo que se refiere a los cambios de comportamiento, indica que muchas personas, al enfrentarse a los problemas de la vida, pueden involucrarse en conductas perjudiciales bien debido a la desesperanza, la rabia o a otras emociones negativas. En este sentido, propone encontrar respuestas alternativas que no impliquen la autodestrucción, para lo cual la terapia dialéctico-comportamental parece ser que es la que cuenta con mayor evidencia.

Sin embargo, a pesar de la existencia de estas directrices, la ausencia de datos empíricos validados y de protocolos estandarizados ha provocado que en el tratamiento del TA se hayan utilizado muy diversos tipos y formas de intervención difícilmente comparables entre sí, como se verá en el siguiente apartado. Entre los abordajes utilizados se encuentran: el consejo, la psicoterapia, el consejo en crisis médicas (*medical crisis counseling*), la intervención en crisis, la terapia familiar y el tratamiento en grupo. Y en relación a los tipos de psicoterapia utilizados encontramos, entre otras, la terapia de apoyo, la terapia psicoeducacional, la psicoterapia interpersonal y las aproximaciones cognitivas y psicodinámicas.

#### **1.6.1.2. Estudios realizados sobre el tratamiento psicológico de los TA.**

En este apartado se recogen los escasos trabajos encontrados en la literatura científica en relación al tratamiento de los TA y se resumirán las intervenciones y los resultados obtenidos en los mismos. Como se ha mencionado anteriormente, los estudios encontrados son muy variados e incluyen diferentes enfoques terapéuticos para tratar los TA. Para facilitar la lectura se han clasificado los estudios según el diseño de investigación utilizado. Así, en primer lugar, se han agrupado diferentes estudios de caso, seguidamente se han recogido aquellos estudios que utilizan un único grupo y, finalmente, se presentarán estudios experimentales entre grupos que comparan como mínimo dos condiciones experimentales.

#### **Estudios de caso**

##### *Terapia de fortalecimiento del ego (Ego-enhancing therapy) con población mayor*

En la última etapa de la vida es muy frecuente la aparición de situaciones de estrés relacionadas tanto con enfermedades médicas o situaciones asociadas al cambio vital (p.ej., el traslado a una residencia, pérdida de autonomía, o el fallecimiento de familiares cercanos). Es por ello que las personas mayores son una población especialmente vulnerable a la hora de desarrollar un TA. En relación a esta etapa de la vida, encontramos el trabajo de Frankel (2001) en el que se describe el tratamiento de un anciano con una larga historia de enfermedad leve de Parkinson, que había experimentado varios sucesos estresantes en los últimos 9 meses: la

muerte de su mujer, una dolorosa ciática debida a una fractura vertebral y el abandono de su hogar para ingresar en una residencia. El diagnóstico que se estableció fue de trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo. Como tratamiento para el TA, Frankel desarrolló un tipo de psicoterapia llamada "*ego-enhancing therapy*" que promueve el fortalecimiento del yo de la persona. Este enfoque se centra en ayudar a la persona a reconocer el suceso estresante, además de promover estrategias de afrontamiento, utilizando la revisión de la vida para fomentar un sentido de dominio sobre el acontecimiento estresante, y así restablecer el sentido de sí mismo como persona capaz y valiosa. Además, se promueve la identificación y elaboración de los sentimientos y preocupaciones y la importancia de contar con una red de apoyo social. Los resultados mostraron un aumento de la sensación de control personal, de la autoestima y de la autovalía, así como una mejoría de la capacidad de afrontamiento en el paciente.

#### *Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)*

Por un lado, se han encontrado algunos estudios de caso en el ámbito médico que utilizan un enfoque cognitivo-conductual para el abordaje del TA cuyos resultados han sido favorables.

En un primer estudio Barraza (2004) aplicó el esquema de la Terapia Psicológica Adyuvante (TPA), propuesta por Moorey y Greer en 1989, en el caso de una mujer diagnosticada de un TA mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, cuyo factor estresante fue sufrir una recidiva de cáncer de mama. La TPA es una propuesta de intervención psicológica breve que se sitúa en el marco de la intervención en crisis y consiste en una adaptación de la Terapia Cognitiva de Beck a la intervención psicológica de personas con cáncer. Las características principales que definen este tipo de intervención son el hecho de ser estructurada, estar focalizada en el problema y ser participativa. Además, hace uso de las tareas para casa y emplea una amplia variedad de técnicas conductuales, cognitivas y no directivas que permiten el ajuste a las características particulares del paciente. En el caso concreto de este estudio se utilizaron técnicas conductuales (como la relajación, las tareas graduadas y la planificación de actividades), técnicas cognitivas (como el registro de pensamientos automáticos, estrategias cognitivas de afrontamiento y reestructuración cognitiva) y técnicas no directivas (como la ventilación de sentimientos). La terapia se

estructuró en 8 sesiones y se llevaron a cabo 4 seguimientos telefónicos mensuales y un seguimiento presencial al quinto mes. Los resultados informaron de una disminución significativa de la psicopatología, una mejora importante en la adaptación de la paciente a su situación, y un aumento de sus capacidades de afrontamiento a las situaciones estresantes en general. En conclusión, este trabajo sugiere que la adecuación de la intervención al modo de funcionamiento del paciente, la selección de objetivos a cumplir por la terapia, el grado de motivación y el apoyo familiar y social, son factores importantes a tener en cuenta a la hora de diseñar intervenciones psicológicas breves en Psicooncología.

Otro trabajo en el que se obtuvieron resultados positivos es el caso de una persona que estaba a la espera de poder recibir un trasplante de pulmón (Belchi, Vilardaga y Bados, 2002). Esta paciente presentaba un trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo y necesitaba reducir sus niveles de ansiedad para poder someterse a la operación. El tratamiento se llevó a cabo a lo largo de 31 sesiones de hora y media de duración, tiempo que fue extenso debido a la voluntad de alargar el tratamiento hasta el momento de la operación pues uno de los elementos más ansiógenos era el tiempo de espera. La intervención se basó en los dos núcleos más importantes que presentaba la paciente: la ansiedad y el bajo estado de ánimo. Las técnicas que se utilizaron a lo largo del tratamiento fueron: psicoeducación sobre el miedo y la ansiedad, entrenamiento en relajación autógena y respiración controlada, reestructuración cognitiva de pensamientos desadaptativos, autoexposición en vivo a las situaciones temidas, estrategias de distracción, aumento de actividades gratificantes y apoyo para mantener el empleo. Uno de los componentes de tratamiento al que se le dio especial importancia fue la prescripción de tareas para casa. El objetivo de las tareas entre sesiones que debía de realizar la paciente era el de aumentar su autonomía y generalizar los cambios que pudieran producir las técnicas aplicadas. De esta forma, las autoexposiciones, las técnicas de relajación, la identificación de pensamientos y la aplicación de la reestructuración cognitiva fueron practicadas en el tiempo entre sesiones de tratamiento. Tras el trasplante afloraron nuevas preocupaciones y fue necesario reforzar en la paciente las estrategias aprendidas durante el tratamiento, para afrontar estos nuevos miedos y apoyarla en el replanteamiento y organización de su nueva vida con las limitaciones y consecuencias que conlleva un trasplante de pulmón. Los resultados evidenciaron reducciones notables en las puntuaciones de ansiedad, depresión y estrés justo antes del trasplante, un incremento de las mismas tras la operación y un nuevo descenso al final del tratamiento. En

relación a las conductas evitadas, después del trasplante, la paciente era capaz de afrontar todas las situaciones sin utilizar conductas de seguridad.

Por otra parte, otros autores han utilizado este mismo enfoque de TCC para el tratamiento de los TA, pero en casos donde el trastorno era desencadenado por factores estresantes diferentes a una enfermedad médica. Por ejemplo, Powell y MaCcone (2004) aplicaron un tratamiento a una joven de 20 años que tras los atentados del 11 de Septiembre desarrolló un TA con ansiedad. El tratamiento de orientación cognitivo-conductual incluyó 8 sesiones, en la primera de las cuales se realizó una intervención en crisis dada la proximidad en el tiempo del evento estresante. El objetivo que se persiguió en las sesiones restantes fue el de incrementar el control de la ira y disminuir los problemas de sueño y, para ello, se utilizaron técnicas como el control cognitivo de los impulsos, reestructuración cognitiva, habilidades de manejo del estrés y entrenamiento en relajación. A los 6 meses tras la finalización del tratamiento la paciente admitió no haber puesto en marcha los recursos y herramientas aprendidas, por lo que se realizaron tres sesiones más de refuerzo de los conceptos aprendidos y se identificaron posibles situaciones estresantes que podían ocurrir. Los resultados que se observaron fueron una disminución de los niveles de malestar emocional y de los problemas en el área interpersonal y social, con un aumento de la satisfacción en la interacción con los demás y en las propias actividades placenteras y el ocio. Aunque a los 6 meses estos valores aumentaron, en el seguimiento al año se mantuvieron los resultados positivos, no manifestándose dificultades al enfrentarse a situaciones estresantes y reduciéndose su sintomatología ansiosa.

Por último, en el estudio de caso realizado por Herrero y Cano (2010) aplicaron una intervención de TCC a una paciente diagnosticada de TA con ansiedad asociado a un cambio de residencia y al paso del Instituto a la Universidad. El tratamiento se estructuró en 12 sesiones de periodicidad semanal y tuvo como objetivo reducir los niveles de ansiedad (en sus tres sistemas de respuesta) ante las situaciones de evaluación e interpersonales que se daban sobre todo en el ámbito académico. En el programa de tratamiento elaborado se dio especial énfasis a la reestructuración cognitiva sobre anticipaciones ansiosas, mediante el entrenamiento en observación de pensamientos y la eliminación del sesgo atencional e interpretativo, así como la modificación de valoraciones de amenaza por interpretaciones de reto o desafío. También se aplicaron técnicas como la solución de problemas, técnicas de

desactivación fisiológica, exposición (en vivo y en imaginación), habilidades sociales y técnicas de estudio. En definitiva, se elaboró un tratamiento con técnicas que permitieron dotar a la paciente de estrategias para percibir e interpretar adecuadamente las situaciones ansiógenas o estresantes y afrontarlas con mayor seguridad y menor activación fisiológica. Los resultados obtenidos evidenciaron un descenso importante de los niveles de ansiedad valorados por el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (*ISRA*; Tobal y Vindel, 2002) en los tres sistemas de respuesta (cognitivo, motor y fisiológico). Las conductas de evitación disminuyeron considerablemente e incluso la mejora se constató al aprobar todos los exámenes. A los 3 y 6 meses de seguimiento se confirmó el mantenimiento de estos resultados.

### **Estudios con un único grupo**

#### *Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento ocular (EMDR)*

Otra modalidad terapéutica que también ha sido aplicada en el caso de pacientes con TA es la desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento ocular (EMDR) creada y desarrollada en 1987 por la Dra. Francine Shapiro. Esta forma de tratamiento consiste en utilizar un tipo de estimulación bilateral dentro de un protocolo especial relacionado con las situaciones traumáticas. Dicho protocolo desencadena la desensibilización y el consecuente reprocesamiento de estas situaciones, produciéndose la desaparición de la sintomatología. Mihelich (2000), utilizando una metodología de series de casos, aplicó el tratamiento de EMDR a 9 pacientes encontrando mejorías significativas en aquellos que presentaban un TA con ansiedad o mixto, pero no en aquellos con estado de ánimo depresivo o en los que presentaban sucesos estresantes que continuaban activos en el momento de la intervención. Esta autora sugiere que la evaluación clínica adecuada de los síntomas y características de personalidad que presenta un paciente puede ser de ayuda a la hora de seleccionar un método de tratamiento efectivo.

#### *Entrenamiento autógeno*

Por su parte, Jojic y Leposavic (2005) utilizaron el Entrenamiento autógeno como componente único, en la terapia aplicada para el tratamiento de los TA con estado de ánimo depresivo. Esta técnica implica la práctica diaria de una serie de visualizaciones que inducen un

estado de relajación a través de la inducción de sensaciones de calor y pesadez en el cuerpo y se ha aplicado como apoyo en el tratamiento de diversas enfermedades, estados de salud y cambios vitales estresantes. Este estudio contó con un único grupo formado por 35 personas adultas, de una edad media aproximada de 39,3 años (DT 1,6), que fueron diagnosticados de TA de acuerdo con la CIE-10 (OMS). El objetivo del trabajo fue investigar la efectividad del entrenamiento autógeno, analizando la influencia de este tratamiento en los indicadores biofísicos y bioquímicos de las personas con TA. Las medidas que utilizaron para evaluar los efectos de la intervención se basaron exclusivamente en indicadores fisiológicos, presión arterial, pulso braquial y concentraciones de colesterol y cortisol, sin contar con ninguna otra medida que evaluara los componentes cognitivo y emocional. Los niveles de todas estas variables disminuyeron tras la intervención y dicha disminución se mantuvo en el seguimiento a los 6 meses. Los autores concluyeron que el entrenamiento autógeno disminuye de forma significativa los valores de los indicadores fisiológicos del TA, el efecto del estrés sobre el individuo y que facilita la adaptación al estrés contribuyendo a la recuperación de los pacientes.

### **Estudios con grupos experimentales**

Por lo que se refiere a las investigaciones realizadas que incluyen al menos 2 grupos experimentales, únicamente se han encontrado 6 estudios que han utilizado las estrategias de intervención que se describen a continuación:

#### *1) "Terapia del espejo" (González-Jaimes y Turnbull-Plaza (2003))*

Otro tipo de intervención que se ha utilizado en el tratamiento de pacientes con TA es la terapia de espejo (González-Jaimes y Turnbull-Plaza, 2003). Estos autores analizaron la eficacia de este tratamiento en 144 pacientes que habían sufrido un infarto de miocardio agudo y cumplían los criterios de un TA con estado de ánimo depresivo, siguiendo una metodología cuasi-experimental. Sin embargo, los criterios de inclusión de este estudio no están claros, ya que el razonamiento para seleccionar los participantes fue que obtuvieran una puntuación  $T > 55$  en la tríada neurótica del MMPI-2, sin especificar ningún otro criterio

diagnóstico. La terapia de espejo aúna 4 tipos diferentes de técnicas: 1) técnicas psicocorporales, que buscan equilibrar la energía psicocorporal y aumentar la conciencia sobre las causas de los síntomas físicos; 2) técnicas cognitivas para aumentar la aceptación y la autoestima; 3) técnicas neurolingüísticas para programar nuevos hábitos como la adherencia al tratamiento y mejorar la comprensión de los procesos mentales subyacentes en las emociones depresivas; y 4) la técnica integrativa a través de un espejo, en la que se le pide al paciente que lleve a cabo diálogos con su propia imagen ante un espejo afrontando la realidad de la sincronía que existe entre el cuerpo y la mente, con la intención de potenciar su propia responsabilidad en relación a su salud y a las conductas de autocuidado que debe llevar a cabo. Según los autores, el principio terapéutico más importante de esta técnica integrativa es que ello implica una auto-confrontación a la enfermedad física y mental con el fin de lograr la auto-conciencia verdadera que activará los impulsos intrínsecos del individuo hacia el auto-crecimiento. La terapia del espejo se comparó con otras tres condiciones bastante dispares: psicoterapia gestalt, consejo médico y un grupo control lista de espera. El protocolo se llevó a cabo a lo largo de 12 sesiones semanales de dos horas de duración cada una y se realizaron 3 evaluaciones (pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento a los 6 meses). Sin embargo, el análisis y la presentación de resultados son confusos. En el pre-test se evidenciaron diferencias significativas entre el grupo de terapia gestalt y el de consejo médico por lo que los autores excluyeron del estudio estos dos grupos con la finalidad de no afectar la validez de la investigación. Sin embargo, en el post-tratamiento compararon el grupo de la terapia del espejo en las variables de depresión y preocupación por la salud con los otros tres grupos, encontrándose diferencias estadísticamente significativas a favor de esta condición de tratamiento. Mientras que en el seguimiento a los 6 meses compararon el grupo control con los otros tres, únicamente para la medida de preocupación de la salud, encontrando diferencias significativas entre éste y los otros 3 grupos experimentales. Las dificultades metodológicas que existen en este trabajo impiden que se puedan obtener conclusiones claras acerca de los resultados.

*2) Enfoque de contingencia temporal + Técnicas de solución de problemas (Van der Klink et al. (2003)*



En este segundo estudio controlado, Van der Klink *et al.* (2003) desarrollaron una nueva intervención basada en los principios de contingencia temporal. El objetivo principal era activar a los pacientes para así desarrollar e implementar estrategias de resolución de problemas para los problemas cotidianos en el trabajo. La lógica subyacente a este tipo de intervención residía en hacer que la actividad de la persona no se vinculara a cómo ésta se encontraba (a su estado de ánimo), sino que su actividad se programase basándose en un esquema temporal estructurado previamente que consiguiese cortar el ciclo de refuerzo negativo que genera la evitación de actividades como consecuencia de los síntomas (*“Sólo puedo empezar a hacer esto o aquello cuando mi fatiga -o cualquier otro síntoma- haya disminuido”*). Todo ello mientras se enfatizaba la adquisición de habilidades de afrontamiento y la recuperación del control. La intervención se basó en un modelo de 3 estadios semejante al entrenamiento en inoculación de estrés. El primer estadio consistió en ofrecer información a los participantes para que entendieran el origen y la causa de la pérdida de control y se les animó a llevar a cabo actividades diarias no demandantes. En el segundo nivel se les pidió a los pacientes la elaboración de un registro de los factores de estrés, así como el desarrollo de estrategias de resolución de problemas para estas causas de estrés. En el tercer y último estadio se pusieron en práctica las estrategias de solución de problemas aprendidas y se aumentaron progresivamente las actividades, incluyendo aquellas más demandantes. La muestra utilizada para llevar a cabo este estudio fueron 192 trabajadores de una gran empresa que había requerido una baja por enfermedad como consecuencia de padecer un TA. Estos participantes fueron asignados al azar a dos grupos: un grupo experimental (N = 109) que recibió el tratamiento basado en la contingencia temporal y un grupo control (N = 83) que recibió la intervención “usual” que se ofrece a este tipo de pacientes. Esta intervención consistió, fundamentalmente, en un asesoramiento empático, psicoeducación acerca del estrés, consejos sobre el estilo de vida y discusión sobre los problemas que el paciente tenía en el trabajo. Los resultados indicaron que los participantes del grupo experimental estuvieron menos tiempo de baja, no encontrándose diferencias en cuanto a la reducción de los síntomas entre ambos grupos.

### *3) Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) (Steinhardt y Dolbier, 2008)*

En el campo de la TCC encontramos una intervención que puede aportar información relevante en cuanto a las estrategias de tratamiento que pueden utilizarse para mejorar la situación clínica de aquellas personas que se enfrentan a una situación estresante, esta fue la diseñada por Steinhardt y Dolbier (2008). El programa de tratamiento desarrollado por estos autores estaba formado por 4 sesiones que tenían el propósito de aumentar la resiliencia, y los factores de protección, así como mejorar las estrategias de afrontamiento y disminuir la sintomatología psicológica y psicosomática en estudiantes universitarios que afrontaban un periodo de elevado estrés académico. Los diferentes componentes de tratamiento que se incluyeron en la intervención fueron: psicoeducación acerca del estrés, la resiliencia y la toma de responsabilidad a la hora de manejar las situaciones estresantes, el *Empowering*, esto es el entrenamiento en la detección y cambio de pensamientos e interpretaciones negativas por otras más positivas y realistas y, por último, se trabajó la creación de vínculos significativos de apoyo social. Se puso a prueba la efectividad de esta intervención en 57 estudiantes que se asignaron al azar a dos condiciones: un grupo experimental y otro grupo que constituyó el control lista de espera. Tras la intervención, los resultados indicaron que el grupo experimental presentaba una mayor resiliencia y unas estrategias de afrontamiento más eficaces que el grupo control. Además, sus puntuaciones fueron superiores en los factores protectores de autoestima, auto-liderazgo y afecto positivo y obtuvieron valores inferiores en relación a la sintomatología, incluyendo los síntomas depresivos, el afecto negativo y el estrés percibido. Sin embargo, este estudio cuenta con algunas limitaciones, ya que, además de tratarse de un estudio piloto, la muestra no la constituyeron pacientes diagnosticados de TA, sino estudiantes que estaban viviendo una época de sus vidas estresante y que fueron recompensados económicamente por su participación en el estudio.

### *4) Entrenamiento en meditación (Srivastava, Talukdar y Lahan, 2011)*

Otra de las variadas técnicas que se han empleado en el tratamiento de los TA es el entrenamiento en meditación. Esta técnica tiene como objetivo reducir o erradicar procesos de pensamiento irrelevantes mediante el desarrollo de la relajación física y mental. Srivastava, Talukdar y Lahan (2011) la utilizaron con el objetivo de explorar cómo generar una vida

positiva y constructiva previene el estrés, y para comprobar su eficacia. Analizaron una muestra de 30 personas con diagnóstico de TA mixto con síntomas de ansiedad y depresión, que se dividieron en dos grupos experimentales: un grupo que utilizó el programa de entrenamiento en meditación y un grupo control. Los participantes en el grupo de meditación recibieron un total de 24 sesiones grupales de 60 min. cada una que consistieron en ejercicios de estiramiento, relajación sistemática del cuerpo y prácticas de respiración y meditación. Estas sesiones eran también prescritas como tareas para casa. Por su parte, el grupo control recibió una sesión semanal de asesoramiento psicológico (también en formato grupal) de unos 30 min. de duración cada una, durante el tiempo en que duró el estudio. Los resultados obtenidos mostraron diferencias significativas en la evaluación pre- post-tratamiento en todas las variables analizadas en el grupo que recibió el entrenamiento en meditación, comparado con el grupo control. Los participantes vieron reducidos sus niveles de ansiedad y depresión, así como la gravedad del trastorno percibida por el clínico. También se vieron incrementados la mejoría global y el funcionamiento diario de los pacientes.

#### *5) Terapia Psicodinámica (Be-Itzhak et al., 2012)*

Ben-Itzhak *et al.* (2012) realizaron un estudio con el fin de examinar si una intervención breve de 12 sesiones (de una duración total de 3 meses) basada en una orientación psicodinámica, era igual de eficaz que esta misma terapia a medio plazo (de una extensión de 1 año de duración). Las técnicas aplicadas en ambos grupos se centraron en la terapia psicodinámica breve de Malan (1976) y otras estrategias diferentes pertenecientes a esta misma corriente (Shedler, 2010). El objetivo de este tipo de terapia era mejorar la perspectiva del paciente en relación a los conflictos que se repetían con frecuencia. Los componentes principales de esta intervención fueron: detección del evento estresante, el estilo de afrontamiento y los mecanismos de defensa, promoción de la expresión de las emociones y la búsqueda de la conexión entre las áreas de evitación y el conflicto, identificación de los temas y patrones recurrentes que reflejan el conflicto central que se encuentra en la base del desencadenante, análisis de la relación entre los patrones recurrentes de pensamiento y los conflictos del pasado y, por último, se exploraron y se discutieron las interpretaciones de las relaciones interpersonales, el curso de la psicoterapia y los beneficios que de ella podía extraer el paciente. La muestra total de la que se dispuso fue de 66 pacientes con diagnóstico de TA, lo cuales fueron asignados al azar a uno de los dos grupos de terapia: breve o medio plazo. La

diferencia principal entre estas dos radicó en las sesiones intermedias, profundizando más en su contenido y siendo de una duración mayor en la terapia a medio plazo. Los análisis realizados mostraron que a los 3 meses de finalización del tratamiento ambos grupos de pacientes mejoraron significativamente, resultado que se mantuvo en el seguimiento a los 9 meses. Estos autores concluyeron que la psicoterapia a largo plazo no resultaba más ventajosa que la misma terapia con un menor periodo de duración.

#### *6) Psicoterapia de Cuerpo-Mente-Espíritu (BMS) (Hsiao et al., 2014)*

En un estudio reciente, Hsiao *et al.* (2014) aplican un tipo de intervención llamada psicoterapia de Cuerpo-Mente-Espíritu (BMS) desarrollada por Chan (2001). Esta intervención se centra en la mejora de la resistencia de los clientes a lidiar con el estrés e incorpora lecturas sobre salud, estrategias emocionales de manejo del estrés, ejercicios de acupuntura y técnicas de respiración y meditación. Las características de este tipo de intervención son: el empoderamiento a la auto-sanación, el crecimiento y la transformación, siendo los pacientes animados a afrontar de forma positiva la sintomatología negativa mediante la interconexión de las emociones, la salud física y el bienestar espiritual. Además, se promueve la aceptación de las experiencias traumáticas, estrategias de perdón, amor propio, compromiso con los demás y la búsqueda de apoyo social. El objetivo de este estudio era examinar los efectos de esta psicoterapia en la reducción de los síntomas depresivos y de ansiedad, la aparición de ideación suicida y los patrones diurnos de cortisol en pacientes con TA con estado de ánimo deprimido. La muestra se compuso por 71 personas que fueron asignadas al azar a dos grupos: BMS (N=34) y un grupo control (N=37). En la condición BMS, la intervención fue administrada en formato grupal y se realizaron 8 sesiones semanales, mientras que en el grupo control se realizó una sesión individual en la que se proporcionó información y asesoramiento sobre los problemas emocionales, el manejo del estrés emocional, el ejercicio y la higiene del sueño. En los dos grupos se ofreció apoyo telefónico para las posibles intervenciones en crisis suicidas. Los resultados mostraron que los niveles de ansiedad y depresión disminuyeron durante los seguimientos a los 14 meses realizados en ambas condiciones experimentales. Sin embargo, los participantes en el grupo de BMS fueron menos propensos a presentar ideación suicida que los participantes en el grupo control. No obstante, convendría señalar aquí que el tiempo de tratamiento recibido fue menor en el grupo control.

La revisión realizada de los estudios publicados sobre el tratamiento de los TA confirma la situación planteada a lo largo de este trabajo, a saber, que los TA han sido muy escasamente atendidos por la comunidad científica, especialmente en el campo de su tratamiento. Dicha revisión muestra que, en su mayoría, se trata de estudios circunstanciales con importantes deficiencias metodológicas: algunos consisten únicamente en un estudio de caso aislado (p.ej., Barraza, 2004), otros utilizan técnicas que no cuentan con un adecuado apoyo empírico (p.ej., la EMDR o la BMS), y algunos no cuentan con descripciones adecuadas de la muestra y/o no utilizan grupos control, o estos son inadecuados (p.ej., González-Jaimes y Turnbull-Plaza, 2003; Itzhak *et al.*, 2012; Srivastava, *et al.*, 2011;). Por último, otros estudios se concentran en un objetivo muy restrictivo, como es limitar la duración de las bajas médicas (Van der Klink, *et al.*, 2003), o su propuesta de intervención se limita solamente al consejo y discusión de posibles estrategias de solución de problemas (Sterinhardt y Dolbier, 2008).

En la Tabla 8 se presenta un resumen de todos los estudios controlados encontrados en la literatura, que abordan el tratamiento psicológico de los TA de manera tradicional, esto es, sin incluir herramientas basadas en las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs). Más adelante, se comentarán los trabajos existentes que abordan este problema haciendo uso de TICs como la Realidad Virtual (RV) o Internet.

Tabla 8 - Estudios controlados sobre tratamientos psicológicos para los TA

| Estudios                                       | Criterios de inclusión   | Grupos experimentales   | Medidas utilizadas  | Resultados   |
|--|--|---|---|--|
| González-Jaimes y Turnbull-Plaza (2003)        | Estudios mínimos<br>Diagnóstico de infarto agudo de miocardio<br>X > 55 en la triada depresiva neurótica (MMPI)                            | GP= Gestalt (N=36)<br>MP=Terapia del espejo (N=36)<br>MC= Consejo médico(N=36)<br>CG= Grupo control (N=36)<br><br>Total= 144                        | Test Depresivo Descriptivo ( <i>DDT</i> ) (Zung Test)<br>Escalas DEP (depresión) y HEA (preocupaciones salud) del MMPI-2  | MP= Tratamiento eficaz en la disminución de la sintomatología a corto plazo. Diferencias significativas entre el grupo MP y los grupos restantes en el post-tratamiento.<br>Seg 6 meses: Disminución preocupación por la salud en todos los grupos, excepto CG. Diferencias significativas entre CG y los grupos restantes en esta variable. |
| Van der Klink, Blonk, Schene y van Dijk (2003) | Primera baja laboral<br>Criterios DSM-IV para TA<br>Factor estresante reciente (< 3 meses) y cumplir al menos 8 síntomas principales de TA | IA= Intervención activa.<br>Enfoque de contingencia temporal + Técnicas de solución de problemas(N= 109)<br>GC= Grupo control (N=83)<br>Total = 192 | Cuestionario cuatro-dimensiones de síntomas ( <i>4DSQ</i> )<br>Listado de síntomas-90 ítems ( <i>SCL-90</i> )<br>Escala de Maestría<br>Absentismo   | IA= Tasa de regreso al trabajo significativamente mayor ( tiempo de regreso al trabajo y duración de la baja + corto)<br>IA y GC obtuvieron mejoras significativas en todas las variables a los 3 meses y se mantuvieron a los 12 meses. No diferencias significativas entre grupos.   |
| Steinhardt y Dolbier (2008)                    | Estudiantes universitarios<br>Participantes voluntarios  | GP: Grupo experimental de TCC (N= 30)<br>CL: Grupo control-LE (N= 27)<br><br>Total: 57  | Escala disposicional de Resiliencia (DRS)<br>Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)<br>Escala de Estrategias de afrontamiento ( BriefCope)<br>Test de Orientación vital (LOT-R) | GP: Mayor resiliencia y más estrategias de afrontamiento efectivas después de la intervención que el grupo CL<br>Además GP obtuvo puntuaciones más altas en autoestima, auto-liderazgo y afecto positivo, y más bajas en la sintomatología depresiva, afecto negativo y estrés percibido,  |

Marco teórico

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS)</p> <p>Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)</p> <p>Escala de Auto-liderazgo (SLS)</p> <p>Índice de Depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D)</p> <p>Escala de Estrés Percibido (PSS)</p> <p>Listado de Síntomas</p> | <p>que el grupo CL en el post-tratamiento.</p>   |
| <p>Itzhak <i>et al.</i>,<br/>(2012)</p>            | <p>Edad 20-65 años</p> <p>Lengua hebrea</p> <p>Criterios diagnóstico TA ( SCID-IV)</p>   | <p>GPB= Grupo psicodinámica breve (12 sesiones, 3 meses; N= 48)</p> <p>GPI= Grupo psicodinámica intermedia (48 sesiones, 1 año; N=43)</p> <p>Total= 91</p> | <p>Inventario de Salud Mental (MHI)</p> <p>Listado de síntomas revisado -90 ítems (SCL-90-R)</p> <p>Índice de gravedad global (GSI)</p> <p>Índice síntomas de malestar positivos (PSDI)</p> <p>Escala global valorada por el terapeuta (CGS)</p>                                       | <p>GPB y GPI mostraron mejoras significativas de la sintomatología a los 3 meses que se mantuvieron hasta el seguimiento 9 meses. Ninguna mejora observada en los pacientes que recibieron la terapia de larga duración comparado con la de corta duración</p> |
| <p>Srivastava,<br/>Talukdar y<br/>Lahan (2011)</p> | <p>Diagnóstico TA con síntomas de ansiedad y depresión (SCID)</p> <p>Deseo de participar en un programa de formación en meditación</p> | <p>GM= Grupo meditación (N=15)</p> <p>GC= Grupo control (N=15)</p> <p>Total= 30</p>  | <p>Escala de Impresión de la gravedad Clínica Global (CGI-S)</p> <p>Escala de Impresión de Mejora Clínica Global (CGII)</p> <p>Evaluación Global de Funcionamiento (GAF)</p> <p>Inventario de depresión de Beck (BDI)</p> <p>Inventario de ansiedad de Beck (BAI)</p>                  | <p>GM: Diferencias significativas pre- post-tratamiento en todas las variables clínicas evaluadas</p> <p>Se produjo una mejoría en todas las medidas en ambos grupos, pero cambios más significativos en GM</p>  |

|  |  |   |  |   |
|--|--|---|--|---|
| <p>Hsiao <i>et al.</i>,<br/>(2014)</p> | <p>Edad 18-65 años<br/>Cumplir criterios diagnósticos de TA según la Mini <i>International Neuropsychiatric Interview</i> (M.I.N.I.)</p> | <p>BMS= Psicoterapia BMS (N= 34)<br/>CG= Grupo control (N=37)<br/>Total= 71</p> | <p>Inventario de depresión de Beck (<i>BDI-II</i>)<br/>Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (<i>STAI</i>)<br/>Ideación suicida (ítem BDI)</p> | <p>Reducciones de las puntuaciones en el BDI-II y los síntomas de ansiedad a los 14 meses en ambos grupos<br/>No diferencias significativas entre grupos<br/>Ideación suicida se redujo en mayor medida en el grupo BMS</p> |
|--|--|---|--|---|



## 1.6.2 Tratamientos psicofarmacológicos

En relación al abordaje farmacológico, los ensayos controlados en pacientes con TA son sumamente escasos y, de nuevo, hallamos que únicamente se cuenta con algunas pautas generales en cuanto a su utilización. Esto es debido a que la psicobiología de los TA ha despertado muy poco interés entre los investigadores, por lo que la fundamentación biológica de este trastorno sigue sin estar clara. Además, los clínicos en general tienden a tratar los síntomas predominantes independientemente del tratamiento de la psicobiología subyacente del trastorno (Casey *et al.*, 2013). Por ello, la opción de tratamiento a nivel farmacológico que más se ha utilizado es la de paliar los síntomas o manifestaciones de este trastorno, como pueden ser los síntomas de ansiedad o el insomnio y, para ello, el tratamiento con benzodiazepinas es frecuente (Casey 2009). Los antidepresivos con propiedades sedativas y dirigidas a este tipo de síntomas también podrían jugar un papel importante, sobre todo cuando las benzodiazepinas están contraindicadas, o existe historia de dependencia de sustancias (Uhlenhuth *et al.*, 1995). Sin embargo, existen muy pocos estudios al respecto, por lo que la eficacia de este tipo de tratamientos todavía no se encuentra bien establecida.

A continuación detallaremos (sin pretender ser exhaustivos) los escasos trabajos existentes en la literatura que abordan el tratamiento de TA desde este punto de vista.

### *1.6.2.1. Estudios que comparan intervenciones psicológicas y farmacológicas*

Hasta el momento, que sepamos, el estudio de Leo (1989) es el único trabajo encontrado en la literatura que compara la intervención farmacológica con la psicológica. En este estudio se asignaron 70 pacientes diagnosticados de TA a cuatro condiciones de tratamiento: psicoterapia de apoyo (con orientación psicoanalítica), viloxazine (un antidepresivo), lormetazepam (una benzodiazepina) y S-adenosylmethionine (un substrato asociado a las transferencias de grupos metilo con propiedades antidepresivas). Un quinto grupo compuesto por 15 participantes se utilizó como control y recibió un placebo administrado por vía oral. El ensayo duró 4 semanas. Los resultados indicaron que ningún tratamiento fue superior a los demás en las puntuaciones obtenidas en la Escala de Depresión

Autoaplicada de Zung, y que todos produjeron una mejora significativa. Sin embargo, los grupos que recibieron el S-adenosylmethionine y la psicoterapia de apoyo obtuvieron las puntuaciones medias más elevadas.

#### 1.6.2.2. Estudios de eficacia entre diferentes fármacos

Otros estudios se han centrado en comparar la eficacia de diferentes fármacos en el tratamiento de los TA. Por ejemplo, en el caso del TA mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, Ansseau *et al.* (1996) llevaron a cabo un estudio doble ciego en el que compararon los efectos de la tianeptina (un compuesto psicotrópico con propiedades antidepresivas y ansiolíticas) con dos fármacos de referencia: la mianserina (un antidepresivo) y el alprazolam (un ansiolítico). El estudio se llevó a cabo con una muestra de 152 pacientes durante un periodo de 6 semanas. Los resultados indicaron que los 3 fármacos fueron eficaces y que no hubo diferencias entre ellos ni en relación a la mejoría de los síntomas depresivos (medidos mediante la Escala de depresión de Montgomery y Asberg, MADRS) ni de los síntomas ansiosos (medidos mediante la Escala de Ansiedad de Hamilton). Estos autores concluyeron que la tianeptina podría ser el tratamiento de elección para los TA, dado que también había demostrado su eficacia en modelos animales a la hora de reducir la respuesta de estrés del eje del hipotálamo-hipofisario-adrenal (Delbende *et al.*, 1991).

Por otra parte, Razavi, Kormoss, Collard, Farvacques y Del Vaux (1999) y DeWit *et al.* (1999) compararon en dos estudios piloto la eficacia de la trazodona (un antidepresivo con efecto ansiolítico e hipnótico) versus el clorazepato (una benzodiazepina). La muestra del primer estudio la componían 18 pacientes que estaban siguiendo un tratamiento para el cáncer de mama y que presentaban un diagnóstico de TA. La muestra del segundo estudio estaba compuesta por 21 individuos seropositivos con un diagnóstico de TA mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Ambos estudios utilizaron para la evaluación la Escala de Depresión y ansiedad Hospitalaria (HADS), la Escala de Síntomas Revisada, el Cuestionario de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento de la Calidad de Vida en el Cáncer y un criterio para recoger la Impresión Clínica Global. Las tasas de respuesta positiva al tratamiento fueron del 91% para la trazodona y del 57% para el clorazepato en el estudio de Razavi *et al.* (1999) y del 80% y el 64%, respectivamente, en el estudio de De Wit *et al.* (1999).

La evaluación clínica de las diferentes escalas sugiere cierto beneficio a favor de la trazodona, aunque éste no fue significativo. Por lo que, ante la constatación de que ambos tratamientos presentaron una seguridad similar, en ambos estudios se sugiere que la trazodona puede ser una buena alternativa al clorazepato en el tratamiento de los TA en estos pacientes, pues ésta se encuentra desprovista de riesgo de abuso y dependencia.

En otro trabajo Nguyen *et al.* (2006) realizaron un estudio doble ciego en el que compararon la eficacia de la etifoxina (una droga ansiolítica no benzodiazepínica) con el lorazepam (una benzodiazepina) en el tratamiento de 191 pacientes diagnosticados de TA con ansiedad en los servicios de atención primaria. La eficacia de ambos tratamientos fue evaluada a los 7 y a los 28 días utilizando la HADS. Los resultados mostraron que ambas drogas habían sido equivalentes en sus efectos ansiolíticos, pero que un mayor número de pacientes tratados con la etifoxina habían mejorado notablemente sin haber experimentado efectos secundarios. Además, una semana después de haber finalizado los tratamientos, los pacientes que habían tomado la etifoxina presentaron un menor efecto rebote de la ansiedad comparados con los pacientes que habían tomado el lorazepam.

Por último, en esta misma línea, Stein (2015) ha llevado a cabo recientemente un estudio controlado aleatorizado en el que comparó la eficacia y la seguridad de los dos fármacos utilizados en el estudio anterior: la etifoxina y el alprazolam. La muestra estuvo compuesta por 177 personas diagnosticadas de TA con ansiedad que fueron asignadas aleatoriamente a estas dos condiciones experimentales. La eficacia de ambos tratamientos fue evaluada a los 7 días, tras finalizar el tratamiento (día 28), y a la semana después de su interrupción (día 35), mediante la escala de evaluación de la ansiedad de Hamilton (*HAM-A; Hamilton Anxiety Rating Scale*). Las puntuaciones en esta escala disminuyeron en ambos grupos experimentales (con una pequeña diferencia de 1,78 puntos a favor de alprazolam). Sin embargo, después de la interrupción del tratamiento, estas puntuaciones mejoraron en el grupo etifoxina y aumentaron en el grupo alprazolam, alcanzando dicha diferencia significación estadística. Por lo que respecta a los efectos adversos de dichas sustancias, se detectaron problemas en el sistema nervioso central en algunos de los pacientes que habían recibido el tratamiento con alprazolam. Los autores concluyen que la etifoxina puede ser un fármaco prometedor en el tratamiento de los TA con ansiedad que cuenta con la ventaja de responder como un ansiolítico y no estar asociado con la dependencia y efectos adversos secundarios.

En relación a la eficacia de los fármacos antidepresivos en pacientes con TA y siguiendo una línea de estudio diferente, Hameed, Schwartz, Malhotra, West y Bertone (2005) realizaron un estudio retrospectivo en el que estudiaron la respuesta de pacientes con depresión mayor (n = 63) y con TA (n = 33) ante un protocolo de tratamiento sistemático con antidepresivos ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina). Para ello utilizaron las medidas recogidas en los informes de los casos relacionadas con los síntomas del DSM-IV, las puntuaciones de la escala de calificación de la depresión PHQ-9 y los informes sobre la discapacidad funcional de los pacientes. Los resultados indicaron que la respuesta clínica de los pacientes con depresión y la de los pacientes con TA no presentó diferencias en relación a ninguno de los antidepresivos utilizados. Sin embargo, los pacientes con TA tuvieron dos veces mayor probabilidad de responder de forma positiva al tratamiento convencional con antidepresivos que los pacientes con depresión mayor. La conclusión a la que llegaron los autores fue que los antidepresivos son efectivos en el tratamiento de la depresión en atención primaria y que pueden ser un tratamiento eficaz y efectivo en el caso de los TA con estado de ánimo depresivo. Sin embargo, estos datos deben valorarse cuidadosamente pues se trata de un estudio retrospectivo, con una muestra de pacientes reducida.

### *1.6.2.3. Estudios de eficacia de extractos naturales*

Dentro del campo de investigación de los efectos de diferentes extractos naturales en el tratamiento de pacientes que sufren ansiedad (entre los cuales se encuentran pacientes con TA), se han encontrado otros tres estudios. En el primero de ellos, Volz y Kiesser (1997) asignaron aleatoriamente 101 pacientes ambulatorios que cursaban con ansiedad de origen no psicótico (agorafobia, fobia específica, ansiedad generalizada y TA con ansiedad) durante 25 semanas a dos condiciones: placebo y tratamiento con el WS 1490 (un extracto especial del kava-kava). Los resultados mostraron una superioridad significativa en la reducción de los síntomas de ansiedad (medidos con la HADS y el Autoinforme de Inventario de Síntomas de 90 Ítems revisado) y en las puntuaciones de la Escala de la Impresión Clínica Global en el grupo tratado con WS 1490, desde la octava semana. Estos resultados, junto a la constatación de que los sucesos adversos fueron escasos e igualmente distribuidos en los dos grupos, dio apoyo a la propuesta de que el WS 1490 puede ser un tratamiento alternativo para los trastornos de ansiedad, con una eficacia comprobada a largo plazo y ninguno de los problemas de tolerancia

asociados a los antidepresivos tricíclicos y las benzodiazepinas. Sin embargo, muchos países europeos han prohibido la venta de los extractos del Kava-Kava, tras informarse un total de 83 casos de reacciones hepáticas adversas entre 1990 y 2001, principalmente en Alemania (Carta *et al.*, 2009).

En el segundo estudio, Bourin, Bougerol, Guitton y Broutin (1997) analizaron la eficacia del Euphytose (EUP), una combinación de seis extractos, 4 con efectos sedativos moderados (Crataegus, Balliota, Pasiflora y Valeriana) y dos con efectos estimulantes moderados (Cola y Paullinia), frecuentemente utilizada en Francia por sus propiedades ansiolíticas para el tratamiento de los TA con ansiedad. Para ello utilizaron una muestra de 182 pacientes asignados al azar a dos condiciones: un grupo placebo y un grupo de tratamiento durante 28 días. Las evaluaciones llevadas a cabo mediante la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAMA) evidenciaron diferencias significativas entre los dos grupos a partir del séptimo día. El 57% de los pacientes del grupo del EUP experimentaron una reducción significativa de la ansiedad, en comparación con el 38% de los del grupo placebo. Por otra parte, el tratamiento pudo considerarse un éxito en el 43% de los pacientes del grupo EUP y en el 25% del grupo placebo. En cuanto a los efectos adversos, se informaron de 4 casos en el grupo EUP y 8 en el placebo, Por último, teniendo en cuenta estos datos los autores concluyeron que el EUP era más eficaz que el placebo, además de ser bien tolerado por los pacientes diagnosticados de TA.

En el último de estos estudios, Woelk, Arnoldo, Kieser y Hoerr (2007) pusieron a prueba el extracto especial EGb 716 del Ginkgo biloba en el tratamiento de pacientes que cumplían criterios o para un trastorno de ansiedad generalizada (n = 82) o para un TA con síntomas de ansiedad (n = 25). El EGb 716 es un fármaco utilizado contra la demencia que mejora el funcionamiento cognitivo y estabiliza el humor en ancianos cognitivamente discapacitados. Además, alivia también los síntomas de ansiedad en personas que sufren deterioro mental. Al parecer el fármaco actúa sobre la regulación de la actividad del eje hipotálamo-pituitario-adrenocortical. Estas propiedades motivaron al grupo de Woelk *et al.* (2007) a probar la eficacia de este fármaco en gente más joven que sufría ansiedad. El estudio consistió en un ensayo doble ciego en el que se utilizaron dos grupos de tratamiento (uno con dosis baja y otro con dosis alta) y un grupo placebo. Los resultados indicaron que el EGb 761 presentaba un efecto ansiolítico específico dosis-dependiente que excedía de forma significativa el efecto placebo comúnmente visto en los ensayos con drogas psicoactivas. Por otro lado, aunque sus efectos no se producían de forma tan rápida como en el caso de las

benzodiazepinas, a las 4 semanas la mejoría obtenida era equivalente. Junto a estos resultados, parece que el EGb 761, además, mejora la capacidad de alerta y tiene efectos activadores sobre la cognición sin provocar dependencia, por lo que puede ser muy útil en el tratamiento de personas jóvenes laboralmente activas.

Como hemos visto, la investigación llevada a cabo en relación a la aplicación y utilidad de los tratamientos farmacológicos en pacientes con TA es muy escasa y, además, ha estado muy diversificada abordando aspectos diferentes de un trastorno ya de por sí heterogéneo y controvertido. De los estudios encontrados, sólo uno compara el abordaje psicológico con el farmacológico y únicamente informa sobre una medida de depresión (De Leo, 1989), otros cuentan con importantes limitaciones metodológicas como la ausencia de grupo control o criterios de inclusión demasiado vagos y heterogéneos (Ansseau *et al.*, 1996; De Wit *et al.*, 1999; Razavi *et al.*, 1999; Stein, 2015; Woelk *et al.*, 2007), en algunos se produjo un efecto rebote tras la retirada del fármaco o aparecieron efectos adversos (Bourin *et al.*, 1997; Nguyen *et al.*, 2006; Volz y Kiesser, 1997) y, el trabajo restante, se trata de un estudio retrospectivo (Hameed *et al.*, 2005). Por otra parte, los resultados obtenidos parecen indicar efectos positivos en la disminución de los síntomas pero no muestran diferencias entre los diferentes abordajes terapéuticos. Por último, cabe señalar que incluso se ha constatado que la administración de fármacos psicotrópicos puede ser un factor negativo en la recuperación funcional de algunos pacientes (Lander, Friche y Knudsen, 2006).

En resumen, el estado actual del abordaje terapéutico de los TA es bastante desalentador. El trastorno no está recogido por los grandes manuales que presentan guías sobre los tratamientos basados en la evidencia (Nathan y Gorman, 2015) y no permiten ir más allá de las recomendaciones generales que indican la prescripción de psicofármacos solo en aquellos casos en los que los síntomas sean lo suficientemente graves como para aconsejarlo, prescritos por periodos breves de tiempo y en combinación con un abordaje psicoterapéutico de base que tampoco está claro. En general, la calidad de los estudios al respecto es pobre y no hay conclusiones en las que se pueda apreciar el grado de eficacia de estas intervenciones para el abordaje de los TA (Casey 2014).

## 2. LA INCLUSIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TICS) EN LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Hace ya 20 años que la *American Psychological Association* (APA) se planteó promover la aplicación y difusión de las técnicas de tratamiento psicológico que contaran con respaldo empírico, lo que se denominó el movimiento de los Tratamientos Empíricamente Validados o Tratamientos Psicológicos Basados en la Evidencia (TPBE). Desde entonces, han aparecido un número cada vez mayor de TPBE para diferentes trastornos psicológicos, siendo la aproximación cognitivo-comportamental la orientación psicológica mayormente representada (Chambles *et al.*, 1996, 1998; Hollon y Poniah, 2010; Nathan y Gorman, 2007). En 1995, la APA establecía, además, en su guía clínica una distinción clara entre dos ejes, el de la “eficacia” de una intervención y el de su “efectividad” o utilidad clínica. Desde entonces, se plantea cada vez con más fuerza la necesidad no solo de contar con tratamientos eficaces, sino también eficientes, incluyendo dentro de este segundo aspecto cuestiones tan relevantes como el rango de aplicabilidad de un tratamiento, la capacidad y disponibilidad de profesionales cualificados, el grado en que los pacientes aceptan el tratamiento o la relación coste-beneficio (Baños, Guillen, García-Palacios, Quero y Botella, 2011). Como ya se ha comentado anteriormente, en la actualidad no se cuenta con TPBE para los TA, por lo que llegar a ofrecer un tratamiento que haya probado su eficacia, además de su eficiencia, siguen siendo tareas pendientes.

Relacionado con el segundo eje de la efectividad, otro de los aspectos que se ha planteado es la necesidad de cambiar la forma en que se aplican los tratamientos psicológicos. En el trabajo de Kazdin y Blase (2011) se propone “reiniciar” (“*rebooting*”) la investigación y la práctica de la psicoterapia para reducir la carga de las enfermedades mentales. En opinión de estos autores, es necesario un cambio de perspectiva radical, un enfoque que vaya más allá de la terapia individual uno a uno (*one-to-one psychotherapy*). Se plantea pues cómo ofrecer el tratamiento más eficaz, sin encarecer en exceso los costes y sin disminuir la eficacia de la intervención. Se trata de analizar otros marcos de tratamiento alternativos a los tradicionales que, sin alterar lo esencial de la relación paciente-clínico, supongan un modo de interacción distinto a los de la terapia tradicional cara a cara. Para ello se propone, entre otros modos de

acción, la inclusión de las TICs en los programas de tratamiento psicológicos (Kazdin y Blase, 2011). Las TICs han demostrado tener un enorme potencial, lo que puede implicar el logro de mejoras en los TPBE ya existentes, sobre todo en lo que se refiere a este eje de la efectividad o utilidad clínica (Botella *et al.*, 2009).

Las tecnologías utilizadas para la aplicación de los tratamientos psicológicos incluyen, fundamentalmente, la simulación mediante RV, la realidad aumentada, el uso de Internet, la inteligencia ambiental, la computación persuasiva y la computación ubicua o el uso de dispositivos móviles. A continuación vamos a resumir algunas de las aportaciones más relevantes existentes hasta la fecha en relación al uso de la RV e Internet en la aplicación de los tratamientos psicológicos ya que ambas herramientas tecnológicas se incluyen en el tratamiento psicológico que se pone a prueba en el presente proyecto para los TA. Se revisará el concepto, las ventajas y limitaciones de su uso, así como los datos de eficacia disponibles de su utilización en los tratamientos psicológicos, haciendo especial hincapié en el caso concreto del tratamiento de los trastornos relacionados con el trauma y el estrés.

## **2.1 EL USO DE LA REALIDAD VIRTUAL PARA LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS**

### **2.1.1 Definición de la Realidad Virtual**

La RV ha recibido mucha atención por parte de los investigadores en las últimas dos décadas y cuenta con numerosas aplicaciones en muy diversos campos como la ingeniería, la medicina, la rehabilitación, el entretenimiento, el entrenamiento de habilidades o la educación y, por supuesto, en el campo de las intervenciones psicológicas (Anderson, Jacobs y Rothbaum, 2004; Botella *et al.*, 2004; Botella *et al.*, 2007; Eichenberg y Wolters, 2012; Riva, 2005; Sharples, Cobb, Moody y Wilson, 2008).

Específicamente, la RV es una tecnología que permite generar digitalmente un entorno tridimensional que posee muchas de las características del mundo físico y que ofrece un marco en el que el usuario puede situarse y vivir diferentes experiencias. Se trata de un mundo



alternativo en el que la persona puede sentirse presente y con el que le es posible interactuar intuitivamente y en “tiempo real” abandonando la postura de mero observador para convertirse en partícipe de la realidad que se está experimentando (Botella *et al.*, 2007, Liaño, 2006; Meehan, Insko, Whitton y Brooks, 2002). La lógica de los sistemas de RV radica principalmente en el supuesto de que mientras la persona está recibiendo los estímulos generados por el ordenador deja de percibir la información del ambiente real en el que se encuentra. Con ello se persigue que el usuario tenga la sensación de estar presente y participar de la experiencia generada por el entorno virtual, lo que se ha denominado *sentido de presencia* (Minsky, 1980). Otro factor para hacer única una experiencia virtual es lo que se ha denominado *juicio de realidad* que se refiere al grado en el que la persona participa de la ilusión de que el entorno virtual constituye la realidad (Baños *et al.*, 1999).

En este sentido, la capacidad que tiene la RV de hacer sentir y percibir un entorno como real, junto con la posibilidad que ofrece de controlar todo lo que ocurre dentro de esta realidad ficticia, es lo que la hace tan atractiva para su uso en Psicología Clínica. Se abre la posibilidad a nivel psicológico de utilizar los contextos virtuales como herramientas terapéuticas que ayudan a la persona a tomar conciencia, experimentar y modificar aquellas conductas, pensamientos y emociones que son desajustadas. Todo ello, dentro de un ambiente seguro en el que cada uno puede llevar a cabo su proceso de cambio de forma gradual y ajustada a sus necesidades y características particulares (Botella *et al.*, 2006; Botella *et al.*, 2007).

Actualmente contamos con distintos sistemas capaces de generar ambientes de RV que se podrían clasificar en dos grandes categorías:

- Los sistemas de sobremesa: Tienen como objetivo conseguir que el usuario tenga la sensación de encontrarse dentro del entorno generado por el ordenador. Para ello se cuenta con un equipo que incluye dispositivos capaces de estimular el mayor número de sentidos posibles de la persona, siendo imprescindible el uso de un casco de visualización estereoscópica o HMD (Head Mounted Display) y unos auriculares que permiten escuchar estímulos auditivos. Este casco cuenta con dos pequeñas pantallas situadas frente a los ojos que muestran los gráficos generados por el ordenador operado por el terapeuta (ver Figura 5)



Figura 5- Usuario utilizando un HMD

- *Los sistemas proyectivos:* En este tipo de sistemas la sensación de inmersión se genera mediante la proyección de imágenes del mundo virtual en las paredes de un espacio cerrado (o cabina) dentro del cual se encuentra el usuario. Para crear la sensación de presencia se utilizan gafas de visión estereoscópica, a las que se les puede acoplar un rastreador mecánico de la posición de la cabeza (*tracker*). De esta forma, el usuario controla sus movimientos en el entorno inmaterial y, en algunos casos, puede también interactuar con los objetos que encuentra en él mediante el uso de una interfaz adecuada. Los sistemas de este tipo más significativos son el CAVE (o cueva) y la DOME (ver Figura 6).



Figura 6- Sistema CAVE y DOME

Por otra parte, existen sistemas menos complejos que ofrecen imágenes tridimensionales no envolventes sobre una única pantalla. Estas plataformas se situarían a

medio camino entre los sistemas proyectivos tipo CAVE y los equipos de sobremesa. El sistema virtual utilizado en el presente trabajo correspondería a esta categoría (ver Figura 7)



Figura 7- Sistema de RV no envolvente sobre una única pantalla.

Tras la revisión del concepto y la descripción general de los distintos dispositivos de RV existentes en la actualidad, se van a comentar brevemente las ventajas y las limitaciones o dificultades que nos podemos encontrar a la hora de utilizar la RV en el ámbito de la Psicología clínica.

### **2.1.2 Ventajas y desventajas de la RV aplicada a los tratamientos psicológicos**

A continuación se presentarán las principales ventajas que diversos autores han señalado en relación a la utilización de la RV en el ámbito de los tratamientos psicológicos (Anderson *et al.*, 2004; Andreu-Mateu, 2011; Baños *et al.*, 2011; Botella *et al.*, 2004; Botella, García-Palacios, Baños y Quero, 2009; Botella, García-Palacios, Baños, Quero, 2007; Quero *et al.*, 2012; Riva, 2005).

1) *La RV proporciona un lugar sin peligros ni imprevistos.* La RV proporciona un ambiente seguro y protegido en el que se pueden llevar a cabo acciones como si fueran reales, pero sin las consecuencias o imprevistos propios de nuestra realidad cotidiana. El tratamiento con RV puede interrumpirse en cualquier momento sin el peligro de verse atrapado en un

ascensor, un avión o cualquier otra situación en vivo que conllevara experiencias excesivamente difíciles para el paciente. La propia “virtualidad” de la situación es precisamente lo que hace que los pacientes se sientan seguros y puedan actuar, experimentar y explorar el escenario temido “como si” fuera real en un entorno que les garantiza que nada va a ir mal. Ello hace que la RV sea ideal para trabajar con personas que temen actuar o enfrentarse a determinadas situaciones o ambientes o que no saben cómo hacerlo. Como consecuencia, los pacientes pueden estar más dispuestos a exponerse y a explorar nuevas posibilidades de cambio con lo que su evolución y mejora en terapia pueden verse reforzadas, al tiempo que adquieren y practican aquellos aprendizajes y destrezas que necesitan.

- 2) *Permite tener un mayor control sobre los diferentes elementos y sobre la dificultad de la experiencia que se afronta.* La RV ofrece un alto grado de control sobre todo lo que ocurre en la situación vivida por la persona en el mundo virtual. Por ejemplo, si un paciente teme quedarse atrapado en un ascensor o sufrir turbulencias y mal tiempo durante un vuelo, le podemos asegurar que estas amenazas no se van a producir hasta que esté preparado para hacerles frente y, de hecho, acepte que ocurran en el mundo virtual. Lo mismo puede decirse de los numerosos elementos que están presentes en la situación que pueden hacer que esta sea más o menos amenazadora. Esto permite variar las condiciones de la “realidad creada” en función de las necesidades de cada persona, creando una jerarquía de exposición personalizada con el objetivo de exponer al paciente de forma gradual a aquello que le resulta difícil o considera imposible de superar. El usuario afronta la situación o contexto temido a su propio ritmo de forma controlada y decidiendo qué acciones va a llevar a cabo y hasta dónde quiere llegar o arriesgarse en cada momento.
  
- 3) *Evita inconvenientes que la vida real puede imponer a la terapia.* Ya no se tiene que “esperar” a que los acontecimientos se produzcan. Por ejemplo, no hace falta esperar a que lleguen las vacaciones para poder coger un avión y afrontar el miedo a volar. Evita tener que depender de las posibilidades horarias de otras personas. Por ejemplo, para una persona con fobia social un sistema de RV puede construir diferentes situaciones sociales y permitirle enfrentarse a ellas tantas veces como dicha persona lo requiera. Además, elimina las necesidades y los problemas que los organismos vivos pueden presentar: las personas pueden aburrirse, los animales pueden reaccionar de formas inesperadas, etc.

- 4) *Ofrece a la persona un lugar en el que “estar” y vivir experiencias como si fueran reales y le proporciona una nueva visión sobre sí misma y las situaciones que le rodean.* La persona ya no depende de su capacidad de imaginar para poder crear un contexto que le permita enfrentarse y comprender aquello que teme y que le está provocando malestar en su vida. El situarse en una “realidad virtual” le permite distanciarse de la situación y de sí mismo, adquirir otras perspectivas, actuar bajo diferentes roles y experimentar otras posibilidades. Además, los mundos virtuales nos permiten acceder a más información tanto acerca de nosotros mismos como sobre el mundo. En estos contextos protegidos las personas pueden explorar libremente, experimentar, sentir, vivir, revivir sentimientos y/o pensamientos ya sean actuales o pasados. Asumir esta nueva perspectiva proporciona una enorme sensación de libertad, ya que es posible ser consciente de cómo es el mundo y el propio *self* y trabajar por construir una nueva realidad. De esta forma, se facilita el cambio de estructuras y la ampliación y flexibilización de sus creencias sobre el mundo y sobre uno mismo.
- 5) *Proporciona una fuente de información importante acerca de la eficacia personal, constituyendo un recurso importante para aumentarla.* La RV posibilita estructurar “aventuras virtuales” en las que la persona se experimenta a sí misma como competente y eficaz. Esta herramienta es lo suficientemente flexible como para permitir el diseño de diferentes escenarios con el objetivo de proporcionar oportunidades para practicar y aumentar la competencia y eficacia personal. En la RV se puede ensayar y experimentar sin temor al fracaso, pues nada de lo que ocurra tiene consecuencias en la vida real. Se puede ajustar la dificultad a las posibilidades y recursos del momento, se pueden repetir las acciones tantas veces como sea necesario, aprendiendo de sus reacciones y perfeccionando nuevas habilidades hasta que la persona se sienta capaz de hacerlo de forma adecuada. Además, se pueden ensayar las habilidades adquiridas en diversos contextos sin limitaciones de tiempo ni espacio. Todo ello contribuye a afianzar los nuevos recursos adquiridos, a generar expectativas de eficacia personal y a promover la generalización de los logros a la vida cotidiana, pues las experiencias son vividas “como si fueran reales” facilitando que el paciente se apropie y asuma sus propios logros. Como señalaba Bandura (1977), de todas las fuentes de eficacia personal, los logros de ejecución son especialmente útiles, y añadimos que la RV es una excelente fuente de información sobre estos logros.

- 6) *Permite ir más allá de la realidad.* Los mundos virtuales permiten crear situaciones o elementos tan difíciles o amenazantes que no sería esperable que sucediesen en el mundo real. Y es que cuando una persona consigue superar un umbral muy alto de amenaza o dificultad respecto a una situación, dicha situación se vuelve mucho más fácil de afrontar. Esto es lo que le ocurre a una persona a medida que va avanzando en su jerarquía de exposición. En este sentido, la RV permite crear situaciones extremas que van más allá de lo esperable o lo “real” como, por ejemplo, verse delante de miles de arañas que aumentan hasta alcanzar un tamaño gigante a gran velocidad. El hecho de afrontar e interaccionar con esta experiencia virtual posibilitaría el tratamiento de los miedos residuales y favorecería el sobreaprendizaje (Botella, Baños, Perpiñá y Ballester, 1998).
- 7) *Permite al terapeuta tener mayor control sobre la situación observando la reacción del paciente ante los estímulos que está presenciando en tiempo real.* El hecho de que la situación se viva directamente en la consulta permite al terapeuta recoger de primera mano (evitando que esta pueda estar sesgada por la percepción del paciente) los elementos que más perturban al paciente y observar directamente cuáles son sus reacciones. Ello le permitirá graduar la dificultad de las tareas, ajustar los elementos a la medida del paciente, tratar en tiempo real los síntomas o conductas disfuncionales, aumentar la autoconciencia del paciente tanto de sus pensamientos como de sus emociones y sensaciones y observar los progresos y cambios de forma directa. Esta posibilidad de observar y actuar en tiempo real mejoran el control sobre la situación con lo que el terapeuta puede guiar y proteger más eficazmente al paciente.
- 8) *Favorece aspectos éticos como la protección de la intimidad y ahorra tiempo.* La RV permite trabajar muy diversas situaciones sin tener que salir de la consulta del terapeuta, lo que favorece la protección de la intimidad del paciente, pues éste ya no tiene que verse expuesto a los ojos de los demás. Además, el hecho de no tener que abandonar la consulta supone un importante ahorro de tiempo y, en ocasiones, de dinero tanto para el paciente como para el terapeuta, pues se evita tener que hacer desplazamientos o acceder a lugares difíciles o costosos (como puede ser ir a un lugar lejano, subir a un avión o acceder a una habitación de hotel).

Por lo que se deriva de las ventajas que se acaban de señalar, la RV constituye una alternativa de tratamiento que puede ser menos temida y mejor aceptada por aquellos

pacientes a los que los métodos de exposición tradicionales les resulta demasiado aversivos. En este sentido, merecen destacarse los datos que señalan que entre el 60 y el 80% de las personas que padecen una fobia nunca llegan a buscar tratamiento (Agras, Sylvester y Oliveau, 1969; Boyd *et al.*, 1990; Essau, Conrad y Petermann, 2000; Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle y Kessler, 1996), encontrándose en otro estudio que solamente el 7.8% de las personas que sufren este problema sí lo hacen (Mackenzie, Reynolds, Cairney, Streiner, y Sareen, 2012). Además, al ser informados del procedimiento a seguir cuando se aplica la técnica de exposición en vivo, el 25% rechazan el tratamiento o lo abandonan (Marks 1978, 1992). Por último, si se les pregunta a las personas su elección acerca de estos dos tipos de exposición (en vivo vs RV), los datos apuntan a que más del 75% prefieren comenzar un tratamiento de exposición virtual a un tratamiento de exposición en vivo para su problema (García-Palacios, Botella, Hoffman y Fabregat, 2007; García-Palacios, Hoffman, See, Tsay y Botella, 2001). Por lo tanto, la RV puede contribuir a que los pacientes estén más dispuestos a llevar a cabo un tratamiento psicológico que les ayude a superar sus problemas y, de este modo, conseguir ayudar a un mayor número de personas.

Sin embargo, la RV también presenta limitaciones. Las siguientes son algunas de las dificultades que diferentes autores (Brickman, van der Mast, Sandino, Gunawan y Emmelkamp, 2010; Liaño, 2006; Sharples, Cobb, Moody y Wilson, 2008; Wood, Wiederhold y Spira, 2010) han apuntado en relación al uso de esta herramienta:

- 1) *Aparición de efectos secundarios negativos.* A pesar del desarrollo que ya existe respecto a la tecnología de RV, algunos usuarios todavía experimentan problemas de salud y seguridad asociados al uso de determinadas dispositivos. Este es el caso del casco HMD, sobre el que se ha constatado algunos efectos dañinos durante y tras su utilización. Estos efectos se han denominado mareo cibernético o *cybersickness* e incluye estrés del sistema visual (inestabilidad de la visión binocular, disminución de la agudeza visual, fatiga visual, visión borrosa), dolor de cabeza, náuseas, mareos o desorientación. La teoría causal más utilizada para explicar estos efectos secundarios negativos de la RV es la incapacidad del sistema visual para detectar señales en movimiento que el cerebro sí capta, por ejemplo, cuando el usuario gira la cabeza y las imágenes del ambiente de RV siguen estáticas (Wiederhold y Bouchard, 2014). Sin embargo, estos síntomas suelen ser pasajeros y de una intensidad moderada (Nichols y Patel, 2002). Con respecto a la prevalencia de los

“cibermareos”, el grupo de Bouchard realizó un estudio en el que se evaluó la presencia de este conjunto de síntomas en personas con diferentes fobias específicas (fobia a volar, claustrofobia, fobia a los animales pequeños o acrofobia). Después de recibir varias sesiones de exposición mediante RV, solo el 7,6% experimentó síntomas intensos como efectos secundarios, y la mayor parte de los participantes los experimentaron con una intensidad leve o incluso menor (Bouchard, St-Jacques, Renaud y Wiederhold, 2009). Posteriormente, Ling, Nefs, Brinkman, Qu y Heynderickx (2013) confirmaron estos resultados respecto a la prevalencia de efectos secundarios después del uso de la RV. Sin embargo, como señalan Quintana, Bouchard, Serrano y Cárdenas-López (2014), es importante realizar más estudios rigurosos en este campo, ya que la aprehensión antes de la exposición podría estar incluso predisponiendo a las personas a experimentar este tipo de síntomas, siendo confundida la sintomatología ansiosa con la propia de la inmersión. A este respecto, cabe señalar que tras veinte años de evolución y progreso de la RV, y a partir de las experiencias de diferentes investigadores y nuestra propia experiencia, estos síntomas no han sido un problema y el número de personas incapaces de mantenerse en un escenario virtual ha sido mínimo.

- 2) *Limitaciones en las capacidades técnicas de los sistemas.* Todavía existen algunos problemas ligados a lo que la RV nos permite disponer. Por un lado, las experiencias ofrecidas en la RV se limitan a las claves perceptivas que la tecnología es capaz de reproducir en estos momentos, es decir, a los sentidos que el ambiente permite estimular, por lo que la riqueza sensorial que se puede ofrecer al usuario está todavía lejana a la que experimentamos en la realidad. Ello representa una limitación a la hora de generalizar los resultados obtenidos en un ambiente virtual a la vida real. Por otro lado, la mayoría de los ambientes virtuales se diseñan en función de la modalidad visual, descuidando las interacciones entre los sistemas sensorial y motor, limitando el rango de situaciones experimentales en las que la RV puede ser aplicada. Por último, destacamos que todavía no se ha conseguido desarrollar aplicaciones que permitan a la persona interactuar con el ambiente de una forma “*realmente*” natural, aunque dado el cada vez mayor avance de esta tecnología, posiblemente lleguemos a ser testigos de ello.
- 3) *Falta de estandarización tanto de mecanismos de hardware y software, como de protocolos de tratamiento utilizados.* Una barrera importante en cuanto al uso y puesta en



práctica de la RV en el contexto clínico y terapéutico la constituye la ausencia de homogeneidad de los mecanismos tecnológicos de RV y las intervenciones proporcionadas. La mayoría de las aplicaciones de RV existentes son creaciones únicas, diseñadas para un uso particular y con los elementos de *hardware* y *software* con los que los grupos de investigación contaban en el momento de llevarlas a cabo. Los sistemas de RV no son lo suficientemente flexibles como para permitir una individualización de los ambientes para cada paciente, por lo que muy pocos ambientes virtuales son interoperables y sirven para el tratamiento de diversos trastornos. Esto conlleva un elevado coste a la hora de llevar a cabo ensayos clínicos de investigación ya que cada grupo se ve forzado a invertir mucho tiempo y dinero en el diseño y desarrollo de su propia aplicación de RV específica. Por otra parte, apenas existen protocolos de tratamiento publicados que puedan ser compartidos por distintos grupos o utilizados en otros contextos diferentes a aquellos para los que fueron creados (Botella *et al.*, 2006).

- 4) *Resistencia a la hora de incluir la RV como herramienta terapéutica por parte de los terapeutas.* Por lo que se refiere al uso de los sistemas de RV por los terapeutas, se ha encontrado que los fallos que a veces ocurren (debido a la imperfección y complejidad del *hardware* y del *software* que utilizan), así como las interfaces difíciles o poco naturales puede repercutir en la percepción de la relación entre paciente-terapeuta. Estas dificultades en su uso puede disminuir la confianza en la tecnología y aumentar las resistencias a la hora de incluir la RV en su práctica clínica cotidiana. Además, la poca familiarización de los terapeutas con este tipo de tecnologías puede contribuir a su no aceptación e inclusión como estrategia terapéutica, al no tener clara su utilidad o no sentirse suficientemente preparados o entrenados para un uso adecuado de las mismas. En este sentido, se ha comprobado que la percepción de los terapeutas acerca de los beneficios potenciales de la RV se encuentra asociada al conocimiento que éstos tienen acerca de esta técnica (Segal, Bathia y Drapeau, 2011).
  
- 5) *Implica un cambio en la forma de hacer terapia.* Como señalan Wood *et al.* (2010), puede ser difícil cambiar el esquema conceptual en un terapeuta tradicional pues la inclusión de la RV conlleva, en cierta medida, modificar la forma de hacer terapia. El aumento tanto de la directividad e iniciativa por parte del paciente como del componente no verbal basado

en la experimentación y la navegación por el sistema puede representar un reto para las formas más tradicionales de llevar a cabo la intervención terapéutica.

Por lo que acabamos de comentar, se dilucida la necesidad de llevar a cabo más estudios con la finalidad de, por una parte maximizar los potenciales efectos beneficiosos de esta tecnología y, por otra, llegar a una estandarización y adecuación de los escenarios virtuales y protocolos clínicos para facilitar su uso entre los terapeutas. Y es que la RV constituye un paso intermedio muy necesario entre la consulta del terapeuta y el mundo real y es capaz de mejorar la condición clínica de los pacientes.

En el siguiente apartado presentaremos, de forma breve, una revisión de las aplicaciones que se han llevado a cabo con esta herramienta en el ámbito de la salud mental en general, detallando más exhaustivamente aquellos estudios en los que la RV se ha aplicado en el ámbito en el que se enmarca la presente tesis doctoral, esto es, los trastornos relacionados con el trauma y el estrés.

### **2.1.3 Eficacia disponible acerca del uso de la RV para el tratamiento de los trastornos mentales**

El primer estudio encontrado en la literatura sobre la utilidad de la RV para el tratamiento de los trastornos mentales fue el realizado por Lamson (1994) para el tratamiento de la **acrofobia**. Se obtuvo un éxito del 90% en una muestra de 32 personas, las cuales no todas ellas eran pacientes clínicos. Desde entonces son muchos los estudios que se han llevado a cabo para someter a prueba la eficacia de esta herramienta en el tratamiento psicológico de diferentes problemáticas.

En el ámbito de las **fobias específicas**, y también para la acrofobia, cabe destacar el grupo de Rothabum *et al.* (1995a) que continuó con el estudio de la eficacia de esta herramienta para la **acrofobia** realizando un estudio de caso. Posteriormente estos mismos autores llevaron a cabo un estudio más controlado y riguroso con el mismo propósito de

analizar la eficacia de la exposición a través de la RV para este mismo problema (Rothbaum *et al.*, 1995b). Por su parte, el grupo de Emmelkamp también llevó a cabo dos estudios controlados con población clínica en los cuales comparaba la exposición con RV frente a la exposición en vivo, encontrando que ambos modos de tratamiento eran igualmente eficaces (Emmelkamp, Bruynzeel, Drost y van der Mast; 2001; Emmelkamp *et al.*, 2002). Además, diversos estudios de casos realizados por diferentes autores siguieron encontrando que la técnica de exposición a través de RV era eficaz en el tratamiento de esta fobia específica (Choi, Jang, Ku, Shin y Kim; 2001; Coelho, Santos, Silverio, y Silva, 2006; Coelho, Tichon, Wallis, Silva, y Santos, 2008; Jang *et al.*, 2002).

En el caso de la **claustrofobia**, nuestro grupo de investigación fue pionero en aplicar la RV a este problema en diversos estudios. En el primer estudio de caso (Botella, Baños *et al.*, 1998) la paciente recibió 8 sesiones de exposición con RV y mejoró en todas las medidas tras el tratamiento y en un seguimiento realizado al mes. En el segundo estudio caso (Botella, Villa, Baños, Perpiñá, y García-Palacios, 2000) se aplicó el mismo tratamiento a una paciente que, además de claustrofobia, tenía fobia a las tormentas y trastorno de pánico y agorafobia. Los resultados mostraron mejorías en todas las medidas tras el tratamiento. Además, se observó una generalización de la mejoría a otras situaciones fóbicas y agorafóbicas que no habían sido específicamente tratadas y los cambios se mantuvieron a los 3 meses de seguimiento. En otro estudio, Botella, Baños, Villa, Perpiñá y García-Palacios (2000) evaluaron la eficacia de la exposición con RV siguiendo un diseño controlado. Los resultados de nuevo fueron positivos, observándose una mejora en todas las medidas (incluyendo un Test de Evitación Conductual) y las ganancias se mantuvieron en el seguimiento a los 3 meses. Por último, un estudio de caso posterior (Botella *et al.*, 2002) añadió más apoyo empírico al uso de la RV para esta fobia.

Para la **fobia a animales pequeños** también se han desarrollado sistemas de RV con el objetivo de exponer a los pacientes a sus miedos. En el caso de la fobia a las arañas, Carlin, Hoffman y Weghorst (1997) realizaron un estudio de caso donde mostraron la eficacia de la RV inmersiva generada por ordenador y la realidad mixta (que consistía en tocar objetos reales que también veían en RV). Otros autores como Bouchard, Côté, St-Jacques, Robillard y Renaud (2006) utilizaron ambientes virtuales 3D procedentes de videojuegos para el tratamiento de este trastorno, y como resultado se observó que los participantes mejoraban significativamente tras el tratamiento, tanto en las medidas de auto-informe como en las

conductuales y en la autoeficacia percibida. Por otra parte, también se han realizado dos estudios controlados que proporcionan mayor evidencia al respecto. En el primero de ellos, García-Palacios, Hoffman, Carlin, Furness y Botella (2002) compararon la terapia de exposición mediante la RV y una condición lista de espera (LE) encontrando que el 83% de los participantes que habían recibido el tratamiento con RV mejoraron de forma significativa frente al 0% de aquellos participantes que formaron parte del grupo control LE. En el segundo de ellos, Hoffman, García-Palacios, Carlin, Furness y Botella (2003) exploraron si el sentido del tacto de la araña aumentaba la efectividad del tratamiento y se observó que los participantes que mostraron mayor progreso en la evaluación de la conducta observada en el Test de Evitación Comportamental en el post-tratamiento eran aquellos a los que se les había incrementado el sentido del tacto durante la exposición. Posteriormente, Michalyszyn, Marchand, Bouchard, Martel y Poirier-Bisson (2010) realizaron el primer estudio controlado que comparaba la exposición mediante RV con la exposición en vivo y frente a un grupo control LE. Los resultados mostraron que los dos modos de intervención fueron igualmente eficaces a la hora de exponer a los participantes a su miedo a las arañas en el post-tratamiento y en el seguimiento a los 3 meses. Solamente en una medida de auto-informe (la sub-escala 1 del Cuestionario de Creencias de Fobia a las Arañas; SBQ), el grupo que recibió la exposición en vivo mostró una mejoría estadísticamente significativa mayor que el grupo de RV. Finalmente, Shiban, Pauli, y Mühlberger (2013) realizaron un estudio con el objetivo de analizar si la exposición a diferentes contextos del estímulo fóbico reducía la probabilidad de la reaparición del miedo. Para ello, se utilizaron dos condiciones experimentales; en una de ellas los participantes eran expuestos a un solo contexto mientras que en la otra condición fueron expuestos a múltiples contextos. Los resultados mostraron que ambas condiciones fueron eficaces a la hora de reducir el miedo a las arañas que experimentaban los participantes. No obstante, se encontraron diferencias significativas entre ambas, siendo la exposición a múltiples contextos la que conseguía en mayor medida la reducción de la reaparición del miedo.

Por su parte, la **fobia a volar** también ha sido uno de los trastornos objetivo en la aplicación de la RV, siendo una de las fobias específicas sobre la que más estudios de caso y series de casos se han publicado (Baños, Botella, Perpiñá y Quero, 2001; Botella, Osma, García-Palacios, Quero y Baños, 2004; Hirsch, 2012; Klein, 2000; North, North y Coble, 1998; Rothbaum, Hodges, Watson, Kessler y Opdyke, 1996; Rus-Calafell, Guitierrez-Maldonado,

Botella y Baños, 2013; Wiederhold, Gervitz y Wiederhold, 1998). Además, también son numerosos los estudios controlados que proporcionan evidencia científica acerca de la eficacia de la exposición mediante RV en este trastorno. En un primer estudio, Wiederhold (1999) comparó la terapia de exposición en imaginación con la terapia mediante RV (con y sin *feedback* fisiológico), encontrando que en el seguimiento a los 3 meses más del 80% de participantes en las condiciones de RV consiguieron volar, frente a solamente un 10% de participantes que recibieron la terapia de exposición en imaginación. La superioridad de la exposición con RV frente a la exposición en imaginación siguió observándose en el seguimiento a los 3 años (Wiederhold y Wiederhold, 2003). Por su parte, Mühlberger, Herrmann, Wiedemann, Ellgring y Pauli (2001) compararon una condición en la que también se utilizó RV con una condición de relajación, encontrándose que la condición de RV resultaba más eficaz que la relajación en algunas medidas específicas de fobia a volar. Otros autores compararon tres condiciones experimentales (condición en la que se aplicó la RV, condición de exposición en vivo y condición LE). Los resultados obtenidos mostraron que las condiciones de tratamiento fueron más eficaces que la condición que no realizó ninguna intervención en el post-tratamiento y también en el seguimiento al año (Rothbaum, Hodges, Anderson, Price y Smith, 2002). Este mismo estudio se replicó un tiempo después con una muestra mayor, confirmando los resultados previos que equiparaban la eficacia de la RV con los métodos tradicionales de exposición en vivo (Rothbaum *et al.*, 2006). También Maltby, Kirsch, Mayers y Allen (2002) compararon la exposición mediante RV, pero en esta ocasión con una condición placebo que consistía en proporcionar psicoeducación acerca de la seguridad y mecanismos de los aviones. El grupo de exposición con RV mostró mejores resultados en la mayoría de medidas en el post-tratamiento, aunque en el seguimiento a los 6 meses ambas condiciones se igualaron en eficacia. Posteriormente, Mühlberger, Wiedemann y Pauli (2003) compararon una condición LE y tres condiciones experimentales de tratamiento; 1) tratamiento cognitivo y terapia de exposición con RV con simulación de movimiento, 2) tratamiento cognitivo y RV sin esta simulación, y 3) tratamiento cognitivo únicamente. Solo los participantes que recibieron la condición de exposición mediante RV (con y sin simulación) mostraron reducciones significativas en su miedo a volar. Esta mejoría se mantuvo al año de seguimiento (Mühlberger, Weik, Pauli y Wiedemann, 2006). Por último, en un estudio llevado a cabo por Tortella-Feliu *et al.* (2011) se analizó la eficacia de tres modos de aplicar la técnica de exposición asistida por ordenador: 1) exposición mediante RV, 2) exposición realizada mediante un ordenador y apoyada por un terapeuta, y 3) exposición auto-administrada mediante un ordenador sin

apoyo del terapeuta. Los resultados indicaron que las tres intervenciones fueron eficaces en la reducción del miedo a volar en el post-tratamiento y el seguimiento al año, sacando a debate cuestiones tales como la necesidad de una mayor o menor implicación por parte del terapeuta en los tratamientos administrados mediante ordenador.

Finalmente, por lo que respecta a la eficacia de la RV en otro tipo de fobias como la **fobia a conducir**, los estudios existentes son limitados, no son controlados y sus resultados se muestran contradictorios. Así, en el estudio de series de casos de Wald (2004) aunque la RV consiguió disminuir la percepción de miedo y evitación a conducir, esto no hizo que se incrementara la frecuencia de conducción real. Sin embargo, en el estudio de caso llevado a cabo por Wald y Taylor (2003) y el estudio preliminar realizado por Walshe, Lewis, Kim, O'Sullivan y Wiederhold (2003) se obtuvieron buenos resultados tras el tratamiento, con reducciones significativas en las medidas administradas. Por lo tanto, es necesario ampliar el conocimiento sobre el uso de la RV en el tratamiento de esta fobia.

Por lo que se refiere al uso de la RV para el tratamiento de la **ansiedad social y el miedo a hablar en público**, se han utilizado audiencias virtuales como contexto de exposición (Anderson, Rothbaum y Hodges, 2003; Anderson, Zimand, Hodges y Rothbaum, 2005; Klinger *et al.*, 2005; Pertaub, Slater y Baker, 2002; Wallach, Safir y Bar-Zvi, 2009). En el caso del estudio de Klinger *et al.* (2005) se utilizó un entorno virtual que recreaba cuatro situaciones relacionadas con la ansiedad social: ejecución, intimidad, escrutinio y asertividad. Este entorno virtual se puso a prueba en un estudio preliminar controlado en el que se comparó un grupo de exposición en RV con un grupo de TCC (condición control). Los resultados mostraron que ambos grupos mejoraron significativamente. Por lo que respecta al miedo a hablar en público, Pertaub *et al.* (2002) diseñaron un *software* que incluía una audiencia de 8 avatares delante de los cuales las personas realizaban una presentación oral. Estos autores estudiaron las respuestas de ansiedad de los participantes, confirmando que la RV era eficaz a la hora de generar esta emoción en ellos. En relación a los estudios controlados llevados a cabo, no fue hasta el año 2009 cuando se realizó el primer estudio controlado aleatorizado que comparó una intervención basada en procedimientos de TCC que hacía uso de la RV con esta misma intervención sin el uso de esta herramienta y frente a un grupo control LE. Los dos grupos de tratamiento fueron más eficaces que el grupo control en la reducción de la ansiedad, no habiendo diferencias entre ellos (Wallach *et al.*, 2009). Además, la mejora de los participantes

en ambas condiciones de tratamiento se mantuvo en el seguimiento al año (Safir, Wallach, Bar-Zvi, 2012). Posteriormente, Anderson *et al.* (2013) continuó con el análisis de la eficacia de la RV en el trastorno de ansiedad social y realizó un estudio en el que aleatorizó 97 participantes a tres grupos experimentales: exposición mediante RV, exposición mediante terapia grupal y control LE. Los resultados mostraron que la terapia de exposición mediante RV era tan eficaz como la terapia de exposición en grupo incluso a largo plazo.

Por otra parte, a lo largo del tiempo los sistemas de RV fueron avanzando técnicamente, posibilitando la generación de sistemas más complejos con contextos más elaborados que permitían tratar otros trastornos de ansiedad más exigentes como es el caso del trastorno de pánico y la agorafobia (TPA) y el TEPT u otros trastornos psicológicos más complejos como los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Varios han sido los estudios controlados que han analizado la eficacia de la RV en el tratamiento para **TPA**. En un primer estudio, Vincelli *et al.* (2003) pusieron a prueba la eficacia de un programa de TCC en el cual la exposición a las situaciones agorafóbicas fue aplicada mediante RV dentro de un protocolo de intervención denominado Terapia Cognitivo Experiencial (TCE). En este estudio se incluyeron tres condiciones experimentales: condición de terapia tradicional, condición TCE y condición LE. Ambas condiciones de tratamiento fueron igualmente eficaces, y cada una fue más eficaz frente al grupo control LE. En un segundo estudio llevado a cabo por Choi *et al.* (2005) se compararon dos condiciones experimentales de tratamiento; en una de ellas se aplicó el programa de Control del Pánico de Barlow y Craske (1994) de forma tradicional y en la otra la TCE anteriormente señalada. Los resultados mostraron nuevamente una mejora en ambas condiciones de tratamiento sin que hubiese diferencias entre ellas en el post-tratamiento. Sin embargo, en el seguimiento realizado a los 6 meses los resultados del grupo TCE fueron inferiores a los del programa de Control del Pánico. Nuestro grupo de investigación también condujo un estudio controlado (Botella, García-Palacios *et al.*, 2007) en el que se compararon 3 condiciones experimentales: exposición en vivo (donde tanto la exposición a las situaciones agorafóbicas como la exposición interoceptivas se llevaron a cabo en vivo), exposición con RV (donde la exposición a las situaciones agorafóbicas se realizó utilizando escenarios de RV y la exposición interoceptiva mediante los efectos visuales y auditivos disponibles en el programa de RV así como mediante el uso de ejercicios tradicionales) y un control LE. Los resultados pusieron de manifiesto que ambas condiciones de tratamiento mostraron una eficacia similar y que cada una fue más eficaz que el grupo control.

En esta línea, otros estudios controlados han obtenido resultados acerca de la eficacia similar mostrada por la exposición mediante RV comparada con la exposición en vivo en el tratamiento del TPA. Así, Peñate, Pitti, Bethencourt, De La Fuente y García (2008) observaron una ligera disminución de los síntomas en el grupo que recibió la exposición en RV comparada con el grupo de exposición en vivo. Sin embargo, los análisis no alcanzaron significación estadística entre grupos ni en el post-tratamiento ni en el seguimiento a los 3 meses. También Pelissolo *et al.* (2012) compararon la eficacia de la TCC, la terapia de exposición mediante RV y una condición LE. Tras la primera aleatorización realizada de los participantes a estos tres grupos, no aparecieron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento y la mejoría de los participantes en la condición LE fue menor. Tras la segunda asignación al azar realizada con los participantes de LE a uno de los dos grupos de tratamiento (TCC y RV), tampoco se encontraron diferencias entre las condiciones demostrándose que la RV era igual de eficaz que la exposición en vivo, incluso a largo plazo en el seguimiento a los 9 meses. Por último, Meyerbroeker, Morina, Kerhof y Emmelkamp (2013) tras aplicar cuatro sesiones de TCC a sus participantes, los distribuyó al azar a tres grupos experimentales diferentes: un grupo que recibía 6 sesiones de terapia de exposición mediante RV, otro grupo que recibía las mismas sesiones mediante la terapia de exposición en vivo y, por último, un grupo control LE. Ambos tratamientos activos fueron significativamente más efectivos que el grupo control, no existiendo diferencias entre ellos en la mayoría de medidas de resultado principales.

Además de todos los estudios arriba mencionados que aportan datos acerca de la eficacia de la RV en la exposición a las situaciones agorafóbicas, también existen trabajos que analizan la contribución de la RV a la hora de aplicar uno de los componentes de tratamiento que se considera central en los programas de intervención actuales para el TPA, esto es, la exposición interoceptiva. Estos estudios han demostrado la eficacia de la RV a la hora de exponer a los pacientes a sus propias sensaciones de igual forma que se consigue mediante los procedimientos tradicionales de exposición interoceptiva (p.ej., subir y bajar escaleras, hiperventilar, etc.) (Pérez-Ara *et al.*, 2010) y su buena aceptación por parte de los pacientes (Quero *et al.*, 2013).

Por su parte, en el campo de los **TCA** destacan los trabajos realizados por nuestro grupo en España (Marco, Perpiñá y Botella, 2014; Marco, Perpiñá y Botella, 2013; Perpiñá *et al.*, 1999; Perpiñá, Marco, Botella y Baños, 2003) y los realizados por el grupo de Riva en Italia



(Riva *et al.*, 2000; Riva *et al.*, 2006; Riva, Bacchetta, Baruffi, Rinaldi y Molinari, 1998; Riva, Bacchetta, Cesa, Conti y Molinari, 2004). Todos estos estudios aportan datos prometedores acerca de la eficacia de una herramienta como la RV a la hora de tratar trastornos como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa o el trastorno por atracón. Por ejemplo, en el caso del estudio controlado de Marco *et al.* (2013) se comparó la eficacia de un TCC que incluía un componente de tratamiento para trabajar la distorsión de la imagen corporal mediante la RV con el mismo TCC pero sin este componente. Los resultados indicaron que las participantes que recibieron este componente de tratamiento mejoraron más que el grupo que no lo recibió. Además, la mejora obtenida en el post-tratamiento también se mantuvo hasta el año de seguimiento.

Además de en los trastornos de ansiedad y los TCA, la RV ha sido sometida a prueba con éxito en el tratamiento de las **adicciones tóxicas** a la heroína y la nicotina (Kuntze *et al.*, 2001; Lee *et al.*, 2003; Nemire, Beil y Swan, 1999; Park *et al.*, 2014) y también las comportamentales como el **juego patológico** (Botella, Quero, Serrano, García-Palacios, y Baños, 2009; García-Palacios, Lasso de la Vega, Botella, Baños y Quero, 2006). En estos últimos estudios realizados por nuestro grupo se utilizan ambientes virtuales donde se representan escenarios para practicar la exposición a diferentes señales adictivas (casino, bingo, máquina tragaperras), así como también escenarios para practicar técnicas cognitivas (p.ej., una habitación para proporcionar información y reflexionar sobre las consecuencias nocivas del juego). Por otra parte, también se ha utilizado la RV con resultados positivos en el tratamiento de los **trastornos por disfunción eréctil** (Optale *et al.*, 1997; Optale *et al.*, 2004), en la **esquizofrenia** (Park *et al.*, 2009; Park *et al.*, 2011; Rus-Calafell, Gutiérrez-Maldonado y Ribas-Sabaté, 2014), y también en trastornos en población infantil como el **autismo** y la **hiperactividad** (Bekele *et al.*, 2013; Strickland, 1997; Rizzo *et al.*, 2000; Wang y Anagnostou, 2014).

Por tanto, a la luz de estos estudios previos, se pone de manifiesto que la exposición mediante RV es una intervención eficaz para los trastornos de ansiedad tal y como también se concluye de los trabajos de revisión (Meyerbröker y Emmelkamp, 2010) y estudios de meta-análisis (McCann *et al.*, 2014; Powers y Emmelkamp, 2008; Opris *et al.*, 2012; Turner y Casey 2014) realizados hasta la fecha. En el caso de otros trastornos psicológicos como, por ejemplo, los TCA la RV ha demostrado constituir una herramienta que por sus características puede ser

particularmente útil a la hora de trabajar la imagen corporal distorsionada que habitualmente presentan las personas que sufren de este tipo de trastornos (Botella *et al.*, 2007). En el caso de las adicciones tóxicas y comportamentales, los estudios, aunque preliminares, demuestran la eficacia de otros modos de intervención basados en esta tecnología que hasta el momento no habían sido puestos a prueba. Incluso los estudios que analizan muestras con trastornos sexuales u otros trastornos mentales graves como la esquizofrenia, demuestran el amplio abanico de posibilidades de utilización de la RV. Sin embargo, como se desprende de los estudios revisados en este apartado, la utilización de la RV como herramienta para aplicar la técnica de exposición en los trastornos de ansiedad es la línea de trabajo más desarrollada y que hasta el momento ha acumulado mayor evidencia respecto a su eficacia (Botella *et al.*, 2007).

A continuación se analizarán más detenidamente los estudios existentes acerca del uso de la RV para los trastornos relacionados con el trauma y el estrés que son objetivo del presente trabajo.

#### **2.1.4 La RV aplicada a los trastornos relacionados con el trauma y el estrés**

Como se ha mencionado anteriormente, la RV es capaz de generar un entorno en el que vivir y experimentar situaciones y emociones como si fueran reales. Esta capacidad hace que la RV sea especialmente útil en el tratamiento de los trastornos relacionados con el trauma y el estrés, ya que permite exponer a los pacientes a los acontecimientos traumáticos o estresantes que han sufrido.

Por lo que se refiere específicamente al TEPT, las técnicas de exposición cuentan con una fuerte evidencia empírica acerca de su eficacia para el tratamiento de este problema y, fundamentalmente, en relación a la técnica de exposición prolongada (EP) en imaginación (Foa, Hembree y Rothbaum, 2007). Sin embargo, esta técnica parece estar infra-utilizada en la práctica clínica (Foy *et al.*, 1996). Según los resultados obtenidos en el estudio de Becker, Zayfert y Anderson (2004), sólo una pequeña minoría de psicólogos (17% de un total de 852) utilizaban la exposición para tratar el TEPT, mientras que menos del 10% de los especialistas del estudio de Rosen (2004) la utilizaban de forma regular. Además, en el estudio de van

Minnen, Hendriks y Olff (2010) la exposición en imaginación fue la opción de tratamiento para la que más dificultades y barreras percibían los terapeutas. Entre los motivos encontrados para la baja tasa de aplicación de la técnica se encuentran la creencia de que la exposición puede “retraumatizar” a los pacientes o aumentar sus síntomas (Frueh, Cusack, Grubaugh, Sauvageot y Wells, 2006; Nishith, Resick y Griffin, 2002; Ruzek *et al.*, 2014) y que es una técnica más estresante que otras intervenciones (Deville y Huther, 2007), por lo que el estrés que esta técnica genera podría descompensar a los pacientes o hacerles abandonar el tratamiento (Cahill, Foa, Hembree, Marshall, y Nacash, 2006). Incluso se ha puesto en duda la ética de los procedimientos basados en la exposición dado que pueden llegar a considerarse inhumanos o inapropiados, como señalan algunos autores (Deacon y Farrell, 2013; Olatunji, Deacon y Abramowitz, 2009). En relación a la aceptación de la técnica de exposición por parte de los pacientes, en un estudio posterior de Becker, Darius y Schaumberg (2007) se puso de manifiesto que los pacientes preferían la exposición u otra variante de TCC para tratar su problema traumático frente a otras opciones de tratamiento. En consecuencia, parece que los pacientes son menos reticentes a recibir este tratamiento de lo que muestra la baja tasa de utilización y que el problema de la infrautilización de la EP en los contextos clínicos parece deberse a factores del terapeuta (Quero y Botella, 2012).

A este respecto, la RV permite superar algunas de las dificultades que las formas de terapia tradicionales presentan en el tratamiento de los trastornos relacionados con el trauma y el estrés. Por ejemplo, la exposición por medio de la RV, frente a la exposición en imaginación, tiene la ventaja de poder aplicarse en personas que tienen dificultades para imaginar, ya sea por la dificultad de la propia tarea, por las diferencias individuales en la capacidad de imaginación o por el deseo de evitar, por ejemplo, los recuerdos de un trauma en el marco del TEPT. El modo en que la RV puede ayudar a superar esta tendencia natural a evitar ciertas memorias traumáticas es presentando directamente estímulos multisensoriales que actúan como claves contextuales que ayudan al paciente a recuperar, enfrentar y procesar esas experiencias de una manera más eficaz. Por otra parte, frente a la exposición en imaginación, la RV también puede ayudar a incrementar el sentido de presencia y, en consecuencia, disminuir la evitación cognitiva característica del TEPT que es muy difícil de controlar cuando se aplica mediante la exposición en imaginación. El sentido de presencia inherente a la RV puede favorecer que el paciente no pueda “escaparse” del recuerdo del acontecimiento traumático.

En definitiva, la RV constituye una alternativa prometedora pues permite crear mundos ficticios, seguros y controlables que pueden resultar menos aversivos y temidos que la exposición en vivo, tanto para los pacientes como para los terapeutas (Quero y Botella, 2012). Además, en relación a la exposición en vivo, se ha demostrado el potencial de la RV para evocar reacciones psicofisiológicas significativas (Diemer, Mühlberger, Pauli y Zwanzger, 2014).

Se han llevado a cabo un gran número de estudios que han puesto de manifiesto la eficacia de la exposición mediante RV para el TEPT (Botella, Serrano, Baños y García-Palacios, en prensa; Motraghi, Seim, Meyer y Morissette, 2014; Seitz, Poyrazli, Harrison, Flickinger y Turkson, 2014). El **grupo de Rothbaum** fue el primero que publicó un estudio de caso en el que se utilizaba la RV en el tratamiento de este problema (Rothbaum *et al.*, 1999) con resultados satisfactorios y, desde entonces, las evidencias que ponen de manifiesto la utilidad de la RV en el tratamiento de este trastorno se han multiplicado. Al respecto, la mayoría de los estudios se han centrado en víctimas de guerra (veteranos de guerra y personal militar en activo) y una minoría se ha llevado a cabo con víctimas de atentados terroristas y de accidentes de tráfico (Quero y Botella, 2012).

Con respecto a los trabajos realizados con *veteranos de la guerra* de Vietnam, el grupo de Rothbaum (Rothbaum *et al.*, 1999; Rothbaum, Hodges, Ready, Graap y Alarcon 2001; Rothbaum, Ruef, Litz, Han y Hodges, 2004) ha llevado a cabo diferentes estudios de casos en los que informaron de mejorías en la situación clínica de los pacientes. En estos estudios se utilizaron ambientes que simulaban un vuelo en helicóptero y una selva y los participantes fueron expuestos a sus propios recuerdos provocadores de ansiedad, narrando en primera persona los recuerdos traumáticos mientras navegaban por el ambiente virtual. Este protocolo también incluía técnicas de relajación y EP. Posteriormente, Ready, Pollack, Rothbaum y Alarcon (2006) trataron a 14 veteranos de guerra utilizando los mismos ambientes virtuales anteriores que simulaban elementos de la guerra de Vietnam. Los participantes del estudio lograron ser capaces de narrar sus recuerdos traumáticos obteniendo niveles de ansiedad o emoción negativa bajos. De esta manera, vieron reducida su sintomatología de TEPT y la mejoría se mantuvo hasta los 3 y 6 meses de seguimiento. En esta misma línea, Ready, Gerardi, Backscheider, Mascaro y Rothbaum (2010) investigaron qué tipo de estrategia terapéutica tenía mayor impacto en la reducción de la sintomatología de TEPT; si la exposición mediante RV (N= 6) o la terapia centrada en el presente (N=5). Los resultados mostraron que

ambos tratamientos fueron igualmente eficaces, sin embargo, los autores advierten de la escasa muestra obtenida y, en consecuencia, de la dificultad a la hora de generalizar estos resultados. Por último, en un estudio piloto Gamito *et al.* (2010) asignaron a 10 pacientes a 3 grupos: terapia de exposición con RV, EP y un grupo control LE. Los participantes eran también veteranos de guerra que habían luchado contra colonias africanas hacía más de 30 años. Los pacientes que recibieron la condición de exposición con RV mostraron una reducción importante de los síntomas relacionados con el TEPT (depresión y ansiedad) y se encontraron diferencias significativas entre los grupos respecto a las puntuaciones obtenidas en el SCL-90-R en la dimensión de depresión. Mientras que la condición de RV consiguió disminuir estos niveles, en el grupo de EP aumentaron, resultado que (aunque no es concluyente) muestra que la RV puede ser útil incluso para poblaciones de avanzada edad.

Por otra parte, también se ha recogido evidencia acerca de la eficacia de la RV en muestras de *personal militar en activo*, la mayoría de ellos en las guerras de Irak o Afganistan. Se han realizado diversos estudios de caso (Gerardi, Rothbaum, Ressler, Heekin y Rizzo, 2008; Miyahira, Folen, Hoffman, García-Palacios y Schaper, 2010; Reguer y Gahm, 2008; Wood *et al.*, 2007) que han obtenido resultados favorables, consiguiendo que los pacientes vean disminuida la intensidad de sus síntomas y, por consiguiente, aumente su calidad de vida y funcionamiento general. Además, también se han obtenidos datos positivos de eficacia de la RV en pacientes que habían probado con otro tipo de intervenciones terapéuticas. Así, un estudio de caso realizado por Wood *et al.* (2009) mostró como una mujer con 6 años de servicio militar en activo que sufría daño cerebral mejoró su calidad de vida y aumentó el control de la sintomatología, todo ello, tras haber intentado el tratamiento farmacológico sin éxito. Tworus, Szymanska y Ilnicki (2010) también analizaron un caso de una persona perteneciente a la policía militar que había sufrido tres incidentes traumáticos en menos de un mes y había recibido psicoterapia (grupal e individual) y tratamiento farmacológico sin ningún resultado. Tras tres sesiones de exposición con RV y exposición en vivo, esta persona fue capaz de volver al servicio militar sin síntomas de TEPT y a los 3 meses se mantenía libre de síntomas. Estos casos muestran como la exposición con RV puede ser eficaz en personas que no han respondido a otro tipo de tratamientos, aunque las limitaciones de estos estudios no permiten llegar a conclusiones firmes y generalizadas. Más recientemente, Reger *et al.*, (2011) examinaron 24 casos de soldados en activo que habían recibido el diagnóstico de TEPT o de trastorno de ansiedad no especificado, y la mitad de ellos no habían respondido a otros

tratamientos previos. Los resultados mostraron reducciones clínicamente significativas en el número de síntomas de TEPT que presentaban, todo ello tras una media de 7 sesiones de exposición con RV. De la misma forma, diversos estudios clínicos abiertos que contaban con un número aproximado de 20 participantes también han dado buena evidencia de la eficacia de la RV en el tratamiento de este problema (Mclay, McBrien, Wiederhold y Wiederhold, 2010; Rizzo *et al.*, 2011). En estos dos estudios el protocolo de tratamiento se basó en procedimientos de Foa y Kozak (1986) y, junto a las técnicas de procesamiento emocional y de exposición en vivo, se incluían también tareas que los participantes tenían que realizar en casa durante el periodo entre sesiones. Estas tareas incluían grabaciones de audio de las sesiones en las que ellos mismos narraban el acontecimiento traumático, las cuales funcionaban como una fuente de exposición continua. El objetivo de estas tareas era promover el procesamiento emocional del evento traumático y, de esta forma, mejorar la habituación fuera de un contexto que transmitiese seguridad a los pacientes como es la consulta terapéutica. Por último, dos estudios controlados aleatorizados también obtuvieron mejorías en la situación clínica de soldados en activo diagnosticados de TEPT (Mclay *et al.*, 2011; Miyahira *et al.*, 2012). En el primero de los estudios se comparó la terapia de exposición graduada con RV versus el tratamiento habitual (en el que los participantes podían recibir cualquier servicio que estuviese disponible en el centro hospitalario del que provenían, por ejemplo, EP, EMDR, medicación psiquiátrica o terapia de grupo). Los resultados indicaron que el 70% de los participantes que recibieron el tratamiento con RV mostraron una mejoría clínicamente significativa de los síntomas de TEPT que presentaban. La condición de tratamiento habitual no obtuvo la misma tasa de éxito, ya que solo el 12,5% de participantes lograron ver reducida su sintomatología. El segundo estudio analizó la eficacia de un TCC con exposición en RV (N= 29) vs una condición control LE con atención mínima consistente en una llamada telefónica semanal (N= 13). Los pacientes en el grupo de TCC-RV vieron reducidos sus síntomas de TEPT comparado con el grupo control, en especial disminuyó la culpa relacionada con el trauma. La RV permitió discutir las memorias asociadas a los combates en un entorno seguro, donde los pensamientos y sentimientos adaptativos relacionados con la experiencia traumática son más fácilmente evocados.

Respecto a los estudios existentes que utilizan muestras que han sido *víctimas de ataques terroristas*, los trabajos son más escasos. Difede y Hoffman (2002) realizaron el primer estudio de caso con una persona que había sufrido los atentados del 11 de Septiembre de

2001 en Nueva York. Utilizando una simulación virtual de las torres gemelas, estos autores informaron de mejorías en la situación clínica de la paciente la cual no había respondido previamente al tratamiento mediante exposición en imaginación. Posteriormente Difede *et al.* (2007) encontraron de nuevo evidencia a favor de la RV en un estudio cuasi experimental que comparaba la exposición por medio de la RV frente a un grupo control LE. La condición de RV obtuvo cambios estadísticamente significativos comparado con el grupo LE respecto a las puntuaciones que evaluaban la sintomatología del trastorno, aunque no se obtuvieron los mismos resultados en la sintomatología depresiva y el crecimiento postraumático. Estos cambios se mantuvieron a los 3 y 6 meses tras finalizar el tratamiento. Por su parte, Freedman *et al.* (2010) presentaron datos preliminares favorables obtenidos en un estudio de caso con una persona víctima de un atentado en un autobús en Israel.

Por último, también contamos con datos preliminares sobre el uso de la RV en el tratamiento de víctimas de TEPT como consecuencia de *accidentes de tráfico*. En un estudio de series de casos Walshe, Lewis, Kim, O'sullivan y Wiederhold (2003) exploraron el uso de ambientes generados por ordenador y RV en el tratamiento de personas que a raíz de una colisión sufrían fobia a conducir y/o TEPT. Tras el tratamiento, el malestar subjetivo, la ansiedad a conducir, las conductas evitativas y la sintomatología depresiva se redujeron significativamente. En otro trabajo, Beck, Palyo, Winer, Schawagler y Ang (2007) utilizaron la RV para tratar una muestra de 6 personas con secuelas a causa de accidentes graves de tráfico, los cuales podían cumplir criterios de TEPT completos o parciales. Los resultados fueron igualmente favorables, observándose reducciones significativas en las principales categorías sintomatológicas del TEPT.

En conclusión, los datos de los que disponemos (aunque preliminares) resultan alentadores, demostrando que la RV puede ser una herramienta útil en el tratamiento de un trastorno tan complejo como es el TEPT. Sin embargo, es necesario llevar a cabo más y mejores estudios controlados antes de poder afirmar rotundamente que esta herramienta es eficaz y, por consiguiente, que se trata de un TPBE para el TEPT.

### **2.1.5 Un dispositivo adaptable de RV para los trastornos relacionados con el trauma y el estrés: El Mundo de EMMA**

Los sistemas de RV utilizados en los estudios arriba descritos se centran en representar un escenario o series de escenarios relacionados con un hecho o problema específico. Es decir, los usuarios pueden presenciar el derrumbe de las torres gemelas, estar inmerso en un escenario de combate o estar presente en un accidente de tráfico. Sin embargo, estos escenarios difícilmente podrían utilizarse para trabajar otros sucesos traumáticos distintos a aquellos para los que fueron diseñados o, en su defecto, tratar otros problemas psicológicos. La cantidad y variedad de eventos estresantes o traumáticos que se pueden trabajar con estos sistemas de RV se encuentra pues limitada, a pesar de que la realidad clínica es otra, y es que nos encontramos diariamente con gran cantidad de personas que sufren o han sufrido diferentes tipos de situaciones traumáticas y estresantes que requieren de un abordaje específico y personalizado. Hasta el momento no se podía ofrecer este tratamiento “a medida” dada la limitación mencionada en los diferentes ambientes virtuales existentes (los cuales se limitaban a copiar el evento traumático siendo demasiado “específicos”). Por lo tanto, era necesaria la creación de una herramienta que fuera capaz de adaptarse de forma flexible a las necesidades particulares que presentaban cada uno de los casos a tratar. Además, se pretendía salvar otra gran limitación ya comentada, la reticencia que tanto terapeutas como pacientes presentan a la hora de aplicar o recibir la técnica terapéutica por excelencia en el tratamiento del TEPT, la EP. Por lo tanto, se buscaba mantener todos los beneficios aportados por la RV al tratamiento de este tipo de problemas psicológicos como son la seguridad, la confidencialidad, el control y la graduación del evento estresante.

Así, con el objetivo de superar estas limitaciones y la obligada necesidad de tener que utilizar distintos sistemas de RV para tratar diversos problemas, nuestro grupo inició el desarrollo de un sistema de RV adaptable, el *Mundo de EMMA*. Este innovador sistema se creó dentro del marco de un proyecto de investigación financiado por la Unión Europea (EMMA: *Engaging Media for Mental Health Applications*, IST-2001-39192) y se aplicó, inicialmente, en el campo de los trastornos relacionados con el trauma y el estrés.



El *Mundo de EMMA* es un dispositivo de RV adaptable que permite ajustar sus contenidos a las necesidades terapéuticas de cada paciente. Este dispositivo flexible y abierto combina diferentes elementos capaces de evocar los significados y las reacciones emocionales asociadas al acontecimiento vivido y que, al mismo tiempo, es capaz de modificarse en función de los cambios que se van produciendo en los pacientes a lo largo de las sesiones terapéuticas. Por lo tanto, el *Mundo de EMMA* permite recrear los elementos asociados al trauma o al acontecimiento estresante que la persona ha vivido para exponerla de nuevo a ellos. A través del trabajo simbólico, las personas pueden contar con una representación “física” de sus emociones y del acontecimiento y, de esa forma, se potencia el cambio emocional, la mejora de las capacidades de afrontamiento y el aprendizaje a partir de los problemas. Estos cambios se acompañan y reflejan en el mundo virtual a medida que se van produciendo constituyendo una manifestación “objetiva” de los progresos conseguidos y ofreciendo un acompañamiento a lo largo de todo el proceso terapéutico.

A continuación se presenta una breve descripción de los elementos que se incluyen en *El Mundo de EMMA*:

- La “habitación de EMMA” es una estructura arquitectónica compuesta por una base circular sobre las que se asientan varias columnas (ver Figura 8). Es en este espacio abierto donde se empiezan las sesiones de tratamiento y en donde la persona representa mediante símbolos (objetos 3D, fotografías, músicas, colores,...) y paisajes el acontecimiento que ha vivido.



Figura 8- La habitación de EMMA

En esta habitación podemos encontrar distintos elementos o herramientas:

- *Bases de datos:* Se presenta como una gran pantalla móvil que se desplaza por el espacio interior de la estructura arquitectónica de EMMA. Contiene diferentes elementos que la persona puede manipular y que se utilizan para llevar a cabo la terapia como, por ejemplo, objetos diseñados en 3D, fotografías, música y sonidos, colores y lemas o proverbios (ver Figura 9). Otra posibilidad que permite el sistema es la introducción en esta base de datos de elementos aportados por el propio paciente, como fotografías o música. El conjunto de todos los elementos y símbolos escogidos por la persona le proporcionan la posibilidad de exponerse a los objetos o situaciones evitadas o “no elaboradas” en su vida real y le ayudan a explorar su significado y el impacto que han tenido en su vida. Su utilización puede potenciarse, además, con la introducción, por parte del terapeuta, de analogías, metáforas y preguntas socráticas.



Figura 9- Imágenes y símbolos de la base de datos de EMMA

- *Peanas:* Se encuentran repartidas por toda la estructura arquitectónica y constituyen el soporte sobre el cual el paciente puede depositar los elementos escogidos para trabajar con ellos, mezclándolos y asociándolos como quiera (ver Figura 10).



Figura 10- Peana con símbolo incorporado

- *El libro de la Vida*: Es una de las herramientas más importantes del *Mundo de EMMA*. En este libro el paciente va almacenando los elementos que va procesando/elaborando en terapia (ver Figura 11). Contiene un índice y una serie de páginas dobles sobre las que se escriben los capítulos de la vida en los que el paciente ha dividido la historia del acontecimiento traumático o estresante. La persona puede poner título a los capítulos que haya escogido y puede almacenar hasta 18 elementos en cada página pudiendo modificarlos siempre que lo desee. El libro de la vida ayuda al paciente a recordar, analizar y elaborar los acontecimientos significativos relacionados con la situación que le perturba y le permite escribir y re-escribir (con palabras y con los elementos de la base de datos) la experiencia emocional y las vivencias asociadas a dicha situación.



Figura 11- Libro de la Vida con elementos incorporados

- *Procesador emocional*: Este elemento actúa como un transformador y permite que la persona sitúe sobre él aquellos elementos relacionados con la experiencia dolorosa que han sufrido un cambio de significado (ver Figura 12). El proceso pretende simbolizar cómo, a través de la terapia, la experiencia o elemento en cuestión ha dejado de tener el poder de perturbar emocionalmente al paciente, para pasar a ser una parte más de su historia de la que puede aprender y con la que puede manejarse.



Figura 12- Procesador emocional

- Otro de los elementos más importantes que se incluyen en el *Mundo de EMMA* son los entornos. Cinco son los escenarios o paisajes predefinidos que el paciente puede escoger: un prado, un paisaje nevado, una playa, un bosque oscuro rodeado de zarzas y un desierto (ver Figura 13). Inicialmente, cada paisaje se diseñó con la intención de evocar una emoción concreta. Así, el prado podría relacionarse con la alegría, el paisaje nevado con la tristeza, la playa con el relax, el bosque oscuro con el miedo y el desierto con la ira. No obstante, las características y experiencias personales pueden hacer que diferentes personas asocien diferentes emociones y significados a los distintos paisajes. Los paisajes pueden seleccionarse y modificarse en tiempo real con el objetivo de reflejar los cambios que se producen en el estado afectivo del paciente. De esta manera, se contribuye a la expresión, la representación y el procesamiento emocional de la experiencia. Estos escenarios actúan como un espacio atemporal en el que la persona puede reposar, explorar y normalizar todo aquello que le ha ocurrido en un contexto seguro y protegido.

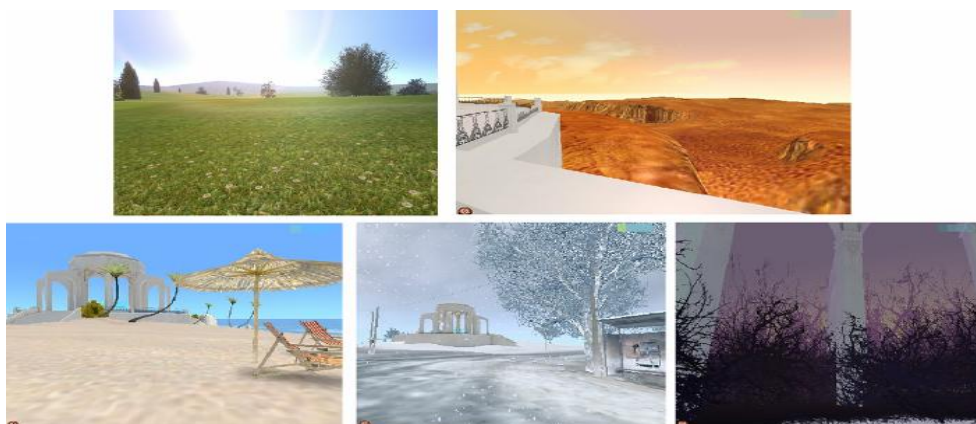


Figura 13-Entornos incluidos en el sistema EMMA

Como se ha ido comentando a lo largo de la descripción del sistema EMMA, se pueden realizar cambios en todos los elementos detallados. Estos cambios pueden afectar a la representación del tiempo (consiguiendo un ambiente de día, de noche, atardecer, amanecer, etc.) o a las condiciones climatológicas (viento, lluvia, nieve, terremoto, arcoíris, tormenta, niebla, etc.), y su objetivo es promover la inducción de las emociones en los pacientes y ayudarles en el trabajo de toma de conciencia y regulación emocional. Con estos cambios se intenta transmitir que tanto el terapeuta como el sistema le están escuchando, entendiendo y comprendiendo favoreciendo la alianza terapéutica y la percepción de empatía.

En definitiva, un sistema como el *Mundo de EMMA* ofrece un ambiente que permite reflejar los sentimientos y pensamientos asociados al acontecimiento, que además incita a la persona a hablar, pensar y analizar los sucesos vividos y sus implicaciones mientras se va exponiendo a los recuerdos perturbadores. Incluso el hecho de realizar este trabajo en un ambiente virtual y en un contexto terapéutico maximiza las posibilidades de encontrar un sentido a lo ocurrido y de extraer importantes aprendizajes que mejoren las capacidades presentes y futuras de la persona para construir una vida más positiva y plena. Una descripción más detallada del sistema se puede encontrar en los trabajos de Andreu-Mateu (2011), Andreu-Mateu *et al.* (2012), Baños *et al.* (2011) y Rey, Montesa, Alcañiz, Baños y Botella (2005).

Por lo que respecta a los trabajos que analizan la eficacia del *Mundo de EMMA*, los primeros que se llevaron a cabo con este sistema de RV adaptable fueron estudios de caso. En el primero de ellos el sistema se utilizó con una paciente víctima de violencia doméstica que había desarrollado un TEPT (Botella *et al.*, 2006). Posteriormente, se aplicó a un paciente que sufría un DC (Botella, Osma *et al.*, 2008). Y, por último, en dos estudios de caso que abordaron el tratamiento de pacientes afectados por un TA (Baños *et al.*, 2008; Andreu-Mateu *et al.*, 2012). Todos estos estudios evidenciaron mejorías en la condición clínica de los pacientes. Seguidamente se realizaron otros estudios con un mayor grado de control experimental. Así, en el caso del TEPT encontramos datos preliminares acerca de la eficacia del sistema EMMA en el tratamiento de 10 pacientes víctimas de diversos tipos de trauma (Botella *et al.*, 2010). Este estudio comparó dos condiciones, en una de ellas se aplicó la exposición mediante RV y en la otra se aplicó la EP. Los resultados que se obtuvieron indicaron que el grupo que realizó el tratamiento con RV se mostró tan eficaz como el tratamiento de elección existente en la actualidad para el TEPT a la hora de reducir la sintomatología y las cogniciones asociadas a este

trastorno. Por su parte, un estudio controlado mostró también resultados positivos, pero en esta ocasión incluyendo una muestra que agrupaba personas con diversos trastornos relacionados con el trauma y el estrés (TEPT, DC y TA) (Baños *et al.*, 2011). En dicho trabajo se aleatorizaron 39 pacientes a dos condiciones de tratamiento diferentes. En ambos grupos se aplicaba el mismo programa de TCC para cada uno de estos trastornos, pero se diferenciaban en la forma de exponer a los participantes a los estímulos estresantes o traumáticos. Mientras que una condición lo hacía con procedimientos de exposición en imaginación y narrativas de la experiencia negativa, la otra condición utilizaba el *Mundo de EMMA*. Se observaron importantes cambios clínicos en ambas condiciones experimentales en el post-tratamiento y, a pesar de la eficacia similar de ambas condiciones, los participantes que recibieron el tratamiento mediante RV mostraron mejoras estadísticamente significativas en la sintomatología depresiva, la emoción de relajación y la interferencia social, en comparación con la condición de tratamiento de TCC tradicional. Por último, con un diseño experimental muy parecido pero con solamente pacientes con diagnóstico de TA (n= 46), otro estudio controlado mostró que un TCC que utilizaba la RV era igual de eficaz que el mismo programa TCC aplicado de forma tradicional, además de ser superior a la no intervención (grupo control LE) (Andreu-Mateu, 2011). Análisis posteriores de los datos obtenidos en los seguimientos indicaron que la mejoría alcanzada tras el tratamiento en ambas condiciones de intervención se mantuvieron a medio (seguimiento a los 6 meses) y a largo plazo (seguimiento al año). Además, se produjeron mejorías adicionales en algunas medidas a medio y a largo plazo. Por último, cuando se tuvieron en cuenta las estimaciones del cambio clínicamente significativo, se observó una ventaja a favor de la condición de RV en los resultados alcanzados al año de seguimiento (Quero *et al.*, 2013; Quero, Molés, Andreu-Mateu, Baños y Botella, en preparación).

Por otra parte, los resultados obtenidos en otros dos estudios que también incluyeron muestra con diversos problemas relacionadas con el trauma y el estrés (TEPT, DC y TA) ofrecieron evidencia preliminar acerca de la efectividad del *Mundo de EMMA*. Los participantes informaron elevadas expectativas hacia el tratamiento que iban a recibir apoyado por RV y se mostraron muy satisfechos con él una vez concluida la intervención (Baños *et al.*, 2009; Botella, Baños *et al.*, 2006).

En el presente trabajo se utilizará el mismo protocolo de tratamiento utilizado en los estudios mencionados, en los que se hace uso del sistema de RV EMMA, por lo que se pretende proporcionar mayor evidencia acerca de la eficacia de esta herramienta terapéutica para el tratamiento de los TA. Además, como se verá en el siguiente apartado, se incorporará una nueva herramienta tecnológica (Internet) que apoyará la aplicación del componente de tareas para casa dentro de este programa de intervención.

## **2.2 EL USO DE INTERNET PARA LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS**

### **2.2.1 Definición de la psicoterapia computarizada**

En la actualidad existen diferentes terminologías para referirse al uso de ordenadores en la prestación de servicios terapéuticos. Términos como “psicoterapia computarizada”, “psicoterapia asistida por ordenador”, “e-terapia” “intervenciones terapéuticas basadas en web o basadas en Internet”, “tratamientos informáticos”, o “terapia cognitivo-conductual computarizada (TCCC)” son comúnmente utilizados indiscriminadamente, cubriendo diferentes conceptos que, de alguna manera, representan diferentes realidades (Marks, Cavanagh y Gega, 2007a; Titov, 2007). Estos conceptos podrían estar pues confundiendo ya que pueden estar refiriéndose a diferentes tipos específicos de intervenciones o a distintos aspectos de las mismas. Además, la heterogeneidad de los programas basados en web y las capacidades de comunicación en términos de lo que pueden ofrecer, cómo funcionan y su dinamicidad hacen que se incremente esta dificultad, siendo complicado identificar aquello que lo define y los componentes esenciales activos de estas herramientas (Barak, Klein y Proudffot, 2009).

Diversos autores han intentado aclarar o definir conceptualmente las intervenciones que tienen un objetivo terapéutico a nivel de salud mental y física y que utilizan como soporte Internet. Miclea, Miclea, Ciuca y Budau (2010) señalan que para que una aplicación basada en

ordenadores pueda ser considerada como una herramienta psicoterapéutica debe satisfacer al menos dos de los siguientes requisitos:

- 1) Haber sido creada expresamente para servir a un propósito psicoterapéutico.
- 2) Que aplique los principios y métodos de una psicoterapia específica, es decir, se implementen tratamientos que son viables (p.ej., TCC, técnicas basas en la solución de problemas, terapia psicodinámica, etc.).
- 3) Que implique al beneficiario o paciente en una amplia gama de actividades psicoterapéuticas.

Por lo tanto, esta definición excluiría los blogs, podcats, grupos de apoyo online, sistemas de evaluación online, o video presentaciones terapéuticas. Todas estas aplicaciones podrían tener una valencia psicoterapéutica, pero como los propios autores indican, no han sido diseñados con un objetivo explícito psicoterapéutico y no se basan en unos principios y métodos específicos. Además, no requieren de una participación activa de los receptores. Otros dispositivos que se excluirían serian la videoconferencia, el servicio telefónico tradicional, así como las consultas por correo electrónico, que agilizan la comunicación y superan las dificultades de la distancia, pero no se delegan tareas de tratamiento a un ordenador u otro dispositivo electrónico. También quedaría fuera de este concepto la entrega electrónica de materiales educativos y la grabación electrónica del estado clínico o la conducta de los pacientes (Marks, Cavanagh y Gega, 2007b).

La terapia asistida por ordenador se puede suministrar mediante una amplia gama de dispositivos informáticos tales como ordenadores personales, sistemas de respuesta de voz interactiva (RVI) telefónicos, CD-ROM, DVD, teléfonos móviles, dispositivos de realidad virtual, etc. (Marks *et al.*, 2007a). Más específicamente, los tratamientos auto-aplicados basados en web comúnmente hacen uso de ordenadores conectados a Internet. En estos programas de intervención los pacientes trabajan a partir de una guía de autoayuda adaptada para web basada en protocolos de TPBE. Se implica de forma sistemática a la persona para completar varias lecciones en línea que, por lo general, presentan la misma información y técnicas que se utilizan en la terapia tradicional cara a cara. A menudo el papel del terapeuta en estas intervenciones es apoyar y estimular, aunque ocasionalmente también realizan actividades terapéuticas directas (Andersson 2009). En este sentido, Andersson, Bergstrom, Carlbring y



Lindfors (2005) realizan la siguiente distinción, dependiendo del nivel de contacto o implicación del terapeuta:

- 1) *Terapia totalmente auto-aplicada* o autoayuda pura en la que el contacto con el terapeuta es nulo.
- 2) *Terapia predominantemente de autoayuda* en la que el terapeuta realiza la evaluación, proporciona la lógica del tratamiento y enseña cómo utilizar la herramienta.
- 3) *Terapia de contacto mínimo* donde el rol del terapeuta es activo pero en un grado menor que en las terapias tradicionales, por ejemplo, utilizando el e-mail.
- 4) *Terapia predominantemente administrada por el terapeuta* en la que el contacto con el terapeuta es el tradicional para el número de sesiones de las que se conforma el tratamiento pero se utiliza material de autoayuda.

Como acabamos de observar, la psicoterapia computarizada puede ser utilizada como la principal intervención terapéutica, con la mínima participación de un terapeuta, o como un complemento a la terapia cara a cara (Kaltenthaler y Cavanagh, 2010) como, por ejemplo, en la aplicación de las tareas para casa (Miclea *et al*, 2010). Además, este tipo de psicoterapia resulta un ahorro en tiempo y tarea para los terapeutas en su práctica cotidiana. Se estima que la cantidad de tiempo ahorrada por el terapeuta se sitúa alrededor del 80%, además de la ventaja que ofrece a los usuarios al poder acceder a la terapia desde cualquier lugar (p.ej., librerías, cafeterías con acceso a Internet, centros médicos, escuelas, etc.) (Marks *et al.*, 2007a).

A continuación describiremos de forma breve las ventajas y también las limitaciones en relación al uso de Internet en la aplicación de los tratamientos psicológicos.

### **2.2.2 Ventajas y desventajas de los tratamientos computarizados a través de Internet**

Los puntos que a continuación se detallan recogen las principales ventajas de los tratamientos computarizados que diversos autores han señalado en sus trabajos (Andersson y

Titov, 2014; Botella, García-Palacios *et al.*, 2009; Coles, Cook y Blake, 2007; Elliot, Carey y Bolles, 2008; Marks, Cavanagh y Gega, 2007b; Mira, 2014; Perle *et al.*, 2011; Proudfoot, 2008; Rochlen, Zack, y Speyer, 2004; Suler, 2004; Vallejo *et al.*, 2007).

- 1) *Este tipo de programas de tratamiento permiten ser desmantelados con facilidad:* Dada su estructura modular es más fácil realizar el trabajo de desmantelamiento. Esto permitiría aislar los efectos de cada componente de tratamiento y analizar su eficacia y contribución.
- 2) *Los contenidos multimedia utilizados ofrecen múltiples posibilidades:* En los programas auto-aplicados a través de Internet se pueden utilizar imágenes, viñetas, vídeos, animación, audios, gráficos, voz en *off*, etc. Estos elementos multimedia ayudan a la persona a comprender y afianzar todo lo que el programa de tratamiento pretende enseñar ya que enriquecen los contenidos de cada módulo. Además, utilizando las características de Internet se pueden crear nuevas herramientas de intervención que en un principio no estaban diseñadas para ese propósito como, por ejemplo, el uso de *Skype* para dispensar un tratamiento psicológico.
- 3) *Facilitan la exposición:* Permiten la exposición a diversos contextos reales alcanzados a través de las posibilidades que ofrecen los entornos contenidos en los programas aplicados a través de Internet.
- 4) *Promueven la propia reflexión sobre el problema:* El tener que comunicarse por escrito puede conducir a un análisis más profundo de los problemas y a un mayor grado de introspección del paciente. Esta reflexión puede suceder en cualquier tarea del programa de intervención que requiere que la persona escriba o si el tratamiento requiere que el paciente escriba correos electrónicos al terapeuta supervisor de un tratamiento psicológico auto-aplicado.
- 5) *Los programas de tratamiento auto-aplicados reducen los costes y facilita el trabajo de evaluación:* Recoger la información de los pacientes de forma *online* facilita el trabajo de corrección y análisis de los resultados. Los tratamientos auto-aplicados permiten obtener las puntuaciones y correcciones automáticamente, obteniendo la información del progreso de cada paciente y reduciendo los costes asociados a este trabajo. También se evita el error humano tanto de los pacientes al contestar las preguntas, como del terapeuta al

introducir los datos para su posterior análisis. Además, se facilita la realización de los seguimientos psicológicos incluso más que los seguimientos telefónicos, optimizando el tiempo de los profesionales para realizar esta tarea.

- 6) *La reducción del contacto terapéutico se deriva en un ahorro de tiempo y dinero tanto para los terapeutas como para los pacientes:* El hecho de que los terapeutas dediquen menos tiempo a aplicar un tratamiento, siempre que se logren mantener los resultados clínicos, es una de las principales ventajas que pueden aportar el uso de los tratamientos auto-aplicados. En los servicios públicos de salud esta reducción del tiempo de contacto entre paciente y clínico puede ayudar a aligerar notablemente las largas listas de espera, llegando así la ayuda a todas las personas que la necesitan. Por lo que respecta al paciente, la ventaja de poder realizar un tratamiento desde su propio hogar también resulta en un ahorro de tiempo y dinero, ya que se reducen tanto los costes de desplazamiento hasta la consulta como el tiempo invertido en dicho desplazamiento.
- 7) *Comodidad:* Esta ventaja está ligada a la anterior y se refiere al hecho de no tener que desplazarse al lugar donde recibiría la terapia. El paciente puede realizar el programa de tratamiento cómodamente desde su casa, evitando las dificultades geográficas, económicas, o personales (enfermedad suya o de un familiar) que se encuentran asociadas con dicho desplazamiento, y que algunas personas pueden presentar. Además, alejarse lo menos posible de su entorno cotidiano unido al ahorro anteriormente referido, convierte ésta en una terapia más fácil de seguir favoreciendo su cumplimiento.
- 8) *Promueven mayor autonomía en el paciente:* Si los programas de tratamiento cuentan con foros o conversaciones diacrónicas hay una mayor autonomía e independencia del lugar y tiempo de los participantes en una comunicación.
- 9) *Ofrece confidencialidad y privacidad:* Estos tratamientos auto-aplicados a través de Internet pueden favorecer la disminución del prejuicio para ponerse en manos de un profesional. La estigmatización que todavía hoy supone para muchas personas visitar por primera vez a un psicólogo o psiquiatra puede ser superada gracias a la ausencia de contacto en persona que posibilitan este tipo de tratamientos. Se produce lo que se denomina efecto de desinhibición *online*. Se mantiene pues el anonimato del paciente y se evita la estigmatización a la que temen algunas personas cuando asisten a consulta psicológica. Incluso algunos autores sostienen que estos programas auto-aplicados

permiten mayor apertura y honestidad por parte de los pacientes ya que no se presentan las emociones negativas que pueden estar asociadas a la búsqueda de tratamiento (ansiedad, vergüenza, etc.) y no existe el sesgo de deseabilidad social ni la preocupación por causar buena impresión.

*10) Permiten el acceso a grandes muestras:* Esto aumenta nuestro conocimiento y mejora las posibilidades para la investigación científica.

*11) Llegan a pacientes que no recibirían tratamiento de otro modo, por las características clínicas de algunos trastornos:* Suponen un medio a través del cual buscar ayuda para quienes encuentran dificultades para hacerlo siguiendo los cauces tradicionales, debido a las consecuencias de un trastorno psicológico. Toda una gama de problemas relacionados con la ansiedad (agorafobia, trastorno de pánico, fobia social, etc.) puede dificultar la búsqueda de ayuda por parte de quienes los padecen, condenándoles en ocasiones al aislamiento físico o social.

*12) Llegan a pacientes que tienen dificultades para acceder al tratamiento por problemas para encontrar profesionales capacitados en el entorno habitual:* Muchos pacientes que viven en zonas rurales o alejadas del centro urbano tienen más difícil el hecho de poder recibir tratamiento psicológico.

Estas dos últimas ventajas ponen de manifiesto que los tratamientos auto-aplicados a través de Internet facilitan el acceso a personas que no recibirían tratamiento de otro modo, bien sea por limitaciones económicas, geográficas, físicas, lingüísticas o psicológicas (depresión mayor, esquizofrenias graves, fobias, consumo de sustancias psicoactivas, disfunciones sexuales, entre otras), por lo que son alternativas muy prometedoras para diseminar los TPBE.

Sin embargo, algunos autores también han señalado una serie de desventajas que estos tratamientos pueden presentar (Amichai, Brunstein, Friedman, Zuckerman y Shani, 2014; Anderson, 2009; Coyle, Doherty, Matthews y Sharry, 2007; Elliot *et al.*, 2008; Melville, Casey y Kavanagh, 2010; Proudfoot, 2008; Suler 2001; Vallejo *et al.*, 2007) y que se describen a continuación:

- 1) *Las personas que no precisan una intervención podrían recibirla:* Cabe la posibilidad de que personas que no necesiten ayuda psicológica la reciban, por el hecho de que la intervención sea más accesible. Por ello, es fundamental llevar a cabo una buena evaluación para ver si la persona necesita el tratamiento y si se puede beneficiar del mismo. Al respecto, y a pesar del ahorro de tiempo que supondría la autoevaluación por parte de los pacientes, hoy por hoy no hay evidencia de que los autoinformes puedan reemplazar a la entrevista diagnóstica por parte de un profesional. A menudo se utiliza el contacto telefónico para realizar este tipo de entrevistas, sin embargo, el no ver a la persona directamente deriva en una inevitable pérdida de información relevante. Además, es importante tener en cuenta que la mayoría de los instrumentos están diseñados como medidas de papel y lápiz, y no han sido psicométricamente validados para su uso en el ordenador a través de Internet. Por lo tanto, está presente pues el riesgo de que los tratamientos auto-aplicados a través de Internet sean implementados no sólo en los casos que así lo requieran.
  
- 2) *Las personas que no cumplen con las características necesarias para sacar el máximo provecho del tratamiento auto-aplicado podrían recibirlo de igual manera:* Una decisión muy importante es la de si una persona es adecuada o no para seguir una terapia asistida por ordenador. Es importante hacerse algunas preguntas: *¿Cuál es el nivel de lecto-escritura del paciente? ¿Qué experiencia tiene en el uso de ordenadores y en la comunicación online? ¿Cuál es la actitud del paciente ante la posibilidad de ser tratado online o con la ayuda de un ordenador?* Además, el acceso y manejo de Internet no es homogéneo si lo analizamos en relación con la edad, el nivel de educación, de ingresos o etnia de origen. Por lo tanto, un trabajo muy relevante es identificar a los pacientes que realmente puedan beneficiarse de su uso, en función de sus características.
  
- 3) *Imposibilidad de percibir claves comunicativas no verbales:* En los tratamientos auto-aplicados el terapeuta carece de la información no verbal y paralingüística del paciente que puede ser relevante conocer a lo largo del proceso de tratamiento. Por tanto, se pueden perder aspectos importantes de la comunicación no verbal que son vitales como fuente de información en algunos casos. La ausencia de la comunicación no verbal y diacrónica no permite evaluar con claridad la calidad de la relación terapéutica ni cuan comprometido está un paciente en un proceso. Por la desinhibición que Internet permite no se sabe qué efectos hay sobre la relación terapéutica. Esto lleva a las siguientes

reflexiones en algunos casos particulares: *¿En el caso de una persona con fobia social pesaría más la desventaja para el terapeuta de la ausencia de claves comunicativas no verbales o la ventaja de que la persona pueda acercarse al tratamiento?*

- 4) *Elevadas tasas de abandonos:* En los tratamientos auto-aplicados a través de Internet las tasas de abandonos son más altas que en los tratamientos tradicionales “cara a cara”. Sin embargo, se ha demostrado que el hecho de que el terapeuta proporcione apoyo (sea mediante correo electrónico o contacto telefónico) durante la realización del programa de tratamiento reduce estas tasas de abandono, llegando a ser comparables a las que se producen en los tratamientos administrados de manera tradicional. No obstante, se necesitan más estudios que analicen las causas de estos abandonos y que generen estrategias adecuadas para poder superar esta importante limitación.
- 5) *Dificultad para que se produzca la alianza terapéutica:* En las intervenciones en las que el terapeuta tiene mayor grado de implicación el propio distanciamiento entre paciente y terapeuta puede ser negativo debido a la diferencia horaria o de localización, lo que podría afectar a la alianza terapéutica o adherencia al tratamiento. Esto podría facilitar el incumplimiento del tratamiento con la consecuencia de la interrupción del mismo.
- 6) *Ausencia del grado de información y guías óptimas para los pacientes y los psicólogos sobre los tratamientos auto-aplicados.* En la actualidad, es necesaria más investigación acerca de la eficacia de los tratamientos dispensados a través de Internet, que justifique su uso tanto para los pacientes como para los terapeutas. Sin embargo, como veremos más adelante, cada vez se está atendiendo más a este campo de estudio por lo que la evidencia de este tipo de tratamientos va aumentando progresivamente. Por otra parte, faltan guías que homogeneicen aspectos importantes de la terapia en formato *online* como por ejemplo, tipos de contenidos, estructura, formatos, etc.
- 7) *Dificultades en las condiciones de seguridad para el manejo de la información:* Aún no están claras las condiciones de seguridad y privacidad para el manejo de la información sin que se viole el privilegio de confidencialidad que rige la relación entre un paciente y su terapeuta. A pesar de ello, en *el Journal of the American Medical Informatics Association: “Guidelines for the Clinical Use of Electronic Mail with Patients”* (Kane, Daniel y Sands, 1998) se presentan instrucciones y recomendaciones respecto al uso del correo

electrónico con pacientes en relación a aspectos legales, éticos, confidencialidad y seguridad de la comunicación. Estos criterios pueden hallarse en <http://www.amia.org/pubs/pospaper/positio2.htm>. En España, la Comisión Deontológica Estatal ha hecho esfuerzos por aclarar este tema y ha recomendado a los diferentes Colegios Oficiales de Psicólogos de las distintas comunidades y asociaciones la realización de un documento que trate las cuestiones éticas implicadas en la provisión de servicios psicológicos a través de Internet o a distancia. Por su parte, el Colegio Oficial de Psicólogos de Barcelona también ha creado un foro de discusión y debate acerca de los tratamientos *online* ([terapiaonline@listserv.cop.es](mailto:terapiaonline@listserv.cop.es)) <http://www.cop.es/colegiados/gr03126/lista/>

Una vez descritas las ventajas e inconvenientes de los tratamientos computarizados a través de Internet, los apartados que siguen se van a centrar en una revisión de las intervenciones auto-aplicadas a través de Internet y la evidencia disponible en relación a las mismas, haciendo especial hincapié en el ámbito en el que se enmarca este trabajo.

### **2.2.3 Eficacia disponible acerca de los programas auto-aplicados a través de Internet**

En los últimos años se han desarrollado tratamientos computarizados y auto-aplicados a través de Internet para una amplia gama de problemas psicológicos. En primer lugar, cabe destacar las importantes contribuciones realizadas por Isaac Marks y Judith Proudfoot en Reino Unido, al desarrollar dos programas de tratamiento, *Fear Fighter* (FF) y *Beating the Blues* (BTB), que han acumulado gran evidencia para el tratamiento de la depresión y la ansiedad en el caso de BTB (Cavanagh, Seccombe y Libetter, 2011; Cavanagh y Shapiro, 2004; Learmonth y Rai, 2008; Learmonth, Trosh, Rai, Sewell y Cavanagh, 2008; Proudfoot *et al.*, 2004) y para el tratamiento de las fobias y el trastorno de pánico en el caso de FF (Marks, Kenwright, McDonough, Wittaker y Mataix-Cols, 2004; McCrone, Marks, Mataix-Cols, Kenwright y McDonough, 2009; Schneider, Mataix-Cols, Marks, y Bachofen, 2005). Estos esfuerzos se han visto recompensados al lograr la inclusión de estos dos programas en las guías clínicas elaboradas por *The National Institute of Clinical Excellence* (NICE) (NCCMH y RCP, 2010) como alternativa de TPBE.

Por otra parte, en la última década otros autores han desarrollado programas de tratamiento auto-aplicados a través de Internet para diversos trastornos emocionales. Por ejemplo, existen estudios que ponen a prueba este tipo de programas para la ansiedad (*The Anxiety Program*; Titov, Andrews, Johnston, Robinson y Spence, 2010); el trastorno de pánico (*The Panic Program*; Wims, Titov, Andrews y Choi, 2010); la fobia social (*The Shyness Program*; Andrews, Davies y Titov, 2011; Aydos, Titov y Andrews, 2009); el trastorno de ansiedad generalizada (*The GAD Program*; Titov, Andrews, Kemp y Robinson, 2010 y *Balance*; Gega, Marks y Mataix-Cols, 2004); el TOC (*OCFighter*; Greist *et al.*, 2002); la preocupación ansiosa (*The Worry Program*; Lorian, Titov y Grisham, 2012); y para la depresión (*The Sadness Program*; Perini, Titov y Andrews, 2009 y *COPE*; Marks *et al.*, 2003).

En España, nuestro grupo de investigación fue pionero en presentar un programa dirigido al tratamiento del miedo a hablar en público denominado *Háblame* (Botella *et al.*, 2000), demostrando su eficacia en estudios de caso (Botella, Guillén *et al.*, 2007; Botella, Hofmann, y Moscovitch, 2004) y en un estudio controlado en el que demostró una eficacia similar al mismo programa pero administrado por el terapeuta, frente a un grupo control lista de espera (Botella, Gallego *et al.*, 2010). El segundo programa desarrollado por nuestro grupo fue *Sin miedo* (Botella, Quero *et al.*, 2008), en este caso para el tratamiento de la fobia a animales pequeños. Diversos estudios han aportado datos que demuestran su eficacia (Baños, Quero, Botella y García-Palacios, 2007; Botella, Quero *et al.*, 2008). Más recientemente, en el marco del proyecto *Online Predictive Tools for Intervention in Mental Illness* (OPTIMI) nuestro grupo ha desarrollado un programa auto-aplicado a través de Internet para la prevención y el tratamiento de la depresión leve y moderada. El programa *Sonreír es Divertido* es claramente interactivo y utiliza una diversidad de recursos multimedia. Posteriormente se describirá este programa junto a la evidencia que hay disponible en la literatura acerca de su eficacia. Por último, se ha adaptado para su aplicación a través de Internet un protocolo transdiagnóstico que está basado, en parte, en el *Unified Protocol* de David H. Barlow y, en parte, en las habilidades de regulación emocional de la DBT propuestas por Marsha Linehan. Este programa de tratamiento llamado Regulación Emocional (*Emotion Regulation*) es un programa auto-administrado e interactivo dirigido a los trastornos emocionales (el trastorno de pánico y la agorafobia, la ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo-compulsivo, la depresión, o el trastorno de ansiedad social) que permite a los individuos aprender y practicar formas adaptativas para regular sus emociones. La intervención tiene como objetivo aumentar la



conciencia emocional centrada en el presente, facilitar la flexibilidad cognitiva, identificar y modificar los patrones de evitación del comportamiento y emocionales, y promover la exposición interoceptiva y situacional (García-Palacios *et al.*, 2014).

En suma, las revisiones sistemáticas realizadas hasta el momento muestran que los tratamientos TCCC aplicados a través de Internet y dirigidos a los trastornos emocionales son intervenciones eficaces (Richards y Richardson, 2012; Spek, *et al.*, 2007; Titov, 2011). Además, los resultados de los estudios de meta-análisis realizados indican que producen mayores tamaños del efecto que las condiciones de control (Andersson y Cuijpers, 2009; Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy y Titov, 2010; Cuijpers, Donker, van Straten, Li y Andersson, 2010; Cuijpers *et al.*, 2011; Richards y Richardson, 2012). Incluso en un estudio de meta-análisis llevado a cabo por Anderson, Cuijpers, Carlbring, Riper y Hedman (2014), en el que se incluyó también tratamientos dirigidos a los trastornos somáticos, se evidenció la equivalencia en la eficacia entre los TCCC y los TCC tradicionales dispensados cara a cara.

A continuación se revisan los diferentes programas TCCC auto-aplicados a través de Internet existentes para el tratamiento de los trastornos relacionados con el trauma y el estrés, así como los estudios que han evaluado su eficacia.

### 2.2.3.1 *Programas auto-aplicados para el tratamiento del TEPT*

En este apartado se presentan los programas TCCC que han sido diseñados y desarrollados específicamente para tratar el TEPT.

- **Interapy:** Este programa fue desarrollado por el grupo de Alfred Langue en Holanda y fue la primera intervención basa en web para el tratamiento del TEPT y el duelo que se desarrollaba y se probaba en estudios controlados. Se trata de una intervención estructurada basada en prácticas de escritura y compuesta por 10 sesiones (realizadas en 5 semanas) que incluyen tres fases: 1) *autoconfrontación o exposición*, en la que se les instrúa a los pacientes a escribir en detalle sobre el acontecimiento traumático y acerca de sus miedo y pensamientos, haciéndolo siempre en primera persona y en tiempo presente, 2) *reevaluación cognitiva*, el objetivo de esta fase era desarrollar nuevos puntos

de vista sobre el evento traumático para recuperar el sentido de control sobre el mismo. Se instruía a los participantes a escribir un consejo alentador a una persona que hubiese experimentado el mismo evento traumático haciendo hincapié en los aspectos positivos y aprendizajes que se podían extraer y 3) *intercambio y despedida*, de forma simbólica los participantes escribían una carta para sí mismos o dirigida a una persona significativa para “salir” de la experiencia traumática. A mitad de cada fase los terapeutas ofrecían retroalimentación sobre los escritos y daban instrucciones sobre cómo proceder (Lange, Schoutrop, Schrieken y Van de Ven, 2002).

**Interapy** ha sido sometido a prueba a través de diferentes estudios, los resultados de los cuales se presentan a continuación.

En un primer estudio Langue *et al.* (2000) analizaron la efectividad de este programa de intervención administrado a través de Internet en una muestra de 20 estudiantes que habían sufrido experiencias traumáticas (incluida la pérdida de un ser querido) y que presentaban sintomatología característica de TEPT y de duelo complicado. Tras recibir el tratamiento, los participantes vieron mejorada su sintomatología relacionada con el problema, manteniéndose estos cambios en el seguimiento realizado a las 6 semanas. Posteriormente, este mismo grupo de investigadores realizaron un estudio con mayor control en el que distribuyeron al azar a 25 personas con el mismo patrón sintomatológico a dos condiciones experimentales: grupo experimental (que recibió el programa de intervención) y grupo control LE. Se tomaron medidas en tres ocasiones: pre-tratamiento, post-tratamiento y a las 6 semanas tras la finalización del tratamiento. Los resultados encontrados mostraron que los participantes en el grupo experimental mejoraron significativamente, comparado con el grupo control-lista de espera, en síntomas relacionados con el trauma (medidos por la escala de impacto de los eventos (IES: *Impact of Event Scale*) y en el funcionamiento y estado de ánimo general. Estas mejoras se mantuvieron durante el seguimiento (Langue, van de Ven, Schrieken y Emmelkamp, 2001). Seguidamente, Langue *et al.* (2003) continuaron analizando la eficacia de este programa auto-aplicado, a través de otro estudio controlado aleatorizado (ECA), con una muestra más amplia y con las mismas condiciones experimentales anteriores: grupo experimental (N=69) y grupo control LE (N= 32). Los resultados obtenidos fueron similares a los hallados en los estudios descritos anteriormente, obteniendo unos tamaños del efecto grandes. Además, más del 50% de los participantes mostraron cambios clínicamente

significativos en la presentación de síntomas evitativos y de depresión. A pesar de los resultados positivos, cabe señalar que estos estudios no utilizaron entrevistas clínicas estructuradas para establecer el diagnóstico de los participantes y solamente tenían en cuenta las puntuaciones obtenidas en determinados autoinformes.

Por otra parte, el programa **Interapy** también ha sido traducido y puesto a prueba en estudios con muestra obtenida de diferentes países. Así, Knaevelsrud y Maercker (2007) realizaron un ECA con el objetivo de probar la eficacia de este tratamiento auto-aplicado en población alemana. Un total de 96 participantes fueron aleatorizados a dos condiciones: condición de tratamiento o grupo control LE. Para participar en el estudio debían de haber experimentado un acontecimiento traumático durante el mes anterior y cumplir criterios de TEPT, según el DSM-IV. Sin embargo, no se administró ninguna entrevista clínica estructurada. Las medidas principales utilizadas fueron la escala revisada de impacto de los eventos (*Impact of Event Scale; IES-R*), la subescala de depresión de la versión abreviada del SCL-90 y el inventario de síntomas breve (*Brief Symptoms Inventory, BSI*). Los autores encontraron cambios estadísticamente significativos en la reducción de la sintomatología de TEPT en el grupo que había recibido tratamiento. Además, se redujeron los síntomas psicológicos relacionados con la depresión y ansiedad. Estos resultados se mantuvieron durante el seguimiento a los 3 meses. Los efectos de esta intervención también fueron analizados al año y medio tras finalizar el tratamiento, demostrando la eficacia de **Interapy** a largo plazo (Knaevelsrud y Maercker, 2010).

Por último, Wagner, Schulz y Knaevelsrud (2012) también hicieron uso de este programa de intervención basado en web y lo adaptaron para ser aplicado a población iraquí. Probaron su eficacia mediante un estudio piloto con 15 participantes que presentaban historia de tortura o trauma. Los participantes informaron de una disminución significativa de los síntomas intrusivos, evitativos y de hiperactivación relacionados con el TEPT, así como reducciones en los niveles de depresión y ansiedad en el post-tratamiento.

- **DE-STRESS:** Este programa de tratamiento basado en entregas web y asistido por el terapeuta ha sido desarrollado por el grupo de Brett Litz en Boston. Es una adaptación del programa de inoculación de estrés de Meichenbaum (1985). Su objetivo es enseñar a los pacientes a hacer frente y gestionar sus reacciones ante las situaciones que desencadenan

el recuerdo de la experiencia traumática. Los componentes principales de la intervención son: el autorregistro de las situaciones que desencadenan malestar, las técnicas de reducción de estrés, la exposición en vivo, el procesamiento del acontecimiento traumático mediante ejercicios de escritura y la prevención de recaídas (Litz, Williams, Wang, Bryant y Engel 2004). El programa está compuesto por diferentes actividades que trabajan estos componentes de tratamiento y que se activan una vez entregadas las tareas para casa asignadas previamente. El papel del terapeuta durante la intervención es importante ya que se realiza una sesión cara a cara con el objetivo de introducir la lógica del tratamiento, proporcionar información sobre el TEPT y el manejo del estrés y ayudar en la creación de la jerarquía de exposición. Además, también proporciona *feedback* de aquellas tareas para casa entregadas a través del programa mediante correo electrónico o teléfono. DE-STRESS también ofrece material informativo de libre acceso sobre aspectos relacionados con el trauma, el manejo de la ira, el cambio de pensamientos desadaptativos o la higiene del sueño.

En cuanto a los estudios llevados a cabo con este programa, Litz, Engel, Bryant y Papa (2007) realizaron un ensayo aleatorizado y controlado de prueba de concepto (*Randomized, Controlled Proof-of-Concept Trial*) en el que compararon la intervención anteriormente descrita con un tratamiento basado en entregas web que hacía uso de procedimientos de consejo y asesoramiento. Este tratamiento consistía en el autorregistro y narración de experiencias diarias sin contenido traumático. También se encontraban disponibles materiales referentes a los efectos psicológicos, emocionales y cognitivos del trauma, pero no hubo entrenamiento en habilidades o actividades proactivas para el manejo del estrés. Un total de 45 participantes que presentaban sintomatología de TEPT, como resultado de los atentados del 11-S o por sus servicios durante el servicio militar en Irak, fueron asignados al azar a cada una de las dos condiciones. Los análisis realizados con el método de análisis denominado *Intent-to-Treat* mostraron ganancias superiores para el grupo que recibió el tratamiento mediante DE-STRESS, ya que se redujo en mayor medida la sintomatología depresiva ansiosa y de TEPT una vez terminado el tratamiento. No hubo diferencias significativas entre los dos grupos de intervención en el seguimiento realizado a los 3 meses, sin embargo, la sintomatología disminuyó significativamente a los 6 meses en el grupo que utilizó el programa D-STRESS.

- **PTSD Online:** Esta intervención basada en procedimientos TCC y aplicada a través de Internet ha sido desarrollada por el grupo de Britt Klein en Australia. Consiste en un programa interactivo de 10 semanas de duración creado a partir de directrices de expertos sobre el tratamiento del TEPT (Foa, Davidson y Frances, 1999). Está compuesto por 10 módulos que proporcionan información sobre el problema, introducen técnicas de manejo de ansiedad y de relajación, entrenan en la identificación y cambio de procesos cognitivos desadaptativos, incluyen técnicas de exposición en imaginación mediante tareas de escritura e introducen la exposición en vivo mediante videos. Además, el último módulo se centra en el mantenimiento de las ganancias como prevención de recaídas. También se ofrecen materiales adicionales que informan sobre el pánico, el estado de ánimo, el abuso de sustancias y la gestión del estrés y el sueño. Los participantes reciben instrucciones para completar un módulo por semana y completar las tareas que aparecen al final de cada módulo. El terapeuta está en contacto con el participante a través del correo electrónico.

En cuanto a los estudios que han sometido a prueba la eficacia de este programa, cabe señalar el estudio preliminar de Klein *et al.* (2009). Según los autores, se pretende superar las limitaciones de los anteriores programas ya que **PTSD online** es completamente auto-aplicado y se trabajan diferentes tipos de experiencias traumáticas. Un total de 16 personas participaron en el estudio las cuales habían sufrido experiencias que iban desde la participación en guerras, hasta abusos físicos, el diagnóstico de enfermedades o accidentes de coche. Tras administrar tres entrevistas clínicas estructuradas (CAPS, ADIS-IV y MINI) se constató que todas ellas cumplían criterios diagnósticos de TEPT, según el DSM-IV. Los resultados hallados mostraron reducciones clínicamente significativas respecto a la sintomatología de TEPT y a la gravedad. Sin embargo, no se encontraron cambios significativos en las medidas de psicopatología general, lo que podría explicarse, según los autores, por el reducido tamaño de la muestra que impide realizar generalizaciones.

Un año después, este mismo grupo de investigadores realizaron un estudio abierto con el mismo objetivo que el estudio anterior, esto es, proporcionar evidencia acerca de la eficacia del programa **PTSD online**. Klein *et al.* (2010) analizaron 22 personas con diagnóstico clínico primario de TEPT en un estudio con tres momentos de evaluación: pre-tratamiento, post-tratamiento y 3 meses de seguimiento. Los participantes mejoraron significativamente su

sintomatología relacionada con el TEPT y la gravedad del trastorno en el post-tratamiento. Hubo mejoras clínicamente significativas en el 69,2% de la muestra en la evaluación post-tratamiento, porcentaje que aumentó hasta el 77% en el seguimiento a los 3 meses.

- **The PTSD program:** Esta intervención fue desarrollada por el grupo de investigación de Jay Spence y Nickolai Titov en Australia y es un programa basado en principios de TCC basados en la evidencia para el TEPT (Spence *et al.*, 2011). En su desarrollo también se tuvo en cuenta otros programas auto-aplicados a través de Internet que han resultado eficaces en el tratamiento de otros problemas psicológicos. Este programa ofrece el siguiente contenido terapéutico: psicoeducación acerca del TEPT, estrategias de control de la ansiedad, instrucción en los principios básicos de la terapia cognitiva, entrenamiento en la práctica de exposición en vivo y en imaginación graduada (esta última a través de la escritura y de la escucha de audios), información acerca del cambios de pensamientos disfuncionales relacionados con el trauma y, por último, se trabaja la prevención de recaídas. Son un total de 7 lecciones en línea compuestas cada una por actividades, foros de discusión moderados por el terapeuta y notificaciones regulares automáticas a través de correo electrónico. Se realiza en 8 semanas y dispone de recursos informativos adicionales acerca de habilidades de asertividad, manejo de la ira, pánico, estrategias para mejorar el sueño, la dieta, el ejercicio, técnicas para la reducción del consumo de drogas, además de ejemplos de jerarquías de exposición e información sobre la programación de actividades. El papel del terapeuta era el de monitorizar el estado de ánimo del participante y proporcionar apoyo mediante contacto telefónico y a través del correo electrónico. En ningún momento estos contactos incluyeron contenido terapéutico.

Respecto a los datos que demuestran la eficacia de este programa, Spence *et al.* (2011) llevaron a cabo un ECA en el que compararon un grupo que recibía el tratamiento descrito (N=23) y un grupo control lista de espera (N=21). Todos los participantes incluidos en el estudio cumplían criterios DSM-IV para el diagnóstico principal de TEPT (criterio establecido tras la administración de la entrevista MINI). Se encontraron tamaños del efecto grandes del pre- al post-tratamiento en el grupo que recibió el tratamiento en las medidas de TEPT, depresión, ansiedad e interferencia, que se mantuvieron al seguimiento de los 3 meses. Sin embargo, los efectos entre-grupos fueron más pequeños ya que el grupo control lista de espera mejoró moderadamente la sintomatología relacionada con el trastorno. A pesar de ello,

el 61% de los participantes del grupo de tratamiento remitieron comparados con el 21% de los participantes del grupo LE.

- Por último, los autores que más recientemente han desarrollado y puesto a prueba un tratamiento auto-aplicado a través de Internet para el TEPT son **Ivarsson et al (2014)**. Estos autores adaptaron un manual de tratamiento basado en procedimientos TCC para web consistente en 8 módulos que eran entregados una vez por semana. Estos módulos incluían componentes terapéuticos similares a otros programas ya comentados. Se trabajan técnicas de respiración y relajación, exposición en vivo y en imaginación y la reestructuración cognitiva. El programa contenía tareas escritas que eran enviadas electrónicamente a un terapeuta, la principal tarea del cual consistía en guiar a los participantes a través del programa, reforzar los progresos realizados y proporcionar retroalimentación individual de las tareas realizadas. Este programa ha sido probado a través de un ECA que incluyó 62 participantes con diagnóstico de TEPT crónico, evaluado según la entrevista administrada por el clínico para este trastorno (*CAPS: Clinician-administered PTSD Scale*). La muestra se distribuyó al azar a dos condiciones: un grupo de tratamiento y un grupo control LE. A este último grupo se le presentaron cuestiones que podían responder acerca de su bienestar, el estrés y el sueño, de forma semanal, con el objetivo de que no perdieran el contacto con la investigación y darle apoyo general para evitar un empeoramiento de los síntomas de TEPT durante el periodo de espera. Las cuestiones eran neutrales y tenían relación con el acontecimiento traumático experimentado pero no contaban con valor terapéutico. La sintomatología experimentada por los participantes del grupo de tratamiento se redujo significativamente comparada con el grupo LE. También se hallaron efectos positivos en las puntuaciones de depresión, ansiedad y calidad de vida. Estas mejoras se mantuvieron al año de finalizar el tratamiento (Ivarsson et al., 2014).

Como hemos visto, existen programas que utilizan Internet para dispensar servicios terapéuticos que, además, han demostrado su eficacia en el tratamiento del TEPT. Estos tratamientos descritos varían en el grado de apoyo humano que se les proporciona a los participantes, desde el tratamiento auto-aplicado con contacto mínimo de los terapeutas hasta el tratamiento altamente supervisado por el clínico, con contacto frecuente y uso de herramientas Web como complemento de la terapia. Sin embargo, esta evidencia encontrada

no es suficiente, se necesita analizar en mayor profundidad lo que las tecnologías pueden ofrecer a los tratamientos dirigidos a personas que han sufrido un acontecimiento traumático, como es el caso de los pacientes con diagnóstico de TEPT.

### 2.2.3.2 *Programas auto-aplicados para el tratamiento de los TA*

Dada la inexistencia de tratamientos auto-aplicados a través de Internet diseñados específicamente para el tratamiento de los TA, en este apartado se presentarán, por un lado, los programas encontrados en la literatura que, aunque no están diseñados específicamente para el tratamiento de este trastorno, se han utilizado para tratar las consecuencias originadas por situaciones estresantes (p.ej., trabajadores que sufren estrés laboral o estudiantes que viven estrés académico). Además, también se describirán otros programas dirigidos a prevenir y tratar otros trastornos similares como son la depresión leve o moderada y el TEPT y que se han puesto a prueba en muestras que han sufrido o están sufriendo acontecimientos estresantes o traumáticos, pero que no cumplen los criterios de dichos trastornos.

- **“GET.ON STRESS”**: Este programa ha sido desarrollado por el grupo de Heelen Ripper en Amsterdam. Se trata de una intervención basada en Web en la que se trabajan dos componentes terapéuticos esenciales: solución de problemas y regulación emocional (Heber *et al.*, 2013). El tratamiento consiste en 7 sesiones y sigue la base teórica propuesta por Richard Lazarus acerca del modelo transaccional de estrés en el que se asume que existen dos estrategias para hacer frente a los factores estresantes: un afrontamiento dirigido a los problemas o a las emociones. Tras una primera sesión de psicoeducación, se introduce el componente de solución de problemas en el que se aprende un método sistemático basado en seis pasos y los participantes pueden aplicarlo a sus propios problemas individuales. Las sesiones restantes se dedican a la regulación emocional mediante técnicas basadas en el entrenamiento en la regulación del afecto (ART: *Affect Regulation Training*) que incluye relajación muscular, respiración y tolerancia y aceptación de las emociones. Por último, los participantes reevalúan los objetivos alcanzados e identifican las señales de peligro de estrés personales. Cada módulo tiene una duración aproximada de 45-60 minutos y se ofrece información general, ejemplos relacionados con el ámbito laboral, ejercicios interactivos, cuestionarios, archivos de audio y video y hojas de trabajo y audios descargables. A los participantes se les recomienda entrar una media



de 2-3 veces a la semana al programa (que puede ser realizado a través del ordenador, tableta o móvil) y cumplimentar el registro de estrés diariamente.

Está previsto realizar un ECA que tendrá como objetivo investigar la eficacia y el coste-eficiencia de este programa basado en Web de entrenamiento y manejo del estrés (Heber *et al.*, 2013). El diseño experimental incluirá dos condiciones experimentales: condición "GET.ON Stress" y grupo control LE, el cual obtendrá acceso al programa pasados 6 meses. La muestra estará compuesta por trabajadores con marcados niveles de estrés (puntuaciones superiores a 22 en la escala de estrés percibido; PSS-10). Se espera que los participantes en el grupo de intervención muestren reducciones en las medidas de estrés percibido del pre al post-tratamiento, en comparación con el grupo lista de espera, y que estos efectos se mantengan a los 6 meses. Además, se espera que esta intervención resulte rentable desde una perspectiva social.

- **Web based-supplement (WBS):** El grupo de Selligman ha desarrollado esta Web que complementa un taller de prevención que aplican en el aula (*classroom-based workshop*) a estudiantes y que está dirigido a prevenir la sintomatología depresiva y ansiosa (Selligman *et al.*, 2007). Es un programa que actúa como refuerzo diario de las técnicas aprendidas por los participantes durante el tratamiento. La WBS incluye tareas para casa y revisión de materiales trabajados durante el taller, materiales de lectura y temas especiales que permiten a los estudiantes practicar las habilidades cognitivo-conductuales en sus temas de interés personal. Un ejemplo de estos temas son: el tratamiento de la procrastinación, la administración del tiempo, la mejora de las calificaciones o el manejo de las pruebas entre otros. Todos estos materiales Web eran interactivos y se podían acceder a ellos en cualquier momento y lugar, siendo solamente necesario disponer de conexión a Internet.

Selligman *et al.* (2007) pusieron a prueba el taller cognitivo-conductual junto con los materiales basados en web en un ECA con 240 estudiantes. Esta muestra fue elegida por estar sufriendo un periodo de vida estresante de transición del instituto a la universidad, con cambios de residencia, establecimiento de nuevas relaciones y grandes variaciones en la autonomía a nivel físico y emocional. Los estudiantes puntuaban entre 9 y 24 en el BDI lo cual se considera niveles leves o moderados de síntomas de depresión por lo que se asumía que

estaban en riesgo. También se contó con un grupo control en el cual se aplicó solamente la evaluación. El taller dispensado en el aula se realizaba en grupo y tenía una duración de 8 semanas. Se enseñaban una serie de estrategias de TCC basadas en gran medida en la terapia cognitiva de Beck par la depresión. Otros componentes terapéuticos incluidos eran la activación conductual, entrenamiento en asertividad, habilidades interpersonales, manejo del estrés y entrenamiento en relajación. Los participantes acudían al taller y durante el periodo de seguimiento entraban en el programa WBS. Además, se les enviaba recordatorios acerca de las habilidades aprendidas, consejos y ejercicios, así como se les animaba a utilizar los recursos disponibles en la WBS mediante el correo electrónico. En general, el grupo que recibió el taller vio reducidos significativamente sus síntomas de depresión y ansiedad y mejorado su bienestar, comparado con el grupo control. No obstante, no hubo diferencias significativas entre las condiciones en el número de episodios de depresión y ansiedad (evaluado mediante la entrevista SCID) experimentados por los participantes en el seguimiento realizado a los 6 meses.

- **SONREIR ES DIVERTIDO:** Como se ha mencionado anteriormente, nuestro grupo de investigación ha desarrollado un protocolo de intervención para prevenir y/o tratar la depresión (leve o moderada) totalmente auto-aplicado a través de Internet. Este programa pretende ayudar a personas sometidas a situaciones difíciles y/o estresantes, ofreciéndoles técnicas y estrategias para afrontar dichas situaciones de manera eficaz. El programa consta de 8 módulos de tratamiento (desarrollado para tener una duración de 12 semanas) de corte cognitivo-comportamental, y está basado en la perspectiva transdiagnóstica (Barlow, Allen y Choate, 2004). En este protocolo se intenta combinar los procedimientos existentes más eficaces para el manejo del estrés con estrategias para fomentar la regulación emocional, la capacidad de afrontamiento y la resiliencia. Se pretende, por tanto, que las personas aprendan distintas técnicas psicológicas que les permitan conocer formas adaptativas de afrontar el estrés cotidiano y los problemas. Más específicamente, los componentes que se trabajan en este protocolo son: motivación para el cambio, psicoeducación de las situaciones o acontecimientos estresantes y las reacciones emocionales asociadas a los mismos, activación comportamental, terapia cognitiva, psicología positiva y prevención de recaídas.

**SONREIR ES DIVERTIDO** ha sido sometido a prueba en un ECA (Mira, 2014). Su objetivo fue analizar la eficacia de este programa, además de estudiar el efecto que tenía una llamada telefónica breve de apoyo por parte del terapeuta en dicho tratamiento. La muestra estuvo compuesta por 124 personas que estaban experimentando algún acontecimiento negativo/estresante (desempleo, otros familiares en desempleo, deudas, conflictos familiares, etc.) que les generaba interferencia en sus vidas. De estas personas el 26,61% cumplían criterios de uno o varios trastornos de ansiedad o del estado de ánimo. Todas ellas fueron asignadas aleatoriamente a tres condiciones experimentales: 1) *Sonreír es divertido* sin apoyo por parte del terapeuta (SSA) en la cual realizaban el programa y simplemente recibían mensajes de refuerzo, 2) *Sonreír es divertido* con apoyo del terapeuta (SCA), en la que los participantes también realizaban el programa, con la diferencia de que recibían dos llamadas telefónicas semanales de apoyo (sin contenido clínico) y 3) Control LE. Los resultados obtenidos en este estudio demostraron que *Sonreír es divertido* fue eficaz a la hora de mejorar la situación clínica de los participantes, observándose en ambos grupos de intervención mejorías significativamente superiores respecto al grupo LE. Además, se constató también que la interferencia provocada por los acontecimientos estresantes vividos por los participantes se redujo significativamente en aquellos que habían realizado el programa de intervención, en comparación con los del grupo LE. En definitiva, *Sonreír es divertido* ha resultado un programa útil tanto como estrategia de prevención secundaria, dirigida a personas sin síntomas del trastorno pero con la presencia de factores de riesgo o con sintomatología subclínica, como prevención terciaria con la intención de reducir la discapacidad derivada de un trastorno ya existente.

- **The SHTC:** El objetivo de este programa auto-aplicado a través de Internet es tratar las consecuencias experimentadas por las personas tras sufrir un evento estresante o traumático. Está compuesto por 8 módulos que siguen una orientación cognitivo-conductual y que se van ofreciendo de manera progresiva, desde el componente menos provocador de ansiedad, como es la psicoeducación, hasta el más provocador de esta emoción como puede ser la exposición (Hirai y Clum, 2005). Otros componentes de tratamiento que se incluyen son técnicas de relajación (de respiración, entrenamiento en relajación muscular e inducida por imágenes) y reestructuración cognitiva. La exposición se realiza mediante tareas de escritura en las que los pacientes, en tiempo presente y con detalle, escriben acerca del evento traumático o estresante y su respuesta ante el mismo,

para después leerlo durante la semana repetidamente. También se incluyen tareas para practicar las distintas habilidades aprendidas y formularios y viñetas descargables para facilitar estas tareas. El contacto con el terapeuta es mínimo, ya que solo se tiene para realizar las evaluaciones y dar instrucciones al principio del tratamiento.

Hirai y Clum (2005) realizaron un estudio de eficacia para someter a prueba este programa auto-aplicado. La muestra estuvo compuesta por 27 personas que habían sufrido un acontecimiento traumático reciente y que experimentaban niveles subclínicos de síntomas relacionados con el TEPT. Estas personas fueron asignadas al azar a dos condiciones experimentales: grupo experimental SHTC (N= 13) y grupo control LE (N=14). En comparación con el grupo control, los participantes del grupo SHTC mostraron reducciones significativas en los síntomas de depresión y ansiedad, así como en la evitación y la frecuencia de pensamientos intrusivos. Estos participantes también vieron aumentadas significativamente sus habilidades de afrontamiento y autoeficacia, aunque no hubo cambio en la hiperactivación del arousal y la intensidad de los pensamientos intrusivos.

Esta revisión de los tratamientos auto-aplicados a través de Internet para los trastornos relacionados con el estrés y, más específicamente para los TA, confirma lo que se está comentando y poniendo de manifiesto a lo largo del presente trabajo, esto es, que los TA han sido escasamente atendidos por la literatura científica. Como hemos visto, encontramos distintos programas basados en Web pero ninguno de ellos ha sido diseñado específicamente para tratar el TA. Además, a pesar de que en la mayoría de los estudios que se acaban de describir los participantes estaban pasando por un evento estresante (estrés laboral, cambio de residencia, desempleo, etc.), no incluyen una entrevista diagnóstica que determine si la muestra cumple criterios para un TA.

Ante esta situación, y teniendo en cuenta las ventajas que ofrece Internet, consideramos ir un paso más allá y unir el uso del sistema de RV EMMA (descrito anteriormente) en las sesiones de tratamiento y el uso de Internet como complemento de la terapia y apoyo a los pacientes a lo largo de todo el proceso terapéutico. Para ello, nuestro grupo de investigación ha desarrollado un sistema basado en Web denominado TEO (Terapia Emocional *Online*). En el caso concreto de los TA, este sistema permite aplicar, por primera vez, un componente específico de tareas para casa (algo central en la TCC) de forma auto-

aplicada a través de Internet. La eficacia y eficiencia de este componente se pretende poner a prueba en la presente tesis doctoral. A continuación se abordará la relevancia del componente de tareas para casa, tanto para los tratamientos psicológicos en general como para la aproximación TCC en particular.

### **2.3 LA IMPORTANCIA DE LAS TAREAS PARA CASA EN LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS**

El término “tareas” o “tareas para casa” es utilizado para denominar cualquier quehacer que asigna el terapeuta a un paciente en el marco de un tratamiento psicológico. Aunque este es un término comúnmente utilizado en la literatura, muchas han sido las etiquetas empleadas: tareas comportamentales, tareas entre sesiones o ejercicios, entre otros. Las tareas para casa son un aspecto estructural en la psicoterapia que puede ser rutinariamente integrado dentro de las sesiones de tratamiento, representando un componente de tratamiento más (Kazantzis y Dattilio, 2010) que incluso es incorporado dentro de los manuales de tratamiento para una gran variedad de condiciones clínicas (Kazantzis, Deane y Ronan, 2000).

Muchos son los autores que definen este componente como parte importante de un tratamiento psicológico. En el primer tratamiento manualizado para la depresión, Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) definen las tareas para casa como actividades que permiten al paciente obtener información y generalizar los aprendizajes que se producen dentro del contexto terapéutico a la vida cotidiana donde tienen lugar sus propios problemas. Por lo tanto, las tareas para casa estarían diseñadas para trabajar las emociones, conductas, cogniciones, así como relaciones interpersonales o factores estresantes en el medio natural de la persona (Nelson, Castonguay y Barwick, 2007). Además, las tareas permiten que los pacientes utilicen el tiempo entre sesiones de tratamiento de una forma eficiente, como parte de la terapia, completando actividades dirigidas a los objetivos o metas de tratamiento (Kazantzis y Ronan, 2006). La asignación de tareas para casa alargaría las oportunidades que la terapia ofrece, no solo limitándose al tiempo establecido de terapia en sesión. La hora (u otra duración) que el paciente se encuentra en terapia es solo una fracción del tiempo en la que la persona

experimenta su problema, por lo que las tareas proporcionan un medio para mejorar el dominio y practicar las estrategias de afrontamiento aprendidas, facilitar la generalización de estas habilidades a situaciones nuevas, aumentar la autoeficacia y reducir el riesgo de recaídas (Detweiler y Whisman, 1999; Kazantzis y Lampropoulos, 2002).

Por su parte, Scheel, Hanson y Razzhavaikina (2004) ofrecen otra perspectiva relacionada con el propósito que tienen las tareas para casa. Estos autores afirman que el seguimiento de las tareas asignadas durante el tratamiento facilitaría la evaluación del progreso del paciente, esto es, proporcionaría información valiosa al terapeuta. Otro punto importante que sugiere Beck, Emery y Greenberg (1985) es la contribución que supondrían las tareas para casa para la propia autoeficacia del paciente, ya que una experiencia exitosa en las tareas podría llevar a aumentar la sensación de capacidad percibida, lo que podría llevar a aumentar sus niveles de motivación (Bandura, 1977).

*Pero, ¿Son las tareas entre sesiones de tratamiento un factor común en todas las aproximaciones psicoterapéuticas?* Un objetivo general a todas las psicoterapias es la reducción del malestar en las situaciones y contextos personales en las que se produce el problema, así como la mejora del funcionamiento de los pacientes. Aunque el uso de tareas entre sesiones ha sido generalmente asociada con la aproximaciones TCC y sistémica, el uso del tiempo entre consulta para realizar actividades terapéuticas queda implícita a todas las psicoterapias (Kazantzis y Ronan, 2006). Respecto al uso y actitudes de los terapeutas hacia la prescripción de tareas para casa, Kazantzis, Lampropoulos y Deane (2005) realizaron una entrevista a 827 psicólogos clínicos de distintas orientaciones terapéuticas. La mayoría de los psicólogos habían hecho uso en algún momento de tareas entre sesiones en su práctica clínica cotidiana (98%) y el 68% de los terapeutas lo hacían regularmente. Estos resultados son consistentes con los ya encontrados en estudios con muestras más reducidas (Fehm y Kazantzis, 2004; Kazantzis y Deane, 1999).

Por otra parte, la realización de tareas para casa también repercute en el aumento del compromiso, motivación y participación de los pacientes en la terapia (Scheel *et al.*, 2004). Existe evidencia empírica de que aquellas personas que se involucran activamente en las tareas entre sesiones de tratamiento tienen mayor probabilidad de beneficiarse más de la terapia (Kazantzis, Dattilio y McEwan, 2005). Numerosos estudios sugieren una correlación

positiva entre la adherencia a las tareas para casa y los resultados de tratamiento (Burns y Auerbach, 1992; Burns y Nole-Hoeksema, 1991; Leung y Heimberg, 1996). Al respecto, Kazantzis *et al.* (2000) fueron los primeros en realizar un estudio de meta-análisis que exploró esta relación en una muestra de 1327 personas de un total de 27 estudios. Los resultados mostraron como un mayor cumplimiento de las tareas para casa estaba relacionado con resultados positivos tras el tratamiento con un tamaño del efecto ( $d$  de Cohen) comprendido entre valores de pequeño a moderado. Posteriormente, Mausbach, Moore, Roesch, Cardenas y Patterson (2010) actualizaron este meta-análisis analizando 23 estudios (publicados desde el año 2000) con una muestra total de 2183 personas. Al igual que en el estudio anterior, se probó la asociación directa entre la adherencia a las tareas y los resultados del tratamiento. Además, se analizó la relación entre las tareas y los resultados de tratamiento dependiendo de los síntomas objetivo de intervención, encontrándose resultados consistentes con lo encontrado en el análisis más general; ansiedad ( $r = .22$ ), depresión ( $r = .24$ ) o uso de sustancias ( $r = .24$ ), lo que demuestra que la adherencia a las tareas para casa es un componente importante en la terapia, independientemente de la sintomatología experimentada por los pacientes y el objetivo de tratamiento.

Los factores que influyen en los pacientes a la hora de realizar las tareas para casa, esto es, lo que hace que las personas se adhieran más o menos a las tareas y las realicen en más o menos ocasiones también ha sido objeto de análisis. Shelton y Levy (1981) describen algunos motivos por los cuales se produce el incumplimiento de las tareas, estas razones serían, por ejemplo, la fijación de metas poco realistas por parte de los terapeutas, la dificultad percibida en las tareas, un ambiente desprovisto de refuerzo positivo o la falta de compromiso por parte de los pacientes. Como ya se ha señalado, la terapia tiene mayor impacto cuando los individuos están comprometidos y motivados, por lo que se debería prestar más atención a los métodos por los cuales se consigue una mayor implicación en el tratamiento. Es en este sentido donde las TICs tienen un gran potencial al aumentar el atractivo de las tareas para casa, por ejemplo, haciendo uso de sistemas que incluyan materiales multimedia. Si la lógica de las TICs para ser utilizadas es que resultan de utilidad para la terapia, entonces también deberían resultar de utilidad en los períodos entre sesiones. El paciente tendría que poder beneficiarse de ellas y deberían facilitar de alguna forma el proceso de tratamiento.

### **2.3.1 La utilización de las TICs como complemento de la terapia y para la aplicación del componente de tareas para casa**

Como ya se ha comentado anteriormente, existen muchos trabajos que realizan toda una revisión exhaustiva de estudios que hacen uso de las TICs como medio para dispensar tratamientos psicológicos. Sin embargo, pocos trabajos se encuentran en la literatura que se centren en la utilización de estas tecnologías como complemento de las intervenciones terapéuticas que utilizan métodos tradicionales de terapia cara a cara. Al respecto, existen dos grandes campos en los que se han incluido las TICs como parte adicional del tratamiento dispensado. Estos son la evaluación que se realiza a lo largo del proceso terapéutico y la práctica de ejercicios durante el periodo entre sesiones de tratamiento. Las tecnologías más usadas para optimizar la práctica de la psicoterapia han sido las PDAs, los dispositivos móviles o *smartphones*, los juegos serios o educativos y las plataformas de Internet.

Por lo que respecta a la primera de estas áreas, la evaluación de variables clínicas a lo largo del proceso terapéutico, comúnmente se han utilizado los métodos tradicionales de registro como entrevistas o cuestionarios, sin embargo, en ambos casos la información que obtienen es retrospectiva, es decir, es información pasada que debe ser recuperada en la memoria (Shifman, Stone y Hufford, 2008). Esta metodología presenta grandes limitaciones dado que la información está sujeta a diversos sesgos (Herrero, 2013). Una forma de vencer estas circunstancias es utilizar herramientas tecnológicas que permitan la evaluación de las variables clínicas en tiempo real en el propio contexto del paciente, también denominada evaluación ecológica momentánea (EMA). En este sentido, los dispositivos móviles o PDAs permiten registrar durante todo el proceso terapéutico variables importantes a tener en cuenta tales como el estado de ánimo, el nivel de actividad o el estado físico. Los dispositivos móviles poseen grandes atributos que los convierten en firmes candidatos para ser de utilidad durante la terapia. Son pequeños y ligeros para poder llevarse de forma discreta, los costes no son excesivos, son fáciles de usar y permiten a los pacientes estar siempre “conectados” (Boschen y Casey, 2008).

Por estas razones, el uso de móviles y PDAs para la colección de datos clínicos en tiempo real es una práctica que se ha ido extendiendo en los últimos años, y se ha ido



incluyendo en el diseño de diversas investigaciones para distintos problemas psicológicos en población adulta. Cabe destacar el trabajo realizado por Kimhy *et al.* (2006) con pacientes esquizofrénicos, a quienes se les pedía que utilizaran el móvil para registrar su sintomatología psicótica, su estado de ánimo y sus pensamientos. El resultado más destacable de este estudio fue la valoración del dispositivo que los pacientes hicieron dado que refirieron que era fácil de utilizar y ocasionaba una baja interferencia en sus vidas. Por otro lado, también se ha investigado la adherencia a los dispositivos en el contexto clínico. Por ejemplo, un estudio realizado por Palmier-Claus *et al.* (2012) también con muestra diagnosticada de esquizofrenia hizo uso de pantallas de móviles táctiles para completar un cuestionario formado por variables relacionadas con los síntomas psicóticos. Los participantes tenían que responder todos los días durante una semana a estas variables cuando la alarma y la vibración del móvil les avisaban. El 82% de participantes cumplieron con la tasa de adherencia establecida por los investigadores. Por su parte, Husky *et al.* (2010) utilizaron esta misma tecnología para la evaluación del compromiso con la evaluación de pacientes con trastorno bipolar y depresión, demostrando que el 70% de pacientes con depresión y el 90% de los pacientes con trastorno bipolar cumplían con la consigna facilitada por los terapeutas. Resultados similares de adherencia se encontraron con muestra de personas con trastorno límite de personalidad, las cuales tenían que registrar su estado de ánimo seis veces al día durante un mes (Trull *et al.*, 2008). Por último, también se encontraron altas tasas de adherencia en una muestra con personas diagnosticadas de bulimia nerviosa (Smyth *et al.*, 2007).

En el campo del dolor crónico y la fibromialgia también se ha incluido el uso de este tipo de tecnologías para la evaluación de variables como la intensidad de dolor, la rigidez muscular o la actividad física a lo largo de todo el proceso terapéutico. Así, Salaffi, Stancati, Procaccini, Cioni y Grassi (2005) evaluaron la adherencia a los dispositivos móviles en personas con dolor crónico que tenían que registrar la experiencia de dolor y la rigidez muscular. Los resultados mostraron una adherencia elevada en la evaluación de alrededor de 93% en ambas variables. Por otro lado, estos dispositivos también han sido bien aceptados por pacientes con fibromialgia con bajo nivel de estudios y poca familiaridad con las tecnologías (Agustí *et al.*, 2011). Por último, García-Palacios, Herrero *et al.* (2014) analizaron también en este tipo de pacientes las diferencias en el grado de aceptación, satisfacción y preferencias entre el uso de dos métodos diferentes de registro diario: el registro tradicional y un registro mediante un dispositivo móvil. Los resultados de este estudio aleatorizado y contrabalanceado mostraron

que el registro mediante el móvil resultó más fácil, útil y recomendable que el método de registro tradicional. En relación a las preferencias, el 65% de las participantes escogieron los dispositivos móviles para su uso durante el tratamiento.

Por otra parte, se ha prestado mucha menos atención a la incorporación de las TICs dentro de los tratamientos psicológicos para repasar componentes trabajados en sesión de terapia *durante el periodo entre sesiones*. Como Boschen y Casey (2008) sugieren, es importante considerar como las tecnologías pueden aumentar el efecto de la terapia, ya sea mejorando los resultados terapéuticos o bien aumentando la eficiencia terapéutica. Por ejemplo, la eficacia de la intervención podría mejorarse aumentando la “dosis” de componentes activos del tratamiento (p.ej., con exposiciones más frecuentes). Alternativamente, la eficiencia podría mejorarse alcanzando resultados similares con menos coste de tiempo e implicación por parte del terapeuta.

A este respecto, el primer estudio encontrado en la literatura que utiliza móviles para apoyar la terapia de exposición llevada a cabo como tareas para casa es el realizado por Flynn, Taylor y Pollard (1992). Estos autores llevaron a cabo un estudio de caso con dos pacientes con fobia a conducir, los cuales tenían instalados teléfonos móviles dentro de sus coches para ser usados (en caso de que lo necesitaran) durante las exposiciones. Esta herramienta era utilizada como complemento de la terapia de desensibilización sistemática que los participantes estaban recibiendo de forma regular. Uno de los participantes superó su miedo a conducir mientras que la otra persona se hizo dependiente del teléfono y sufrió recaídas en varias ocasiones. Sin embargo, el uso de estas tecnologías como “dispositivos de seguridad” podrían ser particularmente útiles en las primeras etapas de tratamiento para graduar las exposiciones al estímulo fóbico (Rachman, Radomsky y Shafran 2008). Por su parte, Botella *et al.* (2011) realizaron un estudio de caso único en el que una persona con fobia a las cucarachas utilizaba un dispositivo móvil que incluía un juego de realidad aumentada para practicar el componente de exposición. El tratamiento consistió en una sola sesión de exposición (*one-session treatment*) de Öst (Öst, 1989) y, antes y después de la misma, la paciente debía de jugar a este juego durante 7 y 9 días, respectivamente. Los resultados mostraron que el uso del dispositivo móvil reducía los niveles de miedo y evitación antes de que la paciente recibiera la *one-session treatment*. Además, el hecho de que siguiera jugando al juego una vez terminado el tratamiento hizo que se redujeran aun más estas puntuaciones, consolidando los cambios

logrados tras la intervención. Todas estas mejoras se mantuvieron en los diferentes seguimientos realizados (al mes, a los tres, a los seis y a los 12 meses). Finalmente, la herramienta fue valorada como útil por la paciente. Por otra parte, Gruber *et al.* (2001) examinaron la utilidad de una PDA como complemento terapéutico para la realización de las tareas para casa en un programa de TCC administrado de forma grupal y dirigido a pacientes con fobia social. Este programa de tratamiento incluía tres componentes principales: exposición simulada, reestructuración cognitiva y generalización/mantenimiento de los logros. Cincuenta y cuatro participantes fueron asignados al azar a tres condiciones experimentales: una condición recibía un TCC de 12 sesiones (CBGT), otra realizaba 8 sesiones de TCC con el mismo contenido terapéutico junto con la administración de tareas para casa (para trabajar el componente cognitivo) de forma electrónica (CaCBGT), y la condición restante era un grupo control LE. El grupo CBGT mostró cambios estadísticamente significativos del pre al post-tratamiento en la mayoría de las medidas de comportamiento y en todas las variables de autoinforme frente a la condición LE. Por su parte, el grupo Ca CBGT (condición que utilizó la PDA) también mostró estos cambios en las medidas de comportamiento, pero no obtuvo diferencias significativas en las medias de autoinforme, frente a la condición que no recibió la intervención. Por último, el grupo que hizo uso de la herramienta tecnológica (CaCBGT) fue significativamente mejor que las otras dos condiciones en el aumento de los pensamientos positivos durante el test de evitación conductual (BAT: *Behavioral Assessment Test*). En el seguimiento a los 6 meses, ambos grupos de tratamiento fueron igualmente eficaces en la reducción de los síntomas fóbicos y las conductas asociadas al problema.

Otros autores como Eonta *et al.* (2011) describen otros usos que puede tener la tecnología digital a la hora de mejorar la eficiencia de los TPBE existentes en tres estudios de caso. En el primero de ellos se utilizaron imágenes digitales para seguir y proporcionar motivación durante el proceso de tratamiento de una persona con trastorno por acumulación. En el segundo caso, se utilizaron archivos de audio grabados para repasar ejercicios de relajación en un cliente que sufría ataques de pánico. Por último, en el tercer caso se utilizó un dispositivo móvil para mostrar imágenes digitales que sirvieran de recordatorio de las habilidades de reestructuración cognitiva aprendidas durante la terapia por un paciente con trastorno de ansiedad generalizada y tricotilomanía. En los tres casos los terapeutas utilizaron la tecnología que ellos (y sus pacientes) tenían a su disposición junto a técnicas de TCC tradicionales para mejorar la prestación de servicios terapéuticos.

Finalmente, existen trabajos que complementan sus tratamientos habituales con plataformas *online* para que los pacientes repasen y afiancen conceptos terapéuticos importantes durante el periodo entre sesión y sesión de tratamiento. Es el caso de la Web CBT4CBT desarrollada como un complemento adicional al TCC para el trastorno por uso y dependencia de sustancias. Este programa cubría conceptos acerca de cómo hacer frente al *craving*, como rechazar ofertas de drogas o alcohol, y habilidades de toma de decisiones. El material se presentó en una variedad de formatos, incluyendo instrucciones verbales, voz en off, vídeos, ilustraciones gráficas, y ejercicios prácticos. Los participantes fueron asignados aleatoriamente al tratamiento habitual (TAU: *Treatment As Usual*) en el cual se realizaban sesiones grupales semanales de psicoeducación sobre las drogas, o a esta misma condición más el sistema Web CBT4CBT. Los resultados mostraron que los participantes en el grupo experimental dieron positivo por drogas significativamente menos veces que aquellos que recibieron solamente la condición TAU. Además, también presentaron periodos más largos de abstinencia (Carroll *et al.*, 2008). Por su parte, Del Rio, González, Herrero y García-Palacios (2015) describen en su estudio de caso un sistema Web denominado POET para consolidar los aprendizajes obtenidos durante la terapia, en una paciente con dolor lumbar crónico. Esta paciente recibió 6 sesiones de TCC en formato grupal una vez por semana y, tras la sesión de tratamiento, tenía a disposición la plataforma POET para realizar los módulos correspondientes. Estos módulos trabajaban distintas estrategias que previamente se les enseñaban en terapia presencial y que eran: psicoeducación, *mindfulness*, reestructuración cognitiva, programación de actividades, relajación y prevención de recaídas. Tras finalizar el tratamiento la paciente valoró con una puntuación máxima de 10 la utilidad y la satisfacción de los elementos multimedia que el sistema ofrecía.

En resumen, las ventajas que la inclusión de las TICs como parte añadida al tratamiento convencional ofrece a la práctica psicoterapéutica son varias (Clough y Casey, 2011). Entre ellas se encuentra la posibilidad de evaluar de forma más fiable a lo largo del proceso terapéutico, además de aumentar la adherencia a la tarea. Los pacientes pueden considerar los dispositivos móviles para la evaluación un medio de comunicación más familiar, cómodo y seguro que el uso del papel y lápiz (Liebert, Archer, Munson y York, 2006). Por otro lado, la transferencia del aprendizaje adquirido en la consulta terapéutica es particularmente importante en todos los tipos de psicoterapia y es la razón de la eficacia de las tareas para casa

(Freeman y Rosenfield, 2002). La presentación de información terapéutica a través de herramientas tecnológicas que son personalmente y socialmente relevantes para el individuo, puede ayudar a la integración de los principios terapéuticos aprendidos a su vida cotidiana. Esto podría ser realmente importante para lograr el mantenimiento de los logros del tratamiento, sobre todo tras su finalización (Clough y Casey, 2011). Además, los dispositivos electrónicos también permitirían aumentar la interacción del cliente y el disfrute con las tareas terapéuticas (Coyle, Matthews, Sharry, Nisbet y Doherty, 2005). Los juegos y actividades interactivos podrían incrementar el afecto positivo y la actitud mientras se está participando en este tipo de tareas lo que llevaría a un mayor compromiso y actitud más positiva hacia los planes de tratamiento (Březinka, 2008).

A pesar de estas ventajas, existe muy poco desarrollo en el ámbito de las TICs en relación a la aplicación de tareas para casa dentro de los tratamientos psicológicos. En este sentido, la utilización de un sistema basado en tecnología Web como TEO es pionero en la aplicación de este componente terapéutico para el tratamiento de los TA. Hasta el momento, no se había ofrecido ningún sistema que permitiera diseñar y crear tareas entre sesiones específicas para cada paciente, que pudieran ser aplicadas de forma remota, y todo ello apoyándose en los beneficios que las TICs pueden ofrecer.

### **2.3.2 TEO: Un sistema de Terapia Emocional Online**

Como hemos visto en los apartados anteriores, se han desarrollado y sometido a prueba distintas aplicaciones basadas en TICs en el campo de los tratamientos psicológicos. Se ha comentado la existencia de programas que se ajustan a un formato auto-aplicado, siendo el paciente el que va progresando guiado por el propio programa. También se han visto aplicaciones TICs que apoyan al terapeuta a la hora de aplicar algunas o algunas de las técnicas que requiere el problema del paciente. Un ejemplo de ello serían los procedimientos de RV que se utilizan para el tratamiento de fobias u otros trastornos específicos o el sistema de RV EMMA que se incluye en el TCC que se pone a prueba en el presente trabajo. La mayor parte de estas herramientas basadas en TICs se centran en el momento de la terapia en sí misma y

están muy estructuradas y diseñadas para ajustarse a las exigencias que requiere cada problema específico. Pero, *¿Qué sucede si el terapeuta considera que el paciente debería trabajar en el periodo entre sesiones de tratamiento con algunos elementos de la sesión? ¿Cómo podemos beneficiarnos de las ventajas de las TICs a lo largo de todo el proceso terapéutico?*

A estas cuestiones intenta dar solución el sistema TEO, ya que es un programa que puede ser utilizado como herramienta terapéutica adaptable a las necesidades de cada persona y problema y/o como complemento de la terapia, con el objetivo de acercar las TICs al propio hogar del paciente en el periodo entre sesiones de tratamiento. TEO es un sistema completamente abierto basado en tecnología Web que permite, de forma sencilla y eficaz, crear material personalizado (haciendo uso de distintos materiales multimedia como textos, vídeos, imágenes y audio) y presentarlo a los pacientes a través de Internet.

Como se ha comentado anteriormente, un aspecto esencial de las orientaciones cognitivo-comportamentales de terapia es la prescripción de tareas para casa (Beck y Tompkins, 2007; Kazantzis *et al.*, 2005). Por esta razón, hemos hecho un esfuerzo por desarrollar un sistema que pudiera ayudar al terapeuta a mejorar el estado psicológico de los usuarios/pacientes creando sesiones que puedan ser utilizadas fuera del contexto de la terapia. El sistema TEO pues facilitaría el control de los pacientes y promovería una mayor implicación y participación por parte de pacientes y terapeutas a lo largo de todo el proceso terapéutico.

De manera resumida TEO ofrece:

- Un medio por el cual los clínicos pueden crear sesiones multimedia para ser asignadas como tarea para casa, con el objetivo de que el paciente pueda repasar y afianzar ciertos conceptos y/o componentes terapéuticos trabajados durante el tratamiento.
- Un sistema que permite a los terapeutas conformar un tratamiento que pueda administrarse de forma totalmente auto-aplicada y cuyo contenido puede ajustarse a las necesidades de cada paciente.

- Una herramienta terapéutica basada en TICs que mejora la intervención terapéutica prestada, sirviendo de apoyo y refuerzo tanto para la terapia que se lleva a cabo en sesiones, como para las tareas terapéuticas que se realizan entre sesión y sesión.

Las ventajas y la versatilidad de un sistema como TEO abre nuevas posibilidades para los clínicos, los cuales tendrán la oportunidad de contar con un sistema que permita el desarrollo y gestión de distintos contenidos terapéuticos con un doble objetivo: la creación de sesiones de tratamiento y la creación de tareas que el paciente podrá realizar desde su propio hogar. En el apartado de *Método* del presente trabajo se presenta una descripción detallada del sistema TEO.

Por otra parte, ya se dispone datos preliminares acerca de la eficacia, utilidad y aceptación del sistema TEO para aplicar el componente de tareas para casa que a continuación pasamos a describir

Por una parte, la utilidad del sistema TEO ya se ha analizado en el tratamiento psicológico de problemas relacionados con el dolor crónico, como la fibromialgia. Del Rio, Molinari, González, Herrero y Botella (2012) han utilizado y evaluado la aceptación del sistema TEO como herramienta para trabajar las estrategias aprendidas en terapia y facilitar el mantenimiento de los logros terapéuticos una vez concluida la intervención en el tratamiento de este trastorno. El sistema fue utilizado por mujeres diagnosticadas de este problema durante las cuatro semanas posteriores al tratamiento. Las participantes manifestaron un alto grado de satisfacción y una opinión muy positiva sobre el uso del sistema.

Por lo que respecta al uso de este sistema en el tratamiento de los trastornos relacionados con el trauma y el estrés, nuestro grupo también ha analizado su utilidad como complemento de la terapia en el tratamiento para el TEPT para aplicar el componente de tareas de exposición en casa a través de Internet (Serrano *et al.*, 2014). Al igual que se hace en el presente trabajo, el protocolo de intervención utilizado une dos tipos de TICs: TEO y el sistema de RV (el *Mundo de EMMA*). Los resultados obtenidos en dos estudios de caso sugieren que el uso de TEO junto con la RV puede constituir una alternativa prometedora para

el tratamiento de mujeres víctimas de violencia de género que padecen TEPT. Asimismo, la valoración de las participantes sobre el uso de TEO fue muy positiva.

Por último, en el caso de los TA diversos estudios previos aportan datos preliminares acerca de la eficacia y aceptación del sistema TEO. Por lo que se refiere a la *aceptación* del sistema TEO, en un primer estudio (Quero *et al.*, 2011) se analizó la aceptabilidad del sistema en un estudio de caso, encontrando resultados positivos de expectativas y opinión por parte de esta paciente. Posteriormente, con una muestra más amplia de 20 personas, se comparó las expectativas y satisfacción con el componente de tareas para casa aplicado de dos formas distintas: utilizando el sistema TEO (N=10) o mediante el formato tradicional, haciendo uso de lecturas y grabaciones de audio (N=10). Los resultados mostraron expectativas más positivas hacia el sistema TEO que hacia el método tradicional. Por otra parte, la opinión acerca del formato de tareas para casa utilizado fue positiva en ambas condiciones experimentales. Sin embargo, después del tratamiento el 70% de los participantes escogieron TEO como formato de elección para realizar las tareas para casa (Quero, Molés, Botella, Nebot, y Pérez-Ara, 2014). Por otra parte, también se ha analizado la *satisfacción y utilidad* de cada una de las sesiones de tareas para casa administradas en ambos formatos en otro estudio de caso que incluía a dos personas con TA. En general, los pacientes consideraron las sesiones de ambos formatos de aplicación de las tareas útiles, sin embargo, el grupo experimental que utilizó el sistema TEO se sintió más satisfecho (Molés, Quero, Pérez-Ara y Botella, 2013). Además de la satisfacción y utilidad, otras variables relacionadas con la usabilidad del sistema como la facilidad de uso del sistema y la recomendación de las sesiones de tareas para casa a otras personas, han sido evaluadas por los pacientes en una serie de casos (Molés *et al.*, 2015). Doce personas que utilizaron TEO para realizar las tareas para casa valoraron muy positivamente estas variables con puntuaciones superiores a 7,5 (en una escala de 0 a 10). Además, se observó un aumento gradual de la satisfacción y la utilidad percibida a lo largo de las sesiones realizadas.

Por otra parte, el análisis de la *eficacia* del componente de tareas para casa disponible en el sistema TEO también ha arrojado resultados preliminares positivos. Quero, Molés, Pérez-Ara, Botella y Baños (2012) hallaron una mejora de la sintomatología clínica en una paciente diagnosticada de DC, ligeramente mayor cuando utilizaba el sistema TEO frente a la condición tradicional. Tanto el estado de ánimo como la autoeficacia para hacer frente al problema aumentaron más cuando utilizaba dicho sistema. Además de estas variables, las emociones



también fueron analizadas en otro estudio realizado por Molés, Quero, Nebot y Botella (2014) que incluía 6 participantes con TA. Los participantes utilizaron el sistema TEO durante el tiempo entre sesiones de tratamiento. Los análisis realizados pre-post tratamiento mostraron que el componente de tareas para casa había logrado un incremento del estado de ánimo, la autoeficacia y las emociones positivas (alegría y relax), y un decremento de las negativas (ansiedad, tristeza y enfado). Por último, se llevó a cabo otro estudio con una muestra más amplia (N= 24) en el que se analizaron estas mismas variables clínicas antes y después de realizar las tareas para casa en ambos formatos (TEO vs Tradicional). Los resultados mostraron un incremento de las emociones positivas (alegría y relax) y un decremento de las negativas (ansiedad, tristeza y enfado) en ambas condiciones experimentales, alcanzándose significación estadística para todas ellas en algunas sesiones de tareas para casa. Los pacientes en ambas condiciones experimentales se sintieron más capaces y mejor de estado de ánimo una vez realizadas las tareas, mejorando cada vez más estos valores a lo largo de las sesiones (Molés *et al.*, 2014).

A la luz de estos datos preliminares podemos concluir que el sistema TEO, utilizado como complemento de la terapia para aplicar el componente de tareas para casa, parece ser bien aceptado por los pacientes y eficaz a la hora de mejorar la sintomatología de éstos. Sin embargo, los datos disponibles hasta el momento proceden de estudios no controlados (estudios de caso y series de casos) y no se ha analizado la eficacia y aceptación del componente de tareas para casa específico desarrollado en el sistema TEO para los TA de forma rigurosa, en ningún estudio controlado.

En consecuencia, y tras haber analizado con detalle la relevancia del problema de los TA, la inexistencia de TPBE que se ocupen de estos, la falta de atención por parte de los científicos al componente de tratamiento de tareas para casa, y el poco aprovechamiento de las TICs en el periodo entre sesiones de intervención, es evidente la necesidad de, por un lado, seguir recabando evidencia acerca de la eficacia del tratamiento desarrollado específicamente para los TA por nuestro grupo (Botella *et al.*, 2008) y, por otro, intentar mejorarlo incluyendo un protocolo específico de tareas para casa también apoyado en las TICs que logre ser eficaz y efectivo.

Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo es someter a prueba, mediante un estudio controlado, por un lado, la eficacia diferencial de un programa TCC aplicando el componente de tareas para casa de dos formas distintas (TEO vs. TRADICIONAL) y, por otro lado, analizar la eficacia, eficiencia y aceptación diferencial del componente específico de tareas para casa administrado según estas dos modalidades.

## MARCO EXPERIMENTAL

### 3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

#### Objetivo general

El objetivo general de la presente tesis es analizar la eficacia y la efectividad diferencial de dos formas distintas de aplicar el componente terapéutico de tareas para casa, dentro de un programa de tratamiento para los TA: 1) haciendo uso de las TICs (Internet) y 2) utilizando un formato tradicional (manuales de lectura y grabaciones de audio).

#### Objetivos específicos

Los objetivos específicos que se plantearon fueron los siguientes:

- 1) Desarrollar las sesiones que conforman el componente de tareas para casa para ser utilizados por los participantes tanto en formato tradicional (diseñando los manuales de lectura), como en formato Web (creando recursos multimedia para ser visionados a través de Internet).
- 2) Crear un protocolo de evaluación para evaluar las variables clínicas más relevantes antes y después de realizar las tareas para casa en ambos modos de aplicación de las mismas.
- 3) Analizar la eficacia diferencial de un *protocolo de tratamiento* para los TA (aplicando las tareas para casa a través de Internet y mediante el formato tradicional) en la mejora de las diferentes variables clínicas evaluadas del pre al post-tratamiento y comprobar si los cambios alcanzados en ambas condiciones de tratamiento se mantienen a lo largo del seguimiento realizado a los 3 meses.

- 4) Comparar la eficacia diferencial del *componente específico de tareas para casa* desarrollado dentro del programa de tratamiento de los TA, en función de su formato de aplicación (Internet *versus* tradicional), en la mejora de las diferentes variables clínicas evaluadas antes y después de realizar las tareas para casa a lo largo del tratamiento.
- 5) Comparar la eficiencia diferencial (entendida como que la mejoría se producirá antes en el tiempo y el tiempo necesario en terapia será menor) del componente de tareas para casa, en función de su forma de aplicación (Internet *versus* tradicional).
- 6) Examinar el grado de aceptación del componente de tareas para casa aplicado en ambos formatos (Internet *versus* tradicional) en términos de preferencias, satisfacción y opinión, por parte de los participantes que han formado parte de este estudio.

## **Hipótesis**

Teniendo en cuenta los objetivos anteriormente planteados las hipótesis puestas a prueba fueron las siguientes:

- 1) El programa de tratamiento para los TA unido al componente de tareas para casa (aplicado de forma tradicional o mediante Internet) dará lugar a cambios estadísticamente significativos en todas las variables clínicas de resultado incluidas en el estudio. Independientemente de la condición de tratamiento recibida, se espera encontrar mejorías en la situación clínica de los pacientes antes frente a después de la aplicación del tratamiento en: las medidas específicas de TA y estado de ánimo, los objetivos terapéuticos, las medidas de crecimiento postraumático, afecto positivo y negativo, estilos de afrontamiento y, por último, las medidas de interferencia y gravedad. Estos resultados se mantendrán hasta el seguimiento realizado a los 3 meses.
- 2) El componente de tareas para casa aplicado en ambos formatos resultará igual de eficaz a la hora de mejorar la situación clínica de los pacientes a lo largo del proceso

terapéutico, por lo que no se observarán diferencias estadísticamente significativas entre las dos condiciones. Así, se espera que los participantes de ambas condiciones mejoren en variables como la autoeficacia percibida para hacer frente al problema y el estado de ánimo, así como vean aumentadas sus emociones positivas y disminuidas las negativas, una vez realizadas las sesiones de tareas para casa.

- 3) La condición de tratamiento que aplique las tareas para casa utilizando Internet resultará más eficiente, esto es, la mejoría de los pacientes se producirá antes en el tiempo y el tiempo de terapia necesario será menor.
- 4) La condición de tratamiento que aplique las tareas para casa utilizando Internet será mejor valorada por los pacientes. Obtendrá valores más altos de satisfacción y será preferida en mayor medida que la condición tradicional antes de iniciar el tratamiento. Además, también será valorada positivamente y será elegida por un mayor porcentaje de pacientes tras ser aplicada la intervención.

## **4. MÉTODO**

### **4.1 RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

Los participantes que conformaron la muestra de este estudio se seleccionaron entre las personas que acudieron al Servicio de Asistencia Psicológica (SAP) de la Universitat Jaume I (UJI). La mayoría de ellos lo hicieron en respuesta a los llamamientos que se realizaron a través de los medios de comunicación, tanto internos como externos a la universidad (prensa, radio y carteles), informando sobre la puesta en marcha de un estudio sobre los TA. En ellos se ofrecía la posibilidad de participar en un proyecto de investigación dirigido al tratamiento psicológico de aquellas personas que hubieran sufrido algún tipo de experiencia adversa o estresante en su vida y que no hubieran podido superarla, tanto si formaban parte de la comunidad universitaria, como si no (ver Anexos 3 y 4)

Los criterios de inclusión y exclusión que tenían que cumplir los participantes para formar parte del estudio fueron los siguientes:

#### **Criterios de inclusión:**

- 1) Cumplir los criterios para un diagnóstico de TA según el DSM-IV-TR (APA, 2002) y la CIE-10 (OMS, 1992).
- 2) Tener entre 18 y 65 años.
- 3) Tener acceso a un ordenador y a Internet.
- 4) Estar de acuerdo con la participación en el estudio y firmar el consentimiento informado.

#### **Criterios de exclusión:**

- 1) Padecer un trastorno mental grave en el eje I: abuso o dependencia de alcohol o de otras sustancias, trastorno psicótico o demencia.
- 2) Padecer un trastorno mental grave en el eje II: trastorno límite de la personalidad.

- 3) Presencia de riesgo de suicidio o conductas parasuicidas.
- 4) Padecer una enfermedad física grave que imposibilite la aplicación del protocolo.
- 5) Estar recibiendo otro tratamiento psicológico mientras dura el estudio.

En cuanto a la duración del periodo de selección y reclutamiento de la muestra, éste se inició en el mes de enero de 2013 y los datos que se presentan en el presente trabajo abarcan hasta el mes de Marzo de 2015. Se prevé terminar de recabar los datos de todos los periodos de evaluación incluidos en el estudio en Abril de 2016. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la UJI.

Respecto al cálculo del tamaño muestral, se tuvo en cuenta el número de participantes mínimo que debía contener cada una de las condiciones experimentales para que, con un tamaño del efecto adecuado, se pudiesen detectar cambios en las puntuaciones entre los diferentes momentos y diferencias entre ambas condiciones si fuese el caso. Dada la inexistencia de trabajos que estudiaran el componente de tareas par casa específico apoyado por TICs, se utilizó como referencia los tamaños del efecto alcanzados en el trabajo previo de Andreu-Mateu (2011). Como ya se ha mencionado a lo largo de la revisión de la literatura, este trabajo cuenta con características similares al presente estudio, ya que compara el mismo programa de tratamiento para los TA, aplicando uno de los componentes de tratamiento (en particular la elaboración/ procesamiento del acontecimiento estresante) de dos formas distintas, por una parte haciendo uso de la RV (específicamente el *Mundo de EMMA*) y, por otra, mediante un formato tradicional. El valor que se tomó como referencia fue la  $d$  de Cohen obtenida por la condición de tratamiento que, como en el presente estudio aplica la RV ( $d$  de Cohen= 1,26). Por tanto, para obtener una potencia deseada del 90%, con error tipo I del 5% y con tamaños del efecto similares, se estableció que cada condición debía tener, al menos, 15 participantes. Además, se realizó una previsión de los posibles abandonos que podían producirse antes o durante el tratamiento. Para ello se tuvo en cuenta el porcentaje de abandonos informados en los estudios sobre el tratamiento de las patologías relacionadas con el trauma y el estrés que, al igual que el presente estudio, utilizan RV (p.ej., McCann *et al.*, 2014). El porcentaje de abandonos que se predijo fue del 18,1%. Por este motivo, se consideró adecuado aumentar la cifra necesaria hasta un mínimo de 18 participantes en cada una de las condiciones. Finalmente, se decidió ser más conservadores e incluir al menos 25 participantes

en cada una de las condiciones de tratamiento, es decir, al menos 50 sujetos en total. Esta decisión fue tomada en base a que no existen estudios controlados que pongan a prueba el componente de tareas para casa dentro de un tratamiento específico para los TA que pudiesen servir de referencia, por lo que los cálculos realizados fueron aproximados.

## **4.2 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA**

En la Figura 14 se presenta el flujo de los participantes a lo largo de todos los momentos de reclutamiento y evaluación incluidos en el estudio. Como se puede observar en dicha figura, inicialmente, un total de 102 personas se interesaron por el estudio, la mayoría en respuesta a los llamamientos realizados a través de los medios de comunicación y otros al buscar ayuda de forma rutinaria en el SAP de la UJI, a raíz de las consecuencias emocionales experimentadas a partir de la vivencia de un acontecimiento estresante. De estas personas interesadas, 80 acudieron a la sesión de *screening*, de las cuales un total de 23 fueron descartadas por no cumplir los criterios de inclusión del estudio (21 no cumplían los criterios diagnósticos para un TA, según el DSM-IV-TR, y 2 presentaban consumo de sustancias) y otras 7 abandonaron durante el proceso de evaluación por distintas razones (2 dijeron encontrarse mejor y no deseaban continuar, 2 no tenían tiempo para empezar el tratamiento, 1 cambió de lugar de residencia siendo imposible realizar el tratamiento, con 1 no se consiguió contactar y a otra persona le surgió un problema familiar grave). De esta forma, un total de 50 personas cumplieron los requisitos para participar en el estudio y fueron asignadas al azar a las dos condiciones experimentales (aplicación de las tareas para casa según el formato tradicional o mediante el sistema TEO). Sin embargo, durante el tratamiento se produjeron 6 bajas por distintos motivos (ver Figura 14): 3 en el grupo de tareas para casa tradicional y 3 en el grupo de tareas para casa utilizando las TEO. Por lo tanto, **la muestra que finalizó el tratamiento** (N= 44) quedó del siguiente modo: condición tareas para casa tradicional (N =22) y condición tareas para casa TEO (N = 22). Todas estas personas llegaron a finalizar el tratamiento, por lo que realizaron el componente de tareas para casa en su totalidad. Respecto a los seguimientos, fueron un total de 34 personas las que completaron la evaluación a los 3 meses de seguimiento: 19 participantes de la condición tradicional (86,36%) y 15 participantes en la condición TEO (68,18%). En el diagrama se especifican las razones por las que los participantes no realizaron la sesión de evaluación en el seguimiento (ver Figura 14), aunque el motivo en la



mayoría de participantes fue el hecho de que, como se ha mencionado anteriormente, la presente investigación se encuentra en progreso, por lo que en el caso de muchos de ellos todavía no habían transcurrido los 3 meses desde la finalización de la intervención. La prueba Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ) administrada para determinar las diferencias existentes en los porcentajes de abandono de ambas condiciones reveló que no había diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las tasas de abandono en el seguimiento a los 3 meses.

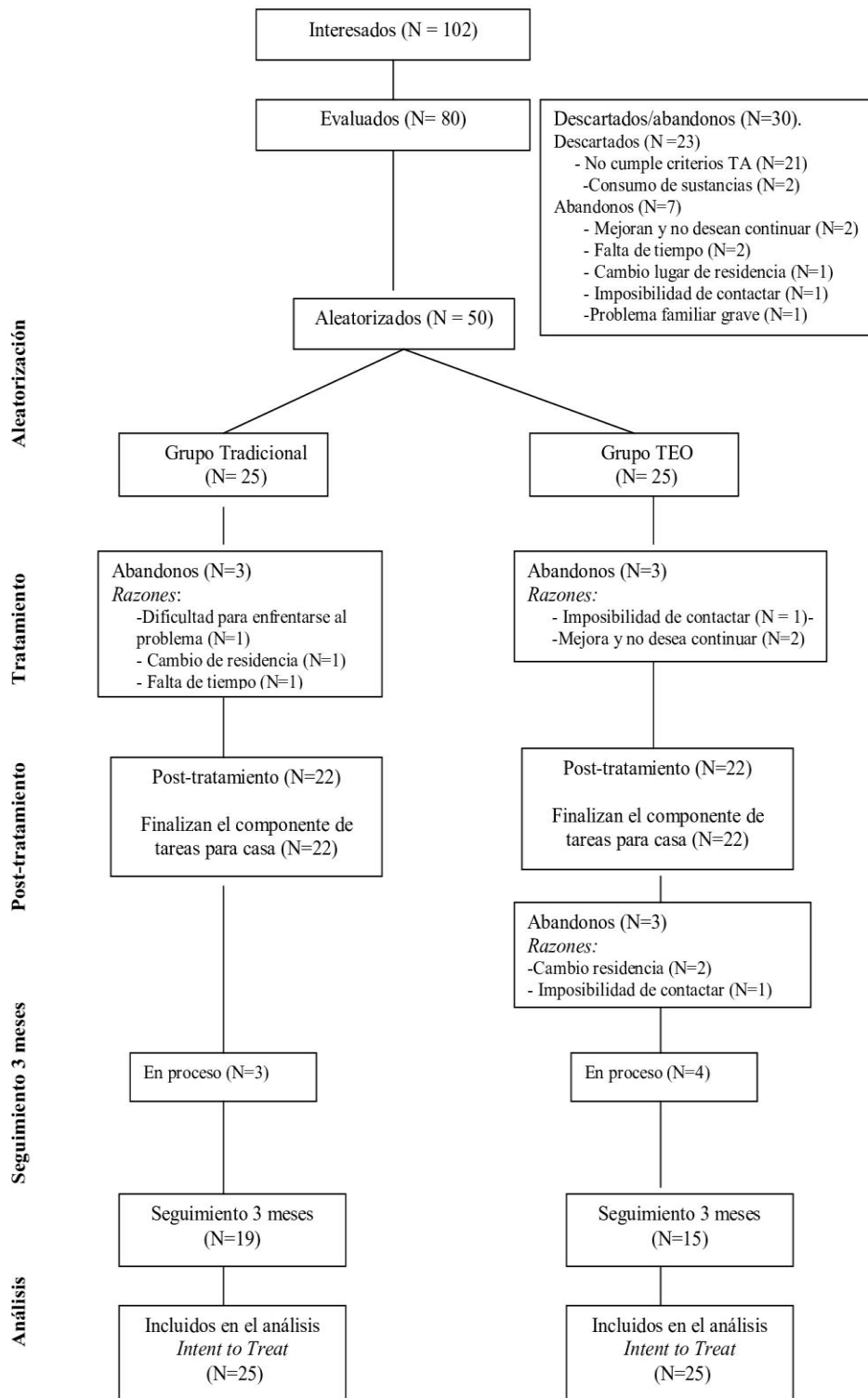


Figura 14- Diagrama de flujo de los participantes y tasas de abandono.

En cuanto a las *características demográficas* que presentaba la muestra que fue aleatorizada (N= 50), estuvo compuesta en su mayoría por mujeres (76%). Respecto al estado civil, también la mayoría de los participantes (76%) estaban solteros, el 18% casado y el resto (6%) eran viudos o estaban divorciados. En cuanto al nivel de estudios, el 76% contaban con estudios universitarios en curso o finalizados (pues muchas personas formaban parte de la comunidad universitaria) y el resto tenían estudios medios o básicos. El rango de edad se situó entre los 18 y los 54 años con una media de edad de 28,72 (DT=9,26). En la Tabla 9 se presenta con mayor detalle las características demográficas de la muestra total.

Tabla 9 - Descriptivos de las variables demográficas de los participantes

| Variables             |                       | Total ( N= 50) |
|-----------------------|-----------------------|----------------|
| <b>Sexo</b>           | Varones               | 12 (24%)       |
|                       | Mujeres               | 38 (76%)       |
| <b>Estado civil</b>   | Soltero               | 38 (76%)       |
|                       | Casado/convive        | 9 (18%)        |
|                       | Viudo/divorciado      | 3 (6%)         |
| <b>Nivel estudios</b> | Primarios/secundarios | 12 (24%)       |
|                       | Universitarios        | 38 (76%)       |
| <b>Edad</b>           | Rango                 | 18-54          |
|                       | M                     | 28,72          |
|                       | DT                    | 9,26           |

Nota. M= media; DT= Desviación típica.

Respecto al *diagnóstico*, siguiendo los subtipos especificados por el DSM-IV-TR (APA, 2002), se encontró que 35 participantes cumplían los criterios de un TA mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo (70%), 9 presentaban un TA con estado de ánimo depresivo (18%), 5 tenían un TA con ansiedad (10%) y 1 participante cumplía los criterios de un TA con alteración mixta de las emociones y el comportamiento (2%). En cuanto a la especificación del *curso*, más de la mitad (56%) eran casos crónicos, ya que el acontecimiento estresante o sus consecuencias seguían estando presentes.

Por otra parte, por lo que se refiere al *tipo de situación estresante* experimentado por los participantes, el 50% sufrió una ruptura sentimental o divorcio (N=25), el 22% tenía

problemas familiares (N= 11), el 16% experimentó consecuencias emocionales a raíz del diagnóstico de una enfermedad propia o de algún familiar (N=8), el 10% conflictos en el lugar de trabajo (N= 5) y un 2% había sufrido en el pasado discriminación o *bullying* (N=1). Por último, la *duración* media del problema fue de 1 año y 8 meses (DT = 28,24) oscilando entre un mínimo de 2 meses y un máximo de 10 años.

En cuanto a la *medicación*, la mayoría de los participantes (82%) no estaba siguiendo ninguna prescripción facultativa respecto a la utilización de fármacos en relación a los síntomas que les provocaba el problema. Los que sí lo hacían (16%) tomaban algún tipo de ansiolítico o antidepresivo (6 personas en la condición TRADICIONAL y 2 personas en la condición de TEO) prescrito, en su mayor parte, por el médico de cabecera y la mayoría de ellos lo tomaban de forma ocasional. Cabe destacar que ninguno de los participantes aumentó la dosis de esta medicación, siendo en gran parte reducida o, en su defecto, mantenida en los mismos valores que al inicio del tratamiento. Por lo que respecta a la *comorbilidad*, ningún participante evidenció durante la evaluación inicial síntomas de ningún otro trastorno del Eje I, aunque en el 8% (N= 4) de los participantes sí que hubo diagnóstico de otros trastornos mentales en el pasado. En cuanto al Eje II, la aplicación de la Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II; First *et al.*, 1999) mostró un porcentaje del 90% de pacientes que superaron el punto de corte (según las respuestas en el cuadernillo de auto-aplicación) para uno o más de los trastornos recogidos en el instrumento. De este porcentaje, el 48,9 % pertenecían a la condición de TEO (N= 22) y el 51,1% a la condición TRADICIONAL (N= 23). Para verificar el diagnóstico obtenido a través del cuestionario, se llevó a cabo la pertinente entrevista por parte del clínico con el resultado de 7 personas con diagnóstico de trastorno de la personalidad en el Eje II (2 personas con trastorno de personalidad dependiente, 1 con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, 1 de tipo depresivo, 1 evitativo y, por último, 2 personas con trastorno paranoide de la personalidad) y 14 personas que presentaban rasgos de personalidad patológica, los cuales aunque no llegaban a cumplir todos los criterios para el trastorno sí eran importantes como para ser considerarlos a nivel subclínico. Entre los rasgos de personalidad patológica que más abundaban se encontraban la tendencia a la rigidez e inflexibilidad, que se presentaba en más de la mitad de estas personas que no llegaban a cumplir criterios completos de trastorno.

### **4.3 INSTRUMENTOS Y MEDIDAS DE EVALUACIÓN**

Como se señaló en el apartado de *Evaluación de los TA* en el marco teórico, existen muy pocos instrumentos que permitan realizar una identificación y un diagnóstico específico de los TA. Debido a ello, en el protocolo creado para llevar a cabo la presente tesis se incluyeron tanto instrumentos diseñados específicamente para este trabajo como otros instrumentos que, aun no habiéndose creado explícitamente para este trastorno, sí recogen algunos de sus aspectos más relevantes. Además, para evaluar la eficacia y efectividad del componente de tareas para casa se utilizan instrumentos desarrollados por nuestro grupo de investigación específicamente para este estudio. En el Anexo 5 se incluye una tabla resumen con el protocolo de evaluación utilizado en el presente trabajo y en los Anexos sucesivos se muestran los instrumentos de evaluación utilizados, tanto en los momentos de evaluación pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento (Anexos 6, 7, 8, 9 y 10) como en las sesiones de tareas para casa (Anexos 11 y 12). Las características de estos instrumentos se describen a continuación.

#### **4.3.1 Consentimientos informados**

**Hoja de consentimiento informado para la investigación.** Incluye información acerca del objetivo del proyecto en el que la persona puede formar parte y las condiciones en que éste puede ser aplicado. Posteriormente, el participante firma un documento en el que acepta participar en él, estando de acuerdo en que los datos derivados de su participación podrán ser utilizados con fines científicos.

**Hoja de consentimiento de grabación en vídeo/audio.** Informa sobre la utilidad y la necesidad de la grabación de las sesiones con finalidades científicas y terapéuticas y ofrece la posibilidad de elegir en qué contextos y para qué fines la persona consiente que su grabación pueda ser utilizada.

### 4.3.2 Instrumentos diagnósticos

**Entrevista de admisión (Lapsitec, 1995).** Se trata de una entrevista semiestructurada utilizada de forma rutinaria por el SAP de la UJI, que recoge el motivo de consulta del paciente, junto con las principales características del problema que presenta (gravedad, interferencia, situaciones en las que ocurre, manifestaciones físicas, cognitivas y conductuales del problema, información acerca de su origen). También rastrea la posible presencia de otros trastornos mentales, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. Finalmente, proporciona otro tipo de información que puede ser valiosa para el diagnóstico y el tratamiento como la existencia de tratamientos psicológicos anteriores, historia de consumo de sustancias o presencia de problemas médicos relevantes.

**Entrevista diagnóstica para los Trastornos Adaptativos (Andreu-Mateu, Botella, Baños y Quero, 2008).** Como se ha descrito anteriormente en el apartado de *Evaluación*, este instrumento consiste en una entrevista semiestructurada desarrollada por nuestro grupo de investigación para la evaluación de los TA. En su elaboración se tuvieron en cuenta los criterios diagnósticos tanto de la CIE-10 como del DSM-IV-TR, así como la entrevista SCID-IV y los hechos considerados relevantes en la literatura en relación a este trastorno. La entrevista incluye: el rastreo de la existencia de algún/os evento/s estresante/s (mediante un listado de posibles acontecimientos y unas preguntas sobre el momento en que dicho acontecimiento estresante tuvo lugar), una valoración de los síntomas presentes (evaluando su gravedad con una escala de 0 a 8, donde 0 = nada y 8 = muy grave) y de las características principales de los mismos (tipo de síntomas predominantes, tiempo de latencia de aparición y duración de los síntomas, posible existencia de consecuencias en la actualidad y evolución), cuestiones que permiten realizar el diagnóstico diferencial (respecto al TEPT, trastorno de ansiedad generalizada u otro trastorno previo del Eje I), cuestiones que rastrean la existencia de consumo de sustancias o de condiciones físicas graves, una evaluación del malestar y la interferencia causadas por el problema (mediante una adaptación de la Escala de Inadaptación de Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000) y otras preguntas cualitativas sobre el acontecimiento estresante. Las variables que se evaluaron en esta entrevista y que se analizaron en el presente estudio fueron: la duración del problema y el número de síntomas

Una descripción detallada de este entrevista que está actualmente en proceso de validación puede encontrarse en Molés, Quero, Andreu-Mateu, Botella y Baños (2011).

**Entrevista biográfica (Labpsitec, 1995).** Este instrumento se utiliza para realizar, de forma ordenada, la anamnesis clínica del paciente. En él se recogen las áreas más importantes de la vida de la persona y se le pide que haga una valoración sobre cada una de ellas. Estas áreas son las siguientes: 1) la familia, en la que se indaga sobre los diferentes miembros que la componen, las relaciones entre éstos y si existen antecedentes familiares de problemas psicológicos y/o psiquiátricos; 2) la vida laboral del paciente, que incluye cuestiones sobre el trabajo que la persona está desempeñando en la actualidad, su satisfacción con el mismo y la situación económica en la que se encuentra; 3) el área social; 4) el área sexual; 5) el área que incluye la pareja y los hijos, en caso de que la persona los tenga y 6) el área de la salud.

**Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II; First *et al.*, 1999).** Esta entrevista diagnóstica recoge los criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) para los trastornos de la personalidad del grupo A (esquizoide, esquizotípico y paranoide), del grupo B (antisocial, histriónico, límite y narcisista) y del grupo C (dependiente, depresivo, evitativo, obsesivo-compulsivo y pasivo-agresivo). La evaluación mediante la SCID-II incluye tres columnas: en la primera de ellas aparecen las preguntas, en la segunda se enumeran los criterios diagnósticos del DSM-IV y, en la última, se puntúa el ítem de la siguiente manera: ¿?= información inadecuada; 1:= ausencia de síntoma; 2= el criterio casi se alcanza, pero no plenamente; 3= se cumple el criterio. Aparte de esta entrevista, es posible la administración de un cuestionario de personalidad auto-cumplimentado que actúa como cribado. Consta de 119 ítems de respuesta dicotómica (SI/NO) y su corrección se basa en el número de respuestas positivas que la persona ha dado en cada uno de los posibles trastornos evaluados. Para agilizar el proceso de evaluación en el presente estudio se ha hecho uso de ambos instrumentos. Así, en primer lugar, se ha utilizado el cuestionario y, posteriormente, en aquellos ítems contestados de forma afirmativa y que superaban la puntuación de corte, se ha evaluado en mayor profundidad administrando la parte de la entrevista diagnóstica correspondiente. Los estudios de fiabilidad y validez realizados muestran gran variabilidad en los resultados, pero en su mayoría arrojan índices aceptables (First *et al.*, 1999).

### 4.3.3 Medidas específicas de TA y sintomatología depresiva

**Inventario de Estrés y Pérdida (IEP; Quero, Mor, Molés, Rachyla, Baños y Botella, en preparación).** Como se ha comentado anteriormente en el apartado de *Evaluación de los TA*, este instrumento es una adaptación del Inventario de Duelo Complicado de Prigerson *et al.* (1995) realizada por nuestro grupo para utilizarlo en la evaluación de situaciones estresantes por las que haya pasado una persona y que le estén interfiriendo de forma negativa en su vida. El instrumento es igual que el original con la excepción de que se sustituyeron las palabras que aluden a la persona fallecida por las que se refieren a la persona/situación que se ha perdido como consecuencia de la situación estresante que se está evaluando (p.ej., la pérdida de un trabajo, la pérdida de una pareja, la pérdida de la salud...). Este instrumento consta de 17 ítems que se puntúan en una escala de 0 a 4 (0= Nunca; 1= Raramente; 2= A veces; 3= A menudo; 4= Siempre). El análisis factorial exploratorio de este instrumento demostró la existencia de un único factor (al igual que el cuestionario original de Prigerson *et al.* 1995). Además, este cuestionario presentó un buen coeficiente de consistencia interna en población general y clínica (*alfa de Cronbach* de 0,92 y 0,79, respectivamente), así como una fiabilidad tes-retest de alrededor de 0,90 (Mor, Molés, Rachyla y Quero, 2015).

**Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II: Beck Depression Inventory-Second Edition; Beck, Steer y Brown, 1996. Validado en población española por Sanz, Navarro y Vázquez, 2003).** Este instrumento es uno de los más utilizados en la evaluación del estado de ánimo deprimido. Está constituido por 21 grupos de afirmaciones que evalúan síntomas y cogniciones relacionadas con la depresión. Cada grupo presenta 4 alternativas de respuesta ordenadas en función de su intensidad creciente que se puntúa en una escala de 0 a 3. El participante debe responder de acuerdo con la afirmación que mejor describa el modo en el que se ha sentido durante las últimas dos semanas. Se suma para obtener la puntuación total, que puede ser de un máximo de 63 puntos. De acuerdo con el manual del BDI-II, las puntuaciones de 0-13 denotan depresión mínima, las puntuaciones de 14 a 19 depresión leve, las puntuaciones de 20 a 28 depresión moderada y más de 28 denota una depresión grave (Segal, Coolidge, Cahill y O' Rille, 2008). El BDI-II es sensible a los cambios en la depresión: una diferencia de 5 puntos corresponde a una diferencia clínica mínimamente importante, de 10 a 19 señala una



diferencia moderada y de 20 puntos o más una gran diferencia (Hiroe *et al.*, 2005). El instrumento presenta una adecuada consistencia interna (*alfa de Cronbach* oscila de 0,76 a 0,95) y una fiabilidad test-retest de alrededor de 0,8 (Beck *et al.*, 1996). La versión española de este instrumento también ha mostrado una consistencia interna elevada (*alfa de Cronbach* de 0,87) para la población general (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003) y para la población clínica (*alfa de Cronbach* de 0,89) (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún, y Vázquez, 2005).

#### **4.3.4 Escalas para medir los objetivos de terapia**

**Escalas de malestar emocional, evitación y creencia (Adaptación de las escalas de Marks y Mathews, 1979).** En ellas paciente y terapeuta establecen las principales situaciones/conductas que provocan malestar y que, en muchos casos se evitan; los pensamientos o imágenes intrusivos que presenta el paciente; el malestar emocional determinado por las emociones negativas que éste siente; y los pensamientos irracionales que el paciente asocia al acontecimiento estresante vivido. Se establecen entre 2 y 4 ítems para cada categoría y, posteriormente, el paciente valora en una escala de 0 a 10 (0= "Nada"; 10= "totalmente"), por una parte, el nivel de evitación que realiza o que desearía realizar de cada situación/conducta y, por otra parte, el grado de malestar que le provocan las diferentes situaciones/conductas, los pensamientos/ imágenes intrusivos, así como la intensidad con la que siente cada emoción y el grado en que cree que son válidos cada uno de los pensamientos irracionales que presenta.

#### **4.3.5 Medidas de crecimiento postraumático afecto positivo y negativo y estilos de afrontamiento**

**Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI: *Postrumatic Growth Inventory*; Tedeschi y Calhoun, 1996).** Este inventario consta de 21 ítems que tratan de evaluar los posibles cambios positivos que pueden experimentar las personas tras haber sufrido un acontecimiento traumático o adverso. El rango de posibles respuestas va de 0 a 5 (0= *No experimenté este cambio como resultado de la crisis*; 5= *Experimenté este cambio en gran medida como resultado de la crisis*). Puntuaciones elevadas en este inventario indican un

mayor grado de crecimiento postraumático percibido. Incluye 5 escalas para indicar diferentes dimensiones de crecimiento: relaciones con los demás (7 ítems), nuevas posibilidades (5 ítems), fortalezas personales (4 ítems), cambios espirituales (2 ítems) y apreciación de la vida (3 ítems). Además, puede extraerse una puntuación total realizando el sumatorio de todas las respuestas. Se han obtenido elevados índices de consistencia interna tanto para las 5 escalas como para la puntuación total (Ho, Chu y Yiu, 2008; Tang, 2007; Tedeschi y Calhoun, 1996). También se ha analizado la consistencia interna y la validez de este instrumento en muestra española diagnosticada de TA y DC, obteniéndose excelentes coeficientes de consistencia interna (*alfa de cronbach* 0,92) y fiabilidad *test-retest* (0,95) para la puntuación total del cuestionario (Molés, Quero, Nebot, Rachyla y López, 2014).

**Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS: *Positive and Negative Affect Scale*, RASGO; Watson, Clark y Tellegen, 1988. Validada en población española por Sandín *et al.*, 1999).** El cuestionario PANAS tiene dos escalas para valorar la afectividad. Consiste en 10 adjetivos para la escala de afectividad positiva (AP) y 10 adjetivos para medir afectividad negativa (AN). En su versión rasgo, utilizada en este estudio, este instrumento evalúa la manera en que se experimentan ambos afectos habitualmente. Los participantes han de valorar cada ítem en una escala de 1 a 5 (1= Nada o muy ligeramente; 5= Mucho) indicando el grado en el que cada adjetivo describe mejor el estado de ánimo en el que se encuentran con frecuencia. La escala es de rápida administración y ofrece puntuaciones separadas para las dos subescalas. La media para la subescala de afecto positivo en una muestra normal es de 31,31 (DT=7,65) y para la subescala de afecto negativo de 16 (DT=5,90) (Crawford y Henry, 2004). La versión española ha demostrado tener alta consistencia interna (0,89 para AP y 0,91 para AN en mujeres; y 0,87 para AP y 0,89 para AN en hombres) en estudiantes universitarios (Sandín *et al.*, 1999), lo que coincide con los resultados encontrados en la literatura (Watson *et al.*, 1988).

**Escala Multidimensional de Estilos de Afrontamiento (Abreviado) (*Brief COPE*, Carver, 1997).** Es un cuestionario consta de 28 ítems con un rango de puntuaciones que oscilan entre 4 puntos (1 “no lo hago nunca” y 4 “lo hago con mucha frecuencia”). El cuestionario está compuesto por 14 dimensiones: Autodistracción, Afrontamiento activo, Negación, Uso de sustancias, Apoyo emocional, Apoyo social, Desconexión, Desahogo, Reevaluación positiva, Planificación, Humor, Aceptación, Religión, Autoinculpación. Cada una

de estas dimensiones consta de dos ítems y permite evaluar los diversos estilos de afrontamiento. Comprende la versión abreviada de la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (COPE) de Carver (1997) y fue adaptada y validada en población española por Crespo y Cruzado (1997). El cuestionario ha mostrado una buena consistencia interna con un *alfa de Cronbach* entre 0,60 y 0,90 (Crespo y Cruzado, 1997). Morán, Landero y González (2009) realizaron un análisis psicométrico de la versión en español del *Brief COPE* y analizaron la estructura factorial del instrumento. Mediante un análisis factorial de segundo orden con las subescalas que forman el Brief COPE, encontraron 4 factores donde las subescalas se agruparon en diferentes dimensiones: 1) *Afrontamiento cognitivo*, compuesto por las subescalas de Afrontamiento activo, Planificación, Reinterpretación positiva, Humor y Desconexión (inverso); 2) *Afrontamiento mediante el apoyo social*, compuesto por las subescalas Apoyo (emocional y social) y Desahogo; 3) *Bloqueo del afrontamiento* (evitación), compuesto por las subescalas de Negación, Autodistracción, Autoinculpación y Uso de sustancias y 4) Afrontamiento espiritual, compuesto por la subescala de religión. En la presente tesis se analizará los factores relativos a Afrontamiento cognitivo, Afrontamiento social y Bloqueo del afrontamiento.

#### 4.3.6 Medidas de interferencia y gravedad

**Escala de Inadaptación (Adaptada de Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000).** Este instrumento valora en qué medida el TA y sus consecuencias afectan al funcionamiento de la persona en diferentes áreas de su vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y relación familiar. Una última subescala recoge la valoración sobre la interferencia percibida de forma global, y es esta la que se analiza en el presente estudio. Las respuestas se valoran utilizando una escala *Likert* cuyas puntuaciones oscilan entre 0 y 8 (0 = No interfiere; 8 = Interfiere gravemente). Los índices de consistencia interna del instrumento original para población clínica se mostraron satisfactorios (*alfa de Cronbach* de 0,83) y se evidenció una validez de contenido, discriminante y convergente adecuadas (Echeburúa *et al.*, 2000).

**Escala de Interferencia/gravedad valorada por terapeuta (Adaptada de la escala del ADIS-IV de Di Nardo, Brown y Barlow, 1994).** En esta escala el terapeuta realiza una

valoración global de la interferencia y gravedad del problema que presenta el paciente. Para ello utiliza una escala de 0 a 8 (0 = No interferencia o Sin síntomas; 8 = Muy grave).

#### **4.3.7 Medidas de eficacia del componente de tareas para casa**

**Evaluación pre-post sesión de tareas para casa (versión TEO y TRADICIONAL) (Labpsitec 2011).** Este instrumento evalúa variables clínicas relevantes antes y después de la realización de la tarea asignada durante el periodo entre sesiones de tratamiento en ambas condiciones. De esta forma, antes de realizar la tarea se evalúa, por un lado, el estado de ánimo mediante una escala *Likert* de 7 puntos con diferentes caras que expresan distintos niveles de tristeza (ver Anexo 11). Por otro lado, la percepción de la autoeficacia para hacer frente al problema en una escala de 0 ("*No me siento capaz en absoluto*") a 10 ("*Totalmente capaz*"). Además, se miden tanto emociones positivas (alegría y relax) como emociones negativas (tristeza, ansiedad y enfado/rabia) experimentadas en el momento de la evaluación en relación al acontecimiento estresante sufrido mediante una escala analógico-visual con valores comprendidos entre 1 y 7 (1= "*Nada en absoluto*"; 7= "*Totalmente*"). Por otra parte, una vez terminada la tarea, los participantes evalúan las mismas variables descritas anteriormente (estado de ánimo, autoeficacia y emociones) incluyendo, además, la valoración del cambio percibido en el estado de ánimo y la autoeficacia mediante una escala *Likert* de 7 puntos (donde 1 = Mucho peor/ Mucho menos capaz; 2 = Peor/Menos capaz; 3 = Algo peor/Algo menos capaz; 4= Igual/Igual capacidad; 5 = Algo mejor/ Algo más capaz; 6 = Mejor/Más capaz y 7 = Mucho mejor/ Mucho más capaz). Por último, este instrumento también valora aspectos de aceptación de las tareas para casa, esto es, la satisfacción y la utilidad percibida de la sesión de tareas para casa realizada. Concretamente, los participantes responden en una escala de 0 a 10 a las siguientes cuestiones: *¿En qué medida te ha gustado la actividad de hoy?, ¿En qué medida crees que la sesión de hoy te ha sido útil o beneficiosa?*. La forma de administración de dicho instrumento es distinta para cada uno de los formatos, ya que mientras TEO incluye estas cuestiones en el sistema (y se cumplimenta de forma *online*) en la condición tradicional se hace uso de papel y lápiz (ver Anexo 11).

#### 4.3.8 Medidas de opinión del componente de tareas para casa

**Cuestionario sobre preferencias del componente de tareas para casa (Labpsitec, 2011).** Este instrumento se cumplimenta antes de iniciar el tratamiento, una vez el clínico ha proporcionado una breve explicación acerca de las dos formas mediante las cuales se pueden realizar las tareas para casa (TEO y TRADICIONAL). Consta de 4 cuestiones en las que se pregunta acerca de las preferencias: *¿qué modalidad de tareas para casa elegirías si pudieras?, ¿cuál consideras que puede ser más eficaz para superar el problema?, ¿cuál consideras que puedes ser más aversiva? y ¿qué tipo de modalidad le recomendarías a un amigo con tu mismo problema?*. Por último, se pregunta acerca de las razones por las que ha elegido la modalidad TEO o el formato tradicional.

**Cuestionario de valoración del componente de tareas para casa (versión TEO y tradicional) (Labpsitec, 2011).** Este instrumento se cumplimenta después del tratamiento y está formado por dos partes diferenciadas: una en la que se evalúan las tareas para casa en formato tradicional y otra en la que valoran los mismos aspectos refiriéndose al sistema TEO. Los participantes responden a determinadas afirmaciones, en función de la condición asignada en el estudio (TEO vs TRADICIONAL), en una escala *Likert* de 1 (*“estoy totalmente en desacuerdo”*) a 5 (*“estoy totalmente de acuerdo”*). Las características principales de las tareas para casa que se evalúan son: la utilidad para superar el problema de los materiales de lectura/ contenidos de TEO, la ayuda en el trabajo de procesamiento del acontecimiento negativo que proporcionan las grabaciones de audio/ símbolos y paisajes utilizados en el *“Mundo de EMMA”*, el grado en que recomendaría a otras personas los materiales de lectura/ el sistema TEO. Por último, este cuestionario incluye la valoración de algunos aspectos de usabilidad del sistema TEO (fácil de usar, fácil de aprender, fácil de seguir las instrucciones, cómodo y atractivo), y de intención de uso (compraría la licencia para utilizar el sistema TEO)

**Cuestionario de elección del componente de tareas para casa (Labpsitec 2011):** Este instrumento permite evaluar la elección o preferencia de los participantes una vez terminado el tratamiento. Tras un breve recordatorio acerca de la función y características de cada una de las formas de realizar las tareas para casa, se les muestra a los participantes el formato de tareas para casa que no han recibido. En el caso de los participantes en la condición de TEO, se

les mostraba como ejemplo el manual de lectura de la sesión 3. Por su parte, los participantes que habían recibido la condición tradicional visionaron esta misma sesión en TEO. Por último, los participantes respondían a la siguiente pregunta: “*Si hubieras podido elegir entre las dos formas de practicar las tareas para casa, ¿cuál habrías elegido?*”

#### **4.4 DISEÑO Y CONDICIONES EXPERIMENTALES**

Este trabajo de investigación está registrado como un estudio controlado en el Sistema de Registro de Protocolos Clínicos perteneciente al *National Institute of Health* de Estados Unidos (<http://www.clinicaltrials.gov>) con el código: NCT02452411. Además, se han seguido las normas propuestas por los estamentos del CONSORT 2010 (Moher, Schulz, Altman y Group, 2001) y la guía del CONSORT-EHEALTH (Eysenbach y Group, 2011; Moher *et al.*, 2010). En su realización se ha utilizado un diseño entre grupos de medidas repetidas con dos condiciones experimentales: Condición de tareas para casa de forma tradicional (TRADICIONAL) y Condición de tareas para casa con TEO (TEO). El diseño incluye cinco momentos de medida (pre-tratamiento, post-tratamiento, seguimiento a los 3, 6 y 12 meses). Sin embargo en el presente trabajo se incluyen solamente datos hasta el seguimiento a los 3 meses, ya que el estudio se encuentra todavía en proceso.

Los participantes que formaron parte del estudio fueron asignados aleatoriamente a cada una de las condiciones experimentales. La persona encargada de hacer la aleatorización de las condiciones y la asignación de los participantes fue un investigador independiente que no tenía ningún conocimiento sobre el estudio y la intervención recibida por los diferentes grupos. Realizó dicha asignación de cada participante a una u otra condición de tratamiento de acuerdo con una lista de aleatorización generada por el programa informático *Random Allocation Software* (version 1.0). Para asegurar la homogeneidad de los dos grupos experimentales en cuanto al nivel de sintomatología y al grado de crecimiento postraumático, para la asignación a las distintas condiciones experimentales se tuvo en cuenta las puntuaciones obtenidas en los instrumentos BDI-II, IEP y PTGI. Durante la fase de *screening* y evaluación los terapeutas implicados en el estudio y los pacientes desconocían la condición

asignada hasta la finalización de la misma. El número de participantes asignados a cada una de las 2 condiciones experimentales fue de 25 personas, finalizando el tratamiento 22 personas en ambas condiciones (ver Figura 14).

A continuación se describen las dos condiciones experimentales:

- a) *Condición de aplicación de tareas para casa mediante el uso del sistema TEO*: En esta condición se aplicó el programa de TCC, descrito anteriormente, que hace uso de la RV (Botella *et al.*, 2008) y el componente de tareas para casa utilizando el sistema TEO.
- b) *Condición de aplicación de tareas para casa de forma tradicional (TRADICIONAL)*: En esta condición se aplicó el mismo tratamiento TCC, con la diferencia que el componente de tareas para casa se aplicó siguiendo un formato tradicional, esto es, haciendo uso de materiales de lectura y grabaciones de parte de las sesiones de tratamiento realizadas.

El contenido terapéutico de las tareas para casa fue el mismo en ambas condiciones.

#### **4.5 EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO**

Como ya se ha mencionado en el marco teórico de este trabajo, no encontramos en la literatura ningún protocolo de tratamiento validado adecuadamente para los TA, por lo que nuestro grupo de investigación consideró importante desarrollar un protocolo de tratamiento específico (Botella *et al.*, 2008) que pudiese ser sometido a análisis mediante diferentes estudios controlados. Además, para el presente trabajo, este protocolo de tratamiento se ha optimizado realizando algunas pequeñas modificaciones con el objetivo de intentar aproximarse en mayor medida a las necesidades clínicas observadas gracias a la realización de estudios anteriores que lo han puesto a prueba.

El programa desarrollado por nuestro grupo para abordar el tratamiento de pacientes diagnosticados de TA tiene un doble objetivo. Por una parte, ayudar a estas personas a superar el impacto y las consecuencias negativas que haya tenido el acontecimiento estresante en sus vidas. Y, por otra, mejorar su capacidad de hacer frente a los problemas y aprender a partir de los mismos utilizando como base las dificultades que el acontecimiento vivido les ha supuesto. En relación a este segundo objetivo, los esfuerzos se dirigen a que la persona asuma que los problemas, las dificultades y la adversidad forman parte del funcionamiento de los seres vivos y logre percibirlos como oportunidades valiosas para aprender y mejorar como ser humano. La estrategia fundamental en este caso consiste en *reconstruir el significado* de las dificultades y los acontecimientos estresantes y *aprender de lo sucedido* al tiempo que se trabaja en el *desarrollo de las virtudes o fortalezas* personales.

Siguiendo las directrices marcadas por estos dos objetivos generales, el protocolo recogió, por un lado, la necesidad planteada desde el marco de los programas de TCC de trabajar el procesamiento emocional y la superación del acontecimiento mediante la técnica de exposición (Foa, Feske, Murdock, Kozak y McCarthy, 1991; Foa y Kozak, 1986; Lang, 1979; Rachman, 1980). Por otro lado, buscando mejorar la eficacia de este tratamiento, se añadieron al protocolo estrategias de psicología positiva con el propósito de intentar aumentar la capacidad natural del ser humano para resistir y crecer ante la adversidad (Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005; Vera, Baquero y Vecina, 2006). Además, el componente de exposición/elaboración se administra, como se ha mencionado anteriormente, en un contexto terapéutico apoyado por la RV. Se utiliza *“El mundo de EMMA”* para activar las emociones y cogniciones asociadas al acontecimiento estresante y para llevar a cabo la exposición a todo aquello que los pacientes evitan con el objetivo de permitir el procesamiento emocional de todos los aspectos relacionados con el acontecimiento.

Los componentes terapéuticos que conforman finalmente el protocolo se presentan a continuación:

- *Psicoeducación*: Este componente es parte muy importante del tratamiento y se utiliza para transmitir al paciente diversos conceptos tales como en qué va a consistir la intervención y las técnicas utilizadas, las reacciones comunes que pueden presentarse ante una situación estresante, la forma en que se origina y se mantiene el TA (ver Figura 3 en el apartado de



*Modelos explicativos*). Este componente psicoeducativo también se utiliza para reformular el significado de las dificultades y la actitud ante los problemas, transmitir formas más positivas de afrontamiento y manejo de las situaciones estresantes y presentar un modelo alternativo al de inicio y mantenimiento de los TA: el Modelo Cognitivo de los TA (II) (ver Figura 4).

- *Aceptación, afrontamiento y aprendizaje a partir de los problemas*: El objetivo de este componente terapéutico es conseguir que la persona pueda elaborar, asimilar, encontrar significados alternativos y aprender a partir de la experiencia estresante que vivió. Para ello, el terapeuta, mediante preguntas socráticas insta a los pacientes a la reflexión acerca del acontecimiento estresante ocurrido, tanto sobre las implicaciones y sus consecuencias como sobre los aprendizajes y beneficios que de este se pueden obtener. Todo este análisis del problema tiene como objetivo la elaboración del evento estresante por lo que se hace especial hincapié en que el paciente intente conectar, hacerse consciente y expresar todas las ideas, pensamientos y emociones relacionadas con el evento estresante sufrido. De esta forma, el paciente puede ir afrontando, poco a poco, todo aquello que le produce dolor, tomando conciencia de cómo las dificultades constituyen una fuente de incalculable valor para crecer y mejorar como personas. Algunos ejercicios o conceptos que se trabajan dentro de este componente de tratamiento son: la utilidad de los problemas de Popper (1995), la importancia de la resolución de problemas, mis mejores virtudes, la carta de proyección al futuro, la búsqueda de aspectos positivos relacionados con el acontecimiento estresante o los heurísticos.

- *El Libro de la Vida*: Relacionado con el componente anterior, el Libro de la Vida es fundamental en el proceso de elaboración y asimilación del acontecimiento estresante y del aprendizaje a partir de él. Esta herramienta está basada en las sugerencias que Neimeyer (2000) hizo para el tratamiento del duelo y tiene como finalidad que la persona se “permita” traer a su mente todo aquello que le produce malestar para que pueda examinar toda la información que había almacenado, comprenderla y corregirla, elaborando significados alternativos menos dolorosos y más ajustados. Para ello se trabaja a partir de capítulos de la vida del paciente relacionados con el acontecimiento estresante, por lo que en terapia se retoman cosas importantes que sucedieron en el pasado de la persona, se analizan aspectos del problema en el presente y también se proyecta al paciente y sus circunstancias hacia el

futuro. Este trabajo se realiza haciendo uso de los elementos virtuales que el Mundo de EMMA ofrece.

- *Exposición en vivo*: Este componente del tratamiento se dirigió a exponer a los pacientes a aquellas situaciones, actividades, lugares o personas relacionadas con el acontecimiento estresante que evitaban porque les producía malestar. La exposición se llevaba a cabo en la vida cotidiana de los pacientes y era supervisada por los terapeutas en las sesiones de tratamiento.

- *Técnicas opcionales*: De forma opcional, se podía incluir una técnica paliativa en el caso de que la sintomatología ansiosa presentada por los pacientes resultara excesivamente intensa y limitante e interfiriese en el correcto desarrollo de la terapia. Para ello, se realizaba el ejercicio de *Entrenamiento en Respiración Lenta* basado en las instrucciones de Foa y Rothbaum (1998), donde mediante la reducción de la velocidad de la respiración y la cantidad de aire inhalada se pretendía disminuir la ansiedad de los pacientes. Con el objetivo de simplificar y mejorar el protocolo de tratamiento original, se escogió solamente la inclusión de esta técnica paliativa dentro del protocolo de tratamiento actual. El motivo fue que en estudios anteriores la experiencia nos indicó que no eran necesarias otras técnicas, como por ejemplo, la programación de actividades o la técnica de distracción, ya que solamente se aplicó al 13,3% de los participantes (Andreu-Mateu, 2011).

- *Prevención de recaídas*: El objetivo esencial de este componente de tratamiento es el de mantener y promover en el futuro los cambios conseguidos en terapia. Para ello se revisan las técnicas utilizadas en el tratamiento y su utilidad en cada caso particular, se analiza cómo se ha ido produciendo el proceso de cambio, se le refuerzan los logros conseguidos y su autoeficacia, se anticipan posibles sucesos estresantes y factores de riesgo individuales y se planea cómo se les podría hacer frente en caso de suceder en un futuro.

Estos componentes de tratamiento se administran a lo largo de un número variable de sesiones (entre 6-8) semanales con una duración aproximada de 90 minutos. Una explicación más detallada de los componentes terapéuticos incluidos en el protocolo de tratamiento se pueden ver en Botella *et al.* (2008) y Andreu-Mateu *et al.* (2012).

Por otra parte, además de todos estos componentes de terapia, este protocolo de tratamiento incluye un componente de tareas para casa estructurado que permite apoyar y reforzar la comprensión y aprendizaje de todos los contenidos terapéuticos proporcionados en las sesiones de tratamiento. En la presente tesis este componente es administrado según dos modalidades distintas (TEO y TRADICIONAL). Los materiales utilizados y la forma en que se aplican las tareas para casa en ambas condiciones se describen en detalle en un apartado posterior del *Método*.

Por último, el tratamiento fue administrado por un total de **7 terapeutas**, todos ellos miembros de nuestro grupo de investigación. Los terapeutas tenían un Máster en psicología clínica o bien eran doctores en psicología, y contaban con experiencia en la aplicación de programas TCC. Además, fueron supervisados por un terapeuta experto con grado doctor mediante la realización de sesiones clínicas semanales.

#### **4.6 TEO: UN SISTEMA DE TERAPIA EMOCIONAL ONLINE PARA LA APLICACIÓN DEL COMPONENTE DE TAREAS PARA CASA**

El sistema TEO fue la herramienta utilizada para llevar a cabo la aplicación del componente de tareas para casa en la condición que utiliza TICs. El principal objetivo del sistema TEO es ayudar al terapeuta a mejorar el estado psicológico de los pacientes creando sesiones que puedan ser utilizadas fuera del contexto de la terapia. A continuación se expondrán las diferentes plataformas de las que se compone el sistema TEO, describiendo en detalle cada uno de los elementos y aspectos básicos de su utilización.

##### **4.6.1 Plataforma de administración de usuarios**

Uno de los aspectos en el que se ha hecho especial hincapié a lo largo del desarrollo del sistema TEO es en el cumplimiento de la ley de protección de datos española. Toda aplicación que contenga datos de carácter personal debe de seguir unas pautas y procedimientos para su protección y, especialmente, si los datos con los que se trabaja son

datos clínicos. Esto ha hecho necesaria la creación de una plataforma de administración de usuarios que actúe de forma independiente del resto de partes del sistema. La dirección web requerida para acceder a esta plataforma es [www.gespa.uji.es](http://www.gespa.uji.es). El terapeuta puede introducir su propio usuario y contraseña para que, de esa forma, se pueda acceder a los siguientes elementos:

- **Personas:** Mediante esta opción el administrador puede dar de alta a usuarios nuevos introduciendo los datos de identificación pertinentes. Los datos necesarios para crear un usuario nuevo son: edad, sexo, nombre y apellidos. No obstante, el sistema permite introducir más datos importantes de los pacientes como el correo electrónico, el teléfono, la dirección o ciudad en la que vive (ver Figura 15). En el momento en que se introducen estos datos se crea automáticamente un número de usuario o *login* individual para cada persona y se envía un correo electrónico al paciente avisándole de su activación dentro del sistema. Este correo informa a los usuarios de este número de identificación necesario para acceder al programa y de una contraseña que deberá cambiar para así ser totalmente personal y confidencial (ver Anexo 13). También, bajo este elemento del sistema, es posible ver el listado de personas que han sido dadas de alta ya en el programa con anterioridad. Este listado incluye los datos de identificación añadidos junto con el *login* o número identificativo que se ha creado para cada persona. Por último, el terapeuta tiene la opción de resetear la contraseña de los usuarios en caso de extravío o algún otro problema.



The screenshot shows a web interface for adding a new person. At the top, there is a navigation bar with 'Gespa', 'PERSONAS', and 'CAMBIAR PASSWORD'. Below this is a title 'Agregar Persona'. The form contains the following fields: 'Nombre\*' (text), 'Apellido1\*' (text), 'Apellido2' (text), 'Email\*' (text), 'Dirección' (text area), 'CP' (text), 'Ciudad' (text), 'Teléfono' (text), 'Móvil' (text), 'Edad\*' (text), and 'Sexo' (dropdown menu with 'Hombre' selected). A blue 'GUARDAR' button is positioned at the bottom right of the form.

Figura 15- Plataforma de gestión de usuarios/pacientes: Agregar persona.

- **Cambiar *password*:** En esta pestaña el administrador o terapeuta puede cambiar su propia contraseña en el caso de que fuera necesario.

En definitiva, la plataforma de creación de usuarios es la que permite gestionar los datos reales de los pacientes y los datos más sensibles a nivel confidencial, asignándole un identificativo que es usado posteriormente por el paciente para el uso del sistema. Esta base de datos con información importante del paciente se encuentra en una red protegida (solamente accesible mediante vpn) en un servicio *web* seguro. Además, los datos se encuentran encriptados, lo que dificulta un posible acceso indebido.

#### 4.6.2 Plataforma del terapeuta/administrador

Por lo que respecta a la forma de acceder al sistema TEO, tanto terapeuta como paciente comparten el mismo portal de entrada que se encuentra en la página web: [www.teo.uji.es](http://www.teo.uji.es). (Ver Figura 16). Sin embargo, el funcionamiento de TEO dispone de dos plataformas diferentes con funcionalidades distintas: la plataforma de acceso al terapeuta (administrador) y la plataforma de acceso para el paciente (usuario).



Figura 16- Portal de validación del sistema TEO.

A continuación se describirán las principales acciones básicas que el terapeuta puede realizar desde el menú principal de su plataforma, así como los distintos elementos con los que se puede encontrar durante su navegación por el sistema. Estos elementos se encuentran ordenados según las siguientes categorías:

- **Usuarios:** Este apartado permite al administrador o terapeuta visualizar el listado de usuarios activos y desactivados, además del protocolo de evaluación que ha sido asignado a cada uno de ellos (ver Figura 17). También permite dar de baja al paciente del sistema, o recuperar su contraseña enviándole un correo electrónico.

| Login            | Protocolo Evaluación | Edad | Sexo | Ver | Recuperar Contraseña | Desactivar |
|------------------|----------------------|------|------|-----|----------------------|------------|
| id0058b          | Adaptativos          | 25   | M    |     |                      |            |
| id00f88          | Adaptativos          | 21   | M    |     |                      |            |
| id020d5          | Adaptativos          | 27   | M    |     |                      |            |
| id031e7          | Fibromialgia         | 50   | M    |     |                      |            |
| id03736          | Ninguno              | 31   | H    |     |                      |            |
| id06ae6          | Adaptativos          | 07   | M    |     |                      |            |
| id07e5c          | Adaptativos          | 25   | M    |     |                      |            |
| id09ef6          | Ninguno              | 20   | M    |     |                      |            |
| idusuarios# bdac | Ninguno              | 00   | M    |     |                      |            |

Figura 17- Menú principal de la plataforma del terapeuta: Listado de usuarios.

Una acción importante que admite el sistema es el control del estado de las sesiones que han sido enviadas a los pacientes. Seleccionando la opción “Ver” el terapeuta puede tener conocimiento de si las sesiones están pendientes de realizar o ya han sido realizadas por los pacientes (ver Figura 18).



Figura 18- Visualización del estado de las sesiones asignadas a los pacientes.

- Multimedia:** En esta opción del menú principal el terapeuta puede realizar la gestión de los contenidos, los cuales se presentan en formato de audio, imagen, vídeo y texto. Además, es posible asignar una palabra clave a cada elemento multimedia con el objetivo de que sean utilizadas como motor de búsqueda de contenidos clínicos específicos y optimice el tiempo empleado para preparar las sesiones o protocolos de tratamiento. Desde este apartado de la plataforma, el terapeuta puede acceder a una gran cantidad de material multimedia (música, grabaciones de voz, fotos, frases, vídeos, etc.) que puede utilizar para configurar las distintas sesiones o protocolos, para incluso compartir con otros terapeutas. Cuando se añade un nuevo elemento multimedia se debe especificar el tipo de contenido del que se trata, asignar un nombre y escribir los comentarios que se desee para su búsqueda. Además, cabe la posibilidad de ver el listado de contenidos ya introducidos en la base de datos que se encuentran habilitados o deshabilitados (ver Figura 19). Por último, el sistema permite previsualizar el elemento multimedia que se ha agregado y ver información importante del recurso.

TEO USUARIOS MULTIMEDIA SESIONES PROTOCOLO DE TRATAMIENTO EVALUACIÓN INFORMES

### CONTENIDO - Nuevo

Elija el tipo de contenido

Nombre\*

Recurso  Ningún archivo seleccionado  
Ningún archivo seleccionado

Comentarios

Figura 19- Introducción y visualización del listado de elementos multimedia.

- **Sesiones:** Las sesiones están formadas por un conjunto específico de contenidos multimedia (organizados de forma estratégica por el terapeuta). El conjunto de elementos que integran una sesión debe dar respuesta a las necesidades clínicas de cada paciente y componentes terapéuticos que se deseen trabajar. Las acciones que el terapeuta puede realizar bajo esta categoría son: elaborar una sesión nueva o modificar alguna sesión ya creada, asociar esta sesión con una o más palabras clave y así facilitar su búsqueda, añadir contenidos multimedia organizados según las preferencias del terapeuta (ver Figura 20) y, por último, visualizar (ver Figura 21) y asignar la sesión ya finalizada a los pacientes.



**Asignar Contenido a Sesión: Sesión 3 adaptativos. V006**

**Todos los Contenidos**

Buscar

Tipo → Todos →

Mostrar 25 registros por pagina

| Nombre                   | Palabras Clave                  | Tipo   | Com. | Sel                      |
|--------------------------|---------------------------------|--------|------|--------------------------|
| 020d5                    |                                 | Video  |      | <input type="checkbox"/> |
| 200214                   |                                 | Video  |      | <input type="checkbox"/> |
| A beautiful mind         | relajación relax                | Audio  |      | <input type="checkbox"/> |
| Acceptare 3              |                                 | Video  |      | <input type="checkbox"/> |
| aceptacion problemas     | aceptación, elaboración         | Video  |      | <input type="checkbox"/> |
| afrontando mis emociones | afrontamiento, emociones        | Texto  |      | <input type="checkbox"/> |
| afrontando problemas     | afrontamiento, superación       | Imagen |      | <input type="checkbox"/> |
| ala delta                | aceptación, afrontamiento       | Imagen |      | <input type="checkbox"/> |
| ala_delta_bueno          | aceptación, afrontamiento       | Imagen |      | <input type="checkbox"/> |
| alex                     | libro de la vida                | Video  |      | <input type="checkbox"/> |
| American Symphony        | activación, alegre alegría, ... | Audio  |      | <input type="checkbox"/> |
| Ansiedad 4               | elaboración                     | Audio  |      | <input type="checkbox"/> |

→

ASIGNAR

**Contenidos Asignados a la Sesion**

| Orden | Nombre                      | Palabras Clave             | Tipo  | Com.                     |
|-------|-----------------------------|----------------------------|-------|--------------------------|
| 1     | Instrucciones elaboración   | elaboración                | Video | <input type="checkbox"/> |
| 2     | Símbolo y BSO Braveheart    | símbolo                    | Video | <input type="checkbox"/> |
| 3     | Instrucciones esperar audio | instrucciones              | Texto | <input type="checkbox"/> |
| 4     | narrativa adaptativos S2 02 | elaboración, instrucciones | Audio | <input type="checkbox"/> |
| 5     | tristeza Satie              | tristeza                   | Audio | <input type="checkbox"/> |
| 6     | texto adaptativos S2 01     | aceptación, elaboración    | Texto | <input type="checkbox"/> |
| 7     | texto adaptativos S2 02     | aceptación, elaboración    | Texto | <input type="checkbox"/> |
| 8     | texto adaptativos S2 03     | aceptación, elaboración    | Texto | <input type="checkbox"/> |
| 9     | texto adaptativos S2 04     | aceptación, elaboración    | Texto | <input type="checkbox"/> |
| 10    | texto adaptativos S2 05     | aceptación, elaboración    | Texto | <input type="checkbox"/> |
| 11    | texto adaptativos S2 06     | aceptación, elaboración    | Texto | <input type="checkbox"/> |
| 12    | texto adaptativos S2 07     | aceptación, elaboración    | Texto | <input type="checkbox"/> |

Figura 20- Asignación de contenidos multimedia a la sesión.



Figura 21- Visualización de la sesión.

El sistema TEQ también posibilita la realización de la sesión en modo borrador, esto es, el terapeuta puede guardar la sesión y volver a trabajar en ella siempre que lo desee hasta que finalmente decida terminarla y usarla con los pacientes. Por lo tanto, el listado de sesiones estaría formado por sesiones (ya activas para los usuarios), sesiones inhabilitadas (eliminadas por los terapeutas) y sesiones borradores (en proceso de creación).

- Protocolos:** Los protocolos están formados por un conjunto de sesiones agrupadas y ordenadas estratégicamente por los terapeutas que atienden a los problemas psicológicos específicos que presentan los pacientes. Las acciones que el terapeuta puede realizar desde esta pestaña son muy similares a las que permite el apartado de sesiones. Estas son: crear un protocolo de sesiones nuevo o modificar uno ya desarrollado, asociar este protocolo a una palabra clave (ver Figura 22), añadir sesiones (creadas previamente) y, por último, asignar este protocolo a los pacientes (ver Figura 23). Los protocolos también permiten la opción borrador para posponer, si es el caso, la finalización de su creación. El listado de protocolos estaría compuesto, por tanto, por aquel grupo sesiones que estarían habilitadas y listas para usarse, las que se encontrarían en proceso y las que habrían sido eliminadas del sistema pero se mantienen en una pestaña por si fuera de utilidad recuperar en otro momento.

The screenshot shows the 'Asignar Palabras Clave' interface. At the top, there is a navigation bar with the TEO logo and menu items: USUARIOS, MULTIMEDIA, SESIONES, PROTOCOLO DE TRATAMIENTO, EVALUACIÓN, and INFORMES. The main title is 'Asignar Palabras Clave'. Below this, there are two panels. The left panel, titled 'Todas las Palabras Clave', includes a search input field, a dropdown menu set to 'Mostrar 25 registros por pagina', and a table with columns for 'Palabras Clave', 'Eliminar', and 'Seleccionar'. The table lists several keywords: 'aceptación', 'activación', 'alegre alegría', 'animal', 'aprendizaje', 'BPSVALENCIA', and 'coraje, valentia'. The right panel, titled 'Palabras Clave Asignadas a la Sesion', shows a list of assigned keywords, currently containing 'afrontamiento', with an 'Eliminar' button next to it. A blue 'FINALIZAR' button is positioned below the assigned list. An 'ASIGNAR' button is located between the two panels, with a blue arrow pointing from the table in the left panel towards it.

Figura 22- Asignación de palabra clave a una sesión o protocolo.



Figura 23- Asignación de sesiones y protocolos a los pacientes.

- Evaluación:** Los protocolos de evaluación están compuestos por un grupo de cuestionarios predeterminados que dan respuesta a las principales variables clínicas de las que se desea obtener información. Estas medidas tienen dos momentos de uso: antes de la sesión (PRE) y después de la sesión realizada por el usuario (POST). Actualmente se dispone de protocolos de evaluación para diferentes problemáticas como fibromialgia, psicooncología o el trastorno psicológico objetivo de la presente tesis, el TA (ver Figura 24). En este apartado el terapeuta puede consultar las medidas que conforman estos protocolos, asignar cada uno de ellos a los pacientes, además de descargar documentación relacionada con la evaluación.



Figura 24- Visualización del protocolo de evaluación de los TA.

- **Informes:** La última opción de la que dispone la plataforma del terapeuta es el acceso a la descarga de los informes derivados de toda actividad realizada por los pacientes en el sistema. Seleccionando esta pestaña el terapeuta puede obtener informes útiles para el seguimiento de los pacientes durante la realización de las tareas llevadas a cabo en un contexto externo a la terapia. Los datos que se pueden descargar son los referentes a estas cuestiones:

- *Relación de usuarios y sesiones:* Informa de las sesiones o protocolos que han sido asignadas a cada usuario.
- *Contenidos de los protocolos:* En este informe se detallan las sesiones que conforman los protocolos creados en el sistema, las palabras clave asociadas y su fecha de creación.
- *Contenidos de las sesiones:* Se nombran los contenidos multimedia que se han utilizado para crear cada una de las sesiones, las palabras clave y la fecha de creación de la sesión.
- *Sesiones realizadas por los usuarios:* Este informe proporciona valiosa información para el terapeuta compuesta por el nombre de la sesión visualizada por cada usuario, el número de ocasiones que ha sido realizada, así como las puntuaciones registradas por los pacientes en los cuestionarios administrados antes y después de la sesión.

En resumen, como hemos podido observar, la principal función de la plataforma del terapeuta es la creación de sesiones o protocolos de sesiones que serán enviadas a los pacientes a través de Internet. Estas sesiones son completamente flexibles, ya que los contenidos terapéuticos son creados y organizados por el propio terapeuta, permitiendo su adaptación a las necesidades y problemáticas de cada paciente.

### **4.6.3 Plataforma del paciente**

Por su parte, la plataforma del paciente tiene como función principal recibir las sesiones enviadas por el terapeuta desde su propia plataforma. Para poder visualizar las

sesiones, el usuario debe acceder a la página web arriba comentada y validarse en el sistema con el nombre de usuario y contraseña indicado en el correo enviado tras ser dado de alta. En ese momento el usuario ya puede avanzar por el sistema en una secuencia lineal y recibir las distintas opciones que TEO ofrece a modo de tutorial. A continuación se detallarán los distintos pasos que se encuentra el usuario al avanzar en el sistema:

- Evaluación pre-sesión:** Tras validarse en el sistema, el usuario recibe una indicación para que responda a las preguntas que aparecen a continuación. Estas cuestiones dependen del protocolo de evaluación que haya sido asignado por el terapeuta con anterioridad. Como se observa en la Figura 25, se han utilizado escalas diferentes dependiendo de las preguntas planteadas: analógica visual (p.ej., estado de ánimo) o escalas tipo *Likert* (p.ej., autoeficacia). En todo momento se ha intentado que estas escalas fuesen fáciles de responder por los usuarios. Las medidas clínicas del protocolo de evaluación para los TA que ha sido utilizado para el presente estudio se han descrito en un apartado anterior del método.



Figura 25- Protocolo de evaluación para los TA (pre-sesión).

- **Selección del entorno virtual:** Una vez respondidas las diferentes cuestiones, el usuario puede escoger un entorno 3D de RV simulada (una playa o un bosque) que acompañará las sesiones (ver Figura 26). Este entorno aparece de fondo en el sistema mientras van apareciendo los diferentes recursos multimedia, facilitando un contexto adecuado para los contenidos terapéuticos que trata de aumentar la inmersión en la sesión terapéutica.



Figura 26- Selección del entorno virtual (playa o bosque).

- **Selección de la sesión que desea visualizar:** A continuación se le presenta al paciente o usuario dos listados de sesiones. Por una parte, aquellas sesiones que su terapeuta le ha asignado y están pendientes de ser visualizadas y, por otra parte, las sesiones que ya ha realizado y que puede volver a visualizar cuando desee (Figura 27).

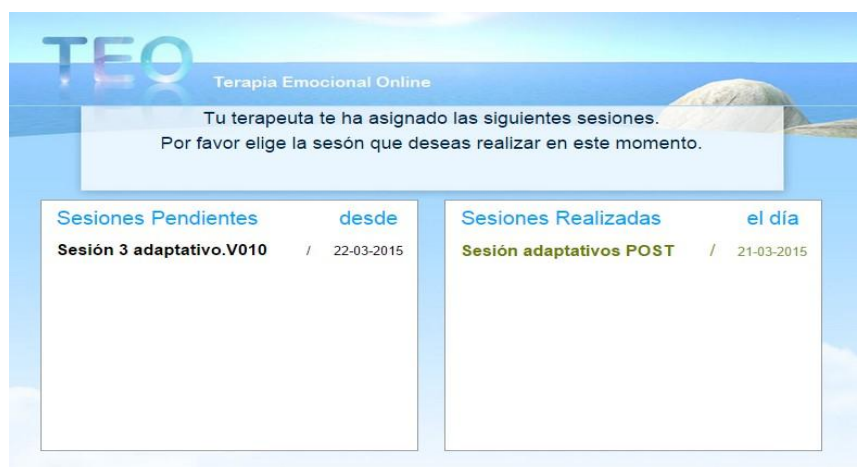


Figura 27- Sesiones asignadas a los pacientes (pendientes y realizadas).



- **Visualización de la sesión:** El usuario ya puede visualizar la sesión que ha escogido (ver Figura 28 y Figura 29 ). Los recursos multimedia que conforman la sesión se muestran en el orden que el terapeuta ha asignado en su creación. El usuario podrá avanzar de recurso en recurso de forma muy sencilla haciendo clic en el ratón.



Figura 28- Visualización de la sesión (imagen).

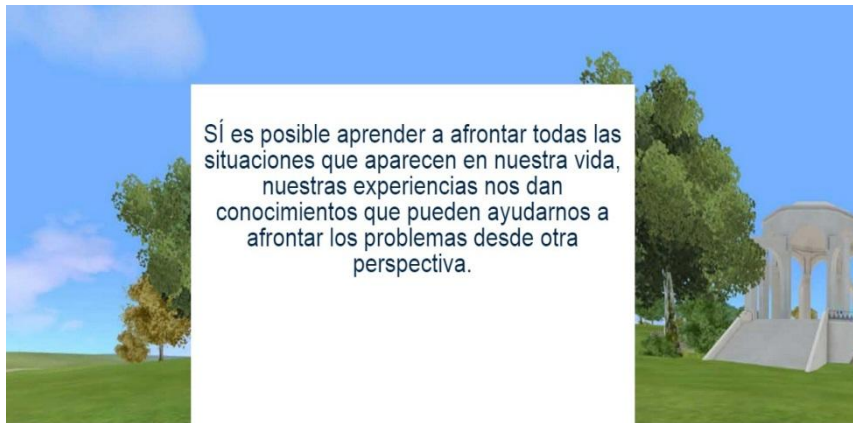


Figura 29- Visualización de la sesión (texto).

- **Paseo por el entorno virtual y finalización de la sesión:** Al finalizar cada sesión el paciente puede navegar en el entorno de RV simulado que haya escogido al inicio en pantalla completa (ver Figura 30). Este entorno, es navegable 360 grados y con capacidad de acercarse o alejarse de elementos desde un punto central. Este paseo tiene como objetivo que el usuario pueda madurar la sesión realizada dentro de un espacio seguro que invite a la reflexión pudiendo abandonar el entorno cuando lo desee. Una vez finalizado este paseo, el usuario puede elegir volver a realizar otra sesión, en cuyo caso el sistema le lleva a la pantalla de inicio donde aparecen las sesiones, o bien puede escoger finalizar, en cuyo caso se procede a la evaluación post por parte del sistema que se comenta a continuación.



Figura 30- Paseo por los entornos virtuales (bosque y playa).

- **Evaluación post-sesión:** Por último, el usuario responde a las cuestiones que forman parte del protocolo de evaluación y que se administran en el momento post-sesión. En la Figura 31 se puede observar un ejemplo de pregunta que responde el paciente. Una vez ha cumplimentado estas cuestiones, recibe un mensaje de despedida y puede salir del sistema (ver Figura 32).

TEO  
Terapia Emocional Online

En comparación a como te sentías antes de empezar la sesión de hoy, ¿cómo te encuentras AHORA?

Mucho peor Peor Algo peor Igual Algo mejor Mejor Mucho mejor

CONTINUAR

Figura 31- Ejemplo de evaluación post-sesión: Estado de ánimo.





Figura 32- Mensaje de despedida del sistema TEO.

En la Tabla 10 se presenta un resumen de las diferentes funcionalidades de todas y cada una de las plataformas que constituyen el sistema TEO.

Tabla 10 - Funciones y acciones básicas de cada una de las plataformas del sistema TEO.

| Plataforma               | Funcionalidades  |
|--------------------------|--|
| Gestión usuarios         | <p>Crear usuarios nuevos en el sistema.</p> <p>Gestionar y proteger los datos identificativos confidenciales y el <i>login</i> de los usuarios.</p>  |
| Administrador/ Terapeuta | <p>Administrar la base de datos de los usuarios: habilitar, o inhabilitar usuarios.</p> <p>Gestionar y nutrir la base de datos de materiales multimedia (imágenes, textos, narrativas, música y videos): añadir, eliminar o visualizar estos recursos terapéuticos.</p> <p>Gestionar y nutrir al sistema de palabras clave que sirvan de etiquetado para cada uno de los elementos de la plataforma (contenidos multimedia, sesiones de tratamiento y protocolos de tratamiento).</p> <p>Crear y enviar sesiones personalizadas a un usuario en específico o para un problema en concreto: visualizar, modificar u ordenar los</p> |

|                  |  |
|------------------|--|
|                  | <p>materiales multimedia agregados a las sesiones.</p> <p>Crear y enviar protocolos de sesiones personalizadas: visualizar, modificar u ordenar las sesiones agregadas al protocolo.</p> <p>Enviar y administrar protocolos de evaluación: Acceso a los resultados de la evaluación pre-post sesión.</p> |
| Usuario/Paciente | <p>Realizar evaluaciones previas y posteriores a la sesión y almacenarlas en el sistema.</p> <p>Recibir y mostrar las sesiones enviadas por el terapeuta.</p> <p>Proporcionar un ambiente virtual (bosque o playa) para potenciar la reflexión de la experiencia de la sesión.</p>                       |

#### 4.6.4 Agenda de las sesiones del protocolo de tareas para casa para los TA

Como se ha comentado anteriormente, en la presente investigación se han utilizado dos condiciones experimentales de tratamiento en las cuales se aplica el protocolo desarrollado por Botella *et al.* (2008) para el tratamiento de los TA pero con una variación importante, la forma de aplicar el protocolo de tareas para casa. La diferencia entre las mismas es pues el modo en el que el paciente lleva a cabo las tareas entre sesiones.

A continuación se describe en qué consiste cada una de las condiciones de aplicación de tareas para casa y se detalla la agenda de las sesiones utilizada para el tratamiento de los TA en ambas modalidades.

- 1) La condición denominada "TRADICIONAL" hace uso de materiales de lectura y archivos de audio grabados en sesión con un objetivo claro, reforzar, afianzar y consolidar el aprendizaje de los diferentes componentes de tratamiento trabajados en terapia. Los participantes en esta condición leen material importante relacionado con lo ya tratado en la sesión de terapia y se llevan consigo el componente de elaboración del acontecimiento estresante realizado en el entorno virtual el *Mundo de EMMA* para escucharlo desde casa.

- 2) La condición denominada “TEO” hace uso del sistema TEO para realizar este mismo trabajo. Mediante material multimedia se han adaptado y desarrollado las distintas sesiones de tareas para casa incluidas en el protocolo tradicional para poder ser auto-aplicadas en TEO. Estas sesiones tienen como finalidad que los pacientes practiquen y repasen las diferentes estrategias de tratamiento presentadas por el terapeuta dentro del contexto terapéutico.

Tanto el material proporcionado en la condición tradicional como las sesiones creadas en el sistema TEO tratan de repasar los mismos componentes de tratamiento. Además, para controlar de forma más rigurosa la frecuencia con la que los participantes realizaban las tareas para casa en ambas condiciones, se les dio la misma instrucción a todos los participantes, en la que se les recomendaba realizar las tareas un mínimo de tres veces en el periodo entre sesiones de tratamiento. Los resultados relativos a este componente de tareas para casa, que se presentarán posteriormente, se referirán a la primera vez que los participantes realizaron la tarea en cualquiera de las dos condiciones en el periodo entre sesiones. A continuación se describirá con más detalle los materiales terapéuticos proporcionados en la condición tradicional de tareas para casa (para más información consultar el Anexo 14) y, posteriormente, se describirán las sesiones que se han adaptado a un formato *online* para poder ser aplicado a través del sistema TEO

## **Sesión 1**

### *Condición tradicional*

A los participantes en esta condición se les proporcionaban los siguientes manuales: (ver Anexo 14):

- Manual sobre “La base lógica del programa de tratamiento”.
- Manual sobre “El impacto de los acontecimientos estresantes”.
- Manual que explica el “Modelo Cognitivo de los Trastornos Adaptativos (Primera parte)”.
- Manual sobre la “Base Lógica del Libro de la Vida y el Mundo de EMMA”.

## Condición TEO

Las sesiones diseñadas en TEO trabajaban los mismos contenidos que se mostraban en la condición tradicional pero con el apoyo de materiales multimedia.

1. En primer lugar el paciente visionaba un video compuesto por diferentes imágenes que explicaban la base lógica del tratamiento e ilustraban las técnicas que se iban a utilizar durante todo el proceso de terapia. En este video se informaba de las estrategias que los pacientes iban a trabajar, remarcando el objetivo fundamental de la terapia, esto es, aprender y crecer a partir de las dificultades.

2. También se les proporcionaba información sobre la sintomatología característica de los TA y la reacción común que puede presentarse ante una situación estresante, todo ello mediante un video compuesto por imágenes de personas que mostraban distintas emociones (rabia, ansiedad, tristeza, etc.) y una narrativa que enfatizaba las dificultades y malestar que pueden llegar a provocar estos síntomas.

3. Tras la explicación y normalización de la sintomatología, se realizaba un repaso por el modelo cognitivo de los TA con la ayuda de un video formado por una narrativa y una imagen móvil que iba guiando al paciente a lo largo de las partes del modelo. De esta forma, se explicaba esquemáticamente como acontecían y se mantenían los TA (Botella *et al.*, 2008). Además, esta parte de la sesión se completó con el siguiente texto: "*Sí es posible aprender a afrontar todas las situaciones que aparecen en nuestra vida, nuestras experiencias nos dan conocimientos que pueden ayudarnos a afrontar los problemas desde otra perspectiva*".

4. Por último, se presentaba un video en el que se explicaba la lógica de las TICs que se utilizan como herramienta terapéutica en este protocolo de tratamiento: la RV y, concretamente, el Mundo de EMMA y la herramienta El Libro de la Vida incluida en él. Mediante distintas imágenes se mostraban las diferentes funcionalidades, la utilización y el funcionamiento de estas herramientas.

## **Sesión 2**

### *Condición tradicional*

En esta condición se les proporcionaba a los pacientes los siguientes manuales de lectura que trabajaban los mismos contenidos que la sesión en TEO:

- Manual de exposición: “Enfrentando las situaciones, actividades, pensamientos y recuerdos asociados al acontecimiento”  
Manual sobre “la reconstrucción del significado del acontecimiento estresante” (metáforas).

Además, para trabajar el componente de elaboración o procesamiento se proporcionaba un audio con esta parte de la sesión de tratamiento realizada en el Mundo de EMMA (en donde se trabajaba la *aceptación del acontecimiento estresante*) grabada.

### *Condición TEO*

1. Primeramente se mostraba un video elaborado por diferentes imágenes de personas experimentando emociones dolorosas y evitando su aceptación y asimilación. A lo largo del video se subrayaban algunas de las ideas más importantes de la narrativa, en la que se explicaba las consecuencias negativas de la evitación, como actúa el mecanismo de habituación y la lógica de la exposición a pensamientos, sentimientos o imágenes asociados al suceso, con el objetivo de conseguir su procesamiento y elaboración. Esta parte de la sesión se reforzó con la presentación de un video en el que aparecían personas enfrentándose a situaciones que temían y evitaban.

2. La sesión sigue con la escucha de una narrativa que instruye a los pacientes a intentar ser más consciente de los propios pensamientos, emociones y sensaciones que experimentan, a la vez que visionan uno de los símbolos (acompañado de una música) que han escogido durante el trabajo en sesión con EMMA. Este símbolo tiene una gran carga emocional ya que en la sesión de tratamiento se trabaja su relación con el acontecimiento negativo experimentado y

su significado. En este ejercicio se les pedía a los pacientes que recordaran precisamente eso, las razones por las que eligieron este símbolo y que significado tenía para ellos en esos momentos. Seguidamente, aparecían en pantalla algunas preguntas acompañadas de música, que tenían como objetivo promover la reflexión acerca de las expectativas, objetivos y planes futuros que tenían los pacientes antes de que ocurriera el suceso, así como los cambios que se habían producido desde entonces. De esta forma, fue posible recordar todo lo visto en terapia y consolidar el trabajo realizado referente a la elaboración y aceptación del acontecimiento estresante. Se finalizaba esta parte de la sesión con una narrativa en la que se felicitaba al paciente por su gran esfuerzo al realizar este trabajo.

3. Posteriormente, se presentó un video elaborado por una narrativa y una imagen que podía ilustrar tres posibles metáforas: “mi problema es como un pozo, una tormenta o una roca”. El paciente escogía una de estas metáforas en terapia como representación del suceso negativo experimentado y era esta misma la que se presentaba en esta sesión. El uso de analogías les ayudaba a dar un significado al acontecimiento y proporcionaba información importante acerca de cómo en ese momento veían y entendían su problema.

4. Por último, se presentó un video titulado “ríe, llora, grita...y aprende” que trabaja la aceptación y aprendizaje a partir del afrontamiento y superación de los problemas.

Por otra parte, otro de los componentes de tratamiento que los pacientes debían de trabajar durante el periodo entre sesiones, en ambas condiciones experimentales, era la exposición en vivo. A partir de esta sesión y como tarea para casa, los pacientes debían auto-exponerse a los ítems de las jerarquías previamente confeccionadas referentes a las situaciones y/o conductas objetivo de terapia que evitaban relacionadas con el acontecimiento estresante. Esta tarea se continuaba haciendo a lo largo de todo el proceso terapéutico. Como parte de las sesiones también cabía la posibilidad de introducir la técnica de respiración lenta de forma opcional. Para ello, tanto en la condición TEO como en la TRADICIONAL se proporcionaba a los pacientes instrucciones para un correcto uso de esta técnica (ver Anexo 14).

### **Sesión 3**

#### *Condición tradicional*

Se les proporcionaba a los pacientes los siguientes materiales en los que se trabajaban los mismos conceptos planteados en la sesión con el sistema TEO:

- Audio del trabajo de elaboración o procesamiento del acontecimiento estresante en el Mundo de EMMA: *la aceptación del acontecimiento estresante*.
- Manual sobre “Los problemas I: La perspectiva de un filósofo ante los problemas”.

#### *Condición TEO*

1. Esta sesión empezaba con el mismo ejercicio de elaboración del acontecimiento estresante realizado en la sesión anterior. Mediante la presentación de símbolos y música que los pacientes elegían previamente en terapia y que representaba el problema, se instaba a que fueran conscientes de los pensamientos, las emociones y las sensaciones que experimentaban con el objetivo de empezar afrontar todo aquello que les generaba malestar y sufrimiento.

2. Tras una narrativa que reforzaba al paciente por su valentía y coraje, se presentaba un video compuesto por imágenes de personas y animales enfrentándose y resolviendo problemas. Estas imágenes intentaban reflejar los problemas a los que tenemos que enfrentarnos como seres vivos y la evolución de las especies. La narrativa que acompaña a este video tiene como objetivo mostrar la importancia que ha tenido y tiene la resolución de problemas en nuestra vida como seres humanos, proponiendo la conveniencia de adoptar una actitud de aceptación de las dificultades, llegando a entender que *vivir es solucionar problemas* y que estos mismos problemas son los que nos hacen crecer y progresar como personas (Popper, 1995).

3. Finalmente se incluyó un video titulado “¿Por qué a mí?” que, en la misma línea de lo planteado anteriormente, trabaja la aceptación de los problemas. A lo largo del video iban mostrándose imágenes de personas afectadas por distintos sucesos, así como personas con actitud positiva para hacerles frente. Además, mediante textos se enfatizaban distintos mensajes dirigidos a subrayar como la actitud que tengamos hacia las dificultades puede cambiar el rumbo de nuestra vida.

## **Sesión 4**

### *Condición tradicional*

Se les proporcionaba a los pacientes los siguientes materiales terapéuticos en los que se incluían los mismos contenidos terapéuticos trabajados en la sesión de TEO:

- Audio del trabajo de elaboración o procesamiento del acontecimiento estresante en el *Mundo de EMMA: el afrontamiento del acontecimiento estresante*.
- Manual sobre “Los problemas II: La maravilla de los problemas”.
- Manual sobre “Mis mejores virtudes”.

### *Condición TEO*

1. Al igual que en las anteriores sesiones, se presentó la imagen del símbolo escogido en el *Mundo de EMMA* junto a una música. A continuación una narrativa instruía a los pacientes a observar atentamente todos estos elementos, relacionándolos con el significado que tenían para ellos. Posteriormente, se empezaba el trabajo de reflexión en el que mediante determinadas cuestiones se pretendía que los pacientes se plantearan y fueran capaces de extraer del acontecimiento negativo los aprendizajes adquiridos, los aspectos positivos (en el momento actual y en el futuro), los cambios producidos en la propia persona, en sus valores, etc. Esta parte de la elaboración trataba de aumentar la capacidad de los pacientes para hacer frente al problema y conseguir que adquirieran nuevas habilidades a partir del problema que les sirviera para crecer psicológicamente.

2. Además, un video compuesto por imágenes que acompañaban a la narrativa retomaba la idea de la importancia de contemplar los problemas como algo necesario y positivo, ya que pueden ser un valioso momento para extraer aprendizajes de vida y de crecimiento personal.

3. Por último, se presentó un video explicando el concepto de “fortalezas o virtudes” proveniente de la psicología positiva con un ejemplo de cada una de ellas. Algunas de las fortalezas que se mostraban eran: sentido del humor, creatividad, perseverancia, etc. El desarrollo de estas virtudes actuaría como defensas psicológicas protegiendo a las personas de



las dificultades que pudiesen llegar, y siendo útiles a la hora de afrontar y superar los problemas.

Por otro lado, una de las tareas para casa cuyo modo de realización era igual para ambas condiciones (en papel y por escrito) era la realización del *Ejercicio de psicología positiva*. Este ejercicio se componía de distintas preguntas que animaban a los pacientes a buscar y anotar aspectos positivos del acontecimiento estresante que habían experimentado, así como identificar y centrarse en las posibles emociones positivas asociadas a este (ver Anexo 14).

## **Sesión 5**

### *Condición tradicional*

Se les proporcionaba a los pacientes los diferentes materiales que trataban los mismos contenidos terapéuticos que en la sesión con TEO:

- Audio del trabajo de elaboración o procesamiento del acontecimiento estresante en el *Mundo de EMMA: el afrontamiento del acontecimiento estresante*.
- Manual "Modelo cognitivo de los TA (Segunda Parte).
- Instrucciones carta de proyección hacia el futuro.

### *Condición TEO*

1. Al igual que en la anterior sesión, se seguía trabajando en la elaboración y afrontamiento del problema haciendo uso de los elementos de terapia que representaban el acontecimiento estresante (símbolo y música) y promoviendo el análisis de los aspectos anteriormente planteados.

2. Por otra parte, utilizando una imagen móvil con una narrativa se mostraba la segunda parte del modelo de los TA (Botella *et al.*, 2008). Este modelo plantea la necesidad de adoptar una nueva actitud, de considerar los problemas como algo consustancial con la vida, como una oportunidad para aprender y crecer, logrando así mejores recursos de afrontamiento y

habilidades para vivir la vida. Tomando esta nueva actitud para hacer frente a los problemas, la persona se da la oportunidad de experimentar nuevas vivencias que pueden potenciar el propio crecimiento psicológico y la autoeficacia.

3. Posteriormente, se presentó un video titulado "el gusanito". En este video aparecía un gusano enfrentándose a diversos problemas y resolviéndolos con persistencia, originalidad y determinación.

4. Para terminar la sesión se recordaba una de las tareas que los pacientes debían realizar: "la carta de proyección al futuro". En ella los pacientes debían escribirse a sí mismos desde el futuro tras imaginarse su situación dentro de 10 años (dónde vivirían, qué pensarían, cuál sería su trabajo, qué personas habría en sus vidas, qué cosas serían importantes para ellos, etc.), con el objetivo de abrir nuevas expectativas de vida y empezar a ver "más allá" del problema.

## **Sesión 6**

### *Condición tradicional*

Se les proporcionaba a los pacientes los siguientes materiales:

- Audio del trabajo de elaboración o procesamiento del acontecimiento estresante en el *Mundo de EMMA: el cambio de significado de los acontecimientos estresantes*.
- Manual sobre "Los heurísticos".

### *Condición TEO*

1. Como en anteriores ocasiones, se empezaba con la presentación de la imagen del símbolo y la música que había sido escogida en la última sesión de terapia y que representaba el acontecimiento vivido. Los pacientes escuchaban una narrativa que les animaba a reflexionar acerca del significado que tenía el suceso experimentando en esos momentos para ellos y los cambios que podían existir respecto a la primera descripción metafórica que hicieron de este suceso. De esta manera, se trabajaba el cambio de significado del acontecimiento estresante, intentando que se produjeran variaciones más positivas en la forma de ver e interpretar el

acontecimiento negativo desde que se inició. Seguidamente, aparecían diversos textos con preguntas que hacían reflexionar a los pacientes acerca de los progresos que habían podido hacer a lo largo del tratamiento, los cambios que habían experimentado, los nuevos aprendizajes que extraían de la experiencia y cómo podían incorporar estos logros a su vida actual y futura.

2. A continuación se mostraba la imagen de una flor que nacía en el desierto, lo que simbolizaba la capacidad para hacer frente a las dificultades, esto es, la resiliencia. A su vez, una narrativa destacaba la importancia de los logros obtenidos a partir del afrontamiento del acontecimiento vivido y su utilidad en un futuro, ya que son fortalezas que pueden ayudarnos en muchos momentos.

3. En la última parte de la sesión se mostraba un video en el que aparecían distintas imágenes que simbolizaban diferentes heurísticos generales (lemas, proverbios, refranes, etc.), que los pacientes podían elegir de forma que les ayudara a representar y/o recordar lo que habían aprendido durante el tratamiento.

4. Además, en esta sesión se podía escuchar una narrativa que ayudaba al paciente a ser más consciente de que el futuro está abierto y afrontarlo con confianza es importante para poder vivir la vida plenamente.

5. El último elemento multimedia que se presentaba en la sesión era un video que trataba la superación y apertura al futuro llamado “hoy empieza un nuevo día”.

Por último, en la Tabla 11 se presenta un resumen de la agenda de las sesiones del protocolo de tareas para casa para los TA según ambos modos de aplicación.

Tabla 11 -Materiales utilizados y componentes terapéuticos trabajados en el protocolo de tareas para casa para los TA en ambas condiciones experimentales

| Sesión | Componentes Terapéuticos  | Materiales utilizados en la Condición TEO  | Materiales utilizados en la Condición Tradicional                                      |
|--------|---|--|--|
| S1     | Base Lógica del Tratamiento.<br>Psicoeducación de las emociones negativas que están presentes en los TA.<br>Modelo Cognitivo I de los TA<br>Lógica del Libro del Vida y El Mundo de EMMA  | Videos/imágenes + narrativas/textos.   | Manuales de lectura.   |
| S2     | Lógica de la Exposición/Elaboración<br>Primera descripción metafórica del acontecimiento estresante<br>Elaboración I – Aceptación I   | Videos/ narrativas/ imágenes + música/textos + música.<br>Hoja de entrenamiento en respiración lenta | Manuales de lectura.<br>Grabación de audio. Hoja de entrenamiento en respiración lenta |
| S3     | Elaboración I – Aceptación II: Se realiza el mismo trabajo que en la sesión 2<br>Psicoeducación de los problemas I: Análisis de la importancia que ha tenido y tiene la resolución de problemas en la evolución del ser humano.   | Narrativas/ imágenes + música/ imágenes + narrativa / textos + música/ videos.                       | Manuales de lectura.<br>Grabación de audio.  |
| S4     | Elaboración II – Afrontamiento I<br>Psicoeducación de las emociones II: Introducción de las enseñanzas del filósofo Karl Popper (1995).<br>Los problemas son necesarios, vivir es tener problemas y son estos los que nos permiten progresar.<br>Fortalezas y virtudes  | Narrativas/ imágenes + música/ textos + música/ texto/videos.<br>Ejercicio de psicología positiva    | Manuales de lectura.<br>Grabación de audio.<br>Ejercicio de psicología positiva.       |
| S5     | Elaboración II- Afrontamiento II :Se realiza el mismo trabajo que en la sesión 4<br>Modelo Cognitivo II: Adopción de una actitud diferente hacia los problemas (los problemas forman parte de la vida cotidiana y son una oportunidad para aprender y promover el crecimiento psicológico y la autoeficacia).<br>Carta de proyección al futuro. | Narrativas/ imagen + música/ textos + música/ imagen + narrativa/ video.                             | Manuales de lectura.<br>Grabación de audio.<br>Carta de proyección al futuro.          |
| S6     | Elaboración III – Cambio de significado<br>Nueva descripción metafórica del acontecimiento estresante<br>Ejercicio de los Heurísticos   | Narrativas/ imágenes + música/ textos + música/ imágenes + narrativa/ videos.                        | Manuales de lectura.<br>Grabación de audio.  |

## **4.7 PROCEDIMIENTO**

Como se ha señalado anteriormente, el estudio, todavía en progreso, tuvo lugar en el SAP de la UJI entre enero de 2013 y marzo de 2015. Tras la respuesta a los diferentes llamamientos realizados (ver apartado de *Reclutamiento y selección de la muestra*), los participantes fueron asignados a uno de los terapeutas disponibles para el estudio. Dicho terapeuta contactaba entonces con el interesado para concertar la primera entrevista. Esta entrevista, de aproximadamente 1 hora de duración, servía de rastreo o *screening* y en ella se recogían los datos relevantes sobre la persona y su problemática, se consideraba si podía tratarse de un caso de TA y se comprobaba que no se cumpliera ninguno de los criterios de exclusión del estudio. Al finalizar esta sesión se les informaba a los participantes de las condiciones de funcionamiento del SAP y los diferentes proyectos y tratamientos disponibles.

La segunda entrevista tuvo una duración aproximada de 1 hora y 30 min y constituía la primera sesión de evaluación del TA propiamente dicha. En ella se le administraba al participante la Entrevista diagnóstica para los TA, con la finalidad de determinar que se cumpliesen los criterios diagnósticos para dicho trastorno y se le facilitaba el protocolo confeccionado para esta sesión con sus correspondientes instrumentos de autoinforme (ver Anexo 5). Por otra parte, la segunda sesión de evaluación del TA (también de una 1 hora y media de duración aproximada) se dedicaba fundamentalmente a recabar más información sobre el problema en cuestión y a determinar los objetivos de terapia (conductas/situaciones que generan malestar y evitación, pensamientos/imágenes intrusivos, emociones negativas y pensamientos irracionales asociados al acontecimiento estresante). Además, tras la corrección del cuestionario SCID-II auto-aplicado, se administraba la entrevista SCID-II para determinar el posible diagnóstico o no de un trastorno de personalidad. Por su parte, el terapeuta cumplimentaba los cuestionarios sobre la gravedad y la interferencia que el problema causaba al paciente. Si se hubiesen detectado indicios en relación a la posible existencia de otro trastorno, esta segunda sesión se dedicaba a confirmar o descartar dicha posibilidad, por lo que la determinación de los objetivos terapéuticos se llevaba a cabo en una tercera sesión de evaluación si el caso podía ser incluido en el estudio. En esta última sesión de evaluación y, habiendo confirmado el diagnóstico de TA, se le ofrecía de forma general información sobre los requisitos implicados en la participación en un proyecto de investigación (participación

voluntaria, condiciones experimentales diferentes, compromiso de cumplimentar los cuestionarios y llevar a cabo los seguimientos y consentimiento sobre la utilización de los datos para fines de investigación). En esta sesión se le pedía que firmase las hojas de consentimiento, tanto el de participación en el estudio como el de grabación de las sesiones.

Finalizada la fase de evaluación, las personas consideradas aptas para el estudio fueron asignadas al azar a una de las dos condiciones experimentales (TEO o TRADICIONAL). En el diagrama de flujo, que se presenta en el apartado de descripción de la muestra en este trabajo, se pueden ver los abandonos y el número de pacientes que fueron excluidos durante las fases de *screening* y evaluación, así como las razones por las que esto ocurrió (ver Figura 14). Una vez asignada la condición, todos los participantes recibieron el mismo programa TCC, administrado por un total de 7 terapeutas y que consistía en 6 sesiones (ampliables a 8, según las necesidades de cada paciente) con periodicidad semanal y una duración aproximada de 90 minutos cada una. A excepción de la primera sesión de tratamiento, todas las restantes se realizaron en una sala habilitada específicamente para la aplicación del tratamiento utilizando el sistema de RV el *Mundo de EMMA*. Para controlar que todos los terapeutas siguieran el mismo procedimiento para la aplicación del protocolo tratamiento, se utilizó el Manual de tratamiento con EMMA para los TA (versión terapeuta) desarrollado por Labpsitec (2011) en el que se detalla paso a paso el procedimiento de aplicación de cada una de las sesiones de tratamiento.

A lo largo del tratamiento y después de cada una de las sesiones realizadas, se asignaban las tareas para casa a los pacientes. En la condición de TEO el terapeuta creaba la sesión y se la enviaba al paciente en un periodo máximo de un día tras la sesión de tratamiento. En el caso de la condición TRADICIONAL, los manuales y la grabación eran proporcionados inmediatamente después de la sesión de tratamiento. Las tareas para casa incluían los mismos contenidos en ambas condiciones, con la diferencia del modo de dispensarlos, en un caso apoyándose por elementos multimedia y en el otro haciendo uso de materiales terapéuticos tradicionales. Además, a todos los participantes se les daba la misma instrucción, ya que se les recomendaba realizar las tareas un mínimo de tres veces en el periodo entre sesiones de tratamiento. Por lo que respecta a la evaluación de este componente terapéutico, tal y como se ha descrito en el apartado de *Instrumentos y medida de evaluación*, TEO incluía en su sistema medidas que evaluaban variables clínicas importantes

antes y después de realizar las tareas, mientras que en la condición TRADICIONAL se proporcionaba a los pacientes las mismas medidas mediante cuestionarios en papel que debían de cumplimentar en esos mismos momentos (ver Anexo 11).

Una vez terminada la fase de tratamiento, se llevaba a cabo la evaluación post-tratamiento en la que los participantes cumplimentaban los mismos instrumentos de evaluación que en el pre-tratamiento. Se evaluaba el estado de los objetivos de tratamiento y se realizaba una nueva valoración de la interferencia y la gravedad del problema. Finalmente, se establecía la forma de contactar para llevar a cabo el seguimiento a los 3 meses tras la finalización del tratamiento. En este seguimiento los pacientes cumplimentaron de nuevo los instrumentos de medida incluidos en el protocolo de evaluación.

## **5. RESULTADOS**

A continuación se presentan los resultados obtenidos en el presente trabajo en dos grandes bloques. Por un lado, se mostrarán los resultados relacionados con las variables que evalúan la eficacia diferencial del programa de tratamiento en los dos momentos de evaluación incluidos (post-tratamiento y seguimiento a los 3 meses) en ambas condiciones experimentales. Por otro lado, se presentarán los datos resultantes de los análisis que se han llevado a cabo para estudiar más detalladamente lo que ocurre entre las sesiones de tratamiento correspondientes a las tareas para casa, es decir, se analizará la eficacia y efectividad de este componente de tratamiento aplicado según dos formatos diferentes (TRADICIONAL y TEO).

### **5.1 RESULTADOS RELACIONADOS CON LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO**

En cuanto al orden de presentación de los datos relacionados con la eficacia del protocolo de tratamiento para los TA, en primer lugar, se analizarán los resultados obtenidos a partir del análisis de las variables demográficas y clínicas antes del tratamiento con el fin de determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre ambas condiciones de tratamiento (TEO vs. TRADICIONAL). En segundo lugar, se analizará la eficacia diferencial de las dos condiciones de tratamiento en los diferentes momentos de evaluación (post-tratamiento y seguimientos a los 3 meses). Tras la presentación de estos análisis, se procederá a la descripción de las estimaciones del cambio clínico obtenidas como consecuencia de la aplicación del tratamiento en ambas condiciones experimentales. Todos los datos han sido analizados mediante el uso del paquete estadístico SPSS versión 22.0

#### **5.1.1 Diferencias entre las dos condiciones experimentales antes del tratamiento**

En primer lugar, se presentarán los resultados obtenidos de los análisis llevados a cabo antes de la intervención con el objetivo de determinar si existían diferencias significativas en las variables demográficas y clínicas entre los dos grupos experimentales. A continuación se describen los datos obtenidos en cada una de las variables de medida.



### 5.1.1.1 Variables demográficas y de diagnóstico

En la Tabla 12 se pueden observar los estadísticos descriptivos de las variables demográficas tanto de la muestra total como de cada una de las condiciones experimentales. Respecto a los análisis llevados a cabo, el sexo, el estado civil y el nivel de estudios se analizaron mediante pruebas Chi-cuadrado mientras que para la variable edad se utilizó una “t” de Student para muestras independientes. Los resultados indicaron que en ninguna de estas variables existían diferencias significativas entre los grupos experimentales antes del tratamiento: sexo ( $X^2 = 0,439$ ; g. l.=1;  $p=0,508$ ); nivel de estudios ( $X^2 = 1,754$ ; g.l.=1;  $p=0,185$ ) y edad ( $t=1,419$ ; g.l=48;  $p=0,162$ ), excepto para la variable estado civil ( $X^2 = 7,462$ ; g.l=2;  $p=0,024$ ). En este caso, sí que existieron diferencias significativas, habiendo en el grupo TRADICIONAL más personas casadas o conviviendo y viudas o divorciadas y menos solteras, frente al grupo TEO (ver Tabla 12).

Tabla 12 - Estadísticos descriptivos de las variables demográficas de los dos grupos experimentales y de la muestra total

| VD                    | TRAD      | TEO       | Total     |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------|
| <b>Sexo</b>           |           |           |           |
| Varones               | 5<br>20%  | 7<br>28%  | 12<br>24% |
| Mujeres               | 20<br>80% | 18<br>12% | 38<br>76% |
| <b>Estado civil</b>   |           |           |           |
| Soltero               | 15<br>60% | 23<br>92% | 38<br>76% |
| Casado/convive        | 7<br>28%  | 2<br>8%   | 9<br>18%  |
| Viudo/Divorciado      | 3<br>12%  | 0<br>0%   | 3<br>6%   |
| <b>Nivel estudios</b> |           |           |           |
| Primarios/secundarios | 8<br>32%  | 4<br>16%  | 12<br>24% |
| Universitarios        | 17<br>68% | 21<br>84% | 38<br>76% |
| <b>Edad</b>           |           |           |           |
| N                     | 25        | 25        | 50        |
| Rango                 | 19-54     | 18-47     | 18-54     |
| M                     | 30,56     | 26,88     | 28,72     |
| DT                    | 910,54    | 7,55      | 9,26      |

Nota. VD = Variable dependiente; M= Media; DT= Desviación típica; N=50.

Por lo que se refiere al subtipo de TA en cada una de las condiciones (ver Tabla 13), la mayoría de participantes en la condición TRADICIONAL fueron diagnosticados de TA mixto con ansiedad y depresión (80%), al igual que en la condición TEO, donde también se clasificaron gran parte de los participantes bajo este subtipo (60%). El resto de participantes fueron diagnosticados de TA con estado de ánimo depresivo (TRADICIONAL = 12% y TEO= 24%) y TA con síntomas de ansiedad (TRADICIONAL= 8% y TEO =12%). Por último, solamente una persona (4%) fue diagnosticada de TA con alteración mixta de emociones y comportamiento, la cual formó parte de la condición TEO. No hubo casos diagnosticados de TA con trastorno del comportamiento ni tampoco de TA no especificado en ninguno de los grupos experimentales. Respecto al tipo de acontecimiento estresante experimentado por los participantes, se clasificaron en 5 categorías: 25 experimentaron una ruptura sentimental (50%), 11 personas tenían o habían tenido problemas dentro del entorno familiar (22%), 8 experimentaron síntomas emocionales a raíz del diagnóstico de una enfermedad propia o de algún familiar (16%), 5 tenían problemas en el lugar de trabajo (10%) y, por último, una persona había sufrido *bullying* o discriminación (2%). Los casos crónicos representaban el 56% del total de los participantes. No existieron diferencias en la distribución de la muestra según el subtipo de TA ( $X^2 = 2,914$ ; g.l.3;  $p=0,405$ ), el curso ( $X^2 = 0,325$ ; g.l.=1;  $p=0,569$ ), ni tampoco según el tipo de acontecimiento estresante experimentado por los participantes ( $X^2 = 4,391$ ; g.l.=4;  $p=0,356$ ).

Tabla 13 - Estadísticos descriptivos de las variables subtipo diagnóstico de TA, curso y tipo de acontecimiento estresante

|   | VD | TRAD      | TEO       | Total     |
|---|----|-----------|-----------|-----------|
| <b>SUBTIPO DIAGNÓSTICO</b>                            |    |           |           |           |
| TA con estado animo depresivo                         |    | 3<br>12%  | 6<br>24%  | 9<br>18%  |
| TA con ansiedad                                       |    | 2<br>8%   | 3<br>12%  | 5<br>10%  |
| TA mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo     |    | 20<br>80% | 15<br>60% | 35<br>70% |
| TA con trastorno del comportamiento                   |    | 0         | 0         | 0         |
| TA con alteración mixta de emociones y comportamiento |    | 0         | 1<br>4%   | 1<br>2%   |
| TA no especificado                                    |    | 0         | 0         | 0         |
| <b>CURSO</b>  |    |           |           |           |
| Agudo   |    | 12<br>48% | 10<br>40% | 22<br>44% |
| Crónico   |    | 13<br>52% | 15<br>60% | 28<br>56% |

| TIPO ACONTECIMIENTO ESTRESANTE |           |           |           |
|--------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Ruptura/separación/divorcio    | 10<br>40% | 15<br>60% | 25<br>50% |
| Problemas familiares           | 6<br>24%  | 5<br>20%  | 11<br>22% |
| Enfermedad propia/familiar     | 5<br>20%  | 3<br>12%  | 8<br>16%  |
| Problemas laborales            | 4<br>16%  | 1<br>4%   | 5<br>10%  |
| Discriminación                 | 0         | 1<br>4%   | 1<br>2%   |

Nota. VD = Variable dependiente; N=50.

### 5.1.1.2 Medidas específicas de TA y sintomatología depresiva

Las medidas clínicas *principales* de resultado analizadas en el presente estudio fueron, por un lado, un cuestionario desarrollado específicamente para la evaluación del TA (el IEP) y, por otro lado, un instrumento que evalúa sintomatología depresiva (el BDI-II).

En la Tabla 14 se presentan los estadísticos descriptivos y los resultados encontrados del análisis de las diferencias entre ambos grupos experimentales en estas variables mediante pruebas *t* para muestras independientes. A este respecto, se constató que no había diferencias significativas entre los grupos para ninguna de estas variables antes del tratamiento.

Tabla 14 - Medidas específicas de sintomatología TA y de estado de ánimo en los dos grupos experimentales en el pre-tratamiento

| VD     | Condición | M     | DT    | <i>t</i> | <i>p</i> |
|--------|-----------|-------|-------|----------|----------|
| IEP    | TRAD      | 35,12 | 12,31 | -0,756   | 0,454    |
|        | TEO       | 37,65 | 10,48 |          |          |
|        | Total     | 36,36 | 11,40 |          |          |
| BDI-II | TRAD      | 23,40 | 8,32  | 0,585    | 0,561    |
|        | TEO       | 21,84 | 10,42 |          |          |
|        | Total     | 22,62 | 9,36  |          |          |

Nota. VD = Variable dependiente; IEP = Inventario de Estrés y Pérdida; BDI-II= Inventario de Depresión de Beck-II. Condición Tradicional n=25; Condición TEO n=25.

### 5.1.1.3 *Objetivos terapéuticos*

Como medidas clínicas *secundarias* se analizaron los objetivos terapéuticos relacionados de manera específica con el acontecimiento estresante experimentado por los participantes. A continuación se presentarán los distintos objetivos terapéuticos tenidos en cuenta en el estudio. Se mostrará un ejemplo para de cada uno de ellos a partir del que podría ser el caso de una persona que ha experimentado como acontecimiento estresante una ruptura sentimental. Los objetivos evaluados fueron los siguientes:

- El grado de evitación y de malestar que la conducta o situación principal relacionada con el problema le causaba al participante. Ejemplo de conducta principal: *“Ir al restaurante donde comía con mi ex pareja”*.
- El grado de malestar causado por el pensamiento o imagen intrusiva principal. Ejemplo de pensamiento/imagen intrusiva: *“Momentos juntos que pasábamos con la familia”*.
- La intensidad de la emoción negativa principal que el participante experimentaba. Ejemplo de emoción: *“Tristeza”*.
- Y el grado de creencia en el pensamiento irracional más importante que el participante presentaba. Ejemplo de pensamiento irracional: *“No volveré a enamorarme de nadie nunca más”*.

Los datos relacionados con cada uno de los objetivos terapéuticos específicos asociados al acontecimiento estresante se recogen en la Tabla 15. Dicha tabla muestra, por un lado, los estadísticos descriptivos y, por otro, los resultados de la prueba *t* para muestras independientes realizadas. De nuevo, los resultados indicaron que en ninguno de estos objetivos existieron diferencias significativas antes de la aplicación del tratamiento entre los grupos experimentales.

Tabla 15 - Medidas de cada uno de los objetivos terapéuticos específicos establecidos en los dos grupos experimentales en el pre-tratamiento

| VD   | Condición | M    | DT   | t      | P     |
|------|-----------|------|------|--------|-------|
| EC   | TRAD      | 8,48 | 1,26 | 0,092  | 0,927 |
|      | TEO       | 8,44 | 1,76 |        |       |
|      | Total     | 8,46 | 1,51 |        |       |
| MC   | TRAD      | 7,96 | 1,67 | -1,167 | 0,249 |
|      | TEO       | 8,48 | 1,47 |        |       |
|      | Total     | 8,22 | 1,58 |        |       |
| MP/I | TRAD      | 7,72 | 1,84 | -0,558 | 0,560 |
|      | TEO       | 8,04 | 2,01 |        |       |
|      | Total     | 7,88 | 1,91 |        |       |
| IE   | TRAD      | 8,52 | 1,33 | 0,320  | 0,750 |
|      | TEO       | 8,40 | 1,32 |        |       |
|      | Total     | 8,46 | 1,31 |        |       |
| CP   | TRAD      | 8,28 | 1,59 | 0,000  | 1,000 |
|      | TEO       | 8,28 | 1,10 |        |       |
|      | Total     | 8,28 | 1,36 |        |       |

Nota. VD = Variable dependiente; EC = Evitación Conducta; MC = Malestar Conducta; MP/I = Malestar Pensamiento/imagen; IE = Intensidad Emoción; CP = Creencia Pensamiento; Condición Tradicional n=25; Condición TEO n=25.

#### 5.1.1.4 Medias de crecimiento postraumático, afecto positivo y negativo y, estilos de afrontamiento

Otras medidas clínicas *secundarias* analizadas y recogidas mediante autoinformes fueron las siguientes:

- 1) Una medida de crecimiento postraumático: el Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI).
- 2) Una medida de afecto positivo y negativo: la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS).
- 3) Un instrumento que evalúa los estilos de afrontamiento que ponen en marcha las personas antes situaciones difíciles: la Escala Multidimensional de Estilos de Afrontamiento- Abreviado (BriefCOPE).

Los estadísticos descriptivos y los resultados de las pruebas *t* para muestras independientes de estas variables clínicas se presentan en la Tabla 16 . Los datos indicaron que no existían diferencias significativas entre los grupos para ninguna de estas variables antes del tratamiento.

Tabla 16 - Medidas de crecimiento postraumático, afecto positivo y negativo y estilos de afrontamiento de los dos grupos experimentales en el pre-tratamiento

| VD                      | Condición   | M     | DT    | t      | p     |
|-------------------------|-------------|-------|-------|--------|-------|
| PTGI                    | TRAD (n=24) | 38,71 | 21,31 | 0,301  | 0,765 |
|                         | TEO (n=25)  | 36,96 | 19,30 |        |       |
|                         | Total       | 37,82 | 20,11 |        |       |
| Panas+                  | TRAD (n=24) | 22,00 | 6,44  | 0,081  | 0,167 |
|                         | TEO (n=24)  | 21,83 | 7,79  |        |       |
|                         | Total       | 21,92 | 7,07  |        |       |
| Panas-                  | TRAD(n=24)  | 26,50 | 7,95  | 0,792  | 0,432 |
|                         | TEO (n=25)  | 24,76 | 7,43  |        |       |
|                         | Total       | 25,61 | 7,66  |        |       |
| BriefCope               |             |       |       |        |       |
| Afrontamiento cognitivo | TRAD (n=23) | 25,61 | 3,97  | -0,315 | 0,754 |
|                         | TEO (n=22)  | 26,00 | 4,36  |        |       |
|                         | Total       | 25,80 | 4,13  |        |       |
| Afrontamiento social    | TRAD (n=23) | 16,09 | 4,20  | 0,139  | 0,890 |
|                         | TEO (n=24)  | 15,92 | 4,22  |        |       |
|                         | Total       | 16,00 | 4,16  |        |       |
| Bloqueo afrontamiento   | TRAD (n=23) | 16,17 | 3,46  | -1,744 | 0,088 |
|                         | TEO (n=24)  | 17,75 | 2,71  |        |       |
|                         | Total       | 16,98 | 3,16  |        |       |

Nota. VD = Variable dependiente; PTGI = Inventario de Crecimiento Postraumático; PANAS + = Escala de Afecto Positivo; PANAS - = Escala de Afecto Negativo; Brief-Cope= Escala Multidimensional de Estilos de Afrontamiento; AC= Afrontamiento Cognitivo; AS= Afrontamiento mediante el apoyo Social; BA= Bloqueo del Afrontamiento.

#### 5.1.1.5 Variables clínicas de interferencia y gravedad

Por último, otras variables clínicas relevantes analizadas en el presente trabajo fueron las variables referentes a la interferencia y la gravedad que el problema o acontecimiento estresante tenía en la vida de los participantes. Entre ellas se recogieron: el consumo de fármacos, es decir, la existencia de prescripción de medicación para controlar el malestar provocado por el problema; la existencia de comorbilidad con alguno de los trastornos de personalidad del Eje II; la duración del problema (que refleja en meses el tiempo que la persona lleva afectada por el acontecimiento estresante o sus consecuencias); el número de síntomas provocados por el problema y experimentados con un nivel de intensidad/gravedad elevados (cómputo de síntomas valorados con una puntuación de gravedad de 5 o más en una escala que oscilaba entre 0 = Nada grave y 8 = Muy grave); la interferencia (valorada de forma global) que el problema tenía en la vida del participante; y la interferencia y gravedad global

percibidas por el terapeuta (ambas utilizando una escala de 0 a 8). Las medias y las desviaciones típicas obtenidas por los participantes en estas variables se presentan en la Tabla 17.

El análisis de las diferencias entre grupos de las variables consumo de fármacos y comorbilidad con trastornos de personalidad en el Eje II se llevó a cabo mediante pruebas Chi-cuadrado ( $X^2$ ). No se encontraron diferencias significativas ni en el consumo de fármacos ( $X^2 = 2,381$ ; g. l. = 1;  $p = 0,123$ ) ni en la comorbilidad con el Eje II ( $X^2 = 0,739$ ; g. l. = 2;  $p = 0,691$ ). Por su parte, el análisis de las variables duración del problema (medido en meses), número de síntomas, interferencia global evaluada por el paciente y gravedad e interferencia global evaluadas por el terapeuta se realizó mediante pruebas  $t$  para muestras independientes. De nuevo, como se puede observar en la Tabla 17, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos experimentales.

Tabla 17 - Variables clínicas de interferencia y gravedad analizadas, utilizando pruebas  $t$  para muestras independientes, de los dos grupos experimentales en el pre-tratamiento

| VD                | Condic      | M     | DT    | $t$    | $p$   |
|-------------------|-------------|-------|-------|--------|-------|
| Duración problema | TRAD (n=25) | 21,76 | 28,70 | 0,542  | 0,590 |
|                   | TEO (n=25)  | 17,52 | 26,59 |        |       |
|                   | Total       | 19,64 | 27,47 |        |       |
| Nº Sínt           | TRAD (n=25) | 11,96 | 5,00  | -0,025 | 0,980 |
|                   | TEO (n=25)  | 12,00 | 6,05  |        |       |
|                   | Total       | 11,98 | 5,49  |        |       |
| I GI pac          | TRAD (n=22) | 5,64  | 1,65  | 0,737  | 0,465 |
|                   | TEO (n=24)  | 5,29  | 1,65  |        |       |
|                   | Total       | 5,47  | 1,65  |        |       |
| I/Gr tp           | TRAD (n=25) | 4,96  | 1,10  | 1,146  | 0,258 |
|                   | TEO (n=25)  | 4,56  | 1,36  |        |       |
|                   | Total       | 4,76  | 1,24  |        |       |

Nota. VD = Variable dependiente; Condición = Condición; Nº Sínt = número de síntomas; I GI pac = Interferencia Global paciente; I/Gr tp = Interferencia/Gravedad terapeuta.

En resumen, los resultados de los análisis pre-tratamiento indicaron que los dos grupos experimentales que conformaron el estudio no se diferenciaban entre sí antes de que la intervención tuviese lugar en ninguna de las variables demográficas y clínicas analizadas, a excepción del estado civil, donde el porcentaje de personas solteras fue mayor en la condición experimental TEO.

### **5.1.2 Eficacia diferencial del tratamiento entre las dos condiciones experimentales en los distintos momentos de evaluación: Pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento**

Con el fin de comparar la eficacia diferencial del tratamiento en ambos grupos experimentales se llevaron a cabo ANOVAs mixtos 2 (grupo) x 3 (momento), con el factor grupo entre-sujetos (TRADICIONAL vs. TEO) y el factor momento de medidas repetidas (antes vs. después vs. seguimiento 3 meses) para las puntuaciones de cada uno de los instrumentos y medidas utilizadas. Además, para el análisis de la evolución de las puntuaciones a lo largo del tiempo, se utilizó la prueba post-hoc de ajuste para comparaciones múltiples de Sidak aplicada para el efecto momento. Por lo que respecta al manejo de datos perdidos, se utilizó el procedimiento denominado “*Intent-to-Treat Analysis*” (ITT) (Schwartz y Lellouch, 1967), basado en la última observación realizada (“*last observation carried forward*”: LOCF). Este modelo consiste en completar los valores perdidos de un sujeto con los últimos valores disponibles que se tienen de ese mismo sujeto.

Las tablas que se presentarán a lo largo de este apartado mostrarán, por un lado, los valores de las medias y las desviaciones típicas de las variables clínicas en cada una de las condiciones experimentales y, por otro, los resultados obtenidos con los ANOVAs mixtos indicando los valores de la F, el nivel de significación ( $p$ ) y la eta cuadrado ( $\eta^2$ ), para los efectos principales (grupo y tiempo) y para el efecto de interacción grupo x tiempo. Se presentarán también los tamaños del efecto ( $d$  de Cohen) obtenidos para cada una de las medidas en cada uno de los grupos experimentales. Siguiendo las directrices de Cohen (1988), en este estudio nos referiremos a un tamaño del efecto grande cuando el valor obtenido sea superior a 0,80; medio cuando se sitúe alrededor 0,50; y pequeño cuando se encuentre próximo a 0,20. Finalmente, se ofrecerá una representación gráfica de la evolución de cada una de las variables clínicas analizadas en cada grupo de tratamiento.

Respecto a la presentación de los resultados, se seguirá el mismo orden que en apartado anterior. En primer lugar, se describirán todos aquellos resultados obtenidos a partir de las variables clínicas que informan de sintomatología depresiva y específica de TA. En segundo lugar, aquellos obtenidos a partir de las variables relacionadas con los objetivos terapéuticos específicos del acontecimiento estresante experimentado por los participantes y



las variables referidas a crecimiento postraumático, afecto positivo y negativo y estilos de afrontamiento. Finalmente, se analizan las variables de interferencia y gravedad valorada tanto por los participantes como por los clínicos.

Por último, se incluirá al final un apartado donde se presentará un resumen de los resultados obtenidos de los análisis realizados con la muestra que completó todas las variables estudiadas en todos los momentos de evaluación (*Completers*) y se compararán ambos métodos de análisis.

### 5.1.2.1 Resultados obtenidos a partir del análisis ITT.

#### 5.1.2.1.1 Medidas específicas de TA y sintomatología depresiva

En primer lugar, en la Tabla 18 se presentan las medias y desviaciones típicas obtenidas en las variables relacionadas con la adaptación al acontecimiento estresante y el estado de ánimo, en todos los momentos de evaluación.

Tabla 18 - Medias y desviaciones típicas de las variables clínicas relacionadas con la adaptación al acontecimiento estresante y el estado de ánimo en el pre, post y seguimiento a los 3 meses con el análisis ITT.

| VD     | Condición | Pre-trat |       | Post-trat |       | Seg3  |       |
|--------|-----------|----------|-------|-----------|-------|-------|-------|
|        |           | M        | DT    | M         | DT    | M     | DT    |
| IEP    | TRAD      | 35,12    | 12,31 | 20,79     | 15,70 | 18,12 | 15,90 |
|        | TEO       | 37,65    | 10,48 | 17,30     | 9,41  | 13,61 | 9,26  |
|        | Total     | 36,36    | 11,40 | 19,08     | 13,00 | 15,91 | 13,14 |
| BDI-II | TRAD      | 23,40    | 8,32  | 7,28      | 6,74  | 6,96  | 6,93  |
|        | TEO       | 21,84    | 10,42 | 8,00      | 7,14  | 7,60  | 6,26  |
|        | Total     | 22,62    | 9,36  | 7,64      | 6,88  | 7,28  | 6,54  |

Nota. VD = Variable dependiente; IEP = Inventario de Estrés y Pérdida; BDI-II= Inventario de Depresión de Beck-II

Los análisis de varianza realizados dieron como resultado los datos que se muestran en la Tabla 19. Dichos análisis revelaron que el *efecto tiempo* fue significativo en las dos variables clínicas analizadas (IEP y BDI-II), y alcanzó tamaños del efecto grandes. Los participantes mejoraron a lo largo del tiempo por igual en ambas condiciones. Ni el *efecto de*

interacción ni el efecto grupo alcanzaron significación estadística para ninguna de estas variables.

Por lo que respecta a la prueba post-hoc de ajuste para comparaciones múltiples de Sidak, se realizaron diversas comparaciones directas por pares entre todos los momentos de evaluación (entre el pre- y el post-tratamiento, entre el pre-tratamiento y el seguimiento a los 3 meses, y entre el post-tratamiento y el seguimiento). Estos resultados mostraron que las variables que reflejan tanto el grado de adaptación al acontecimiento estresante (IEP) como el estado de ánimo (BDI-II) mejoraron tras el tratamiento en ambos grupos experimentales, manteniéndose estos cambios en el seguimiento a los 3 meses. Como se puede observar en la Tabla 18, las puntuaciones obtenidas en el IEP continuaron disminuyendo en el seguimiento en ambos grupos, aunque estos cambios no llegaron a alcanzar significación estadística ( $p = 0,056$ ).

Tabla 19 - Análisis de varianza de las medidas clínicas IEP y BDI-II de los dos grupos experimentales en los diferentes momentos evaluados.

| VD     | Efecto tiempo |         |      |                | Efecto grupo |       |      |                | Efecto interacción |       |      |                |
|--------|---------------|---------|------|----------------|--------------|-------|------|----------------|--------------------|-------|------|----------------|
|        | F             | P       | d    | n <sup>2</sup> | F            | p     | d    | n <sup>2</sup> | F                  | p     | d    | n <sup>2</sup> |
| IEP    | 87,395        | < 0,001 | 1,45 | 0,34           | 0,345        | 0,560 | 0,12 | 0,003          | 2,592              | 0,091 | 0,20 | 0,010          |
| BDI-II | 95,883        | < 0,001 | 1,88 | 0,47           | 0,002        | 0,968 | 0,01 | 0,00           | 0,524              | 0,526 | 0,10 | 0,00           |

Nota. VD = Variable dependiente; n<sup>2</sup> ETA cuadrado; IEP = Inventario de Estrés y Pérdida; BDI-II= Inventario de Depresión de Beck-II

En la Figura 33 se puede observar la evolución de las diferentes medidas específicas de TA y estado de ánimo evaluadas en ambas condiciones de tratamiento.

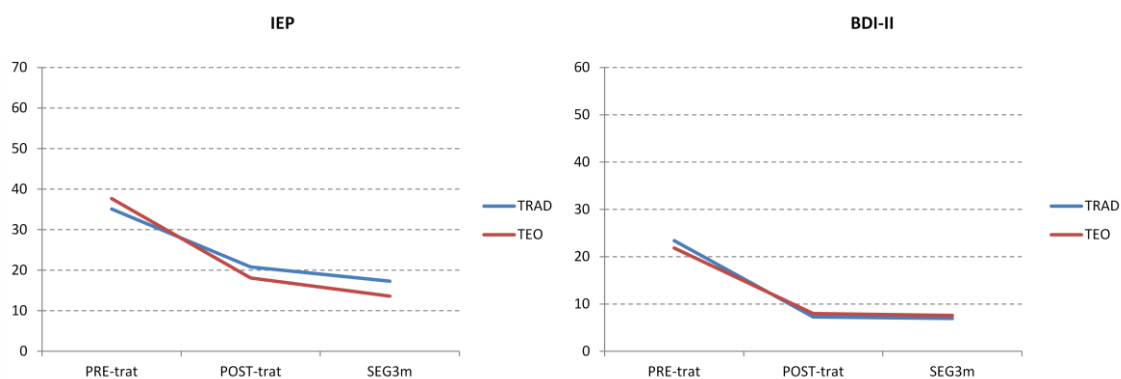


Figura 33- Evolución de las puntuaciones relacionadas con el TA y el estado de ánimo en ambas condiciones de tratamiento.

## 5.1.2.1.2. Objetivos terapéuticos

En la Tabla 20 se presentan los datos referentes a las medidas que evalúan los objetivos específicos del tratamiento. Cabe recordar que estas variables se encontraban estrechamente relacionadas con el acontecimiento estresante experimentado por los participantes y evaluaban aspectos tales como el grado de evitación y malestar causados por la conducta o situación establecida como objetivo principal, el nivel de malestar causado por el pensamiento/imagen intrusiva, la intensidad de la emoción o sentimiento negativo principal que experimentaba el paciente y, por último, el grado de creencia en el pensamiento irracional más importante relacionado con el problema que presentaban los pacientes.

Tabla 20 - Medias y desviaciones típicas de las conductas objetivo relacionadas con el acontecimiento estresante en el pre, post y seguimiento a los 3 meses con el análisis ITT

| VD   | Condición | Pre-trat |      | Post-trat |      | Seg3 |      |
|------|-----------|----------|------|-----------|------|------|------|
|      |           | M        | DT   | M         | DT   | M    | DT   |
| EC   | TRAD      | 8,48     | 1,26 | 2,60      | 2,83 | 2,28 | 2,73 |
|      | TEO       | 8,44     | 1,76 | 2,56      | 3,23 | 2,36 | 3,07 |
|      | Total     | 8,46     | 1,51 | 2,58      | 3,00 | 2,32 | 2,87 |
| MC   | TRAD      | 7,96     | 1,67 | 2,60      | 3,07 | 2,32 | 2,79 |
|      | TEO       | 8,48     | 1,47 | 3,12      | 2,79 | 2,40 | 2,75 |
|      | Total     | 8,22     | 1,58 | 2,86      | 2,91 | 2,36 | 2,75 |
| MP/I | TRAD      | 7,72     | 1,84 | 3,36      | 3,33 | 3,08 | 3,50 |
|      | TEO       | 8,04     | 2,01 | 3,24      | 3,11 | 3,24 | 3,26 |
|      | Total     | 7,88     | 1,91 | 3,30      | 3,19 | 3,16 | 3,35 |
| IE   | TRAD      | 8,52     | 1,33 | 3,20      | 2,89 | 3,12 | 2,96 |
|      | TEO       | 8,40     | 1,32 | 3,68      | 2,58 | 3,76 | 2,88 |
|      | Total     | 8,46     | 1,31 | 3,44      | 2,72 | 3,44 | 2,91 |
| CP   | TRAD      | 8,28     | 1,60 | 2,96      | 3,25 | 3,64 | 3,38 |
|      | TEO       | 8,28     | 1,10 | 3,24      | 2,82 | 2,96 | 3,65 |
|      | Total     | 8,28     | 1,36 | 3,10      | 3,01 | 3,30 | 3,02 |

Nota. VD = Variable dependiente; EC = Evitación Conducta; MC = Malestar Conducta; MP/I = Malestar Pensamiento/Imagen; IE = Intensidad Emoción; CP = Creencia Pensamiento.

Los resultados de los análisis de varianza realizados (ANOVAs mixtos) se muestran en la Tabla 21. Como se puede observar en dicha tabla, el *efecto tiempo* resultó significativo ( $p < 0.001$ ) para todas las variables, y con tamaños del efecto grandes, es decir, los participantes mejoraron de forma significativa tras la intervención. Respecto a las comparaciones realizadas entre ambas condiciones de tratamiento, no revelaron diferencias estadísticamente significativas entre ambas, mostrando que tanto la condición TRADICIONAL como la condición

TEO resultaron igual de eficaces en la reducción de estas puntuaciones. En referencia al *efecto grupo*, este tampoco resultó significativo.

Tabla 21 - Análisis de varianza de los objetivos terapéuticos asociados con el acontecimiento estresante de los dos grupos experimentales en los diferentes momentos de evaluación

| VD   | Efecto tiempo |         |      |                | Efecto grupo |       |      |                | Efecto interacción |       |      |                |
|------|---------------|---------|------|----------------|--------------|-------|------|----------------|--------------------|-------|------|----------------|
|      | F             | p       | d    | n <sup>2</sup> | F            | p     | d    | n <sup>2</sup> | F                  | p     | d    | n <sup>2</sup> |
| EC   | 150,638       | < 0,001 | 2,24 | 0,56           | 0,000        | 1,000 | 0,00 | 0,00           | 0,015              | 0,958 | 0,01 | 0,00           |
| MC   | 135,057       | < 0,001 | 2,16 | 0,54           | 0,477        | 0,493 | 0,10 | 0,00           | 0,206              | 0,745 | 0,06 | 0,00           |
| MP/I | 79,369        | < 0,001 | 1,53 | 0,37           | 0,033        | 0,857 | 0,03 | 0,00           | 0,136              | 0,818 | 0,05 | 0,00           |
| IE   | 114,556       | < 0,001 | 1,97 | 0,49           | 0,399        | 0,530 | 0,10 | 0,00           | 0,547              | 0,551 | 0,10 | 0,00           |
| CP   | 89,601        | < 0,001 | 1,87 | 0,46           | 0,062        | 0,804 | 0,04 | 0,00           | 0,634              | 0,499 | 0,11 | 0,00           |

Nota. VD = Variable dependiente; n<sup>2</sup>= ETA cuadrado; EC = Evitación Conducta; MC = Malestar Conducta; MP/I = Malestar Pensamiento/Imagen; IE = Intensidad Emoción; CP = Creencia Pensamiento.

Por lo que respecta a la prueba post-hoc de ajuste para comparaciones múltiples de Sidak, los resultados mostraron que los participantes mejoraron de forma significativa en todos los objetivos terapéuticos relacionadas con su problema tras el tratamiento, manteniéndose dicha mejoría en el seguimiento a los 3 meses.

En la Figura 34 se puede observar la evolución que siguieron estas medidas a lo largo del tiempo en ambas condiciones de tratamiento.

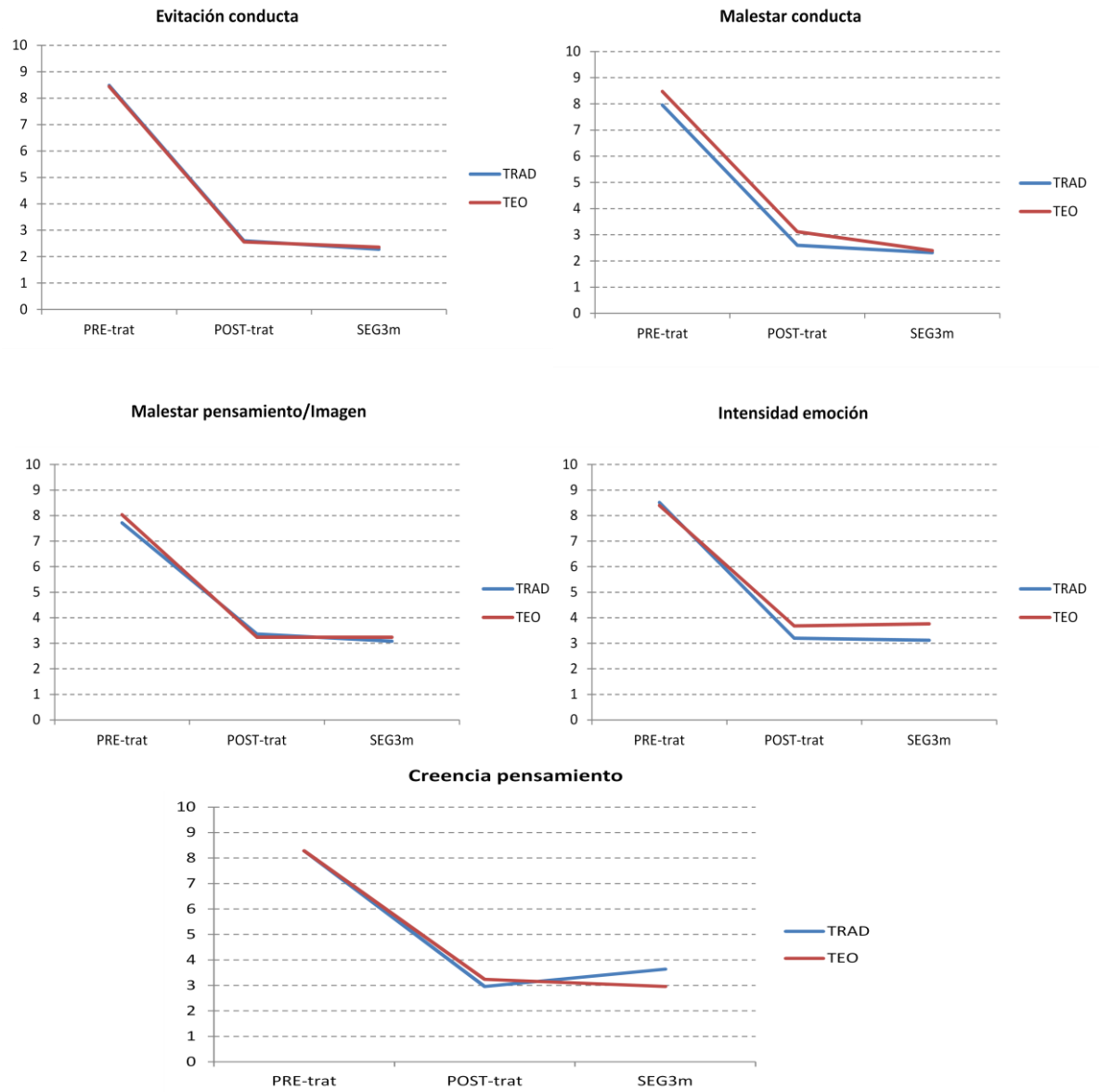


Figura 34- Evolución de los objetivos terapéuticos relacionados con el acontecimiento estresante en ambas condiciones de tratamiento.

### 5.1.2.1.3 Medias de crecimiento postraumático, afecto positivo y negativo, y estilos de afrontamiento

En la Tabla 22 se presentan las medias y desviaciones típicas de las variables clínicas de crecimiento postraumático, afecto positivo, afecto negativo y estilos de afrontamiento

recogidos mediante medidas de autoinforme en el pre-, post-tratamiento y seguimiento a los 3 meses.

Tabla 22 - Medias y desviaciones típicas de las medidas clínicas de crecimiento postraumático, afecto positivo y negativo, y estilos de afrontamiento en el pre, post y seguimiento a los 3 meses con el análisis ITT

| VD         | Condición | Pre-trat |       | Post-trat |       | Seg3  |       |
|------------|-----------|----------|-------|-----------|-------|-------|-------|
|            |           | M        | DT    | M         | DT    | M     | DT    |
| PTGI       | TRAD      | 38,71    | 21,31 | 66,87     | 23,58 | 66,50 | 22,00 |
|            | TEO       | 36,96    | 19,30 | 61,40     | 23,26 | 59,04 | 22,77 |
|            | Total     | 37,81    | 20,11 | 64,08     | 23,34 | 62,69 | 22,48 |
| PANAS +    | TRAD      | 22,00    | 6,44  | 30,46     | 6,91  | 32,63 | 7,61  |
|            | TEO       | 21,83    | 7,79  | 29,33     | 8,74  | 29,62 | 7,62  |
|            | Total     | 21,92    | 7,07  | 29,90     | 7,81  | 31,13 | 7,68  |
| PANAS -    | TRAD      | 26,50    | 7,95  | 18,17     | 7,64  | 18,96 | 7,53  |
|            | TEO       | 24,76    | 7,43  | 17,04     | 5,00  | 16,60 | 4,96  |
|            | Total     | 25,61    | 7,66  | 17,59     | 6,39  | 17,76 | 6,40  |
| BRIEF-COPE |           |          |       |           |       |       |       |
| AC         | TRAD      | 25,61    | 3,97  | 25,91     | 4,14  | 29,69 | 4,99  |
|            | TEO       | 26,00    | 4,34  | 27,09     | 3,34  | 29,36 | 4,96  |
|            | Total     | 25,80    | 4,13  | 26,49     | 3,77  | 29,53 | 4,92  |
| AS         | TRAD      | 16,09    | 4,20  | 15,69     | 3,61  | 16,17 | 3,96  |
|            | TEO       | 15,92    | 4,22  | 15,50     | 3,74  | 15,83 | 4,45  |
|            | Total     | 16,00    | 4,16  | 15,59     | 3,64  | 16,00 | 4,17  |
| BA         | TRAD      | 16,17    | 3,46  | 13,83     | 2,99  | 13,61 | 3,14  |
|            | TEO       | 17,75    | 2,71  | 14,29     | 3,21  | 14,75 | 2,80  |
|            | Total     | 16,98    | 3,16  | 14,06     | 3,08  | 14,19 | 3,00  |

Nota. VD = Variable dependiente; PTGI = Inventario de Crecimiento Postraumático; PANAS + = Escala de Afecto Positivo; PANAS - = Escala de Afecto Negativo; Brief-Cope= Escala Multidimensional de Estilos de Afrontamiento; AC= Afrontamiento Cognitivo; AS= Afrontamiento mediante el apoyo Social; BA= Bloqueo del Afrontamiento.

Por otra parte, la Tabla 23 recoge los análisis de varianza llevados a cabo para el PTGI, PANAS +, PANAS - y las 3 dimensiones incluidas en este estudio que forman el BRIEF-COPE. Dichos análisis revelaron que el *efecto momento* fue significativo en todas las variables clínicas ( $p > 0,001$ ), con tamaños del efecto grandes de aproximadamente 1,10, a excepción de la dimensión *Afrontamiento mediante el Apoyo Social*, la cual no obtuvo significación estadística. Por lo tanto, se produjeron cambios estadísticamente significativos en todas las variables en la dirección esperada en las dos condiciones de tratamiento. De nuevo ni el *efecto de interacción* ni el *efecto grupo* fueron significativos. No hubo diferencias significativas entre las dos condiciones de tratamiento en ninguna de estas variables clínicas. En este punto, si analizamos con más detalle los efectos simples que se producen mediante las comparaciones por pares,

observamos como la dimensión del BRIEF-COPE *Afrontamiento Cognitivo* no mejoró en el post-tratamiento, aunque sí lo hizo a más largo plazo, en el seguimiento a los 3 meses. Por su parte, las variables de autoinforme PANAS - y la dimensión *Bloqueo del Afrontamiento* sí que redujeron sus puntuaciones significativamente en el post-tratamiento y, tras éste, los resultados se mantuvieron hasta el seguimiento de los 3 meses. En la misma línea, las puntuaciones obtenidas en las variables PTGI y PANAS + aumentaron tras la intervención y dicha mejoría se mantuvo en el seguimiento.

Tabla 23 - Análisis de varianza de las medidas clínicas de crecimiento postraumático, afecto positivo y negativo, y estilos de afrontamiento de los dos grupos experimentales en los diferentes momentos de evaluación

| VD                | Efecto tiempo |         |      |                | Efecto grupo |       |      |                | Efecto interacción |       |      |                |
|-------------------|---------------|---------|------|----------------|--------------|-------|------|----------------|--------------------|-------|------|----------------|
|                   | F             | p       | d    | n <sup>2</sup> | F            | P     | d    | n <sup>2</sup> | F                  | p     | d    | n <sup>2</sup> |
| PTGI              | 70,440        | < 0,001 | 1,11 | 0,23           | 0,760        | 0,388 | 0,20 | 0,01           | 0,675              | 0,460 | 0,01 | 0,00           |
| PANAS +           | 53,670        | < 0,001 | 1,10 | 0,23           | 0,583        | 0,449 | 0,17 | 0,01           | 1,115              | 0,325 | 0,14 | 0,00           |
| PANAS -           | 41,374        | < 0,001 | 1,10 | 0,23           | 1,224        | 0,274 | 0,23 | 0,01           | 0,187              | 0,767 | 0,06 | 0,00           |
| <i>BRIEF-COPE</i> |               |         |      |                |              |       |      |                |                    |       |      |                |
| AC                | 14,467        | < 0,001 | 0,76 | 0,13           | 0,179        | 0,674 | 0,10 | 0,00           | 0,526              | 0,588 | 0,13 | 0,00           |
| AS                | 0,465         | 0,602   | 0,10 | 0,00           | 0,051        | 0,822 | 0,06 | 0,00           | 0,018              | 0,972 | 0,02 | 0,00           |
| BA                | 36,607        | < 0,001 | 0,88 | 0,16           | 1,874        | 0,178 | 0,32 | 0,02           | 1,062              | 0,348 | 0,14 | 0,00           |

Nota. VD = Variable dependiente; n<sup>2</sup>= ETA cuadrado; PTGI = Inventario de Crecimiento Postraumático; PANAS + = Escala de Afecto Positivo; PANAS - = Escala de Afecto Negativo; Brief-Cope= Escala Multidimensional de Estilos de Afrontamiento; AC= Afrontamiento Cognitivo; AS= Afrontamiento mediante el apoyo Social; BA= Bloqueo del Afrontamiento.

En la Figura 35 se puede observar la evolución de las diferentes medidas de autoinforme evaluadas en ambas condiciones de tratamiento en los distintos momentos de evaluación.

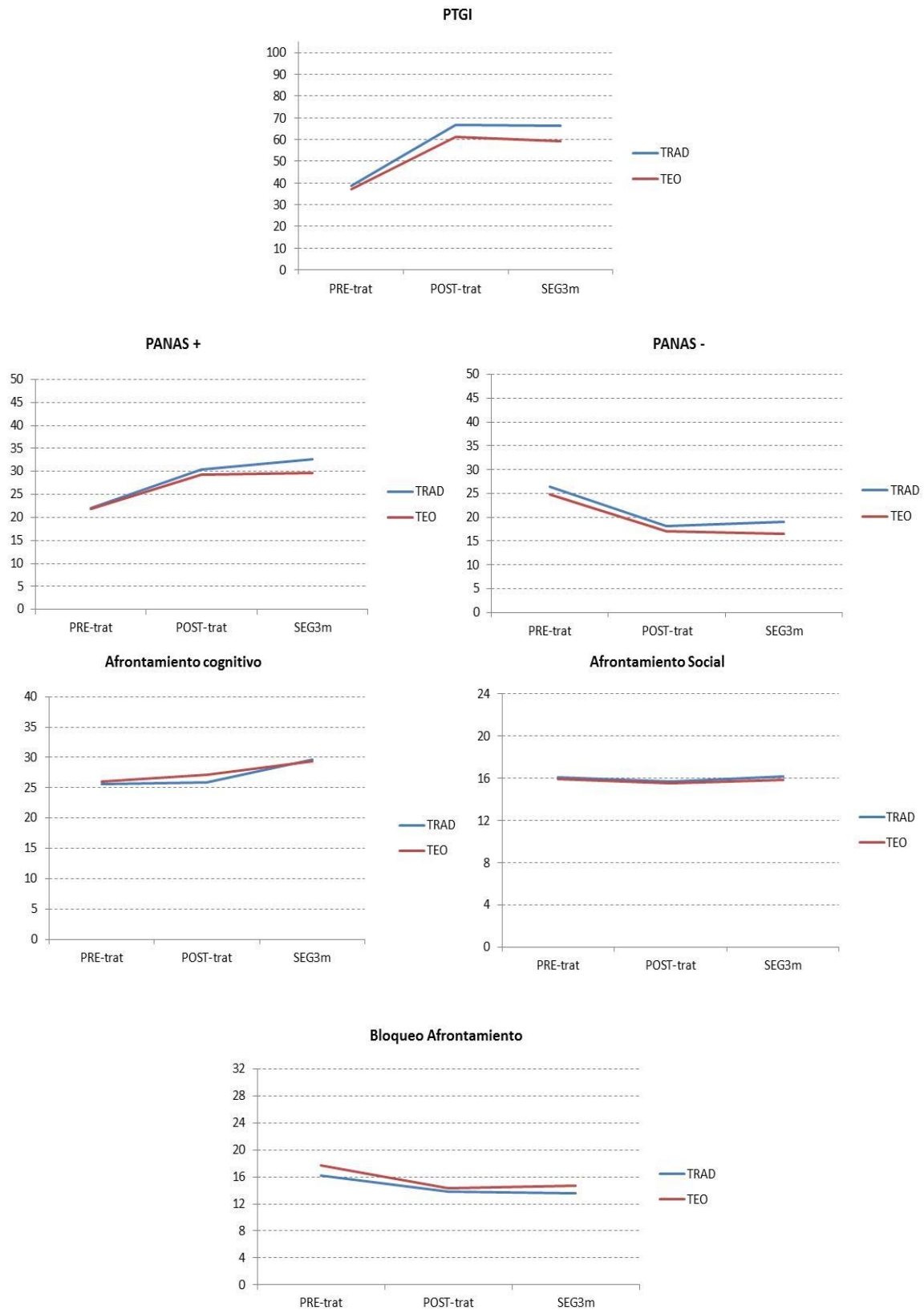


Figura 35- Evolución de las medidas clínicas de crecimiento postraumático, afecto positivo y negativo, y estilos de afrontamiento en ambas condiciones de tratamiento.



### 5.1.2.1.4 Variables clínicas de interferencia y gravedad

Además de todas las variables mencionadas anteriormente, también se analizaron aspectos relacionados con la interferencia y gravedad que produce el acontecimiento estresante en la vida de las personas. Estas variables fueron valoradas tanto por los propios participantes como por los terapeutas. Las medias y las desviaciones típicas obtenidas para cada una de estas medidas se muestran en la Tabla 24.

Tabla 24 - Medias y desviaciones típicas de las medidas clínicas de interferencia y gravedad en el pre, post y seguimiento a los 3 meses con el análisis ITT.

| VD       | Condición | Pre-trat |      | Post-trat |      | Seg3 |      |
|----------|-----------|----------|------|-----------|------|------|------|
|          |           | M        | DT   | M         | DT   | M    | DT   |
| I/GI pac | TRAD      | 5,64     | 1,65 | 2,60      | 1,83 | 2,12 | 1,76 |
|          | TEO       | 5,29     | 1,65 | 2,46      | 1,44 | 2,29 | 1,78 |
|          | Total     | 5,47     | 1,65 | 2,53      | 1,3  | 2,20 | 1,76 |
| I/Gr tp  | TRAD      | 4,96     | 1,1  | 2,04      | 1,57 | 2,28 | 1,97 |
|          | TEO       | 4,56     | 1,36 | 1,92      | 1,04 | 1,56 | 1,23 |
|          | Total     | 4,76     | 1,24 | 1,98      | 1,32 | 1,92 | 1,64 |

Nota. VD = Variable dependiente I/GI pac = Interferencia Global paciente; I/Gr tp = Interferencia/Gravedad terapeuta.

Como se puede observar en la Tabla 25, los resultados de los ANOVAs mixtos indicaron que las variables relacionadas con la interferencia y la gravedad experimentaron cambios similares a lo largo del tiempo entre ambos grupos de tratamiento. Ni el *efecto grupo* ni el *efecto interacción* alcanzaron la significación estadística, mientras que el *efecto momento* fue significativo en ambas variables con tamaños del efecto grandes. Por su parte, mediante la prueba post-hoc de *Sidak* se observó con más detalle las comparaciones por pares entre los diferentes momentos de evaluación. Los resultados indicaron que las puntuaciones tanto de la interferencia del problema percibido por el paciente como la gravedad e interferencia global valorada por el clínico disminuyeron tras la aplicación del tratamiento, y estos cambios se mantuvieron en el seguimiento realizado.

Tabla 25 - Análisis de varianza de las medidas de interferencia y gravedad de los dos grupos experimentales en los diferentes momentos de evaluación.

| VD       | Efecto tiempo |         |      |                | Efecto grupo |       |      |                | Efecto interacción |       |      |                |
|----------|---------------|---------|------|----------------|--------------|-------|------|----------------|--------------------|-------|------|----------------|
|          | F             | p       | d    | n <sup>2</sup> | F            | P     | d    | n <sup>2</sup> | F                  | p     | d    | n <sup>2</sup> |
| I/Gl pac | 89,456        | < 0,001 | 1,76 | 0,44           | 0,082        | 0,776 | 0,05 | 0,00           | 0,475              | 0,558 | 0,10 | 0,00           |
| I/Gr tp  | 101,008       | < 0,001 | 1,90 | 0,47           | 1,946        | 0,169 | 0,22 | 0,01           | 0,864              | 0,404 | 0,13 | 0,00           |

Nota. VD = Variable dependiente; n2= ETA cuadrado; I/ Gl pac = Interferencia Global paciente; I/Gr tp = Interferencia/Gravedad terapeuta.

En la Figura 36 se muestra el progreso de las puntuaciones relacionadas con la interferencia y gravedad del acontecimiento estresante a lo largo del tiempo en ambas condiciones de tratamiento.

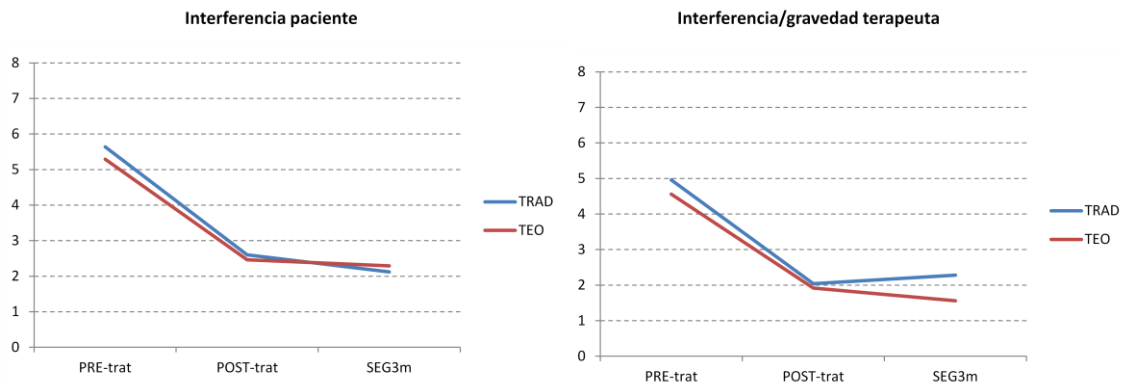


Figura 36- Evolución de las medidas de interferencia y gravedad en ambas condiciones de tratamiento.

### 5.1.2.2 Resultados obtenidos a partir del análisis de los participantes que completaron todos los momentos de evaluación (Completers)

En este apartado se presentan los resultados obtenidos a partir de los análisis realizados con los *Completers*. En la Tabla 26 se muestran las medidas y desviaciones típicas de todos los momentos de evaluación, así como los tamaños del efecto obtenidos en los análisis intra-grupo comparando los momentos pre-post tratamiento, pre-seguimiento 3 meses y post-seguimiento 3 meses. No se consideró necesario añadir en la tabla los efectos entre-grupos

dato que se esperaba que ambas condiciones sean igualmente eficaces y, por tanto, estos valores fueran pequeños.

Tabla 26 - Medias, DT y tamaños del efecto obtenidos en las medidas principales en el análisis de los *Completers*.

| VD Grupo                                    | PRE-trat      | Post-trat     | SEG3m         | Tamaño del efecto intra-grupo (pre-post) | Tamaño del efecto intra-grupo (pre-seg3) | Tamaño del efecto intra-grupo (post-seg3) |
|---|---------------|---------------|---------------|--|--|---|
|   | M (DT)        | M (DT)        | M (DT)        | d (95% CI)                               | d (95% CI)                               | d (95% CI)                                |
| <b>COMPLETERS: N = 34 (TRAD =19;TEO=15)</b> |               |               |               |  |  |   |
| <b>IEP</b>                                  |               |               |               |  |  |   |
| TRAD  | 32,93 (12,82) | 16,64 (11,26) | 15,21 (11,44) | 1,40<br>(-2,90-5,71)                     | 1,51<br>(-2,82-5,85)                     | 0,13<br>(-3,92-4,18)                      |
| TEO   | 39,69 (10,45) | 16,38 (9,55)  | 9,85 (7,27)   | 2,42<br>(-1,27-6,12)                     | 3,45<br>(0,13-6,77)                      | 0,80<br>(-2,33-3,93)                      |
| <b>BDI-II</b>                               |               |               |               |  |  |   |
| TRAD  | 23,29 (9,15)  | 6,18 (3,92)   | 5,71 (4,25)   | 2,51<br>(0,21-4,80)                      | 2,54<br>(0,21-4,87)                      | 0,12<br>(-1,21-1,45)                      |
| TEO   | 23,47 (11,19) | 7,00 (7,54)   | 6,33 (5,94)   | 1,79<br>(-1,51-5,08)                     | 1,98<br>(-1,12-5,08)                     | 0,10<br>(-2,24-2,45)                      |
| <b>Conductas objetivo</b>                   |               |               |               |  |  |   |
| <b>EC</b>                                   |               |               |               |  |  |   |
| TRAD  | 8,58 (1,22)   | 2,05 (2,15)   | 1,63 (1,83)   | 3,84<br>(3,30-4,38)                      | 4,59<br>(4,11-5,07)                      | 0,22<br>(-0,40-0,83)                      |
| TEO   | 8,73 (1,22)   | 1,47 (2,20)   | 1,13 (1,51)   | 4,22<br>(3,61-4,84)                      | 5,73<br>(5,26-6,20)                      | 0,18<br>(-0,40-0,77)                      |
| <b>MC</b>                                   |               |               |               |  |  |   |
| TRAD  | 8,05 ( 1,58)  | 2,16 (2,50)   | 1,79 (1,93)   | 2,89<br>(2,25-3,54)                      | 3,65<br>(3,10-4,19)                      | 0,17<br>(-0,52-0,86)                      |
| TEO   | 8,67 (1,40)   | 1,80 (2,30)   | 0,60 (0,99)   | 3,73<br>(3,08-4,39)                      | 6,89<br>(6,47-7,31)                      | 0,70<br>(0,09-1,31)                       |
| <b>MP/I</b>                                 |               |               |               |  |  |   |
| TRAD  | 7,53 (1,98)   | 2,58 (2,48)   | 2,21 (2,66)   | 2,27<br>(1,57-2,96)                      | 2,33<br>(1,60-3,06)                      | 0,15<br>(-0,65-0,94)                      |
| TEO   | 8,27 (1,79)   | 2,33 (2,72)   | 2,33 (2,99)   | 2,67<br>(1,87-3,47)                      | 2,49<br>(1,64-3,35)                      | 0,00<br>(-0,99-0,99)                      |
| <b>IE</b>                                   |               |               |               |  |  |   |
| TRAD  | 8,68 (1,38)   | 2,89 (2,21)   | 2,79 (2,32)   | 3,23<br>(2,66-3,80)                      | 3,17<br>(2,58-3,76)                      | 0,04<br>(-0,66-0,75)                      |
| TEO   | 8,53 (1,25)   | 2,80 (2,21)   | 2,93 (2,81)   | 3,30<br>(2,68-3,92)                      | 2,66<br>(1,91-3,42)                      | -0,05<br>(-0,93-0,82)                     |
| <b>CP</b>                                   |               |               |               |  |  |   |
| TRAD  | 8,11 (1,73)   | 1,89 (2,18)   | 2,79 (2,78)   | 3,25<br>(2,64-3,86)                      | 2,36<br>(1,64-3,08)                      | -0,37<br>(-1,14-0,40)                     |
| TEO   | 8,33 (1,17)   | 2,73 (2,49)   | 2,27 (2,02)   | 2,98<br>(2,31-3,65)                      | 3,80<br>(3,23-4,37)                      | 0,21<br>(-0,57-0,99)                      |
| <b>PTGI</b>                                 |               |               |               |  |  |   |
| TRAD  | 35,44 (19,98) | 67,05 (21,93) | 66,55 (19,59) | 1,55<br>(-8,21-5,11)                     | 1,62<br>(-7,90-4,66)                     | -0,02<br>(-6,57-6,63)                     |
| TEO   | 32,14 (16,99) | 65,43 (20,64) | 62,50 (20,30) | 1,83<br>(-8,58-4,92)                     | 1,68<br>(-8,36-5,00)                     | -0,15<br>(-7,52-7,45)                     |

| <b>PANAS +</b>          |              |              |              |                       |                       |                       |
|-------------------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| TRAD                    | 21,47 (7,27) | 30,29 (6,52) | 33,35 (7,43) | 1,32<br>(-3,57-0,93)  | 1,66<br>(-4,00-0,67)  | 0,45<br>(-2,73-1,83)  |
| TEO                     | 21,87 (7,70) | 31,20 (9,34) | 31,67 (7,43) | 1,13<br>(-4,09-1,83)  | 1,34<br>(-3,96-1,27)  | 0,06<br>(-2,87-2,75)  |
| <b>PANAS -</b>          |              |              |              |                       |                       |                       |
| TRAD                    | 25,47 (8,56) | 16,35 (4,54) | 17,47 (4,72) | 1,37<br>(-0,86-3,61)  | 1,19<br>(-1,06-3,45)  | -0,25<br>(-1,76-1,26) |
| TEO                     | 25,73 (7,75) | 16,53 (5,87) | 15,80 (5,71) | 1,38<br>(-0,99-3,76)  | 1,51<br>(-0,84-3,86)  | 0,13<br>(-1,87-2,13)  |
| <b>BRIEF-COPE</b>       |              |              |              |                       |                       |                       |
| Afrontamiento Cognitivo |              |              |              |                       |                       |                       |
| TRAD                    | 26,13 (3,48) | 26,44 (3,44) | 30,00 (5,35) | 0,09<br>(-1,25-1,07)  | 0,89<br>(-2,4-0,63)   | 0,82<br>(-2,33-0,69)  |
| TEO                     | 27,23 (4,26) | 27,77 (3,24) | 31,61 (4,68) | 0,15<br>(-1,55-1,25)  | 1,02<br>(-2,67-0,63)  | 0,99<br>(-2,48-0,49)  |
| Afrontamiento Social    |              |              |              |                       |                       |                       |
| TRAD                    | 15,41 (4,18) | 15,35 (3,43) | 16,12 (4,03) | -0,02<br>(-1,23-1,26) | 0,18<br>(-1,52-1,16)  | 0,21<br>(-1,43-1,01)  |
| TEO                     | 18,07 (2,64) | 17,28 (3,22) | 17,86 (4,28) | -0,23<br>(-0,77-1,33) | -0,06<br>(-1,21-1,33) | 0,16<br>(-1,51-1,19)  |
| Bloqueo Afrontamiento   |              |              |              |                       |                       |                       |
| TRAD                    | 15,88 (3,56) | 13,37 (2,65) | 13,25 (2,86) | 0,83<br>(-0,23-1,88)  | 0,84<br>(-0,24-1,92)  | 0,04<br>(-0,88-0,97)  |
| TEO                     | 18,00 (2,60) | 14,28 (3,17) | 15,07 (2,33) | 1,33<br>(0,30-2,37)   | 1,23<br>(0,35-2,11)   | 0,29<br>(-1,28-0,70)  |
| <b>I/GI pac</b>         |              |              |              |                       |                       |                       |
| TRAD                    | 5,53 (1,87)  | 2,26 (1,45)  | 1,63 (1,12)  | 2,01<br>(1,49-2,53)   | 2,60<br>(2,12-3,08)   | 0,50<br>(0,1-0,90)    |
| TEO                     | 5,43 (1,50)  | 1,93 (1,14)  | 1,64 (1,69)  | 2,73<br>(2,25-3,20)   | 2,46<br>(1,89-3,03)   | 0,21<br>(-0,31-0,72)  |
| <b>I/Gr tp</b>          |              |              |              |                       |                       |                       |
| TRAD                    | 4,95 (1,17)  | 1,79 (1,27)  | 2,11 (1,85)  | 2,66<br>(2,28-3,04)   | 1,88<br>(1,41-2,36)   | -0,21<br>(-0,70-0,28) |
| TEO                     | 4,67 (1,29)  | 1,67 (0,98)  | 1,07 (1,10)  | 2,71<br>(2,31-3,11)   | 3,11<br>(2,69-3,52)   | 0,60<br>(0,24-0,96)   |

Nota. VD= Variable dependiente; IEP = Inventario de Estrés y Pérdida; BDI-II= Inventario de Depresión de Beck-II; PTGI = Inventario de Crecimiento Postraumático; PANAS + = Escala de Afecto Positivo; PANAS - = Escala de Afecto Negativo; EC = Evitación Conducta; MC = Malestar Conducta; MP /I= Malestar Pensamiento/imagen; IE = Intensidad Emoción; CP = Creencia Pensamiento; I/GI pac = Inter-ferencia Global paciente; I/Gr tp: Interferencia/Gravedad terapeuta.

Los resultados obtenidos a partir de los análisis de los *Completers* de las variables que evalúan *síntomas específicos de TA y depresivos* indicaron, al igual que mostraron los análisis ITT, una mejoría significativa en ambas condiciones de tratamiento (*efecto tiempo*) (IEP:  $F_{1.75, 43.79} = 86,93$ ,  $p = ,000$ ; BDI-II:  $F_{1.59, 47.64} = 84,92$ ,  $p = ,000$ ), manteniéndose esta mejoría en el seguimiento a los 3 meses. Además, como se puede observar en la tabla, los tamaños del efecto del pre al post-tratamiento fueron grandes para ambas variables, mientras que el

tamaño del efecto del post-tratamiento al seguimiento a los 3 meses fue pequeño para la variable IEP en la condición TRADICIONAL ( $d= 0,13$ ) y grande en la condición de TEO ( $d=0,80$ ). Por otra parte, a diferencia del método de análisis anterior, se encontraron diferencias significativas en el *efecto interacción* también en la variable IEP ( $F_{1.75, 43.79} = 4,97, p =,014$ ). Las comparaciones por pares post hoc revelaron que la condición de tratamiento que realizó las tareas para casa mediante el sistema TEO disminuyó sus puntuaciones del post-tratamiento al seguimiento a los 3 meses en mayor medida que la condición de tratamiento TRADICIONAL ( $p < 0,032$ ). El tamaño del efecto obtenido en este *efecto interacción* fue medio ( $d = 0,58$ ).

Respecto a los *objetivos terapéuticos*, los datos mostraron de nuevo, al igual que en los análisis ITT, un *efecto tiempo* estadísticamente significativo en todas estas medidas relacionadas específicamente con el acontecimiento estresante: evitación de la conducta ( $F_{1.93, 61.77} = 237,68, p =,000$ ); malestar de la conducta ( $F_{1.68, 53.76} = 208,45 p =,000$ ); malestar del pensamiento/imagen ( $F_{1.8, 57.59} = 75,79 p =,000$ ); intensidad de la emoción ( $F_{1.83, 58.56} = 112,25 p =,000$ ) y grado de creencia en el pensamiento irracional relacionado con el suceso estresante ( $F_{1.78, 57.12} = 94,36, p =,000$ ). Todas estas medidas obtuvieron tamaños del efecto superiores a 0,80 del pre al post-tratamiento, y del pre al seguimiento a los tres meses en ambas condiciones de tratamiento. Los tamaños del efecto entre los momentos pos-tratamiento y seguimiento a los 3 meses fueron pequeños en todas estas variables en ambas condiciones de tratamiento, a excepción del malestar de la conducta (MC), donde se obtuvo un valor entre medio y grande ( $d=0,70$ ) en la condición de TEO. En relación a la comparación entre los grupos, no se encontraron diferencias significativas entre ellos para ninguno de los objetivos terapéuticos.

Los resultados obtenidos en las variables de *crecimiento postraumático*, *afecto* (positivo y negativo) y *estilos de afrontamiento* mostraron también un patrón similar al análisis realizado con ITT. También se encontró un *efecto tiempo* significativo en todas estas medidas de autoinforme tras la intervención (PTGI:  $F_{1.68, 50.45} = 88.02, p =,000$ ; PANAS +:  $F_{1.94, 58.29} = 49,20, p =,000$ ; PANAS -:  $F_{1.70, 51.07} = 30,80, p =,000$ ; BRIEF-COPE: Afrontamiento cognitivo  $F_{1.95, 52.72} = 12,10 p =,000$ ; y Bloqueo afrontamiento  $F_{1.66, 46.60} = 24,28, p =,000$ ), a excepción de la dimensión Afrontamiento Social del BRIEF-COPE ( $F_{1.76, 50.98} = 0,593 p =,556$ ). Los valores del tamaño del efecto fueron grandes para todas las variables que sí experimentaron cambio, menos para la medida Afrontamiento Cognitivo, la cual solamente obtuvo cambio significativo

a medio plazo, en el seguimiento a los 3 meses, con valores del tamaño del efecto también grandes. Respecto a la comparación entre grupos experimentales, en la misma línea que lo obtenido con el método de análisis ITT, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas condiciones de tratamiento.

Por último, el análisis llevado a cabo con los *Completers* también mostró que ambas condiciones fueron capaces de mejorar de forma significativa las variables relacionadas con la *interferencia y gravedad* valoradas por los participantes y los terapeutas, en ambas condiciones de tratamiento (*efecto tiempo*) y en la misma línea que el análisis ITT: Interferencia Paciente ( $F_{1.63, 50.57} = 86,60, p = ,000$ ); Interferencia/Gravedad Terapeuta ( $F_{1.40, 44.79} = 104,35, p = ,000$ ). Además, estos cambios también se mantuvieron en el seguimiento a los 3 meses. Los valores del tamaño del efecto se clasificaron como grandes del pre al post-tratamiento en ambas condiciones de tratamiento para estas medidas. Por lo que respecta al tamaño del cambio producido tras la intervención (del post-tratamiento al seguimiento a los 3 meses) en la *variable interferencia y gravedad valorada por el paciente*, la condición TRADICIONAL arrojó un valor medio ( $d=0,50$ ). Por su parte, para la *variable gravedad valorada por el terapeuta*, la condición de TEO también obtuvo un valor medio ( $d=0,62$ ) en estos momentos de evaluación.

En resumen, en los análisis de los *Completers* se encontraron resultados similares a los obtenidos con el análisis ITT, a excepción de la variable IEP que evalúa la sintomatología característica de los TA y, por tanto, la adaptación de la persona al acontecimiento estresante. En este caso se encontraron diferencias significativas entre ambas condiciones de tratamiento. Los participantes en la condición de TEO continuaron mejorando del post-tratamiento al seguimiento a los 3 meses, mientras que la mejoría alcanzada tras la intervención en los participantes de la condición TRADICIONAL se mantuvo prácticamente igual en dicho seguimiento.

### 5.1.3 Estimación del cambio clínicamente significativo producido por el tratamiento

En el presente trabajo también se incluyó el análisis acerca de la significación del cambio clínico que se hubiera producido en los participantes que forman parte del estudio, analizando la eficacia diferencial entre ambas condiciones de tratamiento. Este análisis resulta de vital importancia ya que, como afirma Iraurgi (2010), cuando investigamos la eficacia de una intervención terapéutica no solamente es necesario saber si un tratamiento ha resultado eficaz en reducir la sintomatología clínica que presentaban los pacientes, sino que también es importante analizar si ese cambio que se ha producido es significativo y clínicamente relevante. De esta forma, es importante conocer cuántos participantes modificaron sus puntuaciones de forma relevante, así como cuántos de ellos mejoraron de forma fiable hacia puntuaciones de no gravedad. Es por ello por lo que se han utilizado diferentes procedimientos de análisis para dar respuesta a esta cuestión en el presente estudio. A continuación se describe cada uno de ellos:

Por un lado, para aquellas medidas de las que disponíamos de datos normativos (en este caso las medidas de autoinforme principales del estudio), se aplicó el Índice de Cambio Fiable (ICF) propuesto por Jacobson y Truax (1991). Estos autores plantean que el cambio clínicamente significativo se produciría cuando una persona que presenta una determinada patología retorna a un funcionamiento normal, es decir, cuando se puede considerar que esa persona forma parte de la población funcional. De este modo, teniendo en cuenta los distintos tipos de poblaciones descritas y las características de su distribución teórica, estos autores establecieron tres criterios con sus correspondientes puntos de corte (a, b, c) que determinasen si una persona se encuentra en el nivel funcional tras una determinada intervención. A continuación se describe el procedimiento para obtener estos puntos de corte y la información que se debe tener en cuenta para escoger uno u otro. Para ello nos hemos basado en la información ofrecida por Iraurgi (2010):

1) En el criterio "a", el nivel funcional tras el tratamiento (o puntuación post-test) debe situarse fuera de la amplitud de la población disfuncional en la dirección de la funcionalidad. La amplitud se debe entender como la distancia de dos desviaciones estándar (DT) desde la media (M) de la distribución:  $a = M_{\text{disfuncional}} \pm 2DT_{\text{disfuncional}}$  (se sumará o restará dependiendo si

la variable a analizar es positiva o negativa). Este cálculo dará como resultado el punto de corte “a” que separará la funcionalidad de la disfuncionalidad. El criterio “a” se debe utilizar cuando se carezca de normas de población general o funcional, es decir, cuando solo dispongamos de población disfuncional.

2) En el criterio “b”, el nivel funcional tras el tratamiento se sitúa dentro de la amplitud de la población normal (general) o funcional en la dirección de la disfuncionalidad, es decir, ha de situarse fuera el punto de corte “b”. Al igual que el criterio descrito anteriormente, el punto de corte se obtiene a partir de sumar o restar (dependiendo de si la variable es positiva o negativa) dos DT a la media de la población funcional ( $b = M_{\text{funcional}} \pm 2DT_{\text{funcional}}$ ). Este criterio se utiliza cuando se dispone de datos normativos de población funcional y sería el criterio de elección cuando no existe solapamiento con la población disfuncional (p.ej., problemas de salud muy raros o muy graves). Sin embargo, en el caso de poblaciones solapadas resulta muy estricto y algunos autores proponen que sea una DT y no dos la que se calcule (Ware *et al.*, 1995).

3) Finalmente, en el criterio “c”, el nivel funcional tras el tratamiento o puntuación post-test, ha de ser más cercano a la media de la distribución de la población funcional que a la disfuncional. Este criterio de nivel funcional es el más estricto de los tres y se basa en una probabilidad relativa, que se calcula bajo el supuesto de que ambas distribuciones siguen una distribución normal, a partir de la fórmula “c”:

$$c = (M_{\text{Disfuncional}} \times DT_{\text{Funcional}} + M_{\text{Funcional}} \times DT_{\text{Disfuncional}}) / (DT_{\text{Disfuncional}} + DT_{\text{Funcional}})$$

Según este criterio, una persona que en su puntuación post-test obtenga un valor superior a “c” en la dirección de la funcionalidad, será más probable que pertenezca a la población funcional que a la disfuncional. Este criterio es el de elección cuando hay solapamiento entre la población funcional y disfuncional (como ocurre en la mayoría de fenómenos sociales y de salud), resultando más adecuado cuando se dispone tanto de datos normativos de la población disfuncional como de la general o funcional. Hasta aquí, en la propuesta de Jacobson y Truax se establecería un punto de corte que determinaría el porcentaje de personas que se situarían dentro de la población funcional o disfuncional, sin embargo, estos autores establecen una segunda condición que se debe cumplir para que el



cambio sea considerado clínicamente significativo: El Índice de Cambio Fiable (ICF). La fórmula para calcular este índice es la siguiente:

$$ICF = \frac{X_{post} - X_{pre}}{S_{dif}}$$

Donde

$$S_{dif} = \sqrt{2 \cdot (SE)^2}$$

$$SE = DT \sqrt{1 - r_{xx}}$$

Teniendo en cuenta el punto de corte obtenido previamente y el resultado de la aplicación de esta fórmula, se obtienen diferentes clasificaciones para cada sujeto acerca del resultado del proceso terapéutico. A continuación se presenta la clasificación propuesta por Iraurgi (2010) basada en la desarrollada por Kupfer (1991):

- *Recuperado.* Cuando el cambio evidenciado sea significativamente fiable ( $ICF \geq |1.96|$ ) y su puntuación final se sitúe dentro de la distribución normal o funcional.
- *Mejorado.* Cuando se evidencie una mejoría significativa a partir el ICF ( $ICF \geq |1.96|$ ) aunque no se llegue a alcanzar el nivel funcional.
- *No cambio.* Cuando no se produzca un cambio significativo en el ICF, independientemente de la posición que ocupe la puntuación del post-test en la distribución poblacional funcional o disfuncional.
- *Deteriorado.* Aquellos casos en los que el cambio sea significativo según el ICF y se produzca en el sentido contrario al esperado tras la intervención, de modo que sus puntuaciones se dirijan hacia valores de mayor disfuncionalidad.

En el presente trabajo se aplicó el ICF a las medidas de autoinforme IEP y BDI-II. Para establecer el punto de corte de ambos cuestionarios, puesto que se disponía de datos normativos de ambas poblaciones (funcional y disfuncional) y se asumió que ambas poblaciones estarían solapadas, se consideró que el criterio “c” era el más adecuado para estas

medidas. Por su parte, para establecer el punto de corte en las medidas que evalúan los objetivos del tratamiento relacionados con el acontecimiento estresante (evitación y malestar de la conducta principal, malestar del pensamiento/imagen, intensidad de la emoción y creencia en el pensamiento irracional) y la gravedad/interferencia informada por el clínico, se utilizó el criterio “a” puesto que solo se disponía de datos normativos de la población disfuncional. Así, para estas variables, sobre las cuales solo se disponía de datos normativos de la población disfuncional, se estableció un criterio de nivel de funcionalidad según la siguiente clasificación:

- *Recuperados*. Cuando la puntuación final se sitúe dentro de la distribución normal o funcional (amplitud de, al menos, 2DT respecto de la media de la distribución en el pre-tratamiento).
- *Mejorados*. Cuando se produzca una mejora pero no llegue a alcanzar el nivel de funcionalidad (amplitud comprendida entre 1DT y 2DT respecto de la media de la distribución en el pre-tratamiento).
- *No cambio*. Cuando no se haya producido un cambio relevante (amplitud inferior a 1DT respecto de la media de la distribución en el pre-tratamiento).

Finalmente, siguiendo la propuesta de autores como Mattick y Peters (1988), Turner, Beidel, Long, Turner y Townsley (1993) o Turner, Beidel y Wolf (1994), se calculó un “Índice Compuesto de Cambio” (ICC) ad-hoc que permitiera valorar de una forma global el grado de mejoría alcanzado en ambas condiciones de tratamiento. Para ello, se seleccionaron las variables clínicas consideradas más relevantes y directamente relacionadas con el TA. Estas fueron, en primer lugar, las puntuaciones dadas por los participantes en un autoinforme que rastrea la sintomatología clínica específica de TA y el grado de adaptación al acontecimiento estresante, en segundo lugar, tres de los objetivos terapéuticos que recogen las vertientes conductual, emocional y cognitiva del acontecimiento estresante experimentado por los participantes y, por último, un índice de gravedad valorado por el clínico. Posteriormente, se estableció que el criterio a seguir para determinar si la mejoría de cada participante había sido relevante en cada una de estas variables sería hacer el recuento de aquellos que habían sido clasificados como “Recuperados” o “Mejorados” en los análisis anteriores. De este modo, los participantes que habían obtenido un cambio clínico importante en estas 5 variables indicadas, fueron clasificados como “Muy mejorados”; aquellos que habían obtenido un cambio clínico

importante en 3 o 4 de dichas variables, fueron clasificados como “Mejorados” y, finalmente, los que tan solo habían logrado alcanzar un cambio clínico importante en 2 o menos variables fueron clasificados como “Sin cambio”.

Tanto el ICF como el ICC se calculó para los participantes analizados siguiendo ambos métodos de análisis: ITT y *Completers*. Además, este cambio clínico fue estimado en el post-tratamiento y también en el seguimiento a los 3 meses.

### 5.1.3.1 Índice de cambio fiable (ICF)

Como se ha mencionado anteriormente, en el presente trabajo se aplicó el ICF (Jacobson y Truax, 1991) a las medidas de autoinforme principales del estudio: IEP y BDI-II. Los porcentajes de mejoría obtenidos a partir de la aplicación del ICF en estas medidas en el post-tratamiento y también en el seguimiento a los 3 meses con el análisis ITT para ambas condiciones de tratamiento se muestran en la Tabla 27

Tabla 27 - ICF para las puntuaciones del IEP y BDI-II en el post-tratamiento y en el seguimiento a los 3 meses según el análisis ITT

| VD            | POST-trat  |              | SEG3m        |              |
|---------------|------------|--------------|--------------|--------------|
|               | TRAD       | TEO          | TRAD         | TEO          |
| <b>IEP</b>    |            |              |              |              |
| Recuperados   | 15(62, 5%) | 16 (69, 57%) | 17 (73, 91%) | 19 (82, 61%) |
| Mejorados     | 0(0%)      | 1 (4, 35%)   | 1 (4, 35%)   | 0 (0%)       |
| No cambio     | 9 (37, 5%) | 6 (26, 08%)  | 5 (21, 74%)  | 4 (17, 39%)  |
| Deteriorados  | 0 (0%)     | 0(0%)        | 0 (0%)       | 0 (0%)       |
| <b>BDI-II</b> |            |              |              |              |
| Recuperados   | 16 (64%)   | 11 (44%)     | 15 (60%)     | 11 (44%)     |
| Mejorados     | 0 (0%)     | 1 (4%)       | 0 (0%)       | 0 (0%)       |
| No cambio     | 9 (36%)    | 13 (52%)     | 10 (40%)     | 14 (56%)     |
| Deteriorados  | 0 (0%)     | 0(0%)        | 0 (0%)       | 0 (0%)       |

Nota: IEP = Inventario de Estrés y Pérdida.; BDI-II: Inventario de Depresión de Beck-II

Como se puede observar en la Tabla 27, los participantes de ambas condiciones de tratamiento se distribuyeron de forma desigual entre las categorías del ICF obtenidas. En general, la mayoría de ellos se situaron en la categoría de *Recuperados*, una minoría lo hicieron en la categoría de *Mejorados*, una parte de ellos se categorizaron como *No Cambio* y, por

último, no hubo ningún participante que tras la intervención se encontrara peor que al inicio y se situara en la categoría de *Deteriorados*.

En relación a la variable IEP, ambas condiciones de tratamiento obtuvieron elevados porcentajes en las categorías de "*Recuperados*". Más específicamente, si comparamos ambos grupos de tratamiento entre sí, observamos que un mayor número de participantes pertenecientes a la condición de TEO se clasificaron en la categoría de *Recuperados*, frente a la condición TRADICIONAL, tanto en el post-tratamiento como en el seguimiento. No obstante, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de los participantes para los diferentes grupos de tratamiento, en ningún momento de evaluación, ni en el post-tratamiento ( $X^2= 1,612$ ; g.l=2;  $p=0,447$ ) ni en el seguimiento ( $X^2= 2,202$ ; g.l=3;  $p=0,532$ ). Por último, a los 3 meses de seguimiento se produjo un aumento del porcentaje de participantes especificados como *Recuperados* y una disminución de aquellos situados en *No cambio* en ambas condiciones de tratamiento.

Por su parte, en el BDI-II se puede observar en la Tabla 27 cómo tras la intervención (post-tratamiento y seguimiento) los porcentajes de participantes que se clasificaron como *Recuperados* fueron más elevados en la condición TRADICIONAL que en la condición que utilizó el sistema TEO. Sin embargo, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en estos porcentajes entre ambas condiciones de tratamiento en ninguno de los momentos evaluados: post-tratamiento ( $X^2= 2,653$ ; g.l=2;  $p=0,265$ ) o seguimiento ( $X^2= 1,282$ ; g.l=1;  $p=0,198$ ). Por lo que respecta a la evolución de los participantes a lo largo del tiempo en esta medida, en el seguimiento a los 3 meses los porcentajes de participantes que se recuperan, mejoran o no cambian fueron similares a los valores obtenidos al finalizar la intervención.

Por otra parte, también aquí consideramos adecuado incluir el cálculo del ICF para los participantes *Completers*, ya que puede ser un análisis más fiable teniendo en cuenta que son las personas que verdaderamente han terminado el tratamiento y han completado todos los momentos de evaluación. En la Tabla 28 se muestra el número y porcentajes obtenidos en las medidas analizadas en el post-tratamiento y en el seguimiento.

Tabla 28 - ICF para las puntuaciones del IEP y BDI-II en el post-tratamiento y en el seguimiento a los 3 meses para los pacientes *Completers*

| VD            | POST-trat   |             | SEG3m       |           |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
|               | TRAD        | TEO         | TRAD        | TEO       |
| <b>IEP</b>    |             |             |             |           |
| Recuperados   | 14(73, 68%) | 17 (85%)    | 14 (87, 5%) | 13 (100%) |
| Mejorados     | 0(0%)       | 0(0%)       | 0 (0%)      | 0 (0%)    |
| No cambio     | 5 (26, 32%) | 3 (15%)     | 1 (6, 25%)  | 0 (0%)    |
| Deteriorados  | 0 (0%)      | 0(0%)       | 1 (6, 25%)  | 0 (0%)    |
| Total         | 19          | 20          | 16          | 13        |
| <b>BDI-II</b> |             |             |             |           |
| Recuperados   | 16 (72, 7%) | 11 (50%)    | 11 (64, 7%) | 9 (60%)   |
| Mejorados     | 0 (0%)      | 1 (4, 55%)  | 0 (0%)      | 0 (0%)    |
| No cambio     | 6 (27, 3%)  | 10 (45,45%) | 6 (35, 3%)  | 6 (40%)   |
| Deteriorados  | 0 (0%)      | 0(0%)       | 0 (0%)      | 0 (0%)    |
| Total         | 22          | 22          | 17          | 15        |

Nota. IEP = Inventario de Estrés y Pérdida; BDI-II: Inventario de Depresión de Beck-II

Respecto al IEP, se encontró que en general la mayoría de participantes se clasificaron bajo la etiqueta de *Recuperados* en ambas condiciones de tratamiento, siendo muy pocos los que se mantuvieron sin que se produjese ningún cambio. Si observamos con detalle los participantes en el post-tratamiento, la condición TEO obtuvo porcentajes más elevados de pacientes que se encontraban *Recuperados* que la condición TRADICIONAL (85% vs 73,68%). A pesar de ello, no se hallaron diferencias significativas entre los grupos en esta variable ( $X^2=0,765$ ; g.l=1;  $p=0,317$ ). Por último, los datos obtenidos en el seguimiento a los 3 meses mostraron una evolución favorable a lo largo del tiempo, solamente una persona se mantuvo en *No cambio* y otra se clasificó como *Deteriorada*, perteneciendo ambas a la condición TRADICIONAL. Además, todos los participantes en la condición TEO se clasificaron como *Recuperados* en el seguimiento. No obstante, tampoco en este momento de evaluación se encontraron diferencias entre ambos grupos ( $X^2= 1,745$ ; g.l=2;  $p=0,418$ ).

Por su parte, los resultados obtenidos en el BDI-II fueron similares a los hallados con el análisis ITT, esto es, los porcentajes de personas que se situaron en la categoría de *Recuperados* en el post-tratamiento fue superior en la condición TRADICIONAL que en la condición TEO, siendo también este último grupo de tratamiento quien tuvo mayor número de personas clasificadas en *No cambio*. En referencia a los valores resultantes del análisis en el seguimiento, los porcentajes fueron muy similares en ambas condiciones, obteniéndose un porcentaje de personas que se podrían clasificar como recuperadas de alrededor del 60%. No

existieron diferencias significativas en la distribución de los participantes entre ambas condiciones de tratamiento ni en el post-tratamiento ( $X^2= 2,926$ ; g.l=2;  $p=0,232$ ), ni en el seguimiento ( $X^2= 0,075$ ; g.l=1;  $p=0,536$ ).

### 5.1.3.2. Cambio en los niveles de funcionalidad en otras variables

En este apartado se presenta los resultados de otras variables relevantes analizadas para obtener información acerca de los progresos alcanzados a nivel clínico o funcional por los participantes de ambas condiciones. Dado que no se disponía de todos los datos requeridos para aplicar el ICF, se planteó aplicar los criterios “a” o “b” propuestos por Jacobson y Truax (1991), descritos previamente, que establecen un punto de corte entre la funcionalidad y la disfuncionalidad tras la intervención realizada. Las variables analizadas en este apartado fueron los objetivos terapéuticos, concretamente la evitación y el malestar de la conducta objetivo principal, el malestar del pensamiento o imagen intrusiva relacionada con el problema, la intensidad de la emoción relacionada con el acontecimiento estresante experimentado, y la creencia en el pensamiento irracional asociado a este. Por último, también se analizó la medida de valoración de la gravedad/interferencia por parte del clínico.

Los porcentajes de los participantes analizados según ITT obtenidos a partir de la aplicación del criterio “a” en el post-tratamiento y en el seguimiento para ambas condiciones de tratamiento se muestran en la Tabla 29

Tabla 29 - Cambio a nivel funcional producido en las variables relacionadas con los objetivos terapéuticos y la interferencia/ gravedad valorada por el clínico según el análisis ITT.

| VD           | POST-trat |          | SEG3m    |          |
|--------------|-----------|----------|----------|----------|
|              | TRAD      | TEO      | TRAD     | TEO      |
| <b>EC</b>    |           |          |          |          |
| Recuperados  | 20 (80%)  | 19 (76%) | 22 (88%) | 21 (84%) |
| Mejorados    | 1 (4%)    | 2 (8%)   | 0 (0%)   | 0 (0%)   |
| No cambio    | 4 (16%)   | 4 (16%)  | 3 (12%)  | 4 (16%)  |
| Deteriorados | 0 (0%)    | 0(0%)    | 0 (0%)   | 0 (0%)   |
| <b>MC</b>    |           |          |          |          |
| Recuperados  | 19(76%)   | 18 (72%) | 22 (88%) | 20 (80%) |
| Mejorados    | 2(8%)     | 5 (20%)  | 0 (0%)   | 3 (12%)  |
| No cambio    | 4 (16%)   | 2 (8%)   | 3 (12%)  | 2 (8%)   |
| Deteriorados | 0 (0%)    | 0(0%)    | 0 (0%)   | 0 (0%)   |
| <b>MP/I</b>  |           |          |          |          |

|                |          |          |          |          |
|----------------|----------|----------|----------|----------|
| Recuperados    | 17 (68%) | 16(64%)  | 18 (72%) | 14 (56%) |
| Mejorados      | 2 (8%)   | 2 (8%)   | 1 (4%)   | 4 (16%)  |
| No cambio      | 6 (24%)  | 7 (28%)  | 6 (24%)  | 7 (28%)  |
| Deteriorados   | 0 (0%)   | 0 (0%)   | 0 (0%)   | 0 (0%)   |
| <b>IE</b>      |          |          |          |          |
| Recuperados    | 19 (76%) | 19 (76%) | 20 (80%) | 16 (64%) |
| Mejorados      | 3 (12%)  | 3 (12%)  | 1 (4%)   | 6 (24%)  |
| No cambio      | 3 (12%)  | 3 (12%)  | 4 (16%)  | 3 (12%)  |
| Deteriorados   | 0 (0%)   | 0 (0%)   | 0 (0%)   | 0 (0%)   |
| <b>CP</b>      |          |          |          |          |
| Recuperados    | 20 (80%) | 20(80%)  | 18 (72%) | 20 (80%) |
| Mejorados      | 0 (0%)   | 1 (4%)   | 1 (4%)   | 1 (4%)   |
| No cambio      | 5(20%)   | 4 (16%)  | 6 (24%)  | 4(16%)   |
| Deteriorados   | 0 (0%)   | 0 (0%)   | 0(0%)    | 0 (0%)   |
| <b>I/Gr tp</b> |          |          |          |          |
| Recuperados    | 15 (60%) | 16(64%)  | 17 (68%) | 19 (76%) |
| Mejorados      | 6(24%)   | 8 (32%)  | 3 (12%)  | 4 (16%)  |
| No cambio      | 4(16%)   | 1 (4%)   | 5 (20%)  | 2(16%)   |
| Deteriorados   | 0 (0%)   | 0 (0%)   | 0 (0%)   | 0 (0%)   |

Nota. VD = Variable dependiente; EC = Evitación Conducta; MC = Malestar Conducta; MP /I= Malestar Pensamiento/imagen; IE = Intensidad Emoción; CP = Creencia Pensamiento; I/Gr tp = Interferencia/Gravedad terapeuta.

De forma general, los resultados presentados en la Tabla 29 indican que, en relación a los *objetivos terapéuticos*, el porcentaje de participantes que evidenciaron un cambio tras la intervención fue superior al de los participantes que no experimentaron cambio en ambas condiciones. Al comparar ambas condiciones en el post-tratamiento, se observa como la condición TRADICIONAL obtuvo porcentajes ligeramente superiores en los participantes clasificados como *Recuperados*, a excepción de la variable intensidad de la emoción que mostró el mismo porcentaje en ambos grupos. A pesar de ello, y si tenemos en cuenta el número de personas que no cambian, la condición TEO arrojó porcentajes menores en las variables creencia en el pensamiento irracional y malestar de la conducta principal, aunque sin llegar a alcanzar significación estadística (CP:  $X^2= 1,111$ ; g.l=2;  $p=0,574$ ; MC:  $X^2= 1,979$ ; g.l=2;  $p=0,372$ ). Por lo que se refiere al momento de seguimiento, el porcentaje de personas que estaban recuperadas se incrementó respecto al post-tratamiento en todas las variables estudiadas en la condición TRADICIONAL, a excepción de la variable creencia en el pensamiento irracional que disminuyó en dos participantes. Por otra parte, la mayoría de las personas en la condición TEO se situaron en *Recuperados*, sin embargo, en la variable malestar del pensamiento/imagen intrusiva dos participantes pasaron a la categoría de *Mejorados*. Lo mismo ocurrió con la variable intensidad de la emoción, ya que tres pacientes que estaban en la categoría de *Recuperados* pasaron a clasificarse como *Mejorados*. Estas mínimas diferencias

no alcanzaron significación estadística entre ambos grupos experimentales en ninguna de estas dos variables: malestar del pensamiento/imagen ( $X^2= 2,377$ ; g.l=2; p=0,305) o intensidad emocional ( $X^2= 4,159$ ; g.l=2; p=0,125).

Por último, como se puede observar en la Tabla 29, para la *variable gravedad/interferencia* valorada por el clínico, la mayoría de los participantes fueron valorados como *Recuperados* tras el tratamiento, obteniéndose valores similares en ambos grupos. Sin embargo, se encontró un porcentaje menor de participantes catalogados como *No cambio* en la condición de TEO (4% vs 16%). Por su parte, en el seguimiento a los 3 meses, el porcentaje de participantes que se situaron como *Recuperados* aumentó respecto al post-tratamiento, aunque disminuyó en la categoría de *Mejorados* a favor de *No cambio* en ambas condiciones de tratamiento. No existieron diferencias significativas entre ambas condiciones experimentales ( $X^2= 1,540$ ; g.l=2; p=0,463).

Al igual que se ha hecho para las variables principales de autoinforme, también se ha estimado el cambio clínico para los participantes *Completers*. En la Tabla 30 se muestran los porcentajes obtenidos tras la aplicación del criterio “a” en los objetivos terapéuticos, y la gravedad valorada por el terapeuta en el post-tratamiento y en el seguimiento, para ambas condiciones de tratamiento.

Tabla 30 - Cambio a nivel funcional producido en las variables relacionadas con los objetivos terapéuticos y la gravedad/interferencia valorada por el terapeuta según el análisis con los participantes

| <i>Completers</i> |                  |              |              |              |
|-------------------|------------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>VD</b>         | <b>POST-trat</b> |              | <b>SEG3m</b> |              |
|                   | <b>TRAD</b>      | <b>TEO</b>   | <b>TRAD</b>  | <b>TEO</b>   |
| <b>EP</b>         |                  |              |              |              |
| Recuperados       | 20 (90, 90%)     | 19 (86, 36%) | 19 (100%)    | 15 (100%)    |
| Mejorados         | 1 (4, 55%)       | 2 (9, 09%)   | 0 (0%)       | 0 (0%)       |
| No cambio         | 1 (4, 55%)       | 1 (4, 55%)   | 0 (0%)       | 0 (0%)       |
| Empeorado         | 0 (0%)           | 0(0%)        | 0 (0%)       | 0 (0%)       |
| Total             | 22               | 22           | 19           | 15           |
| <b>MC</b>         |                  |              |              |              |
| Recuperados       | 19(86, 36%)      | 18 (81, 81%) | 19 (100%)    | 15 (100%)    |
| Mejorados         | 2(9, 09%)        | 3 (13, 64%)  | 0 (0%)       | 0 (0%)       |
| No cambio         | 1 (4, 55%)       | 1 (4, 55%)   | 0 (0%)       | 2 (0%)       |
| Empeorado         | 0 (0%)           | 0(0%)        | 0 (0%)       | 0 (0%)       |
| Total             | 22               | 22           | 19           | 15           |
| <b>MP/I</b>       |                  |              |              |              |
| Recuperados       | 16 (72, 73%)     | 14(63, 63%)  | 14 (73, 68%) | 10 (66, 67%) |
| Mejorados         | 3 (13, 63%)      | 4 (18, 18%)  | 3 (15,79)    | 2 (13, 33%)  |
| No cambio         | 3 (13, 63%)      | 4 (18, 18%)  | 2 (10, 53%)  | 3 (20%)      |



|                |              |              |              |              |
|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Empeorado      | 0 (0%)       | 0 (0%)       | 0 (0%)       | 0 (0%)       |
| Total          | 22           | 22           | 19           | 15           |
| <b>IE</b>      |              |              |              |              |
| Recuperados    | 19 (86, 36%) | 19 (86, 36%) | 17 (89, 48%) | 11 (73, 33%) |
| Mejorados      | 3(13, 64%)   | 2 (9, 09%)   | 1 (5, 26%)   | 3 (20%)      |
| No cambio      | 0 (0%)       | 1 (4, 55%)   | 1 (5, 26%)   | 1 (6, 67%)   |
| Empeorado      | 0 (0%)       | 0 (0%)       | 0 (0%)       | 0 (0%)       |
| Total          | 22           | 22           | 19           | 15           |
| <b>CP</b>      |              |              |              |              |
| Recuperados    | 20 (90, 91%) | 20(90, 91%)  | 16 (84, 21%) | 14 (93, 33%) |
| Mejorados      | 2(9, 09%)    | 2 (9, 09%)   | 1 (5, 26%)   | 0 (0%)       |
| No cambio      | 0(0%)        | 0 (0%)       | 2 (10, 53%)  | 1(6, 67%)    |
| Empeorado      | 0 (0%)       | 0 (0%)       | 0 (0%)       | 0 (0%)       |
| Total          | 22           | 22           | 19           | 15           |
| <b>I/Gr tp</b> |              |              |              |              |
| Recuperados    | 15 (68, 18%) | 16(72, 73%)  | 15 (78, 94%) | 14 (93, 33%) |
| Mejorados      | 6(27, 27%)   | 6 (27, 27%)  | 2 (10, 53%)  | 0 (0%)       |
| No cambio      | 1(4, 54%)    | 0 (0%)       | 2 (10, 53%)  | 1(6, 67%)    |
| Empeorado      | 0 (0%)       | 0 (0%)       | 0 (0%)       | 0 (0%)       |
| Total          | 22           | 22           | 19           | 15           |

Nota. VD = Variable dependiente; EC = Evitación Conducta; MC = Malestar Conducta; MP /I= Malestar Pensamiento/imagen; IE = Intensidad Emoción; CP = Creencia Pensamiento. I/Gr tp: Interferencia/Gravedad terapeuta.

Como se indica en dicha tabla, en general más del 63% de los participantes se clasificaron como *Recuperados* en todas las variables analizadas en ambos momentos de evaluación. Si tenemos en cuenta los valores obtenidos en los *objetivos terapéuticos* en el post-tratamiento, se observa como la condición TRADICIONAL obtuvo porcentajes algo más altos que la condición TEO en esta categoría en todas las variables analizadas, a excepción de la creencia en el pensamiento irracional y la intensidad de la emoción, donde los valores fueron iguales en ambos grupos. Cabe destacar que ningún participante empeoró en ninguna de estas variables tras la aplicación del tratamiento. Por lo que respecta a los resultados alcanzados tras el análisis Chi cuadrado, se observa como ambos grupos se comportaron de forma similar no habiendo diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables analizadas: evitación conducta ( $X^2= 0,359$ ; g.l=2;  $p=0,836$ ), malestar conducta ( $X^2= 0,227$ ; g.l=2;  $p=0,893$ ), malestar pensamiento/imagen intrusiva ( $X^2= 0,419$ ; g.l=2;  $p=0,811$ ), intensidad emoción ( $X^2= 0,000$ ; g.l=2;  $p=1,000$ ) y creencia en el pensamiento irracional ( $X^2= 0,000$ ; g.l=1;  $p=1,000$ ).

Por otra parte, los resultados obtenidos en el seguimiento a los 3 meses mostraron de nuevo pequeñas diferencias a favor de la condición TRADICIONAL en el porcentaje de personas

recuperadas en la mayoría de las medidas relacionadas con los objetivos terapéuticos. Sin embargo, la variable creencia del pensamiento irracional no se comportó de la misma manera, siendo la condición TEO la que obtuvo un porcentaje mayor de personas recuperadas (93,3% vs. 84,21%), y menor de personas de *No cambio* (6,67% vs. 10,53%). Es importante destacar que todos los participantes fueron clasificados como *Recuperados* tanto en el malestar como en la evitación de la conducta objetivo principal en ambas condiciones de tratamiento. No hubo diferencias significativas en la distribución de los participantes entre las diferentes categorías para ninguno de los otros tres objetivos terapéuticos: malestar pensamiento/imagen intrusiva ( $X^2= 0,604$ ; g.l=2; p=0,739), intensidad emocional ( $X^2= 1,841$ ; g.l=2; p=0,398) y creencia del pensamiento ( $X^2= 1,010$ ; g.l=2; p=0,603).

Por su parte, la valoración del clínico acerca de *la interferencia y gravedad global valorada por el terapeuta* en el post-tratamiento, obtuvo valores similares en ambos grupos, aunque el porcentaje de personas situadas en *Recuperados* fue ligeramente mayor en el grupo TEO (72,73% vs. 68,18%). Al igual que los resultados obtenidos con el análisis ITT, no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento ( $X^2= 1,032$ ; g.l=2; p=0,597). Finalmente, en el seguimiento el porcentaje más alto de participantes de ambas condiciones se situó en la categoría de *Recuperados*, llegando a alcanzar el 93,3% en la condición TEO. En este caso, tampoco hubo diferencias significativas entre ambas condiciones experimentales ( $X^2= 1,924$ ; g.l=2; p=0,382).

### **5.1.3.3 Índice Compuesto de Cambio (ICC)**

Como complemento a los resultados anteriores, se calculó un ICC donde se pudiese obtener una visión más completa y global de la mejoría que los participantes de ambas condiciones (analizados según ITT y *Completers*) habían experimentado como consecuencia de la intervención realizada. Para ello, en primer lugar se seleccionaron determinadas variables teniendo en cuenta que fueran representativas del problema y procedieran de diferentes áreas de evaluación, por lo que se consideró importante analizar: una medida de sintomatología específica de TA valorada por un instrumento de autoinforme; una medida de evitación de la conducta objetivo principal; otras medidas que valoran, por una parte, la intensidad de la emoción relacionada con el problema y, por otra, el grado de creencia en el

pensamiento irracional asociado al acontecimiento estresante y; por último, una medida de valoración por parte del clínico. De este modo, se escogieron las siguientes variables para aplicar el ICC:

- Puntuación obtenida en el IEP.
- Grado de evitación de la conducta objetivo principal.
- Intensidad de la emoción principal.
- Creencia en el pensamiento irracional.
- Gravedad/Interferencia valorada por el terapeuta.

En la Tabla 31 que se presenta a continuación se puede observar el resultado de la aplicación del ICC en ambas condiciones de tratamiento en los diferentes momentos de evaluación, según el método de análisis ITT.

Tabla 31 - Resultados del ICC según el análisis ITT.

| CATEGORÍA     | POST-trat      |                | SEG3m         |                |
|---------------|----------------|----------------|---------------|----------------|
|               | TRAD           | TEO            | TRAD          | TEO            |
| Muy mejorados | 14<br>(58,33%) | 16<br>(69,57%) | 15<br>(62,5%) | 17<br>(73,91%) |
| Mejorados     | 6<br>(25%)     | 3<br>(13,04%)  | 5<br>(20,83%) | 2<br>(8,70%)   |
| Sin cambio    | 4<br>(16,67%)  | 4<br>(17,39%)  | 4<br>(16,67%) | 4<br>(17,39%)  |
| Total         | 24             | 23             | 24            | 23             |

Los resultados que se obtuvieron tras aplicar el ICC con los participantes incluidos en el análisis ITT fueron positivos. La mayor parte de los participantes de ambas condiciones se clasificaron como “Muy mejorados” o “Mejorados”, es decir, que un alto porcentaje de personas mostró una mejoría importante en un mínimo de 3 de las 5 variables de medida incluidas en este análisis. En cuanto a la evolución de estos porcentajes en el seguimiento, éstos se mantuvieron relativamente estables, aumentando ligeramente los participantes “*Muy mejorados*” en ambos grupos. Respecto a la comparación entre ambas condiciones de tratamiento, como se puede observar en la Tabla 31 fue la condición TEO la que obtuvo porcentajes algo superiores a la condición TRADICIONAL en los dos momentos de evaluación. Sin embargo, la prueba Chi Cuadrado aplicada no reveló diferencias estadísticamente significativas entre ambas condiciones experimentales ( $\chi^2= 1,390$ ; g.l=2;  $p=0,499$ ).

En la Figura 37 se ofrece una representación gráfica de la evolución de los porcentajes de participantes de ambas condiciones de tratamiento en el post-tratamiento y en el seguimiento.

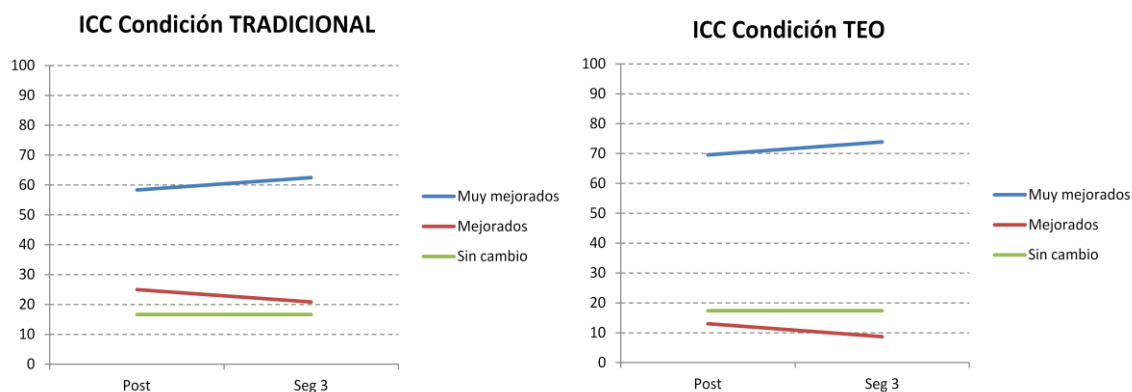


Figura 37- Evolución del ICC en ambas condiciones de tratamiento con participantes analizados ITT.

Como se puede observar en dicha figura, en ambas condiciones experimentales el porcentaje de participantes *Muy Mejorados* que se alcanzó en el post-tratamiento aumentó en el seguimiento a los 3 meses y, como consecuencia de ello, aquellos que fueron clasificados como *Mejorados* disminuyeron en porcentaje en el seguimiento analizado. Los porcentajes de pacientes en la categoría de *Sin cambio* se mantuvieron estables en ambas condiciones a lo largo del tiempo.

Por último, con el fin de obtener una valoración global del grado de mejora alcanzado que fuera más fiable y tuviese en cuenta aquellos participantes que habían realizado el tratamiento completo y habían sido evaluados en el seguimiento, se calculó el ICC también con los participantes *Completers*. En la Tabla 32 se presentan los datos resultantes de la aplicación del ICC para estos participantes en ambas condiciones de tratamiento.

Tabla 32 - Resultados del ICC según el análisis con los participantes *Completers*

| CATEGORÍA     | POST-trat      |                | SEG3m       |                |
|---------------|----------------|----------------|-------------|----------------|
|               | TRAD           | TEO            | TRAD        | TEO            |
| Muy mejorados | 13<br>(68,42%) | 16<br>(69,57%) | 12<br>(75%) | 12<br>(92,31%) |

|            |               |               |               |              |
|------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| Mejorados  | 5<br>(26,32%) | 3<br>(13,04%) | 3<br>(18,75%) | 1<br>(7,69%) |
| Sin cambio | 1<br>(5,26%)  | 1<br>(17,39%) | 1<br>(6,25%)  | 0<br>(0%)    |
| Total      | 19            | 20            | 16            | 13           |

En general, el índice ofrece un porcentaje muy alto de participantes (de más del 80%) que se situaron en la categoría de *Muy mejorados* o *Mejorados* en ambas condiciones. De forma similar a los análisis con ITT, al comparar ambos grupos de tratamiento se observa como la condición TEO obtuvo porcentajes más altos de participantes *Muy mejorados*. Por otra parte, se observa una gran diferencia en los pacientes que se clasifican en *Sin cambio* según el tipo de análisis que se realice (ITT o *Completers*). Los análisis realizados con los *Completers* mostraron muchos menos participantes que no logran cambiar su estado clínico, habiendo solamente una persona que en cada grupo de tratamiento se sitúa bajo esta clasificación.

Por lo que respecta a la evolución de los porcentajes en el seguimiento, los valores resultantes del análisis en la condición TRADICIONAL mostraron un ligero aumento de participantes clasificados como *Muy mejorados* del post-tratamiento al seguimiento a los 3 meses. Respecto a la condición TEO, este aumento de un momento de evaluación a otro fue más evidente. Además, en esta condición el porcentaje de personas *Sin cambio* del post-tratamiento al seguimiento disminuyó hasta el 0%. Sin embargo, los datos acerca de la evolución de los participantes tras la intervención se han de tomar con especial precaución debido al desigual número de participantes en los dos momentos de evaluación. En la Figura 38 se muestra una representación gráfica del cálculo del ICC.

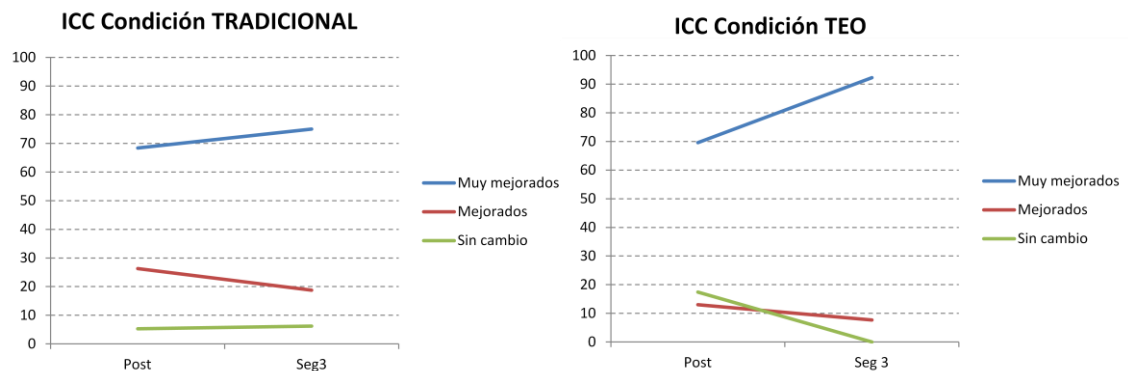


Figura 38- Evolución del ICC en ambas condiciones de tratamiento con participantes *Completers*

## **5.2 RESULTADOS RELACIONADOS CON EL COMPONENTE ESPECÍFICO DE TAREAS PARA CASA**

En este apartado se analizará, por una parte, si hay diferencias entre las condiciones experimentales antes de empezar el protocolo de sesiones de tareas para casa en las variables clínicas relacionadas con este componente específico de tratamiento. Por otra parte, se presentarán los resultados obtenidos en dichas variables con el objetivo de determinar la eficacia diferencial de los dos protocolos específicos de tareas para casa diferentes (TEO y TRADICIONAL). Además, se estudiará la eficiencia diferencial de ambos formatos, analizando en cuál de las dos condiciones de tratamiento los participantes necesitan menos tiempo de terapia para mejorar su situación clínica. Por último, se analizará la aceptación de ambos protocolos de tareas para casa por parte de los participantes en términos de expectativas, opinión, satisfacción y preferencias.

### **5.2.1 Diferencias entre las dos condiciones experimentales antes de la realización del protocolo de tareas para casa**

A continuación se describen los datos obtenidos en cada una de las variables de medida tras el análisis realizado antes de la aplicación del protocolo de tareas para casa en ambas condiciones experimentales.

#### **5.2.1.1. Variables clínicas específicas de estado de ánimo y autoeficacia**

En la Tabla 33 se muestran los estadísticos descriptivos y los resultados de las pruebas  $t$  para muestras independientes para las variables clínicas principales referidas a estado de ánimo (EA) y autoeficacia percibida para afrontar el problema sufrido. Los resultados indicaron que no existieron diferencias significativas antes de la aplicación del componente de tareas para casa en ninguna de estas dos variables entre ambas condiciones experimentales.

Tabla 33 - Puntuaciones correspondientes al estado de ánimo y autoeficacia para hacer frente al problema en los dos grupos experimentales en el momento pre-tareas para casa

| VD     | Condición | M    | DT   | t     | P     |
|--------|-----------|------|------|-------|-------|
| EA     | TRAD      | 4,48 | 0,93 | 1,077 | 0,288 |
|        | TEO       | 4,14 | 1,12 |       |       |
|        | Total     | 4,31 |      |       |       |
| Autoef | TRAD      | 5,38 | 1,60 | 0,519 | 0,607 |
|        | TEO       | 5,05 | 2,55 |       |       |
|        | Total     | 5,21 |      |       |       |

Nota. VD = Variable dependiente; EA = Estado de ánimo; Autoef= Autoeficacia para hacer frente al problema; Condición tradicional n=21; Condición TEO n=22.

### 5.2.1.2. Variables emocionales específicas

Por otra parte, también se analizaron las emociones tanto negativas como positivas que manifestaban los participantes. Las emociones positivas que se evaluaron fueron la alegría y la relajación o relax, mientras que las emociones negativas fueron la tristeza, el enfado o la rabia y la ansiedad. Con el objetivo de simplificar la exposición de los datos, se calcularon las medias de las emociones positivas (alegría y relax), por un lado, y las medias de las emociones negativas (tristeza, rabia y ansiedad) por otro, obteniendo dos puntuaciones medias finales, una para cada tipo de emoción. Antes de realizar este cálculo, se comprobó que los diferentes tipos de emociones correlacionaban entre sí, para de esta manera confirmar la adecuación de su agrupación.

En la Tabla 34 se presentan tanto los estadísticos descriptivos de las variables emocionales como los resultados de la prueba *t* para muestras independientes realizadas con el objetivo de analizar si había diferencias significativas antes de la aplicación del protocolo de tareas para casa. Los resultados indicaron que los dos grupos experimentales que conformaron el estudio no se diferenciaban entre sí.

Tabla 34 - Puntuaciones correspondientes a las emociones positivas y negativas en los dos grupos experimentales en el momento pre-tareas para casa.

| VD          | Condición | M    | DT   | t     | p     |
|-------------|-----------|------|------|-------|-------|
| Emociones + | TRAD      | 3,17 | 1,20 | 0,978 | 0,334 |
|             | TEO       | 2,82 | 1,14 |       |       |
|             | Total     | 2,99 | 1,17 |       |       |

|             |       |      |      |        |       |
|-------------|-------|------|------|--------|-------|
| Emociones - | TRAD  | 3,56 | 1,39 | -0,206 | 0,838 |
|             | TEO   | 3,64 | 1,17 |        |       |
|             | Total | 3,6  | 1,28 |        |       |

Nota. VD = Variable dependiente; Emociones += Emociones positivas; Emociones - = Emociones negativas; Condición tradicional n=21; Condición TEO n=22.

## 5.2.2 Eficacia diferencial del protocolo de tareas para casa entre las dos condiciones experimentales

Además de poner a prueba la eficacia del protocolo de tratamiento para los TA (objetivo expuesto en el apartado anterior), un segundo objetivo principal de la presente tesis doctoral fue comparar la eficacia diferencial de uno de los componentes más importantes del tratamiento, esto es, el componente de tareas para casa. Como ya se ha descrito en el apartado de *Método*, ambos protocolos de tareas para casa (TRADICIONAL y TEO) contaban con 6 sesiones en las que los participantes eran evaluados *antes y después* de realizar cada una de ellas. Para comparar la eficacia diferencial de ambos protocolos de tareas para casa desarrollados, se llevaron a cabo ANOVAS mixtos 2 (grupo) x 6 (tiempo) x 2 (pre-post) con un factor entre sujetos (TRADICIONAL *versus* TEO) y dos factores de medidas repetidas o intra-sujetos (sesión1, *vs.* sesión 2 *vs.* sesión 3 *vs.* sesión 4 *vs.* sesión 5 *vs.* sesión 6, y antes *vs.* después de cada sesión), para las puntuaciones de cada una de las medidas utilizadas. Además, para el análisis de la evolución de las puntuaciones a lo largo de las sesiones (*efecto tiempo*), y el cambio pre-post en cada una de ellas (*efecto momento pre-post sesión*) se utilizó la prueba post-hoc de ajuste para comparaciones múltiples de Sidak. Cabe recordar aquí que a todos los participantes se les recomendaba realizar la sesión correspondiente de tareas para casa un mínimo de 3 veces en el periodo entre sesiones de tratamiento. Los resultados que se mostrarán a continuación son los realizados teniendo en cuenta la primera vez que los participantes realizaban la tarea.

Por otra parte, para el análisis de las variables que solamente eran evaluadas *después* de realizar las tareas, se realizaron ANOVAS mixtos 2 (grupo) X 6 (tiempo), también con un factor entre sujetos (TRADICIONAL *versus* TEO), pero en esta ocasión con solo un factor intra-sujetos de medidas repetidas (sesión1, *vs.* sesión 2 *vs.* sesión 3 *vs.* sesión 4 *vs.* sesión 5 *vs.*



sesión 6). Al igual que en el caso anterior, para el análisis de la evolución de las puntuaciones a lo largo de las sesiones (*efecto tiempo*) se utilizó la prueba post-hoc de ajuste para comparaciones múltiples de Sidak.

En las tablas que se presentarán a lo largo de este apartado se mostrarán, en primer lugar, los valores de las medias y las desviaciones típicas de las variables en cada una de las condiciones experimentales. En segundo lugar, los resultados obtenidos con los ANOVAs mixtos indicando los valores de la F, el nivel de significación (p) y la eta cuadrado ( $\eta^2$ ) para el efecto grupo, tiempo, momento pre-post, y cada una de las interacciones que resultan de estos efectos. Se presentarán también los tamaños del efecto (d de Cohen) obtenidos en cada una de las medidas en cada uno de los grupos experimentales. Finalmente, se ofrecerá una representación gráfica de la evolución de cada una de las variables clínicas analizadas en cada grupo de tratamiento.

Por último, en cuanto a la presentación de los resultados, en primer lugar se describirán los resultados relacionados con las variables de estado de ánimo y la autoeficacia para hacer frente al problema, en segundo lugar, se presentaran aquellos resultados obtenidos a partir de las variables relacionadas con el cambio experimentado por los pacientes en estas variables una vez terminada la tarea y, finalmente, se expondrá los datos hallados en cuanto al análisis de las emociones tanto positivas como negativas .

### **5.2.2.1. Variables clínicas de estado de ánimo y autoeficacia**

En primer lugar, en la Tabla 35 se presentan las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones dadas por los participantes en la variable estado de ánimo para cada una de las sesiones de tareas para casa en los diferentes momentos de evaluación (pre-post sesión).

Tabla 35 - Medias y desviaciones típicas de la variable EA en las distintas sesiones de tareas para casa en los momentos pre-post evaluación.

| VD | SESIÓN | Condición | Pre-sesión |      | Post-sesión |      |
|----|--------|-----------|------------|------|-------------|------|
|    |        |           | M          | DT   | M           | DT   |
| EA | S1     | TRAD      | 4,44       | 0,98 | 4,67        | 1,45 |

|    |       |      |      |      |      |
|----|-------|------|------|------|------|
|    | TEO   | 4,10 | 1,14 | 4,38 | 0,92 |
|    | Total | 4,26 | 1,07 | 4,51 | 1,19 |
| S2 |       |      |      |      |      |
|    | TRAD  | 4,22 | 1,17 | 4,78 | 0,94 |
|    | TEO   | 4,38 | 1,07 | 4,52 | 0,93 |
|    | Total | 4,31 | 1,10 | 4,64 | 0,93 |
| S3 |       |      |      |      |      |
|    | TRAD  | 4,67 | 0,69 | 5,50 | 0,92 |
|    | TEO   | 4,52 | 1,21 | 4,81 | 0,81 |
|    | Total | 4,59 | 0,99 | 5,13 | 0,92 |
| S4 |       |      |      |      |      |
|    | TRAD  | 5,22 | 0,65 | 5,39 | 0,78 |
|    | TEO   | 4,52 | 1,29 | 5,19 | 1,08 |
|    | Total | 4,85 | 1,09 | 5,28 | 0,94 |
| S5 |       |      |      |      |      |
|    | TRAD  | 5,44 | 0,70 | 5,67 | 0,84 |
|    | TEO   | 5,14 | 0,65 | 5,57 | 0,68 |
|    | Total | 5,28 | 0,69 | 5,62 | 0,75 |
| S6 |       |      |      |      |      |
|    | TRAD  | 5,50 | 0,79 | 5,78 | 0,81 |
|    | TEO   | 5,29 | 1,01 | 5,57 | 0,93 |
|    | Total | 5,38 | 0,91 | 5,67 | 0,87 |

Nota. VD: Variable dependiente; N= 44

Los análisis de varianza realizados dieron como resultado los datos que se muestran en la Tabla 36. Dichos análisis revelaron que el *efecto tiempo* fue significativo y alcanzó un tamaño del efecto grande. Los participantes mejoraron a lo largo de las sesiones de tareas para casa por igual en ambas condiciones, no mostrándose significativo el efecto interacción tiempo x grupo. Tras realizar la prueba post-hoc de ajuste para comparaciones múltiples de Sidak, encontramos que, en general, hubo un cambio significativo en el estado de ánimo que se producía a partir de la tercera sesión del protocolo de tareas para casa. Además, si vamos más allá y comparamos las distintas sesiones entre sí, los resultados obtenidos indican que los participantes en las últimas sesiones (5 y 6) seguían mejorando respecto al resto de sesiones incluidas en dicho protocolo, llegando a alcanzar significación estadística.

En cuanto al *efecto momento pre-post sesión*, este fue significativo con un tamaño del efecto de 0,35 (entre pequeño y medio). Esto indica que en general hubo una mejora en el estado de ánimo de los participantes tras realizar las tareas asignadas. No se observó efecto interacción (*momento pre-post x grupo*), por lo que ambas condiciones experimentales no difirieron entre sí.

Por su parte, el *efecto tiempo x momento pre-post sesión* tampoco alcanzó significación estadística, por lo que en ninguna sesión en particular hubo más cambio, tras la realización de la tarea, que en otra. Todas las sesiones que conforman el protocolo de tareas para casa consiguieron mejorar el estado de ánimo de los participantes en igual medida.

Por último, resultó significativo el efecto interacción *tiempo x momento pre-post sesión x grupo*. Las comparaciones por pares indicaron que en la condición TRADICIONAL el mayor cambio pre-post se produjo en la sesión 3, mientras que en la condición TEO la diferencia mayor entre estos dos momentos se dio en la sesión 4.

Tabla 36 - Análisis de varianza de la variable EA de los dos grupos experimentales.

| VD=EA                 |        |      |                |                                 |        |      |                |  |               |      |                |
|-----------------------|--------|------|----------------|---------------------------------|--------|------|----------------|--|---------------|------|----------------|
| Efecto tiempo         |        |      |                | Efecto momento pre-post         |        |      |                | Efecto tiempo x momento pre-post         |               |      |                |
| F                     | p      | d    | n <sup>2</sup> | F                               | p      | d    | n <sup>2</sup> | F  | p             | d    | n <sup>2</sup> |
| 18,901                | <0,001 | 0,90 | 0,17           | 22,454                          | <0,001 | 0,35 | 0,03           | 0,791                                    | 0,536         | 0,09 | 0,00           |
| Efecto tiempo x grupo |        |      |                | Efecto momento pre-post x grupo |        |      |                | Efecto tiempo x momento pre-post x grupo |               |      |                |
| F                     | p      | d    | n <sup>2</sup> | F                               | p      | d    | n <sup>2</sup> | F  | p             | d    | n <sup>2</sup> |
| 0,468                 | 0,730  | 0,13 | 0,00           | 0,039                           | 0,844  | 0,01 | 0,000          | 2,446                                    | <b>0,047*</b> | 0,17 | 0,00           |

Nota. \*P < 0.05; VD = Variable dependiente; EA= Estado de ánimo; n<sup>2</sup>= ETA cuadrado

En la Figura 39 se pueden observar las puntuaciones de los participantes en la variable estado de ánimo antes y después de cada una de las sesiones de tareas para casa. Como se aprecia, ambas condiciones experimentales consiguieron mejorar el estado de ánimo de los participantes en cada sesión de tareas para casa de forma muy similar.

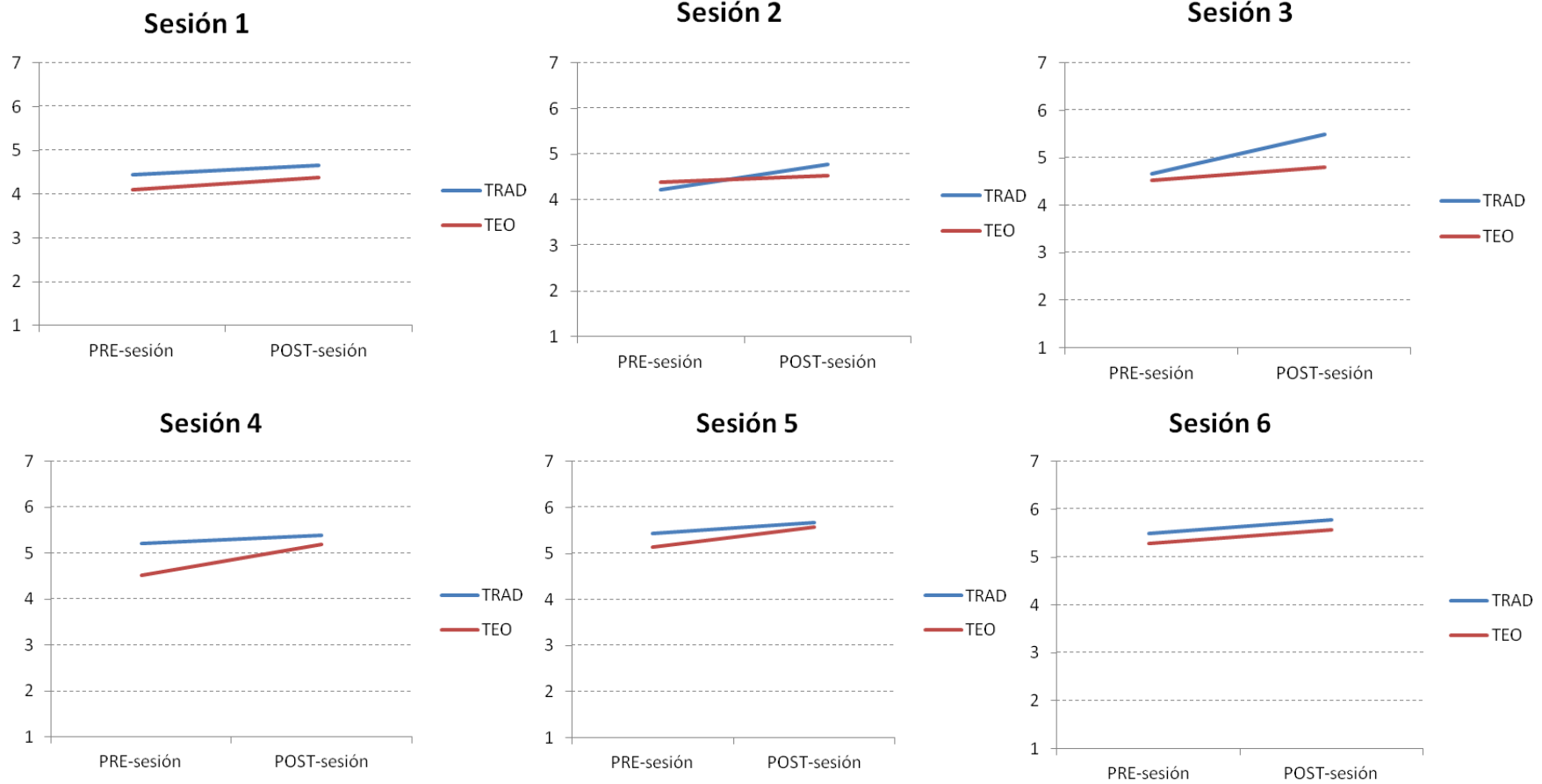


Figura 39- Puntuaciones del estado de ánimo valoradas antes y después de cada sesión de tareas para casa

En segundo lugar, en la Tabla 37 se presentan los datos referentes a la medida que evalúa la autoeficacia percibida por el paciente a la hora de afrontar el problema.

Tabla 37 - Medias y desviaciones típicas de la variable autoeficacia en las distintas sesiones de tareas para casa en los momentos pre-post evaluación.

| VD           | SESIÓN | Condición | Pre-sesión |      | Post-sesión |      |
|--------------|--------|-----------|------------|------|-------------|------|
|              |        |           | M          | DT   | M           | DT   |
| Autoeficacia | S1     | TRAD      | 5,38       | 1,60 | 5,95        | 1,75 |
|              |        | TEO       | 5,00       | 2,61 | 5,24        | 2,45 |
|              |        | Total     | 5,19       | 2,14 | 5,60        | 2,13 |
|              | S2     | TRAD      | 5,52       | 1,66 | 6,24        | 1,58 |
|              |        | TEO       | 5,76       | 2,47 | 6,24        | 2,26 |
|              |        | Total     | 5,64       | 2,08 | 6,24        | 1,92 |
|              | S3     | TRAD      | 6,19       | 1,33 | 6,81        | 1,03 |
|              |        | TEO       | 5,76       | 2,28 | 6,38        | 2,01 |
|              |        | Total     | 5,98       | 1,85 | 6,60        | 1,59 |
|              | S4     | TRAD      | 6,90       | 0,77 | 7,33        | 1,02 |
|              |        | TEO       | 6,86       | 2,20 | 7,29        | 2,17 |
|              |        | Total     | 6,88       | 1,63 | 7,31        | 1,67 |
|              | S5     | TRAD      | 7,33       | 1,06 | 7,67        | 1,24 |
|              |        | TEO       | 7,67       | 1,77 | 8,10        | 1,58 |
|              |        | Total     | 7,50       | 1,45 | 7,88        | 1,42 |
|              | S6     | TRAD      | 7,81       | 1,12 | 8,14        | 1,15 |
|              |        | TEO       | 8,00       | 1,52 | 8,19        | 1,66 |
|              |        | Total     | 7,90       | 1,32 | 8,17        | 1,41 |

Nota. VD: Variable dependiente; N= 44

Los resultados de los ANOVAs mixtos realizados se muestran en la Tabla 38. Como se puede observar en dicha tabla, el *efecto tiempo* resultó significativo ( $p < 0.001$ ) con un tamaño del efecto grande. Estos resultados indican que hubo un cambio importante en la capacidad que sentían las personas a la hora de hacer frente el problema a lo largo de las distintas sesiones de tareas para casa. Respecto a las comparaciones realizadas entre ambas condiciones de tratamiento (*efecto tiempo x grupo*), no existieron diferencias estadísticamente significativas entre ambas, mostrando que tanto la condición TRADICIONAL como la condición TEO resultaron igual de eficaces a la hora de aumentar las puntuaciones en esta variable. Las comparaciones realizadas mediante las pruebas post-hoc indicaron que, a pesar de que la

autoeficacia se incrementó a lo largo de las sesiones, fue a partir de la sesión 4 cuando el cambio resultó significativo (frente a la primera sesión de tareas para casa) y los participantes siguieron mejorando respecto a esta sesión en las últimas sesiones (5 y 6), alcanzando significación estadística.

Por otra parte, el *efecto momento pre-post* sesión de tareas para casa también resultó significativo ( $p < 0.001$ ) con un tamaño del efecto pequeño. Los participantes en general se sintieron más capaces después de realizar la tarea que antes de empezarla. Al igual que en la variable estado de ánimo, no se produjo *efecto interacción momento pre-post x grupo*, por lo que ambas condiciones fueron igual de eficaces en la mejora en la autoeficacia percibida por los participantes. Por último, todas las sesiones de tareas para casa consiguieron aumentar la autoeficacia de los pacientes para afrontar su problema en igual grado, no alcanzándose significación estadística para ninguna sesión en particular.

Tabla 38 - Análisis de varianza de la variable autoeficacia de los dos grupos experimentales.

| VD= AE                |        |      |                |                                 |        |      |                |  |       |      |                |
|-----------------------|--------|------|----------------|---------------------------------|--------|------|----------------|--|-------|------|----------------|
| Efecto tiempo         |        |      |                | Efecto momento pre-post         |        |      |                | Efecto tiempo x momento pre-post         |       |      |                |
| F                     | p      | d    | n <sup>2</sup> | F                               | p      | d    | n <sup>2</sup> | F  | p     | d    | n <sup>2</sup> |
| 28,216                | <0,001 | 1,09 | 0,23           | 54,545                          | <0,001 | 0,22 | 0,01           | 1,420                                    | 0,228 | 0,06 | 0,00           |
| Efecto tiempo x grupo |        |      |                | Efecto momento pre-post x grupo |        |      |                | Efecto tiempo x momento pre-post x grupo |       |      |                |
| F                     | p      | d    | n <sup>2</sup> | F                               | p      | d    | n <sup>2</sup> | F  | p     | d    | n <sup>2</sup> |
| 0,830                 | 0,485  | 0,16 | 0,01           | 0,722                           | 0,401  | 0,03 | 0,00           | 0,513                                    | 0,732 | 0,04 | 0,00           |

Nota. VD = Variable dependiente; AE= Autoeficacia; n<sup>2</sup>= ETA cuadrado

En la Figura 40 se pueden observar las puntuaciones de los participantes en la variable autoeficacia para hacer frente al problema antes y después de cada una de las sesiones de tareas para casa. Como se puede observar en dicha figura, las puntuaciones dadas por los participantes en esta variable siguieron la misma línea ascendente en ambas condiciones, obteniéndose resultados muy similares entre sí.

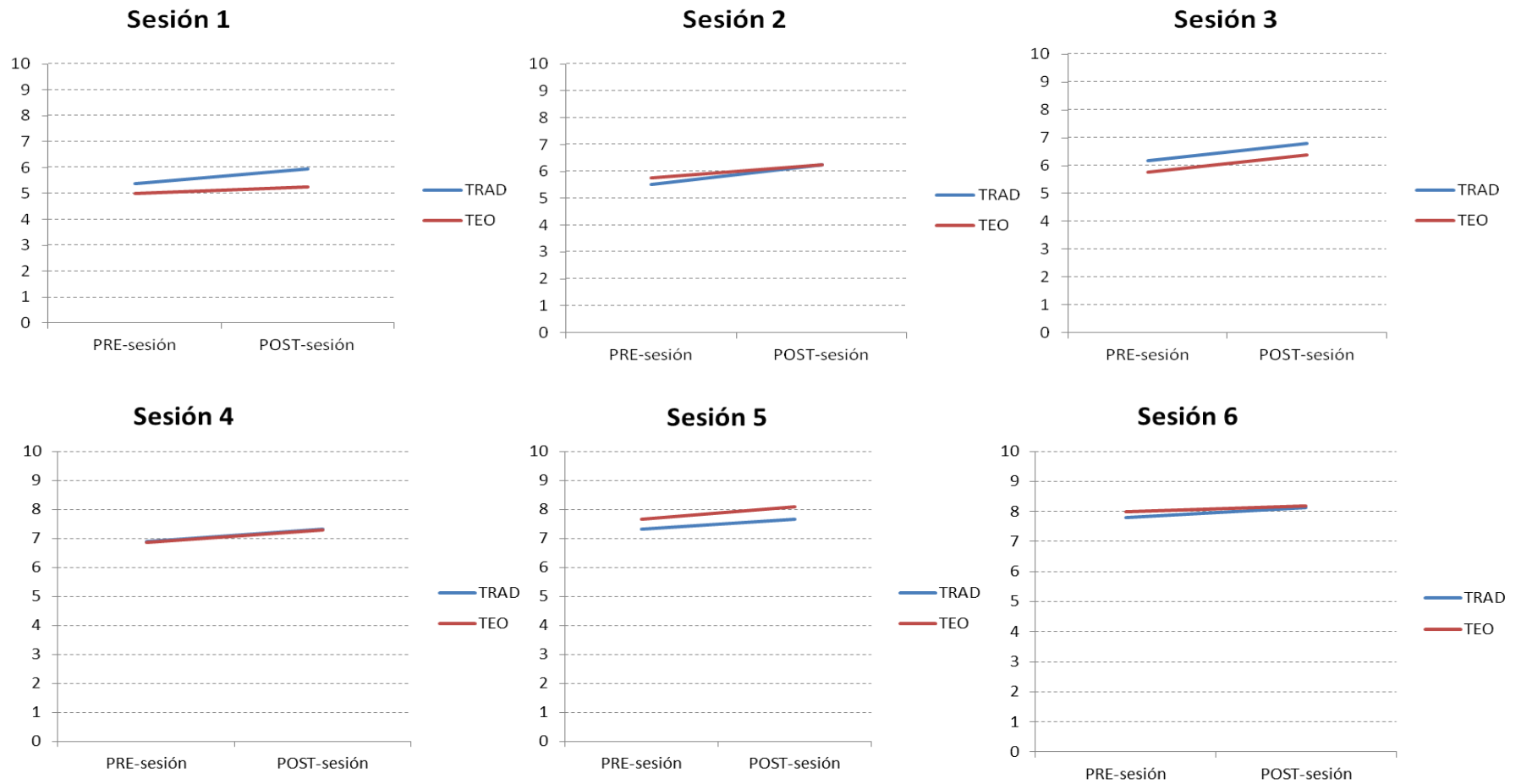


Figura 40- Puntuaciones de la autoeficacia para hacer frente al problema valoradas antes y después de cada sesión de tareas para casa.

En conclusión, los resultados obtenidos en las variables estado de ánimo y autoeficacia fueron muy similares. Por un lado, se obtuvo un cambio significativo a lo largo de las 6 sesiones de tareas para casa que conforman el protocolo en ambos grupos experimentales y, por otro, se consiguió una variación importante en las puntuaciones de estas variables (antes vs. después de llevarlas a cabo) no existiendo diferencias entre las condiciones. Además, todas las sesiones fueron eficaces a la hora de aumentar las puntuaciones de estas variables, no habiendo ninguna sesión mejor que otra en ninguna condición experimental.

### **5.2.2.2. Variables relacionadas con el cambio experimentado en el estado de ánimo y la autoeficacia**

Además de evaluar las variables estado de ánimo y autoeficacia antes y después de cada sesión de tareas para casa, también se consideró importante analizar en qué medida los participantes percibían el cambio experimentado en estas variables tras realizar cada sesión. Los resultados obtenidos tras la realización de los ANOVAS mixtos 2 (grupo) X 6 (tiempo) para estas variables se presentan a continuación.

En la Tabla 39 se muestran las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones dadas por los participantes en la variable cambio percibido en el estado de ánimo evaluada después de realizar cada una de las sesiones de tareas para casa.

Tabla 39 - Medias y desviaciones típicas del cambio experimentado en el estado de ánimo a lo largo de las distintas sesiones de tareas para casa

| VD        | SESIÓN | Condición | Post-sesión |      |
|-----------|--------|-----------|-------------|------|
|           |        |           | M           | DT   |
| Cambio EA | S1     | TRAD      | 4,68        | 1,16 |
|           |        | TEO       | 4,52        | 0,68 |
|           |        | Total     | 4,60        | 0,93 |
|           | S2     | TRAD      | 4,95        | 0,85 |
|           |        | TEO       | 4,62        | 0,80 |
|           |        | Total     | 4,78        | 0,83 |
|           | S3     | TRAD      | 5,42        | 0,96 |
|           |        | TEO       | 4,90        | 0,70 |



|    |       |      |      |
|----|-------|------|------|
| S4 | Total | 5,15 | 0,86 |
|    | TRAD  | 5,11 | 0,94 |
|    | TEO   | 5,14 | 0,79 |
| S5 | Total | 5,13 | 0,85 |
|    | TRAD  | 5,42 | 0,84 |
|    | TEO   | 5,43 | 0,68 |
| S6 | Total | 5,43 | 0,75 |
|    | TRAD  | 5,53 | 0,84 |
|    | TEO   | 5,29 | 1,35 |
|    | Total | 5,40 | 1,13 |

Nota. VD=Variable dependiente; Cambio EA=Cambio en el estado de ánimo; N= 44

Los resultados del análisis de varianza que se presentan en la Tabla 40 indican que a lo largo de las sesiones del protocolo de tareas para casa se produjo un cambio estadísticamente significativo en la variable analizada ( $p < 0,001$ ), con un tamaño del efecto medio. En general, los participantes percibieron que su estado de ánimo cambió favorablemente tras realizar las tareas para casa a lo largo de las sesiones.

Tabla 40 - Análisis de varianza del cambio experimentado en el estado de ánimo por los participantes en los dos grupos experimentales después de realizar cada tarea asignada.

| VD        | Efecto tiempo |         |      |                | Efecto grupo |       |      |                | Efecto interacción tiempo x grupo |       |      |                |
|-----------|---------------|---------|------|----------------|--------------|-------|------|----------------|-----------------------------------|-------|------|----------------|
|           | F             | p       | d    | n <sup>2</sup> | F            | p     | d    | n <sup>2</sup> | F                                 | p     | d    | n <sup>2</sup> |
| Cambio EA | 7,114         | < 0,001 | 0,68 | 0,10           | 1,340        | 0,254 | 0,21 | 0,01           | 0,711                             | 0,590 | 0,20 | 0,01           |

Nota. VD = Variable dependiente; n<sup>2</sup> = ETA cuadrado

Si observamos detalladamente la información que se deriva de las pruebas post-hoc de Sidak en la Tabla 41, encontramos que el cambio experimentado en el estado de ánimo resultó estadísticamente significativo en la sesión 3, posteriormente en la sesión 4 estos cambios se mantuvieron y, a partir de entonces, se siguió produciendo un cambio significativo para las últimas sesiones (5 y 6), comparadas con la primera sesión. Por lo que respecta al *efecto interacción*, este no resultó significativo, por lo que ambas condiciones experimentales lograron cambiar el estado de ánimo de los participantes.

Tabla 41 - Resultados de la prueba post-hoc de ajuste para comparaciones múltiples de Sidak aplicada al efecto momento para la medida de cambio en el estado de ánimo .

| Post-sesión | Cambio en el estado de ánimo |    |         |    |         |         |
|-------------|------------------------------|----|---------|----|---------|---------|
|             | S1                           | S2 | S3      | S4 | S5      | S6      |
| S1          |                              |    | p=0,050 |    | p=0,001 | p=0,011 |
| S2          |                              |    |         |    | p=0,006 |         |
| S3          |                              |    |         |    |         |         |
| S4          |                              |    |         |    |         |         |
| S5          |                              |    |         |    |         |         |
| S6          |                              |    |         |    |         |         |

En la Figura 41 se muestra la evolución del cambio experimentado en el estado de ánimo tras realizar cada una de las sesiones que conforman las tareas para casa.

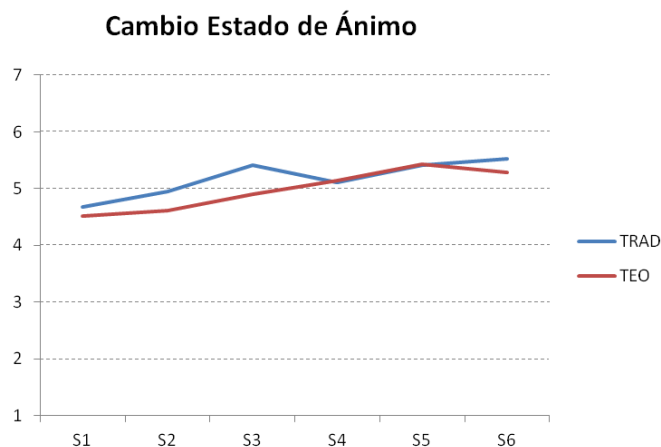


Figura 41- Cambio experimentado en el estado de ánimo evaluado después de realizar cada una de las sesiones

Por otra parte, en la Tabla 42 se presentan los datos relacionados con la otra variable de cambio analizada, esto es, el cambio experimentado en la autoeficacia percibida para hacer frente al problema tras realizar la tarea para casa asignada.

Tabla 42 - Medias y desviaciones típicas del cambio experimentado en la autoeficacia para afrontar el problema a lo largo de las distintas sesiones de tareas para casa.

| VD | SESIÓN | Condición | Post-sesión |    |
|----|--------|-----------|-------------|----|
|    |        |           | M           | DT |

| Cambio AEF | S1 | TRAD  | 4,62 | 0,59 |
|------------|----|-------|------|------|
|            |    | TEO   | 4,19 | 0,51 |
|            |    | Total | 4,40 | 0,59 |
|            | S2 | TRAD  | 5,00 | 0,71 |
|            |    | TEO   | 4,76 | 0,62 |
|            |    | Total | 4,88 | 0,67 |
|            | S3 | TRAD  | 5,10 | 0,77 |
|            |    | TEO   | 4,95 | 0,67 |
|            |    | Total | 5,02 | 0,71 |
|            | S4 | TRAD  | 5,33 | 0,73 |
|            |    | TEO   | 5,14 | 0,85 |
|            |    | Total | 5,24 | 0,79 |
|            | S5 | TRAD  | 5,48 | 0,87 |
|            |    | TEO   | 5,29 | 0,72 |
|            |    | Total | 5,38 | 0,79 |
|            | S6 | TRAD  | 5,38 | 0,74 |
|            |    | TEO   | 5,14 | 1,15 |
|            |    | Total | 5,26 | 0,96 |

Nota. VD: Variable dependiente; Cambio AEF: Cambio en la autoeficacia para hacer frente al problema; N= 44

Los resultados de los ANOVAS mixtos 2 (grupo) x 6 (tiempo) llevados a cabo fueron muy similares a los obtenidos para el cambio en el estado de ánimo. Como se puede ver en la Tabla 43, se obtuvo un *efecto tiempo* significativo ( $p < 0,001$ ), es decir, los participantes percibieron que su autoeficacia para afrontar el problema cambió favorablemente a lo largo de las sesiones que conforman el protocolo específico de este componente de tratamiento. Además, el tamaño del efecto alcanzado fue grande. Estos cambios se produjeron para ambas condiciones experimentales.

Tabla 43 - Análisis de varianza del cambio experimentado en la autoeficacia por los participantes en los dos grupos experimentales después de realizar cada tarea asignada.

| VD         | Efecto tiempo |         |      |                | Efecto grupo |       |      |                | Efecto interacción |       |      |                |
|------------|---------------|---------|------|----------------|--------------|-------|------|----------------|--------------------|-------|------|----------------|
|            | F             | p       | d    | n <sup>2</sup> | F            | p     | d    | n <sup>2</sup> | F                  | p     | d    | n <sup>2</sup> |
| Cambio AEF | 14,536        | < 0,001 | 0,86 | 0,16           | 2,170        | 0,149 | 0,29 | 0,02           | 0,286              | 0,900 | 0,11 | 0,00           |

Nota. VD = Variable dependiente; Cambio AEF= Cambio en la autoeficacia para hacer frente al problema; n<sup>2</sup>= ETA cuadrado

Los resultados obtenidos tras la realización de las pruebas post hoc de Sidak para el efecto tiempo se muestran en la Tabla 44. Como se observa en dicha tabla, fue a partir de la sesión 2 cuando el cambio resultó estadísticamente significativo. A partir de entonces los participantes continuaron mejorando sus puntuaciones, alcanzando significación estadística también para el resto de sesiones. Por su parte, tras realizar la sesión 5 los participantes percibieron un cambio en la capacidad para hacer frente al problema que fue significativamente mayor comparado con las puntuaciones tras la realización de la sesión 2.

Tabla 44 - Resultados de la prueba post-hoc de ajuste para comparaciones múltiples de Sidak aplicada al efecto momento para la medida de cambio en la autoeficacia.

| Post-sesión | Cambio en la autoeficacia |         |         |         |         |         |
|-------------|---------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
|             | S1                        | S2      | S3      | S4      | S5      | S6      |
| S1          |                           | p=0,010 | p<0,001 | p<0,001 | p<0,001 | p<0,001 |
| S2          |                           |         |         |         | p=0,009 |         |
| S3          |                           |         |         |         |         |         |
| S4          |                           |         |         |         |         |         |
| S5          |                           |         |         |         |         |         |
| S6          |                           |         |         |         |         |         |

En la Figura 42 se muestra la evolución del cambio experimentado en la autoeficacia para hacer frente al problema tras realizar cada una de las sesiones que conforman el componente de tareas para casa.

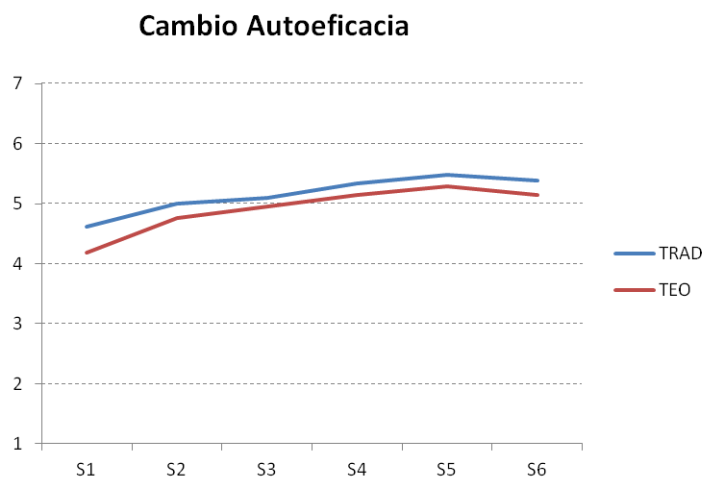


Figura 42- Cambio experimentado en la autoeficacia para hacer frente al problema después de realizar cada una de las sesiones de tareas para casa.

### 5.2.2.3. Variables emocionales específicas

Por último, también se analizaron los datos relacionados con las emociones positivas y negativas experimentadas por los participantes durante la realización del protocolo de tareas para casa. Cabe recordar que las emociones positivas se refieren específicamente a las puntuaciones en las emociones de relax y alegría, mientras que en las emociones negativas se incluyen las emociones de tristeza, enfado o rabia y ansiedad. En la Tabla 45 se presentan los datos referentes a las emociones positivas a lo largo de los diferentes momentos evaluados dentro del protocolo de tareas para casa.

Tabla 45 - Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en las emociones positivas para las distintas sesiones de tareas para casa en los momentos pre-post evaluación.

| VD          | SESIÓN | Condición | Pre-sesión |      | Post-sesión |      |
|-------------|--------|-----------|------------|------|-------------|------|
|             |        |           | M          | DT   | M           | DT   |
| Emociones + | S1     | TRAD      | 3,17       | 1,20 | 3,48        | 1,37 |
|             |        | TEO       | 2,81       | 1,17 | 3,17        | 1,15 |
|             |        | Total     | 2,99       | 1,18 | 3,32        | 1,26 |
|             | S2     | TRAD      | 2,86       | 1,00 | 3,38        | 1,28 |
|             |        | TEO       | 2,90       | 1,08 | 3,09        | 1,04 |
|             |        | Total     | 2,88       | 1,03 | 3,24        | 1,16 |
|             | S3     | TRAD      | 3,52       | 1,08 | 3,81        | 1,32 |
|             |        | TEO       | 2,74       | 1,28 | 2,98        | 1,17 |
|             |        | Total     | 3,13       | 1,23 | 3,39        | 1,30 |
|             | S4     | TRAD      | 3,93       | 0,91 | 4,21        | 0,93 |
|             |        | TEO       | 3,33       | 1,46 | 3,90        | 1,54 |
|             |        | Total     | 3,63       | 1,24 | 4,06        | 1,26 |
|             | S5     | TRAD      | 4,26       | 0,90 | 4,52        | 0,91 |
|             |        | TEO       | 3,86       | 1,16 | 4,57        | 0,85 |
|             |        | Total     | 4,06       | 1,05 | 4,55        | 0,87 |
|             | S6     | TRAD      | 4,38       | 1,10 | 4,74        | 1,20 |
|             |        | TEO       | 3,76       | 1,16 | 4,07        | 1,27 |
|             |        | Total     | 4,07       | 1,16 | 4,40        | 1,26 |

Nota. VD: Variable dependiente; Emociones +: Emociones positivas; N= 44

Por otra parte, en la Tabla 46 se presentan los análisis de varianza llevado a cabo para las emociones positivas. En dicha tabla se evidencia un *efecto tiempo* y un *efecto momento pre-post* con un tamaño del efecto grande y pequeño, respectivamente. En primer lugar, por lo

que respecta al primero de los efectos, este nos indica que en general hubo un cambio significativo a lo largo de las sesiones que conforman el protocolo de tareas para casa. Los participantes aumentaron sus emociones positivas una vez realizadas todas las sesiones que les habían sido asignadas como tarea. Cuando analizamos en profundidad las comparaciones entre las sesiones (mediante las pruebas post-hoc de Sidak) encontramos que, comparado con los datos de la primera sesión, el aumento de las emociones positivas fue significativo a partir de la cuarta sesión en adelante. Es decir, los participantes siguieron mejorando sus puntuaciones significativamente a partir de esta cuarta sesión hasta finalizar el programa de tareas para casa. En segundo lugar, respecto al resultado obtenido del análisis pre-post sesión, se observa como en general se dio un aumento significativo de las emociones positivas tras realizar cada tarea asignada.

En cuanto a los *efectos de interacción*, no se encontró significación estadística para ninguna de las combinaciones posibles, por lo que ambas condiciones experimentales fueron eficaces por igual, tanto a la hora de aumentar las emociones positivas a lo largo de las distintas sesiones, como a la hora de producir cambio antes y después de su realización. Además, no hubo ninguna sesión de tareas para casa que produjera más cambio en los momentos de evaluación pre-post que otra, y el cambio entre estos momentos fue similar para ambas condiciones experimentales.

Tabla 46 - Análisis de varianza de las emociones positivas de los dos grupos experimentales.

| VD = E+               |         |      |                |                                 |        |      |                |  |       |      |                |
|-----------------------|---------|------|----------------|---------------------------------|--------|------|----------------|--|-------|------|----------------|
| Efecto tiempo         |         |      |                | Efecto momento pre-post         |        |      |                | Efecto tiempo x momento pre-post         |       |      |                |
| F                     | p       | d    | n <sup>2</sup> | F                               | p      | d    | n <sup>2</sup> | F  | p     | d    | n <sup>2</sup> |
| 19,538                | < 0,001 | 0,86 | 0,16           | 34,501                          | <0,001 | 0,29 | 0,02           | 0,429                                    | 0,814 | 0,06 | 0,00           |
| Efecto tiempo x grupo |         |      |                | Efecto momento pre-post x grupo |        |      |                | Efecto tiempo x momento pre-post x grupo |       |      |                |
| F                     | p       | d    | n <sup>2</sup> | F                               | P      | d    | n <sup>2</sup> | F  | p     | d    | n <sup>2</sup> |
| 1,127                 | 0,345   | 0,19 | 0,01           | 0,227                           | 0,636  | 0,02 | 0,00           | 1,288                                    | 0,273 | 0,1  | 0,00           |

Nota. VD = Variable dependiente; E+=emociones positivas; n<sup>2</sup>= ETA cuadrado

En la Figura 43 se pueden observar las puntuaciones de los participantes en las emociones positivas antes y después de cada una de las sesiones de tareas para casa.

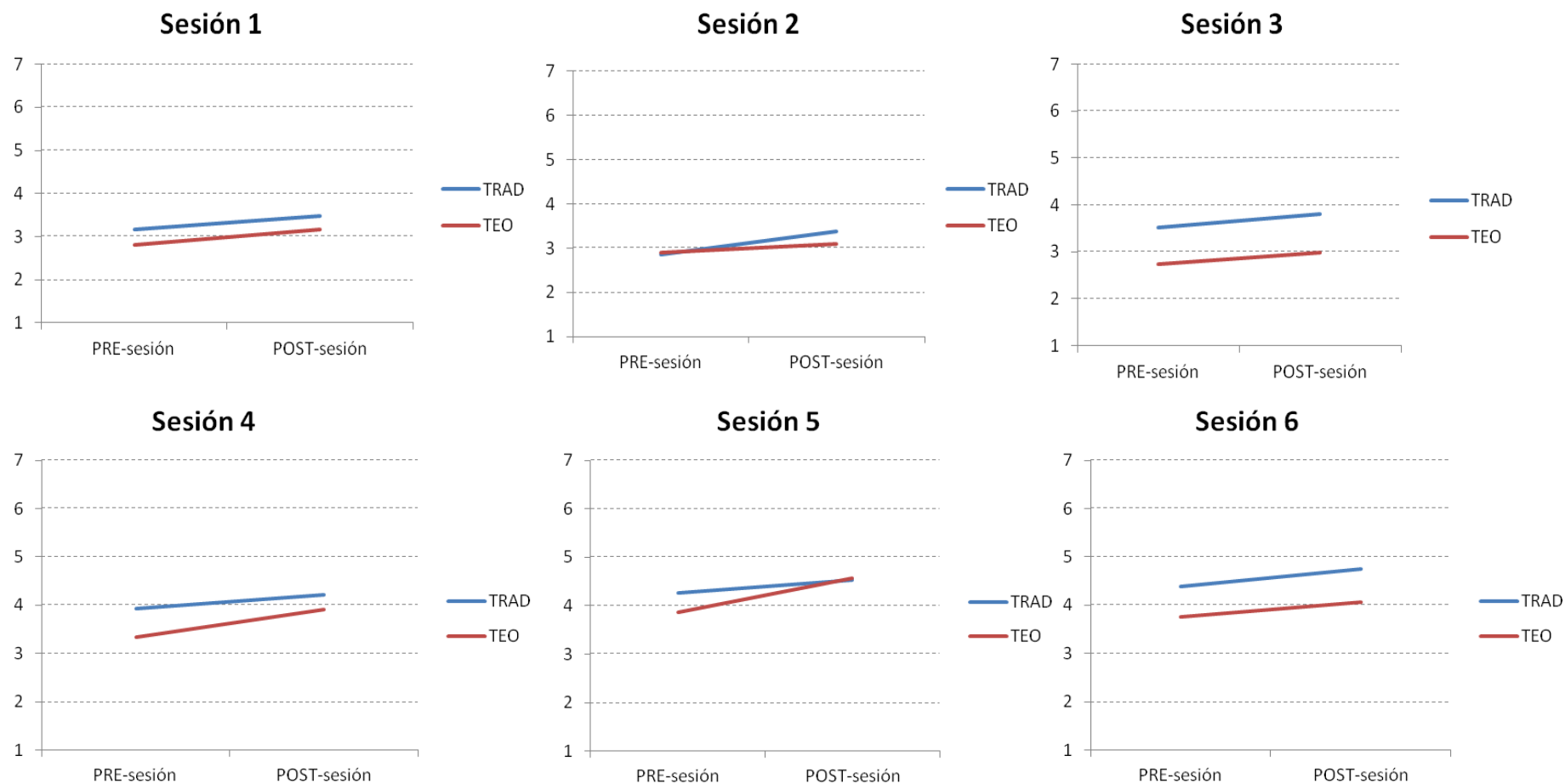


Figura 43- Puntuaciones en las emociones positivas valoradas antes y después de cada sesión de tareas para casa

En segundo lugar, en la Tabla 47 se muestra la información que hace referencia a las emociones negativas experimentadas por los participantes y que también fueron evaluadas antes y después de realizar cada tarea del protocolo de sesiones.

Tabla 47 - Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en las emociones negativas para las distintas sesiones de tareas para casa en los momentos pre-post evaluación.

| VD          | SESIÓN | Condición | Pre-sesión |      | Post-sesión |      |
|-------------|--------|-----------|------------|------|-------------|------|
|             |        |           | M          | DT   | M           | DT   |
| Emociones - | S1     | TRAD      | 3,70       | 1,42 | 3,20        | 1,18 |
|             |        | TEO       | 3,59       | 2,18 | 3,38        | 1,09 |
|             |        | Total     | 3,64       | 1,28 | 3,25        | 1,12 |
|             | S2     | TRAD      | 3,80       | 1,55 | 3,28        | 1,23 |
|             |        | TEO       | 3,17       | 1,26 | 2,94        | 1,08 |
|             |        | Total     | 3,46       | 1,42 | 3,09        | 1,15 |
|             | S3     | TRAD      | 3,02       | 1,45 | 2,89        | 1,49 |
|             |        | TEO       | 2,98       | 1,24 | 2,79        | 1,10 |
|             |        | Total     | 3,00       | 1,32 | 2,84        | 1,28 |
|             | S4     | TRAD      | 2,68       | 1,47 | 2,39        | 1,31 |
|             |        | TEO       | 2,75       | 1,39 | 2,35        | 1,17 |
|             |        | Total     | 2,72       | 1,41 | 2,37        | 1,22 |
|             | S5     | TRAD      | 2,37       | 1,32 | 2,11        | 1,29 |
|             |        | TEO       | 2,13       | 0,91 | 1,79        | 0,72 |
|             |        | Total     | 2,24       | 1,11 | 1,94        | 1,02 |
|             | S6     | TRAD      | 2,13       | 1,35 | 1,94        | 1,38 |
|             |        | TEO       | 2,40       | 1,05 | 2,05        | 1,11 |
|             |        | Total     | 2,27       | 1,19 | 2,00        | 1,22 |

Nota. VD: Variable dependiente; Emociones -: Emociones negativas; N= 44

Por lo que respecta a los análisis realizados para esta variable, los resultados obtenidos fueron muy similares a los obtenidos para las emociones positivas. Se encontró que tanto el *efecto tiempo* como el *efecto momento pre-post sesión* fueron significativos con un tamaño del efecto grande y pequeño, respectivamente. En la misma línea, se observó que los participantes en este caso disminuyeron sus emociones negativas a lo largo del protocolo de tareas para casa. Más específicamente, las comparaciones por pares realizadas pusieron de manifiesto que a partir de la sesión cuarta el cambio experimentado en las emociones negativas fue significativo (comparado con la primera sesión de tareas) y que esta mejora siguió siendo



importante a lo largo del resto de sesiones incluidas en el protocolo de tareas para casa (5 y 6). Por otra parte, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales (*efecto interacción tiempo x grupo*), por lo que ambos modos de aplicación de las tareas para casa resultaron eficaces a la hora de disminuir estas emociones negativas a lo largo de las sesiones. Por su parte, el *efecto momento pre-post sesión* reveló que se produjo una disminución de las puntuaciones en las emociones negativas después de realizar las tareas para casa. Tampoco se observó *efecto interacción momento pre-post x grupo*, por lo que ambas condiciones experimentales se comportaron de igual forma a la hora de mejorar la situación clínica de los participantes después de cada tarea. Por último, todas las sesiones fueron eficaces por igual, no siendo ninguna de ella más eficaz que otra en la reducción de las emociones negativas pre-post sesión de tareas para casa.

Tabla 48 - Análisis de varianza de las emociones negativas de los dos grupos experimentales.

| VD=E-                 |         |      |                |                         |         |      |                |                                  |       |      |                |
|-----------------------|---------|------|----------------|-------------------------|---------|------|----------------|----------------------------------|-------|------|----------------|
| Efecto tiempo         |         |      |                | Efecto pre-post         |         |      |                | Efecto tiempo x pre-post         |       |      |                |
| F                     | p       | d    | n <sup>2</sup> | F                       | p       | d    | n <sup>2</sup> | F                                | p     | d    | n <sup>2</sup> |
| 17,360                | < 0,001 | 0,85 | 0,15           | 35,229                  | < 0,001 | 0,23 | 0,01           | 0,752                            | 0,547 | 0,06 | 0,00           |
| Efecto tiempo x grupo |         |      |                | Efecto pre-post x grupo |         |      |                | Efecto tiempo x pre-post x grupo |       |      |                |
| F                     | p       | d    | n <sup>2</sup> | F                       | p       | d    | n <sup>2</sup> | F                                | p     | d    | n <sup>2</sup> |
| 0,730                 | 0,563   | 0,16 | 0,01           | 0,016                   | 0,899   | 0,00 | 0,00           | 0,792                            | 0,522 | 0,06 | 0,00           |

Nota. VD = Variable dependiente; E-; emociones negativas; n<sup>2</sup>= ETA cuadrado

En la Figura 44 se pueden observar las puntuaciones de los participantes en las emociones negativas antes y después de la realización de cada una de las sesiones de tareas para casa.

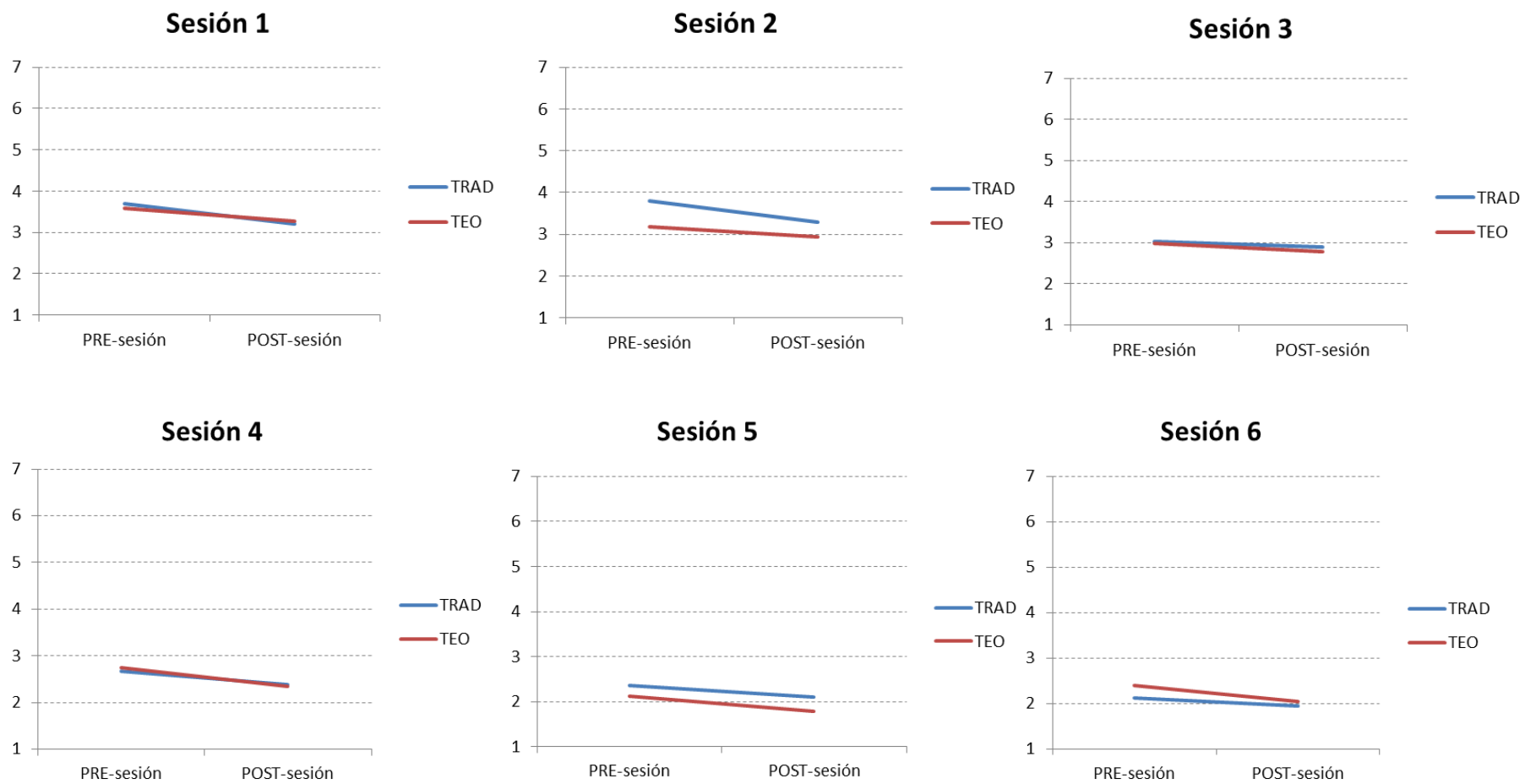


Figura 44- Puntuaciones en las emociones negativas valoradas antes y después de cada sesión de tareas para casa

### **5.2.3 Efectividad diferencial del protocolo de tareas para casa entre las dos condiciones**

Además de estudiar la *eficacia* del componente de tareas para casa, también consideramos importante analizar el otro eje de estudio esencial dentro de las intervenciones psicológicas eficaces propuesto por la APA (1995) y descrito en el marco teórico del presente trabajo; la *efectividad* o utilidad clínica. Así, bajo este apartado se analizará, en primer lugar, una de las dimensiones relacionadas con este concepto, concretamente la *eficiencia* del tratamiento entendida en términos de coste-beneficio. Se estudiará si hay diferencias estadísticamente significativas entre ambas condiciones experimentales en el número de sesiones de tratamiento necesarias para alcanzar la mejoría de los participantes. En segundo lugar, se prestará especial atención a la *aceptación* del componente de tareas para casa por parte de los participantes analizando, por una parte, los resultados obtenidos a partir de la valoración de la satisfacción y utilidad de cada una de las sesiones que conforman el protocolo de tareas para casa y, por otra, comparando sus preferencias antes de iniciar el tratamiento, su opinión una vez terminado y su elección final acerca del tipo de formato preferido para realizar dicho componente terapéutico.

#### ***5.2.3.1. Eficiencia diferencial del protocolo de tareas para casa entre ambas condiciones experimentales***

En la Tabla 49 se presentan los resultados obtenidos de la prueba *t* para muestras independientes realizada. Como se puede observar, no existieron diferencias estadísticamente significativas en el número de sesiones de tratamiento recibidas en ambos grupos de tratamiento. Tanto la condición que realizó las tareas para casa mediante el sistema TEO como los participantes que las realizaron según un formato tradicional necesitaron un número similar de sesiones de tratamiento para mejorar su situación clínica.

Tabla 49 - Número de sesiones de tratamiento analizadas utilizando una prueba t para muestras independientes, de los dos grupos experimentales.

| VD          | Condición   | M    | DT   | T     | p     |
|-------------|-------------|------|------|-------|-------|
| Nº sesiones | Tradicional | 6,95 | 0,78 | 0,595 | 0,555 |
|             | TEO         | 6,82 | 0,73 |       |       |
|             | Total       | 6,88 | 0,75 |       |       |

Nota. VD = Variable dependiente; Nº sesiones = Número de sesiones de tratamiento recibidas; N= 44

### **5.2.3.2. Aceptación diferencial del protocolo de tareas para casa entre ambas condiciones experimentales**

En este apartado se presentan los resultados obtenidos a partir de la valoración, por parte de los participantes, del grado de satisfacción y utilidad de las sesiones de tareas para casa. También se analizan las expectativas antes de recibir el componente de tareas para casa desarrollado en ambos formatos (TRADICIONAL y TEO) y, por último, la opinión y elección final de los participantes una vez finalizado el tratamiento.

#### *5.2.3.2.1 Satisfacción y utilidad de las sesiones de tareas para casa*

Para el análisis estadístico de estas variables se realizaron ANOVAS mixtos 2 (grupo) X 6 (tiempo) con un factor entre sujetos (TRADICIONAL *versus* TEO) y un factor de medidas repetidas (sesión1 vs. sesión 2 vs. sesión 3 vs. sesión 4 vs. sesión 5 vs .sesión 6). El objetivo de estos análisis fue comparar el grado de satisfacción y utilidad (en una escala de 0 a 10) percibida por los participantes de cada una de las sesiones de tareas para casa en ambas condiciones experimentales.

En la Tabla 50 se presentan las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de *satisfacción* dadas por los participantes de las sesiones de tareas para casa en ambos grupos experimentales.

Tabla 50 - Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de satisfacción con las distintas sesiones de tareas para casa realizadas en ambas condiciones experimentales.

| VD           | SESIÓN | Condición | Post-sesión |      |
|--------------|--------|-----------|-------------|------|
| Satisfacción | S1     | TRAD      | 6,19        | 1,78 |
|              |        | TEO       | 6,57        | 1,91 |
|              |        | Total     | 6,18        | 1,83 |
|              | S2     | TRAD      | 6,95        | 1,43 |
|              |        | TEO       | 7,95        | 1,50 |
|              |        | Total     | 7,45        | 1,53 |
|              | S3     | TRAD      | 7,19        | 1,40 |
|              |        | TEO       | 7,62        | 1,36 |
|              |        | Total     | 7,40        | 1,38 |
|              | S4     | TRAD      | 7,62        | 1,16 |
|              |        | TEO       | 8,33        | 1,74 |
|              |        | Total     | 7,98        | 1,51 |
|              | S5     | TRAD      | 7,90        | 0,99 |
|              |        | TEO       | 8,95        | 1,16 |
|              |        | Total     | 8,43        | 1,19 |
|              | S6     | TRAD      | 8,14        | 1,35 |
|              |        | TEO       | 8,67        | 1,59 |
|              |        | Total     | 8,40        | 1,48 |

Nota. VD= Variable dependiente; Condición tradicional: n=21; Condición TEO: N=21

Los resultados de los análisis de varianza que se presentan en la Tabla 51 indican que se produjo un *efecto tiempo* significativo en la variable de satisfacción analizada, con un tamaño del efecto grande. En general, los participantes se sintieron cada vez más satisfechos a lo largo del transcurso de las sesiones de tareas para casa, alcanzándose medias de hasta más de 8 puntos en las últimas sesiones. Si observamos con mayor detalle las comparaciones post-hoc entre las sesiones en esta variable, observamos que los participantes se sintieron satisfechos después de haber realizado cada una de las sesiones de tareas para casa. Comparado con la valoración de la satisfacción en la primera sesión, todas las sesiones restantes alcanzaron significación estadística, siendo las sesiones 5 y 6 las que mayores puntuaciones obtuvieron en general, incluso significativamente mejor valoradas que las sesiones 2 y 3. En cuanto a las comparaciones realizadas entre ambas condiciones (*efecto interacción*), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas lo que revela que

ambas condiciones experimentales fueron valoradas positivamente. Por último, el *efecto grupo* sí que resulto significativo para la variable analizada.

Tabla 51 - Análisis de varianza de la satisfacción valorada por los participantes en los dos grupos experimentales después de realizar cada tarea asignada.

| VD     | Efecto tiempo |        |      |                | Efecto grupo |        |      |                | Efecto interacción |       |      |                |
|--------|---------------|--------|------|----------------|--------------|--------|------|----------------|--------------------|-------|------|----------------|
|        | F             | p      | d    | n <sup>2</sup> | F            | p      | d    | n <sup>2</sup> | F                  | p     | d    | n <sup>2</sup> |
| Satisf | 19,886        | <0,001 | 0,95 | 0,18           | 4,386        | 0,043* | 0,42 | 0,04           | 0,692              | 0,592 | 0,16 | 0,01           |

Nota. \*p<0,05; VD = Variable dependiente; Satisf = Satisfacción; n<sup>2</sup>= ETA cuadrado

En la Figura 45 se puede observar la evolución que siguieron las puntuaciones relativas a la satisfacción manifestada por los participantes en las distintas sesiones de tareas para casa en ambas condiciones de tratamiento. Como se puede observar en dicha figura, la satisfacción valorada por los participantes en la condición de TEO fue superior en todas las sesiones de tareas para casa a la condición TRADICIONAL, aunque como ya se ha comentado anteriormente, las diferencias entre ambos grupos experimentales no llegó a alcanzar significación estadística.

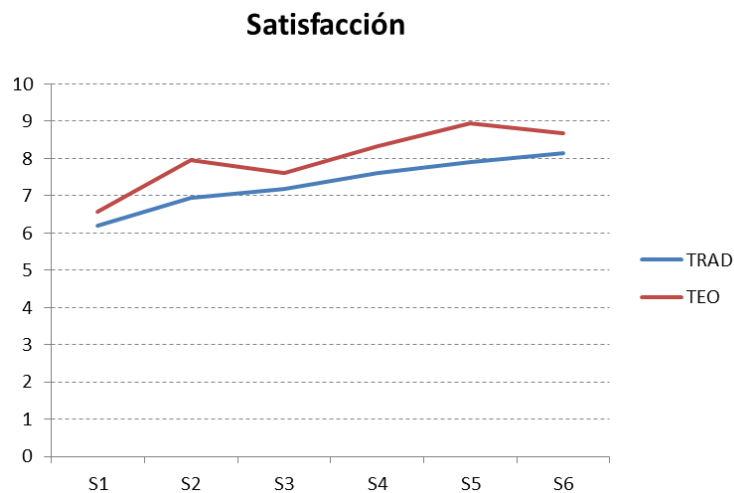


Figura 45- Puntuaciones de satisfacción en las diferentes sesiones de tareas par casa en ambas condiciones experimentales.

Por otra parte, la *utilidad* percibida en las distintas sesiones realizadas por los participantes también fue analizada. La Tabla 52 muestra los datos descriptivos en relación a esta variable.

Tabla 52 - Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de utilidad de las distintas sesiones de tareas para casa realizadas en ambas condiciones experimentales.

| VD       | SESIÓN | Condición | Post-sesión |      |
|----------|--------|-----------|-------------|------|
| Utilidad | S1     | TRAD      | 6,19        | 2,36 |
|          |        | TEO       | 5,67        | 1,83 |
|          |        | Total     | 5,93        | 2,10 |
|          | S2     | TRAD      | 7,10        | 1,45 |
|          |        | TEO       | 7,57        | 1,57 |
|          |        | Total     | 7,33        | 1,51 |
|          | S3     | TRAD      | 7,52        | 1,50 |
|          |        | TEO       | 7,67        | 1,68 |
|          |        | Total     | 7,60        | 1,58 |
|          | S4     | TRAD      | 7,86        | 1,28 |
|          |        | TEO       | 8,24        | 1,76 |
|          |        | Total     | 8,05        | 1,53 |
|          | S5     | TRAD      | 8,24        | 1,18 |
|          |        | TEO       | 8,67        | 0,97 |
|          |        | Total     | 8,45        | 1,09 |
|          | S6     | TRAD      | 8,14        | 1,35 |
|          |        | TEO       | 8,76        | 1,61 |
|          |        | Total     | 8,40        | 1,50 |

Nota. VD= Variable dependiente; Condición tradicional: n=21; Condición TEO: N=21

Los resultados obtenidos para la variable utilidad de la sesión fueron muy similares a los obtenidos para la satisfacción. Se produjo un *efecto tiempo* significativo el cual mostró que los participantes consideraron cada vez más útiles o beneficiosas las sesiones de tareas para casa a lo largo del tiempo. Este efecto alcanzó un tamaño del efecto grande. En general, la media de las puntuaciones dadas por los participantes alcanzó su máximo de 8,45 puntos. Por su parte, los análisis pos-hoc de Sidak realizados revelaron que los participantes fueron aumentando las puntuaciones de la variable utilidad a medida que realizaban las sesiones de tareas para casa y, comparadas con las puntuaciones de la primera sesión, todas las sesiones restantes (2-6) llegaron a alcanzar significación estadística. Además, las sesiones 5 y 6 siguieron

valorándose muy positivamente siendo significativamente mejor valoradas que las sesiones 2 y 3. Un resumen de estos resultados se presenta en la Tabla 53.

Tabla 53 - Análisis de varianza de la utilidad valorada por los participantes en los dos grupos experimentales después de realizar cada tarea asignada.

| VD       | Efecto tiempo |         |      |                | Efecto grupo |       |      |                | Efecto interacción |       |      |                |
|----------|---------------|---------|------|----------------|--------------|-------|------|----------------|--------------------|-------|------|----------------|
|          | F             | p       | d    | n <sup>2</sup> | F            | p     | d    | n <sup>2</sup> | F                  | p     | d    | n <sup>2</sup> |
| Utilidad | 22,874        | < 0,001 | 1,11 | 0,24           | 0,605        | 0,441 | 0,14 | 0,00           | 1,073              | 0,367 | 0,21 | 0,01           |

Nota. VD = Variable dependiente; n<sup>2</sup>= ETA cuadrado

La evolución de las puntuaciones en la variable utilidad a lo largo de las sesiones de tareas para casa en ambas condiciones experimentales se presenta en la Figura 46. De nuevo, se puede observar que la condición TEO obtuvo puntuaciones ligeramente mayores en prácticamente todas las sesiones, aunque sin alcanzar significación estadística.

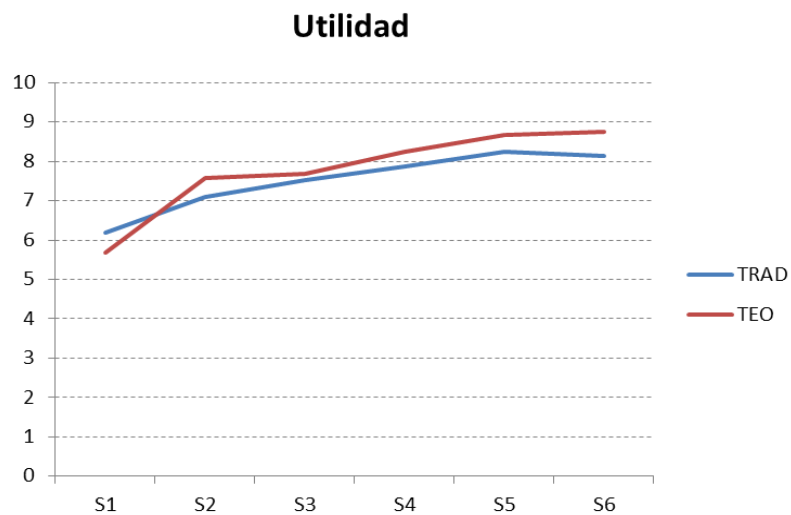


Figura 46- Puntuaciones de utilidad en las diferentes sesiones de tareas par casa en ambas condiciones experimentales.



### 5.2.3.2.2. Preferencias de los participantes respecto al formato de aplicación de las tareas para casa en el pre-tratamiento

Como se ha descrito en el apartado de *Método* del presente trabajo, los participantes manifestaron sus preferencias respecto al formato de realización de tareas para casa (utilizando el sistema TEO o el tradicional) antes de empezar el programa de tratamiento. Para ello contaban con una breve información acerca de en qué consistía cada una de las condiciones experimentales del estudio, y con ello debían de responder a determinadas cuestiones, escogiendo entre un formato u otro. En la Tabla 54 se presentan los resultados obtenidos para las variables del *Cuestionario sobre preferencias de las tareas para casa* (Labpsitec 2010). Los datos indican una clara preferencia por el componente de tareas para casa que utiliza el sistema TEO. En cuanto al resto de cuestiones incluidas en las preferencias, también se encontraron porcentajes superiores en las variables de eficacia y de recomendación del uso del sistema TEO. Respecto a la variable aversivo, la condición TRADICIONAL obtuvo mayores porcentajes que el sistema TEO, es decir, fue percibida como más aversiva por más participantes. Para determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre estas variables de preferencia de ambos formatos de tareas para casa (TEO y TRADICIONAL), y teniendo en cuenta que ambos formatos en principio tenían las mismas posibilidades de ser escogidos, se llevaron a cabo pruebas de contraste de proporciones. Estos análisis revelaron que hubo diferencias significativas en la variable preferencia y recomendación. En consecuencia, los participantes prefirieron de forma significativa el sistema TEO para realizar las tareas para casa, además de recomendarlo en mayor medida a personas con su mismo problema.

Tabla 54 - Resultados obtenidos tras el análisis de contraste de proporciones en las variables de preferencias de las tareas para casa

| VD           | Condición | N (%)       | $\chi^2$ | P              |
|--------------|-----------|-------------|----------|----------------|
| Preferencia  | TRAD      | 12 (27,27%) | 9,091    | <b>0,003*</b>  |
|              | TEO       | 32 (72,73%) |          |                |
| Eficaz       | TRAD      | 16 (36,36%) | 3,273    | 0,070          |
|              | TEO       | 28 (63,64%) |          |                |
| Aversivo     | TRAD      | 28 (63,64%) | 3,273    | 0,070          |
|              | TEO       | 16 (36,36%) |          |                |
| Recomendaría | TRAD      | 9 (20,93%)  | 14,535   | <b>0,000**</b> |
|              | TEO       | 34 (79,07%) |          |                |

Nota. \* $p < 0,01$ ; \*\* $p < 0,001$ ; VD: Variables dependiente; N= 44

Por otra parte, las razones que llevaron a los participantes a escoger un formato u otro para realizar las tareas para casa antes del tratamiento también fueron analizadas. En la Tabla 55 se presentan los porcentajes obtenidos según el formato escogido. Como se puede observar en dicha tabla, los participantes que escogieron el sistema TEO lo hicieron en gran parte por las opciones tecnológicas que el sistema les ofrecía, como videos, música, imágenes, etc. Estas opciones multimedia fueron valoradas por los participantes como un beneficio que les podía hacer avanzar más en el proceso de la terapia. Por su parte, las razones que esgrimieron en general los participantes que prefirieron el formato TRADICIONAL también se relacionaron con su percepción de avanzar más durante el tratamiento, pero en esta ocasión valoraron las opciones que el trabajo de lectura de los manuales de tareas para casa les podía aportar.

Tabla 55 - Razones de los participantes a la hora de escoger un formato u otro de tareas para casa en el pre-tratamiento.

| Razones   | Formato escogido |            | Total |
|---|------------------|------------|-------|
|   | TRAD             | TEO        |       |
| Más atractiva   | 4 (18,2%)        | 4 (18,2%)  | 8     |
| Más útil/eficaz   | 1 (4,5%)         | 1 (4,5%)   | 2     |
| Aporta opciones que hacen avanzar más en la terapia           | 8 (36,4%)        | 10 (45,5%) | 18    |
| Atractiva + útil/eficaz                                       | 0 (0 %)          | 1 (4,5%)   | 1     |
| Atractiva + opciones  | 1 (4,5%)         | 3 (13,6%)  | 4     |
| Aporta opciones que hacen avanzar en la terapia + útil/eficaz | 2 (9,1%)         | 1 (4,5%)   | 3     |
| 3 opciones  | 1 (4,5%)         | 1 (4,5%)   | 2     |
| Otras   | 5 (22,7%)        | 1 (4,5%)   | 6     |

*5.2.3.2.3. Opinión de los participantes acerca de ambos protocolos de tareas para casa en el post-tratamiento*

Una vez finalizado el tratamiento, los participantes valoraron diferentes aspectos del protocolo de tareas para casa realizado durante todo el proceso terapéutico en una escala de 1 a 5 (1= *Totalmente en desacuerdo*; 5= *Totalmente de acuerdo*). Los participantes respondieron al *Cuestionario de Valoración de las tareas para casa* (según la condición asignada), que incluía las cuestiones que se describen a continuación:

- ✓ Utilidad que las tareas para casa tenían para superar el acontecimiento estresante experimentado por los participantes. En el caso de la condición TRADICIONAL se valoró la utilidad de los contenidos incluidos en los materiales de lectura, mientras que en el caso del grupo que utilizó el sistema TEO se evaluaron los contenidos multimedia presentados en el propio sistema.
- ✓ Ayuda en el procesamiento del acontecimiento negativo sufrido. Los participantes evaluaron específicamente la ayuda prestada por las tareas para casa a la hora de procesar el acontecimiento estresante. En el caso de la condición TRADICIONAL este trabajo de elaboración se realizó mediante la escucha de los audios grabados en terapia en los que se trabajaba este componente de tratamiento haciendo uso del *Mundo de EMMA*. Por su parte, los participantes en la condición TEO visualizaban los símbolos que representaban el acontecimiento estresante experimentado y los paisajes escogidos durante la elaboración llevada a cabo en terapia dentro del sistema EMMA. Además, escuchaban la música que habían podido escoger en terapia y que representaba aspectos importantes de lo ocurrido. De forma simultánea, los participantes reflexionaban sobre el acontecimiento estresante experimentado, acerca de sus implicaciones y consecuencias futuras (tanto negativas como positivas), a partir de las preguntas que se les iban presentando en el sistema TEO (p.ej., *¿Cómo crees que ha cambiado tu vida desde la aparición de problema? ¿Hay algo que el suceso te haya enseñado? ¿Piensas que el hecho de afrontar el acontecimiento que has vivido puede ayudarte de alguna forma en un futuro?*).

- ✓ Grado en que recomendarían el formato de tareas para casa utilizado (TRADICIONAL o TEO) a una persona con problemas similares.

En la Tabla 56 se observan los resultados obtenidos para el *Cuestionario de Valoración de ambos formatos de tarea para casa* (TEO y TRADICIONAL). Los participantes en ambas condiciones mostraron una excelente opinión acerca del protocolo de tareas para casa realizado. Las medias para todas las variables fueron superiores a 4, lo que indica que consideraron muy útiles los contenidos proporcionados para trabajar en casa, además los percibieron de ayuda a la hora de elaborar el acontecimiento estresante, y los recomendarían a otras personas. La prueba *t* de *Student* aplicada mostró que no existían diferencias estadísticamente significativas entre ambas condiciones, a excepción de la variable ayuda en el procesamiento del acontecimiento estresante, donde la condición TRADICIONAL obtuvo valores superiores que la condición TEO. Los participantes en esta condición valoraron más positivamente la ayuda que las grabaciones de audio les ofrecía a la hora de procesar el acontecimiento estresante.

Tabla 56 - Resultados obtenidos en el Cuestionario de Valoración de las tareas para casa tras la aplicación de la prueba *t* para muestras independientes.

| VD                     | Condición | M    | DT   | T      | p             |
|------------------------|-----------|------|------|--------|---------------|
| Utilidad               | TRAD      | 4,5  | 0,51 | 1,211  | 0,233         |
|                        | TEO       | 4,29 | 0,64 |        |               |
| Ayuda en procesamiento | TRAD      | 4,68 | 0,57 | 2,500  | <b>0,017*</b> |
|                        | TEO       | 4,29 | 0,51 |        |               |
| Recomendaría           | TRAD      | 4,32 | 0,48 | -0,671 | 0,506         |
|                        | TEO       | 4,43 | 0,56 |        |               |

Nota. \* $p < 0,05$ ; VD: Variable dependiente: N = 44

Además de estas cuestiones, los participantes asignados a la condición TEO también valoraron otros aspectos de *usabilidad* y de *intención de uso* de este sistema de tareas para casa. A continuación se describen los resultados obtenidos para estas variables junto con la representación gráfica de cada una de ellas.

Como se ilustra en la Figura 47, la mayoría de los participantes consideraron que el sistema TEO era muy fácil de usar, no existiendo ninguna persona que percibiera el manejo del sistema como difícil o muy difícil.

*Fácil de usar*

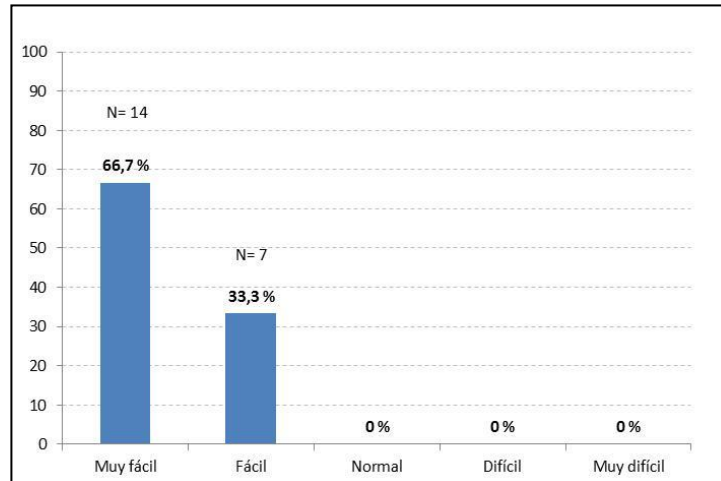


Figura 47- Porcentajes de facilidad de uso del sistema TEO.

En general, los participantes también consideraron que el sistema TEO era fácil de aprender y solamente una persona (4,8%) creyó que no se podía aprender rápidamente a utilizar este sistema (Ver Figura 48).

*Fácil de aprender*

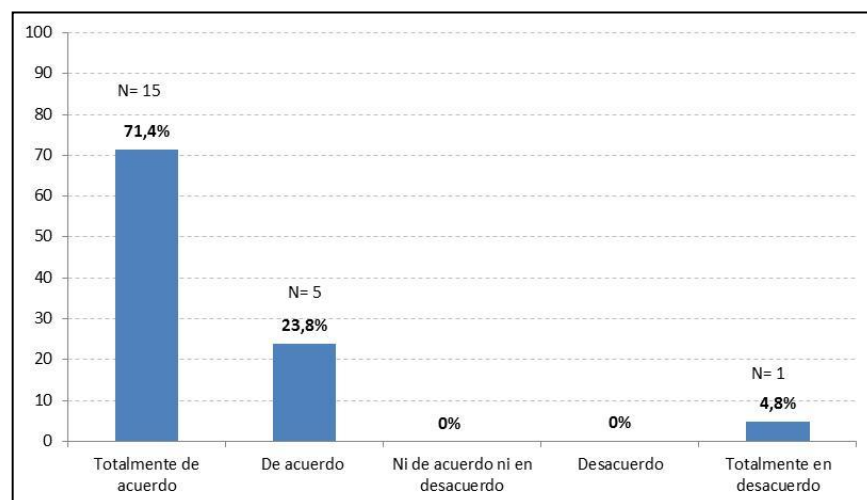


Figura 48- Porcentajes de facilidad de aprendizaje del sistema TEO

Por su parte, en la Figura 49 se puede observar como más de la mitad de los participantes (57,1%) manifestaron que las instrucciones que TEO ofrecía para llevar a cabo las tareas eran fáciles de seguir. Solamente una persona no estuvo de acuerdo con esta afirmación.

*Fácil de seguir las instrucciones*

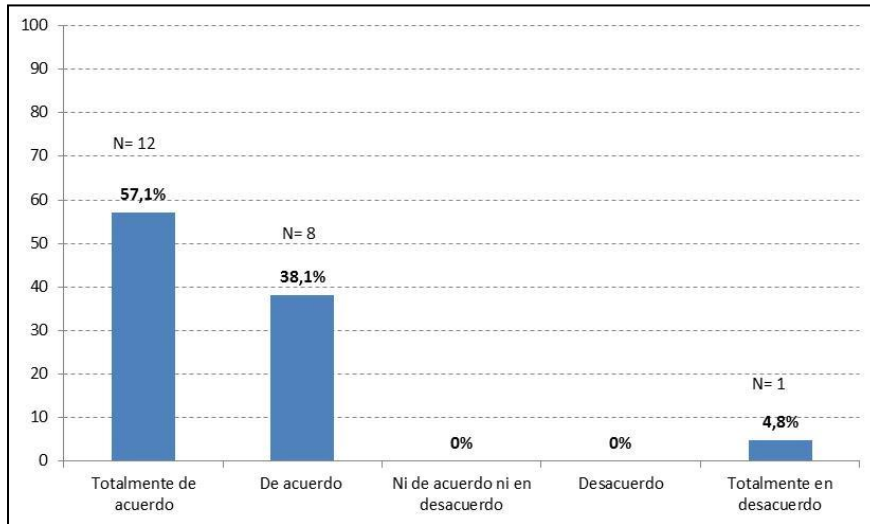


Figura 49- Porcentajes de facilidad en seguir las instrucciones del sistema TEO.

Respecto a los resultados obtenidos en la variable referida a la comodidad, en la Figura 50 vemos como más del 75% de participantes afirmaron que era muy cómodo disponer de un sistema como TEO para realizar las tareas desde el ordenador de su propia casa. Ninguna persona consideró el sistema incómodo o muy incómodo.

*Comodidad*

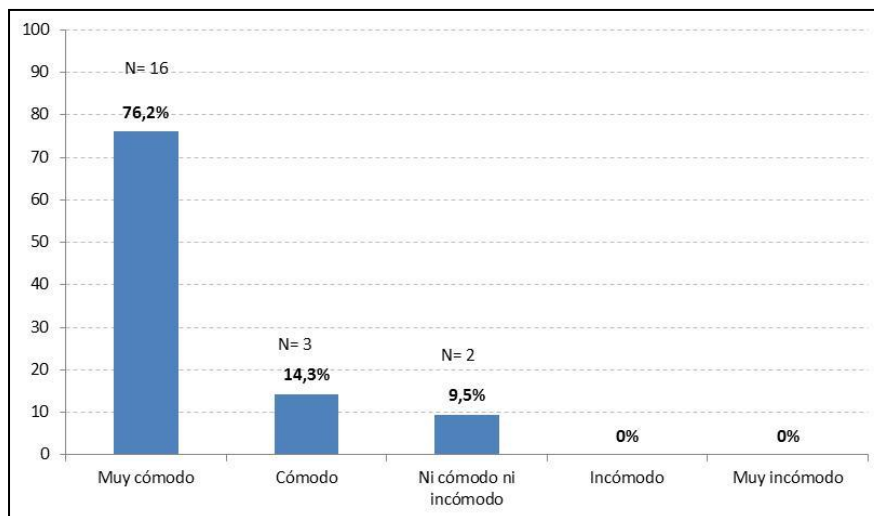


Figura 50- Porcentajes de comodidad de disponer del sistema TEO para realizar las tareas.

En general, como se muestra en la Figura 51, también la mayoría de los participantes (71,4%) afirmaron que el sistema TEO proporcionaba un modo atractivo de realizar las tareas para casa.

*Atractivo*

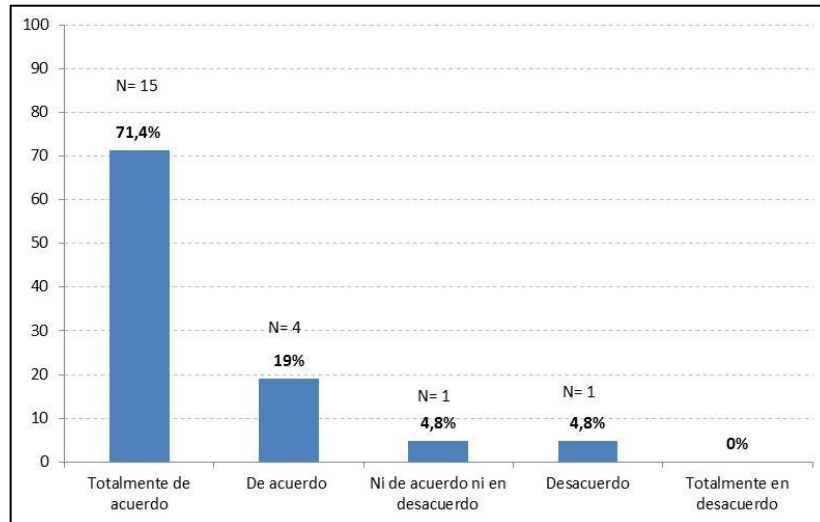


Figura 51- Porcentajes de atractivo del sistema TEO

Por último, como se indica en la Figura 52, la mayoría de los participantes incluidos en la condición TEO (76,2%) informaron estar de acuerdo (el 33,3% muy de acuerdo y el 42,9% de acuerdo) en obtener la licencia para acceder al sistema TEO y, con ello, ayudarles en su problema. Solamente dos personas evaluadas no manifestaron su intención de usar el sistema TEO.

*Compraría la licencia del sistema TEO*

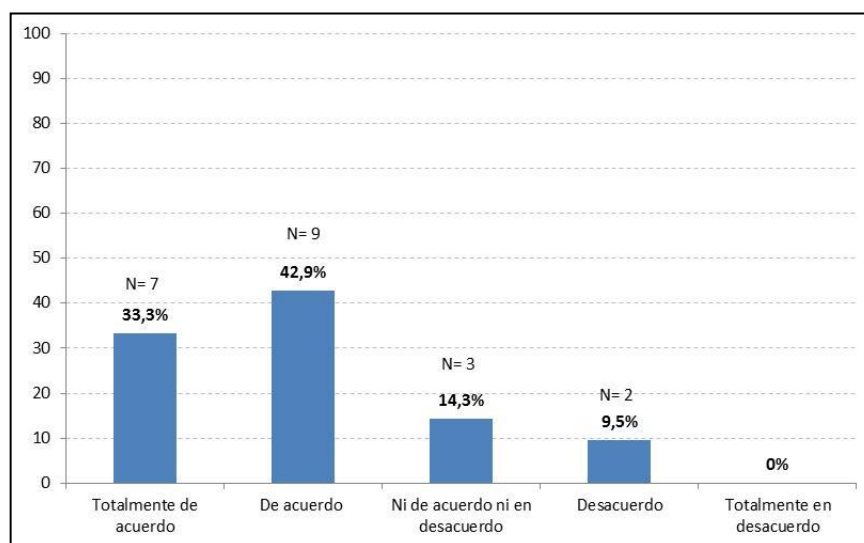


Figura 52- Porcentajes de intención de uso del sistema TEO

#### 5.2.3.2.4. Elección del formato de tarea para casa preferido en el post-tratamiento

Por último, todos los participantes manifestaron sus preferencias en la elección de un formato u otro de tareas para casa tras la realización del tratamiento. Como se ha explicado anteriormente, al finalizar el tratamiento, se les mostró a los participantes el formato de tareas para casa que no habían realizado. Los participantes en la condición TEO leyeron el manual de lectura de la sesión 3 que formaba parte del protocolo de tareas para casa tradicional (Ver Anexo 14). Por su parte, los participantes en la condición TRADICIONAL visualizaron la misma sesión de tareas para casa (sesión 3) dentro del sistema TEO (descrita en el apartado de *Método*).

En la Tabla 57 se muestran los resultados obtenidos en el *Cuestionario de Elección de las tareas para casa*, donde los participantes escogían qué formato de tareas para casa les hubiese gustado realizar a lo largo de todo el proceso terapéutico si hubieran podido elegir. Los resultados obtenidos mostraron que, de las 22 personas que realizaron las tareas para casa según el formato tradicional más de la mitad (54,54%) hubiesen escogido el sistema TEO como método para realizar las tareas para casa durante el tratamiento. Por otra parte, solamente 3 participantes en la condición TEO hubiesen cambiado el formato de realización de tareas para casa, prefiriendo el formato tradicional. Además, si observamos el cómputo total que consiguen cada uno de los formatos independientemente de la condición asignada a los participantes, vemos como el sistema TEO dobló el porcentaje de personas que lo prefirieron como método de elección. Tras realizar la prueba Chi cuadrado, se confirmó que había diferencias significativas en la elección del tipo de tareas para casa a favor del sistema TEO ( $X^2 = 5,350$ ; g.l=1;  $p=0,021$ ).

Tabla 57 - Elección del formato de tareas para casa preferido por los participantes en el post-tratamiento.

| VD               |      | Grupo experimental |              | Total        |
|------------------|------|--------------------|--------------|--------------|
|                  |      | TRAD               | TEO          |              |
| Elección formato | TRAD | 10 (45, 45%)       | 3 (13, 64%)  | 13 (29, 54%) |
|                  | TEO  | 12 (54, 54%)       | 19 (86, 36%) | 31 (70, 45%) |



#### 5.2.4 Opiniones y comentarios cualitativos relacionados con el componente de tareas para casa por parte de los participantes

En este último apartado de resultados se presentarán algunos de los comentarios referidos a la **opinión general de los participantes en relación al componente de tareas para casa** realizado durante el tratamiento. Estas valoraciones se describirán de forma separada, según la condición de tratamiento recibida.

##### Participantes Condición Tradicional

- ✓ *Con las tareas para casa he aprendido mucho, me han ayudado a superar mi problema. Considero que han sido eficaces.*
- ✓ *Las tareas para casa han sido como un refuerzo. A veces no eres consciente de la conversación durante la terapia y cuando te escuchas lo haces como si fueras un espectador, viendo las cosas desde fuera siendo más objetiva, racionalizando las cosas más.*
- ✓ *El hecho de escucharme hablar del problema ha hecho que se me queden muchas cosas de las que he aprendido en terapia. Me ha sido muy útil.*
- ✓ *En general me han sido útiles, a veces me causaba malestar escuchar la grabación de la sesión pero de esa forma he conseguido asimilar las cosas.*
- ✓ *Considero las tareas para casa en formato tradicional más simple y cómodo ya que no necesitas un ordenador y los materiales los puedes conservar todo el tiempo que desees.*
- ✓ *Me han servido mucho los audios porque estaba confundida y he sido consciente de muchas cosas. Las lecturas me han ido bien pero se queda en "palabras". Me gusta tenerlo para tomas apuntes, volver a escuchar cosas que no he entendido, leerlo cuando quiera.*
- ✓ *El material de lectura es lo que más me ha ayudado, me ha enseñado cosas que no me daba cuenta, aunque también en compañía del audio.*

- ✓ *Las tareas para casa me ha gustado, pero más las últimas sesiones ya que las primeras me afectaban mucho. Me ha ayudado a mostrarme el camino que tengo que seguir. Me ha gustado la forma de trabajar, muy útil.*
- ✓ *Las tareas me han ayudado mucho. Me ha ayudado a ver el problema desde otra perspectiva, a cambiar mi actitud y la manera en que vivo el problema. He sentido que las tareas estaban preparadas y hechas específicamente para mi caso.*
- ✓ *El hecho de escucharme a mí mismo en los audios como tarea para casa me ha parecido muy impactante y útil para superar el problema.*

### *Participantes Condición TEO*

- ✓ *El sistema TEO me ha parecido fácil de utilizar, divertido, moderno e innovador. Me ha sido útil para superar mi problema. Esta manera de realizar las tareas la considero más interactiva que solamente leer un manual.*
- ✓ *Me ha parecido muy práctico, me ha ayudado a procesar las emociones de una manera más amena. Es diferente.*
- ✓ *Las sesiones de TEO me daban feedback de la sesiones de terapia con EMMA y me hacían reflexionar en un momento de intimidad. Era una manera de volver a hablar del problema conmigo misma. Me ha ayudado a afrontar el problema. También veo útil tenerlo disponible una vez terminado el tratamiento para reforzar y recordar el trabajo que se hizo en su momento.*
- ✓ *Creo que el sistema TEO es útil, es una forma cómoda de trabajar. Recibir estímulos (música, frases, imágenes, etc). Me anima y me ayuda a procesar mejor y a interiorizar los mensajes.*
- ✓ *Me ha parecido una manera muy cómoda de realizar las tareas para casa. Con el sistema TEO vas recordando la terapia y procesando más las cosas. Me sentía como si estuviese volviendo a la sesión de terapia que había tenido y esto me ayudaba mucho. La información se va quedando mejor.*
- ✓ *Me han gustado mucho los videos y las preguntas que aparecían en TEO. Te hacía reflexionar e interiorizarlo todo más. El material multimedia de las sesiones me*

*ayudaban a seguir adelante, me motivaban, me daban fuerzas. Los videos me impactaban mucho ya que considero que la música tiene mucho potencial.*

- ✓ *El sistema TEO me parece una pasada. Me ha servido mucho para motivarme, sobre todo las últimas sesiones que eran como una inyección de positivismo. Me ha ayudado mucho. También veo utilidad en las primeras sesiones ya que al ser más duras me ayudaban a reflexionar y expresar mis emociones (elaborar).*
  
- ✓ *El sistema TEO me ha parecido interesante y útil. Me ha permitido volver a repasar y revivir todo lo que he visto en terapia desde otro punto de vista. Los ejemplos que salían en los videos es lo que más me ha ayudado, ya que reflejaban muy bien los miedos que generalmente las personas podemos tener. También podía repasar los símbolos que había escogido en sesión de terapia. Ves el problema desde tu entorno, de otra manera. Es atractivo.*
  
- ✓ *Lo que más útil me ha resultado del tratamiento ha sido las tareas para casa con el sistema TEO. Me parece muy interesante. Además, las preguntas, los videos, los símbolos que aparecían me hacían reflexionar. Con TEO podía repasar la terapia e interiorizar las ideas que había aprendido. Me ayudaba a seguir con el hilo de la terapia estando en casa. Era fácil de usar, muy visual, simple y cómodo.*

## 6. DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente trabajo fue proporcionar evidencia empírica acerca de la eficacia y efectividad de un protocolo de tareas para casa desarrollado para ser aplicado a través de Internet dentro del tratamiento diseñado específicamente para los TA. Para ello, se realizó un estudio controlado donde se comparó la utilización de un formato tradicional de realización de tareas para casa frente a una condición de tratamiento donde se aplicaba este componente mediante el sistema TEO. La intervención en ambas condiciones se basó en el protocolo de tratamiento desarrollado para los TA por Botella *et al.* (2008), que se apoya en el uso de la RV y cuya eficacia ya ha sido demostrada en diferentes estudios previos, entre ellos un estudio controlado (Andreu-Mateu, 2011). La principal aportación del presente trabajo radica, por un lado, en la poca atención que se le ha prestado comúnmente a un componente tan importante, dentro de los tratamientos psicológicos en general y en la aproximación cognitivo-comportamental en particular, como es el componente de tareas para casa. Y, por otro lado, en el uso de las TICs para aplicar dicho componente terapéutico. Como se ha puesto de manifiesto en la revisión de la literatura realizada, existen pocos trabajos que se centren en la utilización de las TICs para repasar componentes trabajados en sesión de terapia *durante el periodo entre sesiones*. Específicamente en el campo de los TA, no existen estudios controlados que hagan uso de herramientas tecnológicas que complementen las intervenciones de terapia cara a cara y que, por tanto, comprueben la utilidad y eficacia del componente de tareas para casa. Además, la escasez de trabajos existentes que estudian la mejor manera de evaluar y tratar los TA da mayor relevancia a los resultados obtenidos en el presente estudio.

La primera parte de la discusión se centrará en el análisis de las características de la muestra estudiada. Posteriormente se analizarán los resultados obtenidos en relación a cada uno de los objetivos específicos e hipótesis planteadas. Finalmente, se expondrán las limitaciones que presenta la investigación llevada a cabo y se delimitarán las líneas de trabajo futuras.

En primer lugar, por lo que se refiere a las **características de la muestra** incluida en este trabajo, los participantes se caracterizaban por ser en su mayoría mujeres solteras, con estudios universitarios y jóvenes (media de 28,72 años). Respecto al subtipo de TA, más del

70% presentaban un TA mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, y respecto al curso del trastorno, más de la mitad de los participantes del estudio (56,8%) fueron de naturaleza crónica, con una duración media del trastorno que superaba el año. Estas características encontradas en nuestra muestra van en la línea de las halladas en la población diana analizada en el estudio realizado previamente por nuestro grupo (Andreu-Mateu, 2011). Además, otros autores como Maercker *et al.* (2012), Okamura *et al.* (2005) o Zimmerman *et al.* (2013) también encontraron entre su muestra de estudio un porcentaje mayor de personas con subtipo de TA mixto con sintomatología ansioso-depresiva. Sin embargo, otros trabajos han encontrado en sus muestras mayor prevalencia de personas con subtipo de TA con estado de ánimo depresivo (Ferre y Kichner, 2014; Strain *et al.*, 1998). A pesar de ello, en estos estudios el subtipo mixto ansioso-depresivo se situaba en segundo lugar en porcentaje de número de personas diagnosticadas de TA. Por otra parte, los datos hallados en relación al curso del trastorno van en contra de la asunción de que el TA es un trastorno que perdura poco en el tiempo y se resuelve sin necesidad de intervención específica. Los datos obtenidos en este trabajo indican que el TA puede derivar en gran malestar y sufrimiento en las personas, interfiriendo en su funcionamiento durante un tiempo prolongado de sus vidas. Sin embargo, solamente se ha encontrado un estudio en la literatura que ponga de manifiesto que el diagnóstico de TA en personas adultas puede perdurar en el tiempo e incluso derivar en otros problemas psicológicos (Jäger *et al.*, 2012). A este respecto, los problemas de diagnóstico que el TA presenta, unido a la falta de entrevistas estructuradas que lo evalúen de forma fiable podrían estar influyendo en el estudio de su cronicidad, no pudiéndose obtener conclusiones firmes.

Otro aspecto que cabe señalar es la comorbilidad del TA con otros trastornos mentales, específicamente con los trastornos de la personalidad. El 14% de la muestra total incluida en el presente estudio cumplió criterios completos para el diagnóstico de un trastorno de personalidad, mientras que el 28% presentaban rasgos de personalidad patológica, en su mayoría rasgos rígidos e inflexibles. Estos resultados también son similares a los encontrados en el estudio de Andreu-Mateu (2011), donde el 71,7% superaron el punto de corte según las respuestas del cuestionario de autoaplicación de la entrevista SCID-II. De la misma forma, Strain *et al.* (1998) hallaron que los TA se encontraban asociados de forma importante con los trastornos de personalidad, obteniendo unos porcentajes de comorbilidad del 15%. Este tema trae a debate determinadas cuestiones en torno a la influencia que pueden tener ciertos

estilos de funcionamiento o rasgos de personalidad a la hora de que se produzca la adaptación a situaciones que se presentan a lo largo de la vida. Como afirman Doherty *et al.* (2014), una persona con tendencia al perfeccionismo, a la preocupación o dependiente podría ser menos capaz de enfrentarse a los acontecimientos estresantes, ya sea porque se lo impidiese su propio patrón de funcionamiento, o por sus experiencias previas negativas que hubiesen conformado creencias en torno a su incapacidad y fracaso personal para hacer frente a los problemas.

A continuación se pasará a comentar cada uno de los objetivos e hipótesis planteadas en el presente trabajo. Una vez conseguidos los **objetivos primero y segundo** que tenían que ver con el diseño del protocolo de tareas para casa en formato Web y el protocolo de evaluación que se iba a aplicar en ambos formatos de tareas para casa, se planteó el **tercer objetivo**, el cual consistió en analizar la eficacia diferencial de un *protocolo de tratamiento* para los TA (aplicando las tareas para casa a través de Internet y mediante el formato tradicional) en la mejora de las diferentes variables clínicas evaluadas del pre al post-tratamiento y comprobar si los cambios alcanzados en ambas condiciones de tratamiento se mantenían a lo largo del seguimiento realizado a los 3 meses. Los resultados obtenidos utilizando el análisis ITT mostraron que tanto la condición de tratamiento TEO como la condición tradicional dieron lugar a mejoras estadísticamente significativas en todas las medidas de resultado tras la intervención: las medidas principales relacionadas específicamente con la adaptación al acontecimiento estresante y el estado de ánimo (IEP y BDI-II); los objetivos terapéuticos relacionadas con el problema (evitación y malestar de la conducta, malestar del pensamiento/imagen, intensidad de la emoción y creencia en el pensamiento irracional); las medidas relativas al crecimiento postraumático (PTGI), afecto positivo y negativo (PANAS) y estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE) y; por último, las medidas de interferencia y gravedad (evaluadas por el paciente y por el clínico). Estos resultados se mantuvieron hasta el seguimiento de los 3 meses, obteniendo tamaños del efecto grandes (según Cohen, 1988) con valores superiores a 0.8 en todas las medidas analizadas. La única excepción la constituyó la medida que evaluó los estilos de afrontamiento de las personas ante los problemas (BRIEF-COPE), concretamente la dimensión Afrontamiento Social, no encontrándose mejoría en esta variable tras el tratamiento. Esto podría deberse a que el principal objetivo de la intervención no fue tanto promover la búsqueda de una red social de apoyo, sino lograr el cambio de significado o reevaluación del acontecimiento negativo. En

este sentido, la dimensión Afrontamiento cognitivo sí que logró mejorías estadísticamente significativas y lo hizo del post-tratamiento al seguimiento a los 3 meses. El hecho de que estos cambios se produjeran más tarde en el tiempo podría estar relacionado con la situación en la que se encontraba la mayoría de las personas que formaron parte del estudio, además de la puesta en marcha de sus recursos una vez aprendidos y madurados. En más de la mitad de la muestra estudiada seguía estando presente el acontecimiento estresante y en el momento del post-tratamiento todavía estaba activa la situación problemática, lo que podría llevarnos a pensar que estas personas podrían haber necesitado más tiempo para afianzar y llevar a cabo las estrategias aprendidas durante el tratamiento, entre ellas lograr el cambio de significado del evento estresante. Por otra parte, las puntuaciones en la dimensión Bloqueo del Afrontamiento sí que disminuyeron de forma significativa tras la intervención, indicando que con el tratamiento recibido las personas dejaron atrás las estrategias evitativas de afrontamiento.

Por lo que respecta al análisis con los participantes *Completers*, los resultados alcanzados fueron similares a los obtenidos con ITT, a excepción de los datos obtenidos en relación a la adaptación al acontecimiento estresante (valorado por el cuestionario IEP) y al objetivo terapéutico relacionado con el malestar de la conducta asociada a este acontecimiento. En el caso de la variable IEP, los participantes en la condición TEO continuaron mejorando su adaptación al problema del post-tratamiento al seguimiento a los 3 meses, frente a la condición de tratamiento tradicional. Por tanto, parece que el trabajo realizado con los elementos multimedia incluidos en TEO consigue una pequeña ventaja a medio plazo frente a la condición tradicional en esta medida específicamente relacionada con el TA. Tal vez, la manera de presentar los contenidos terapéuticos haciendo uso de materiales como videos, música, imágenes y textos, podría haber logrado una mayor retención del aprendizaje adquirido durante el tratamiento en la memoria a más largo plazo. Por otra parte, una tendencia en la misma línea se observó en las medias obtenidas del post al seguimiento a los 3 meses en la variable malestar de la conducta relacionada con el problema, donde los participantes en la condición de TEO consiguieron reducir en mayor medida sus puntuaciones del post-tratamiento al seguimiento, comparado con la condición tradicional, aunque sin llegar a alcanzar significación estadística. Este resultado también se puede observar en los valores del tamaño del efecto que se obtuvieron para cada una de las condiciones de tratamiento, pues en la condición tradicional se obtuvo un valor pequeño ( $d=0,17$ ), mientras que en la

condición TEO este valor se situó entre medio y grande ( $d=0,70$ ). Por consiguiente, parece que el protocolo de tareas para casa diseñado en el sistema Web TEO permite que, a medio plazo, los pacientes no sientan tanto malestar en aquellas situaciones que están evitando y que se encuentran directamente relacionadas con el suceso estresante experimentado. A pesar de que la condición TEO se mostró más eficaz a medio plazo que la condición TRADICIONAL en solamente estas dos medidas (y únicamente en una de ellas de forma significativa), creemos que este es un resultado relevante ya que se da cuando se tienen en cuenta en los análisis realizados los participantes de ambas condiciones que realmente han recibido y finalizado el tratamiento. Futuros análisis de los datos con más pacientes y momentos de seguimiento previstos a más largo plazo (seguimiento 6 y 12 meses) nos proporcionará información más precisa acerca de si se mantiene esta ventaja en el tiempo de la condición TEO frente al formato Tradicional.

Por otra parte, los resultados obtenidos respecto al *cambio clínicamente significativo* fueron muy positivos utilizando ambos métodos de análisis: *Completers* e ITT. Así, alrededor del 80% de los participantes *Completers* (independientemente de su condición de tratamiento) se encontraban en las categorías de “recuperados” o “mejorados” según las puntuaciones obtenidas en el IEP tras el tratamiento y un 90% en el seguimiento realizado. Aquí cabe destacar la evolución favorable de los participantes en el seguimiento realizado ya que el 100% de los pacientes en la condición TEO se clasificó como “recuperado” en esta variable, siendo las dos únicas personas que se situaron en “No cambio” o “Deteriorado” de la condición tradicional. Por lo que se refiere a los objetivos terapéuticos y la gravedad valorada por el terapeuta, alrededor del 90% de la muestra se recuperó o mejoró de forma significativa tras la intervención y en el seguimiento a los 3 meses. Por último, porcentajes más bajos de “recuperados” o “mejorados” se encontraron en la medida de estado de ánimo (BDI-II), obteniéndose alrededor de 60% en los dos momentos de evaluación. Sin embargo, el cálculo de este ICF también presenta algunas limitaciones que caben destacarse. Como indica Iraurgi (2010), el ICF puede verse afectado cuando las puntuaciones en el pre-tratamiento son moderadamente funcionales o se acercan al límite de funcionalidad por lo que, pese a existir cambio, quizá no sea de la magnitud que permita considerarlo como fiable al alcanzar el efecto techo o suelo. Esta podría ser una de las razones por las que la medida del BDI-II no llegó a alcanzar un porcentaje mayor de personas recuperadas o mejoradas, dado que la puntuación media en esta variable para las personas que no experimentaron cambio fue de 14 puntos



(depresión leve), habiendo incluso personas que solamente puntuaron 4 en este cuestionario en el pre-tratamiento.

Si comparamos estos resultados con lo obtenidos según el análisis ITT, observamos como los porcentajes de personas recuperadas y mejoradas son algo menores para todas las variables analizadas cuando tenemos en cuenta la muestra total de participantes que iniciaron el tratamiento. A pesar de ello, en general, solamente en torno al 25% de personas se situarían en “No cambio” según sus puntuaciones en la variable IEP; en esta misma categoría se clasificarían el 46% de personas en la variable BDI-II y; por último, el 17% no cambiaría en los objetivos terapéuticos relacionados con el acontecimiento estresante y en la medida de interferencia y gravedad valorada por el clínico.

Finalmente, en relación a la medida que recogía el cambio clínico global experimentado por cada participante, esto es el ICC, cabe señalar que entre el 82 y el 94% de la muestra había mejorado en, al menos, 3 de las 5 variables seleccionadas para evaluar el alcance del cambio tras la intervención y, en el seguimiento, los porcentajes llegaron incluso a alcanzar el 100% en el caso de los participantes *Completers* en la condición de TEO.

En general, los resultados logrados en el presente estudio fueron similares a los obtenidos por otros trabajos llevados cabo por el grupo (Andreu-Mateu, 2011; Andreu-Mateu *et al.*, 2012; Baños, Botella *et al.*, 2008; Baños *et al.*, 2011; Botella *et al.*, 2010; Guillén, 2009; Quero *et al.*, en prensa) en los que se aplicó el mismo protocolo de tratamiento unido al componente de tareas para casa en formato tradicional. Estos estudios, confirman tanto la eficacia del protocolo diseñado para el abordaje de este problema, como las directrices de tratamiento generales propuestas por otros autores que guiaron en su momento la construcción del protocolo utilizado en este estudio (Andrews, 1995; Benton y Linch, 2006; Strain, 1995; Strain y Diefenbacher, 2008).

Teniendo en cuenta todos estos resultados, se puede afirmar que se cumple la **primera hipótesis** referida a que el programa de tratamiento para los TA unido al componente de tareas para casa (aplicado según un formato tradicional o apoyado por las TICs) sería eficaz y daría lugar a cambios estadísticamente significativos en todas las variables clínicas estudiadas, encontrándose mejoría entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento y manteniéndose a lo

largo del seguimiento a los 3 meses, tanto en los resultados obtenidos mediante el procedimiento de análisis ITT como en el de los *Completers*. Ambas condiciones de tratamiento lograron mejoras en la sintomatología clínica de los pacientes, sin embargo, como se ha mencionado anteriormente, sí se encontraron diferencias significativas en la adaptación al acontecimiento estresante a favor de la condición TEO del post-tratamiento al seguimiento a los 3 meses.

El **cuarto objetivo** consistió en comparar la eficacia diferencial del *componente específico de tareas para casa* desarrollado dentro del programa de tratamiento de los TA, en función de su formato de aplicación (Internet *versus* tradicional), en la mejora de las diferentes variables clínicas evaluadas antes y después de realizar las tareas para casa a lo largo del tratamiento. Los resultados obtenidos mostraron que el componente específico de tareas para casa mejoró la situación clínica de los participantes de forma estadísticamente significativa sin que hubiese diferencias entre los formatos de aplicación. Tanto el estado de ánimo como la autoeficacia percibida para hacer frente al problema se vieron incrementados a lo largo de las sesiones que conforman el protocolo de tareas para casa, existiendo también cambio significativo antes frente a después de realizar cada una de ellas. Además, todas las sesiones fueron igualmente eficaces a la hora de aumentar las puntuaciones de estas variables, no habiendo ninguna sesión mejor que otra. En la misma línea se encuentran los resultados obtenidos en las variables emocionales, donde se consiguió que las emociones positivas aumentasen y las emociones negativas disminuyeran de forma significativa a lo largo de las sesiones y dentro de las sesiones con valores del tamaño del efecto grandes y pequeños, respectivamente. En relación al cambio que se produjo antes *vs.* después de realizar cada sesión, cabe señalar el hecho de que estamos valorando tareas para casa que tienen una duración aproximada de entre 30-45 minutos y que se realizan a lo largo del proceso terapéutico. Esta información se debe de tener en cuenta a la hora de estimar qué grado de cambio podemos esperar que se produzca. Por este motivo, los tamaños del efecto que se alcanzaron resultaron pequeños, sin embargo, y a pesar de estas circunstancias, se produjeron cambios estadísticamente significativos en todas las variables analizadas y, como veremos a continuación, los participantes percibieron variaciones positivas en su estado de ánimo y capacidad para hacer frente al problema.

Como se acaba de mencionar, los participantes valoraron el cambio experimentado en el estado de ánimo y la autoeficacia tras realizar las sesiones de tareas para casa en ambas condiciones de tratamiento. En general, percibieron que su estado de ánimo mejoraba y su autoeficacia para hacer frente al problema aumentaba de forma significativa después de realizar cada una de las sesiones y a lo largo del protocolo de tareas para casa, alcanzándose tamaños del efecto medios y grandes, respectivamente. En relación al *cambio experimentado en el estado de ánimo*, las pruebas post-hoc revelaron que, comparado con la primera sesión, las puntuaciones en esta variable fueron estadísticamente significativas a partir de la sesión 3 (**p=0,050**), pero más notables fueron estos cambios experimentados en las sesiones 5 (**p=0,001**) y 6 (**p=0,011**), las cuales casualmente son las sesiones dirigidas a trabajar el afrontamiento positivo de los problemas y el cambio de significado del acontecimiento estresante. Por su parte, *el cambio experimentado en la autoeficacia* resultó estadísticamente significativo desde la sesión 2 (**p=0,010**), lo que podría deberse a que es desde esta sesión cuando se introducen los distintos componentes de tratamiento, siendo la sesión primera meramente informativa y de psicoeducación sobre el TA. En general, es la sesión 5 la que consigue obtener puntuaciones mayores de cambio en ambas variables (autoeficacia y estado de ánimo), aunque con diferencias mínimas respecto al resto de sesiones. Esto, con todas las cautelas posibles, podría indicarnos que el contenido terapéutico ofrecido en esta sesión es de especial importancia para que se produzca dicho cambio. En esta sesión se explica la segunda parte del modelo Cognitivo de los TA, por medio del cual se intenta que los pacientes cambien la actitud hacia los problemas, entendiéndolos como oportunidades que te permiten ganar experiencia y sabiduría.

Los resultados obtenidos en referencia a este objetivo en el presente estudio van en la línea de los resultados preliminares obtenidos previamente por nuestro grupo en un estudio de caso (Quero *et al.*, 2012) y dos series de casos (Molés *et al.*, 2014; Molés, Quero, Nebot y Soler *et al.*, 2014) en los que se muestra la utilidad del componente de tareas para casa (aplicado solamente mediante TEO o en ambos formatos) a la hora de mejorar la sintomatología clínica de los pacientes con TA. Por otra parte, los datos obtenidos en este trabajo también son similares a los hallados por nuestro grupo en el tratamiento de otros trastornos relacionados con el trauma y el estrés, como el TEPT, donde el sistema TEO fue eficaz a la hora de aplicar el componente de exposición en el propio hogar del paciente (Serrano *et al.*, 2014). Además, en este mismo sentido, otros trabajos encontrados en la

literatura también apoyan la eficacia y utilidad de añadir otras herramientas que complementen la terapia y sirvan de refuerzo y consolidación de los cambios logrados durante la intervención, como es el caso del uso de PDAs o *smartphones*, en el tratamiento de las fobias específicas (p.ej., Botella, *et al.*, 2011; Gruber, *et al.*, 2011).

Por tanto, una vez valorados los resultados obtenidos, podemos concluir que **la segunda hipótesis**, referida a que no se encontrarían diferencias estadísticamente significativas en relación a la eficacia entre ambas condiciones de tratamiento, se cumple. Los datos indican que ambos modos de aplicación del componente de tareas para casa son igualmente eficaces a la hora de mejorar la situación clínica de los pacientes a lo largo de todo el proceso terapéutico.

El **quinto objetivo** planteado pretendía examinar la eficiencia diferencial (entendida como que la mejoría se producirá antes en el tiempo y el tiempo necesario en terapia será menor) del componente de tareas para casa, en función de su formato de aplicación (Internet vs. Tradicional) durante el tratamiento. En consecuencia, la variable que se tuvo en cuenta fue el número de sesiones de tratamiento necesitadas y recibidas por los pacientes, con el fin de conocer qué condición de tratamiento precisó de un número menor y, por lo tanto, mejoró antes en el tiempo. Los datos revelaron que ambas condiciones experimentales requirieron de un número muy similar de sesiones de tratamiento, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Cabe destacar aquí que el protocolo de tratamiento desarrollado para los TA cuenta con un número de sesiones flexible que va de 6 a 8 (dependiendo de las necesidades de cada paciente). Esta pequeña horquilla de dos sesiones de diferencia es la que tiene que tener en cuenta el terapeuta a la hora de decidir si aplicar o no, teniendo en cuenta el estado clínico del paciente. En nuestra opinión, esta podría ser una de las limitaciones del estudio, ya que este reducido número de sesiones puede estar impidiendo que pueda haber y/o encontrarse grandes diferencias entre los grupos. Por otra parte, también hay que tener en cuenta las características clínicas de la muestra estudiada, ya que un 40,91% de personas (en cada condición) tenían otro evento estresante presente en sus vidas, además del principal problema objetivo de tratamiento. Esto afectaba al curso del tratamiento muchas veces teniendo que, dentro del rango permitido, ampliar una sesión más para lograr cubrir todas las necesidades clínicas del paciente.

Como se ha visto a lo largo de la presente tesis, la investigación en el campo de las tareas para casa se ha centrado en estudiar la relación entre la adherencia de los pacientes a las tareas y la eficacia de los resultados del tratamiento (Kazantzis *et al.*, 2000; Mausbach, *et al.*, 2010). Sin embargo, no hemos encontrado en la literatura estudios que analicen los diferentes aspectos diferenciales (entre ellos la eficiencia) entre el uso de un formato clásico de realización de tareas para casa, y la utilización de materiales web como imágenes, videos, narrativas, etc.

Por tanto, teniendo en cuenta la información obtenida, concluimos que nuestros datos no apoyan la **tercera hipótesis** referida a que el grupo que realizara las tareas para casa apoyado por las TICs necesitaría menos sesiones de terapia, reduciéndose por consiguiente el tiempo hasta alcanzar la mejora de la situación clínica de los pacientes en esta condición. Como se ha referido anteriormente, quizá esto sea debido al hecho de que ya contamos con un protocolo de tratamiento para los TA de pocas sesiones de duración. En este sentido, estos resultados podrían estar indicándonos la posibilidad de haber alcanzado ya un efecto suelo en el número de sesiones que se necesitan para abordar este trastorno que tanta relevancia clínica tiene y que tanto sufrimiento y consecuencias negativas provoca en las personas que lo padecen. De todas formas, sería necesaria más investigación al respecto, teniendo en cuenta las ventajas que las TICs pueden ofrecer a la hora de dispensar y/o mejorar los servicios terapéuticos prestados dentro del campo de los TA.

Finalmente, el **sexto objetivo** era examinar el grado de aceptación del componente de tareas para casa aplicado en ambos formatos (TICs vs tradicional) en cuanto al grado de preferencias, satisfacción, opinión y elección por parte de los participantes del estudio. En primer lugar, en cuanto a las *preferencias* de los pacientes antes de iniciar el tratamiento, los resultados indicaron una clara predilección por el uso del sistema TEO para realizar las tareas para casa, llegando a alcanzarse diferencias significativas entre los dos formatos de aplicación. Este dato resulta relevante dado que entendemos que podría existir una relación positiva directa entre tener unas expectativas altas hacia la realización de las tareas para casa de una determinada forma (por ejemplo, utilizando el sistema TEO) y la eficacia de este componente (o del tratamiento en su conjunto) a la hora de mejorar la situación clínica de las personas con TA. En este sentido, ya hay estudios en la literatura que muestran la relación entre las expectativas de tratamiento con la eficacia terapéutica en los que los tratamientos aplicados

se apoyan en el uso de la RV en diversos trastornos psicológicos: fobias específicas como la fobia a volar, la acrofobia y la ansiedad social (Moldovan y David, 2014; Price, Anderson, Henrich y Rothbaum, 2008), miedo a hablar en público (Price y Anderson, 2012), trastorno de pánico con agorabia (Quero *et al.*, 2013) y, en un estudio reciente realizado por nuestro grupo con pacientes con TA (Quero, Rachyla, Molés y Botella, 2015). Sin embargo, los análisis realizados en el presente trabajo no permiten confirmar esta hipótesis. Consideramos que es una cuestión interesante a dilucidar cuyas conclusiones enriquecerían en gran medida el conocimiento sobre las tareas para casa dentro de los tratamientos psicológicos. Por lo que respecta al resto de variables analizadas, los participantes también escogieron TEO como el método de aplicación de tareas para casa más recomendable y eficaz, alcanzándose diferencias estadísticamente significativas para la primera de estas variables. En relación a lo aversivo que consideraban podía resultarles la forma de aplicar las tareas para casa, un porcentaje mayor de participantes consideraron que la forma tradicional de aplicación de tareas para casa les iba a resultar más aversivo (condición TEO=36,36% frente a condición TRADICIONAL =63,64%), pero sin llegar a alcanzar significación estadística.

En segundo lugar, por lo que respecta a la *satisfacción y utilidad* percibida por los participantes acerca del componente de tareas para casa, los datos muestran como ambas variables obtuvieron puntuaciones muy elevadas para cada una de las sesiones que conformaron el protocolo de tareas para casa en ambos modos de aplicación, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ellos. Estas puntuaciones fueron aumentando a lo largo de las sesiones, produciéndose un “*efecto tiempo*” significativo. Los participantes se sintieron cada vez más satisfechos y a lo largo del transcurso del tratamiento fueron percibiendo más beneficiosas y útiles las sesiones de tareas para casa, siendo en general la sesión 5 la mejor valorada. Cabe recordar aquí que esta sesión también fue la que consiguió mayor cambio en el estado de ánimo y en la autoeficacia para afrontar el problema en los participantes en general, lo que podría estar directamente relacionado con la satisfacción y beneficios que consideran que tiene esta sesión. Cuanto mayor cambio positivo experimentan los pacientes tras realizar la tarea, más útil la consideran y, por lo tanto, más satisfechos se encuentran. A este respecto, sería interesante analizar la relación entre la eficacia de las tareas para casa y la satisfacción de los pacientes con este componente de tratamiento, ya que pondría de relieve la importancia de que los tratamientos, o en este caso el componente de tareas para casa, sean bien aceptado por los pacientes.

En tercer lugar, la *opinión* de los participantes tras haber realizado el tratamiento y completado las tareas para casa en ambas condiciones de tratamiento fue muy positiva. Todos los participantes consideraron útiles los contenidos proporcionados para trabajar en casa, y los recomendarían a otras personas con problemas similares. Sin embargo, la condición que realizó las tareas para casa según el formato tradicional valoró más positivamente la ayuda que les proporcionaba los archivos de audio (grabados en sesión de terapia) a la hora de procesar el acontecimiento estresante, obteniendo diferencias estadísticamente significativas respecto a la condición que utilizó TEO. Aunque los participantes en la condición de TEO también puntuaron con valores altos la ayuda que los símbolos y paisajes de EMMA (disponibles dentro del sistema TEO) les prestaba a la hora de elaborar la experiencia vivida, las diferencias fueron suficientes como para ser estadísticamente significativas (TRADICIONAL= 4,68; TEO= 4,29). A este respecto, no podemos pasar por alto el gran potencial que tienen las grabaciones de audio a la hora de que se produzca la aceptación y elaboración del acontecimiento estresante por parte de los pacientes. Como ya se ha comentado anteriormente, este tipo de tareas no habían demostrado su eficacia por sí mismas, aunque si teníamos evidencia de que el protocolo de tratamiento para los TA que ya ha probado su eficacia en los estudios previos realizados por nuestro grupo las incluía. Como los propios pacientes del presente estudio indicaron: *“cuando te escuchas lo haces como si fueras un espectador, viendo las cosas desde fuera siendo más objetivo, racionalizando las cosas más”*; *“Es muy impactante”*; *“a veces te causa malestar escuchar la grabación de la sesión pero de esa forma consigues asimilar las cosas”*. No hay duda que las grabaciones producen un gran efecto en los participantes, sin embargo, en este estudio se ha probado que, en la práctica, el sistema TEO también logra el procesamiento de la experiencia negativa, mejorando la situación clínica de los participantes en igual medida que la condición tradicional y, todo ello, haciendo uso de material multimedia (imágenes, videos, narrativas, etc.) que convierte las tareas más amenas, atractivas, e incluso menos aversivas. Prueba de ello son algunos comentarios de los pacientes del estudio: *“El sistema TEO me ha parecido divertido, moderno e innovador. Me ha sido útil para superar mi problema. Esta manera de realizar las tareas la considero más interactiva que solamente leer un manual”*; *“Me ha ayudado a procesar las emociones de una manera más amena”*; *“Recibir estímulos (música, frases, imágenes, etc.) me ayuda a procesar mejor y a interiorizar los mensajes”*; *“El material multimedia de las sesiones me ayudaban a seguir adelante, me motivaban, me daban fuerzas. Los videos me impactaban mucho ya que considero que la música tiene mucho potencial”*.

Por otra parte, los participantes contestaron a diferentes cuestiones acerca de la *usabilidad* de TEO, considerando que el sistema era cómodo, atractivo, fácil de usar, de seguir las instrucciones y de aprender. Además, se demostró la intención de uso de los pacientes que, en su mayoría, afirmaron estar de acuerdo en obtener la licencia del sistema TEO, para que les siguiera ayudando en su problema, en el caso de que se pudiese

Por último, los participantes manifestaron su *elección* entre un formato de tareas para casa u otro tras finalizar el tratamiento. Más del 70% del total de los participantes hubiesen escogido el sistema TEO para realizar las tareas para casa durante el tratamiento si hubiesen tenido la oportunidad de decidir entre un formato u otro. Un hecho sorprendente es que más de la mitad de los participantes (54,54%) que habían realizado las tareas para casa según el formato tradicional preferirían cambiar de condición, esto es, realizar las tareas para casa mediante el sistema TEO. Este resultado no va en la línea de lo que cabría esperar, esto es, que los participantes tiendan a escoger aquella condición de tratamiento que han recibido. Uno de los motivos que podría explicar este resultado es al atractivo que tiene para los participantes contar con un sistema Web que utiliza materiales multimedia (como imágenes, videos y narrativas) para transmitir los distintos contenidos terapéuticos, frente a los manuales de lectura proporcionados en papel o las grabaciones de audio.

En suma, a diferencia de los materiales tradicionales de tareas para casa, el sistema TEO creó mejores expectativas entre los participantes e incluso una vez finalizado el tratamiento, fue el método elegido. Los datos de aceptación obtenidos en el presente trabajo son consistentes con los estudios previos realizados por nuestro grupo de investigación (Molés *et al.*, 2013; Molés *et al.*, 2015; Quero, Pérez-Ara *et al.*, 2011), en los que también se concluyó la excelente opinión de los participantes acerca del componente de tareas para casa desarrollado para el tratamiento de este trastorno, con el importante dato de que el sistema TEO obtiene expectativas más positivas y es el preferido por la mayoría de participantes para ser utilizado a lo largo de todo el tratamiento (Quero *et al.*, 2014). Además, los datos de aceptación encontrados también van en la línea de las conclusiones obtenidas en otro trabajo realizado por nuestro grupo y que se enmarca dentro del campo del dolor crónico (del Rio *et al.*, 2012).



Este hecho trae a colación cuestiones importantes tales como la posibilidad de que la sociedad en general esté aceptando cada vez más la utilización de las TICs dentro de los tratamientos psicológicos, ya sea en su uso como tratamiento auto-aplicado o como complemento de este. En este sentido, nuestro grupo de investigación ya ha publicado diversos estudios que muestran la buena aceptación por parte de los pacientes tanto de tecnologías como la RV que apoyan el tratamiento de trastornos relacionados con factores del trauma y el estrés y (TEPT, TA yDC) (Baños *et al.*, 2009; Botella *et al.*, 2006) o el trastorno de pánico y la agorafobia (Quero *et al.*, 2013) y también programas computarizados administrados a través de Internet que abordan la fobia a los animales pequeños y el miedo a hablar en público (Botella, Quero *et al.*, 2008; Botella *et al.*, 2009). Sin embargo, se precisa de más investigación respecto a este tema, ya que no hay ningún estudio que examine la aceptación de las TICs a la hora de aplicar un componente específico de tareas para casa dentro del campo de los TA, lo que da mayor valor a los resultados encontrados en el presente trabajo.

A la luz de todos estos datos, podemos afirmar que nuestros resultados apoyan la **cuarta hipótesis** que predecía que el componente de tareas para casa que hace uso del sistema TEO, sería preferido en mayor medida que la condición tradicional antes de iniciar el tratamiento, obtendría valores altos de satisfacción y sería valorado positivamente por parte de los pacientes y, por último, sería escogido por un porcentaje mayor como formato de elección tras ser aplicada la intervención.

En resumen, podemos afirmar que el protocolo de tratamiento desarrollado para los TA ha demostrado ser eficaz a la hora de mejorar la situación clínica de estos pacientes, independientemente del formato de tareas para casa que se ha aplicado. Además, esta mejoría lograda se ha mantenido en el tiempo, hasta el seguimiento a los 3 meses. Por su parte, el componente de tareas para casa por sí mismo también ha demostrado su eficacia, produciendo cambios positivos a lo largo del proceso terapéutico, en los periodos entre sesiones de tratamiento en ambas condiciones experimentales. También, las tareas para casa diseñadas han sido muy bien aceptadas y valoradas por los participantes.

A la vista de los resultados obtenidos, consideramos que el presente estudio ha contribuido a seguir mejorando el tratamiento psicológico que ya desarrolló nuestro grupo en

su momento para los TA (Botella *et al.*, 2008). Por nuestra parte, seguimos estudiando de qué manera mejorar este tratamiento en términos de eficacia, eficiencia y aceptabilidad, todo ello para poder ofrecer una alternativa fiable a las personas que están sufriendo las graves consecuencias que produce este trastorno. Una manera de mejorar este tratamiento es, por un parte, optimizar el único componente de tratamiento que permite el refuerzo y consolidación de los contenidos aprendidos en terapia, este es el componente de tareas para casa y, por otra, aprovechar las ventajas que las TICs nos pueden ofrecer y que se han ido comentando a lo largo del presente trabajo (Andersson y Titov, 2014; Baños *et al.*, 2011; Quero *et al.*, 2012; Mira 2014). En anteriores estudios realizados por nuestro grupo de investigación ya se habían incluido las TICs dentro de los tratamientos dirigidos a los trastornos relacionados con el trauma y el estrés. Específicamente, en estos trabajos se demostró la eficacia de un dispositivo tecnológico de RV denominado el *Mundo de EMMA* (Baños, Guillén *et al.*, 2011; Botella *et al.*, 2010; Botella, Osma *et al.*, 2008; Quero, *et al.*, 2013). Pero, en nuestra opinión, las personas no solamente se pueden beneficiar de las TICs dentro del contexto de la terapia en consulta. Estas herramientas también pueden utilizarse fuera de ella ya que, como se ha demostrado en la presente tesis, todo el trabajo realizado en terapia se puede llevar al propio hogar del paciente, como es el caso de lo que se consigue con el sistema TEO.

Caber recordar aquí que el sistema TEO posee algunas **ventajas** tanto para los pacientes como para los terapeutas que dan especial valor a su uso durante el tratamiento. Entre ellas se encuentra el ofrecer un espacio donde los pacientes puedan recordar y repasar aspectos importantes ya trabajados, el permitir a los terapeutas aumentar el control del estado del paciente en el periodo entre sesiones de tratamiento, además de disponer de un sistema de creación de materiales terapéuticos flexibles y adaptables a las necesidades de cada persona. Además, al desarrollarse vía Web este sistema puede ser utilizado también como tratamiento auto-aplicado. Ya hemos visto en la revisión de la literatura algunos programas auto-aplicados que han demostrado su eficacia en el tratamiento de personas que han sufrido o están sufriendo acontecimientos estresantes (Heber, *et al.*, 2013; Hirai y Clum, 2005; Mira 2014; Selligman, *et al.*, 2007), sin embargo, en todos ellos las sesiones terapéuticas son cerradas e iguales para todos los potenciales usuarios. En el caso del sistema TEO, su flexibilidad y versatilidad permite configurar y ajustar el protocolo de tratamiento a cada persona atendiendo sus necesidades terapéuticas y al significado específico que da a su

problema. Prueba de ello es el uso que se le está dando en estos momentos en un proyecto realizado desde la Universidad de Almería, donde han desarrollado un protocolo de sesiones en TEO para reforzar tareas de tratamiento entre sesiones en niños hospitalizados en la unidad de oncología o, como ya hemos comentado en este trabajo, utilizándolo como complemento de la terapia en otros trastornos como el TEPT (Serrano *et al.*, 2014) o la fibromialgia (Del Rio *et al.*, 2012).

Entre las principales **limitaciones** de este estudio se encuentran, por un lado, el pequeño tamaño de la muestra que limita en gran medida la generalización de los resultados encontrados. Por otro lado, en este estudio se presenta el análisis de las 6 sesiones principales de tareas para casa, sin embargo, para algunos pacientes fue necesario añadir dos sesiones más de tratamiento, con la correspondiente asignación de las tareas para casa. Aunque básicamente el contenido de estas tareas suplementarias no variaba de la anterior asignada, no sabemos si esto ha podido influir en los resultados obtenidos acerca de la eficacia del componente de tareas para casa. Finalmente, también cabe destacar el limitado tiempo de seguimiento con el que hemos podido contar, tan sólo tenemos datos relativos a un periodo de tres meses ya que el estudio está todavía en progreso.

En cuanto a las **líneas de investigación** futuras que nos planteamos a raíz de los resultados obtenidos en el presente trabajo se encuentran, por una parte, profundizar en el estudio de las diferencias individuales (como rasgos de personalidad, tipos de apego y recursos con los que cuenta la persona) pues, como hemos señalado, a nivel clínico estos aspectos parecen ser muy relevantes en la mediación de la respuesta del paciente al tratamiento. Por otra parte, analizar cuál es la contribución del tratamiento analizando de forma diferencial los diferentes subtipos de TA o acontecimientos desencadenantes del trastorno. Además, como se ha mencionado anteriormente, también consideramos interesante el estudio de la relación entre diferentes variables de aceptación del componente de tareas para casa como, por ejemplo, las preferencias o la satisfacción, y la eficacia de este componente de tratamiento. Por último, nos planteamos seguir avanzando en el aprovechamiento de las ventajas que nos proporcionan las TICs para el tratamiento de este problema. En este sentido, en estos momentos el grupo está realizando un nuevo proyecto cuyo objetivo principal es adaptar, desarrollar y someter a prueba el programa de tratamiento utilizado en el presente estudio aplicado en dos formatos: biblioterapia tradicional enviada por e-mail o mediante un programa

computarizado interactivo auto-aplicado a través de Internet, y frente a un grupo control lista de espera. Este trabajo no solo aportará datos sobre eficacia clínica sino también datos en cuanto a la utilidad clínica de los actuales desarrollos tecnológicos, suponiendo una mejora en la aplicación y diseminación de los actuales programas de tratamiento para los TA. Como indica Kazdin (2014), es necesario plantear nuevos modelos para administrar los tratamientos psicológicos basados en la evidencia que puedan ayudar a reducir el impacto general que la enfermedad mental causa en todo el mundo. La mayoría de las personas diagnosticadas de un trastorno mental no recibe tratamiento, y existe gran disparidad respecto al acceso a la atención de la salud mental entre diferentes etnias (Kazdin y Blase, 2011). Y es en este sentido donde las TICs pueden desempeñar un papel importante como estrategia innovadora, como un nuevo modelo pero, sobre todo, una nueva forma de aplicar los tratamientos apoyados empíricamente, para así salvar los problemas relacionados con el acceso a los tratamientos psicológicos por parte de las personas que necesitan ayuda y no pueden recibirla (Kazdin y Blase, 2011).

## 7. CONCLUSIONES

A continuación expondremos las principales conclusiones obtenidas en el presente trabajo.

- Se ha comprobado que el protocolo TCC diseñado por el grupo y que se apoya en el uso de la RV para abordar el tratamiento de los TA ha sido eficaz en mejorar la situación clínica de los pacientes, tanto cuando se ha aplicado el componente de tareas para casa de forma tradicional como mediante el uso de Internet. Se han producido cambios estadísticamente significativos, con tamaños del efecto grandes, observándose una importante mejoría en el post-tratamiento y manteniéndose en el seguimiento a los 3 meses, tanto en el análisis ITT como el análisis llevado a cabo con los *Completers*.
- Los datos derivados del cambio clínicamente significativo han mostrado porcentajes elevados de personas que se encontraban recuperadas o mejoradas tras haber recibido la intervención (en el post-tratamiento y en el seguimiento a los 3 meses), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones de tratamiento TEO y TRADICIONAL, ni cuando se han realizado los análisis con los participantes *Completers*, ni en los llevados a cabo según el análisis con ITT.
- Se ha puesto de manifiesto la eficacia del componente de tareas para casa a la hora de mejorar el estado de ánimo, y la autoeficacia percibida de los pacientes, además de aumentar las emociones positivas y disminuir las negativas. No se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones TEO y TRADICIONAL, por lo que han sido igual de eficaces desde un punto de vista estadístico.
- No se ha constatado que en el grupo de tratamiento que realizó las tareas para casa mediante el sistema TEO necesitara menos sesiones de tratamiento, esto es, fuera más eficiente que la condición que utilizó el método TRADICIONAL de tareas para casa.
- Los datos indican que las sesiones que conformaron el protocolo de tareas para casa en ambas condiciones gustaron y fueron útiles. Además, ambos formatos de aplicación del componente de tareas para casa fueron bien valorados y aceptados, aunque el

sistema TEO obtuvo expectativas más positivas antes del tratamiento y fue el método de asignación de tareas para casa preferido por la mayoría de los participantes antes y después de la intervención.

- Es el primer estudio controlado que examina la eficacia y aceptación de un componente de tareas para casa desarrollado expresamente para los TA y que es aplicado mediante el uso de las TICs, y comparado con el método tradicional de asignación de tareas para casa.
- El sistema TEO es el primer programa desarrollado que permite aplicar un componente de tareas para casa utilizando el ordenador y de forma totalmente auto-aplicada, y todo ello, en un campo tan necesitado de investigación como es el campo de los TA.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agras, S., Sylvester, D., y Oliveau, D. (1969). The epidemiology of common fears and phobia. *Comprehensive Psychiatry*, *10*, 151-156.
- Agustí-López, A., Herrero, R., Vizcaíno, Y., Molinari, G., Del Rio, E., y Botella, C. (2011). Aceptación y preferencia del uso de un dispositivo móvil para la evaluación de la fibromialgia. *Fòrum de Recerca*, *16*, 1111-1124.
- Akechi, T., Okuyama, T., Sugawara, Y., Nakano, T., Shima, Y., y Uchitomi, Y. (2004). Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *Journal of Clinical Oncology*, *22* (10), 1957-1965.
- Akizuki, N., Akechi, T., Nakanishi, T., Yoshikawa, E., Okamura, M., Nakano, T.,... Uchitomi, Y. (2003). Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *American Cancer Society*, *97*, 2605-2613.
- American Psychiatric Association (1952). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-I (1ª Ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1968). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-II (2ª Ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III (3ª Ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV (4ª Ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado: DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V (5ª Ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.
- Amichai-Hamburger, Y., Brunstein, A., Friedman, D., Zuckerman, O., y Shani-Sherman, T. (2014). The future of online therapy. *Computers in Human Behavior*, *41*, 288-294.

- Anderson, P., Jacobs, C., y Rothbaum, B. (2004). Computer-supported cognitive behavioural treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 253-267.
- Anderson, P. L., Price, M., Edwards, S. M., Obasaju, M. A., Schmertz, S. K., Zimand, E., y Calamaras, M. R. (2013). Virtual reality exposure therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(5), 751-760.
- Anderson, P., Rothbaum, B. O., y Hodges, L. (2003). Virtual reality exposure in the treatment of social anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 240-247.
- Anderson, P., Zimand, E., Hodges, L. F., y Rothbaum, B. O. (2005). Cognitive behavioural therapy for public-speaking anxiety using virtual reality for exposure. *Depression and Anxiety*, 22, 156-158.
- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 47(3), 175-180.
- Andersson, G., Bergström, J., Carlbring, P., y Lindefors, N. (2005). The use of the Internet in the treatment of anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 73–77.
- Andersson, G., y Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38 (4), 196-205.
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., y Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(3), 288-295.
- Andersson, G., y Titov, N. (2014). Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (wpa)*, 13(1), 4-11.
- Andreasen, N. C., y Hoenk, P. R. (1982). The predictive value of adjustment disorders: A follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 139, 584-590.
- Andreasen, N.C., y Wasek, P. (1980). Adjustment disorders in adolescents and adults. *Archives of General Psychiatry*, 37(11), 66–70.



- Andreu-Mateu, S. (2011). *Un protocolo de tratamiento psicológico para los trastornos adaptativos apoyado por un sistema de realidad virtual: Análisis de su eficacia a través de un estudio controlado*. Universitat Jaume I. Castellón de la Plana, España.
- Andreu-Mateu, S., Botella, C., Quero, S., Guillén, V., y Baños, R. M. (2012). El tratamiento de los trastornos adaptativos: cuando el estímulo estresante sigue presente. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 20, 323-348.
- Andrews, A. (1995). Treatment outlines for the management of anxiety status: The quality assurance project. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 19, 138-151.
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M., McEvoy, P., y Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PLoS ONE*, 5(10), e13196.
- Andrews, G., Davies, M., y Titov, N. (2011). Effectiveness randomized controlled trial of face to face versus Internet cognitive behaviour therapy for social phobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(4), 337-340.
- Anseau, M., Bataille, M., Briole, G., De Nayer, A., Fauchère, P. A., Ferrero, F., ...y van Moffaert, M. (1996). Controlled comparison of tianeptine, alprazolam and mianserin in the treatment of adjustment disorders with anxiety and depression. *Human Psychopharmacology*, 11, 293-298.
- Arbus, C., Hergueta, T., Duburcq, A., Saleh, A., Le Guern., M. E., Robert, P., y Camus, V. (2013). Adjustment disorder with anxiety in old age: Comparing prevalence and clinical management in primary care and mental health care. *European Psychiatry*, 29(4), 233-238.
- Aydos, L., Titov, N., y Andrews, G. (2009). Shyness 5: The clinical effectiveness of Internet-based clinician-assisted treatment of social phobia. *Australasian Psychiatry*, 17(6), 488-492.
- Ayuso-Mateos, J. L., Vázquez-Baquero, J.L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P., ... y Wilkinson, G. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 308-316.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

- Baños, R. M., Botella, C., Garcia-Palacios, A., Villa, H., Perpiña, C., y Gallardo, M. (1999). Psychological variables and reality judgment in virtual environments: The roles of Absorption and Dissociation. *CyberPsychology and Behavior*, 2, 143-148.
- Baños, R. M., Botella, C., Guillen, V., García-Palacios, A., Jorquera, M., y Quero, S. (2008). Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos. Un estudio de caso. *Apuntes de Psicología*, 26, 303-316.
- Baños, R. M., Botella, C., Guillén, V., García-Palacios, A., Quero, S., Bretón-López, J., y Alcañiz, M. (2009). An adaptive display to treat stress-related disorders: The EMMA's world. *British Journal of Guidance and Counselling*, 37, 347-356.
- Baños, R. M., Botella, C., Perpiñá, C., y Quero, S. (2001). Tratamiento mediante realidad virtual para la fobia a volar: un estudio de caso. *Clínica y Salud*, 12, 391-404.
- Baños, R.M., Guillen, V., García-Palacios, G., Quero S., y Botella, C. (2011). Las nuevas tecnologías en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Información Psicológica*, 102, 28-46.
- Baños, R. M., Guillén, V., Quero, S., García-Palacios, A. y Botella, C. (2011). A virtual reality system for the treatment of stress-related disorders: A preliminary analysis of efficacy compared to a standard cognitive. *International Journal of Human-Computer Studies*, 69, 602-613.
- Baños, R.M., Quero, S., Botella, C., y García-Palacios, A. (2007). Internet y los tratamientos psicológicos: dos programas de auto-ayuda para fobias específicas. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 81, 35-46.
- Bär. K. J., Brehm, S., Boettger, M. K., Wagner, G., Boettger, S., y Sauer, H. (2006). Decreased sensitivity to experimental pain in adjustment disorder. *European Journal of Pain*, 10, 467-471.
- Barak, A., Klein, B., y Proudfoot, J. G. (2009). Defining Internet-supported therapeutic interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(1), 4-17.
- Barraza, P. A. (2004). Evaluación e intervención psicológica en un caso de trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo en una mujer con recidiva por cáncer de mama. *Psicooncología*, 1, 165-178.

- Barlow, D. H., Allen, L. B., y Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Barlow, D.H., y Craske, M.G. (1994). *Mastery of your anxiety and panic-II*. Albany, NY: Graywind.
- Baumeister, H., y Kufner, K. (2009). It is time to adjust the adjustment disorder category. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(4), 409-412.
- Baumeister, H., Maercker, A., y Casey, P. (2009). Adjustment Disorder with Depressed Mood. *Psychopathology*, 42, 139-147.
- Baumeister, H., y Morar, V. (2008). The impact of clinical significance criteria on subthreshold depression prevalence rates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 443-450.
- Beck, A.T., Emery, G., y Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Book.
- Beck, J. G., Palyo, S. A., Winer, E. H., Schwagler, B. E., y Ang, E. J. (2007). Virtual Reality Exposure Therapy for PTSD Symptoms after a Road Accident: An Uncontrolled Case Series. *Behavior Therapy*, 38(1), 39-48.
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Steer, R.A., y Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corp.
- Beck, J., y Tompkins, M. (2007) *Handbook of homework assignments in psychotherapy*. Nueva York. Springer.
- Becker, C. B., Darius, E., y Schaumberg, K. (2007). An analog study of patient preferences for exposure versus alternative treatments for posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45(12), 2861-2873.
- Becker, C. B., Zayfert, C., y Anderson, E. (2004). A survey of psychologist's attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 277-292.
- Bekele, E., Zheng, Z., Swanson, A., Crittendon, J., Warren, Z., y Sarkar, N. (2013). Understanding how adolescents with autism respond to facial expressions in virtual reality

- environments. *Visualization and Computer Graphics, IEEE Transactions on*, 19(4), 711-720
- Belchi, I., Vilardaga, R., y Bados, A. (2002). Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno adaptativo en espera de un trasplante de pulmones. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiátrica de Enlace*, 62, 43-50.
- Ben-Itzhak, S., Bluvstein, I., Schreiber, S., Aharonov-Zaig, I., Maor, M., Lipnik, R., y Bloch, M. (2012). The effectiveness of brief versus intermediate duration psychodynamic psychotherapy in the treatment of adjustment disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42(4), 249-256.
- Benton, T. D., y Lynch, J. (2006). *EMedicine. Adjustment Disorders*. Extraído el 7 de junio de 2010 de <http://www.emedicine.com/Med/topic3348.htm>.
- Bisson, J. I., y Sakhuja, D. (2006). Adjustment disorders. *Psychiatry*, 5, 240-242.
- Blacker, R., y Clare, A. (1988). Depressive disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 150, 737-751.
- Bolu, A., Doruk, A., Ak, M., Özdemir, B., y Özgen, F. (2012). Suicidal behavior in adjustment disorder patients. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 25, 58-62.
- Boschen, M. J., y Casey, L. M. (2008). The use of mobile telephones as adjuncts to cognitive behavioral psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(5), 546-552.
- Botella, C., Baños, R. M., García-Palacios, A., Quero, S., Guillén, V., y Marco, H. J. (2007). La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica. *Uoc Papers: Revista sobre la sociedad del conocimiento*, 4, 32-41.
- Botella, C., Baños, R. M., y Guillén, V. (2008). Creciendo en la adversidad. Una propuesta de tratamiento para los trastornos adaptativos. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Psicología Positiva Aplicada*. Bilbao: DDB.
- Botella, C., Baños, R. M., Guillén, V., Perpiñá, C., Alcañiz, M., y Pons, A. (2000). Telepsychology: Public speaking fear treatment on the Internet. *CyberPsychology & Behavior*, 3, 959-986.

- Botella, C., Baños, R. M., Perpiñá, C., Alcañiz, M., Villa, H., y Rey, A. (1998). Virtual reality treatment of claustrophobia: A Case report. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 239-246.
- Botella, C., Baños, R. M., Perpiñá, C., y Ballester, R. (1998). Realidad virtual y tratamientos psicológicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24(93), 5-26.
- Botella, C., Baños, R., Perpiñá, C., Quero, S., Villa, H., García-Palacios, A., y Fabregat, S. (2002). El tratamiento de la claustrofobia por medio de la realidad virtual. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18(117), 109-127.
- Botella, C, Baños, R. M., Rey, B., Alcañiz, M., Guillén, V. Quero, S., y García- Palacios, A. (2006). Using an adaptive display for the treatment of emotional disorders: A preliminary analysis of effectiveness. *Work-In-Progress CHI 2006*, 586-591.
- Botella, C., Baños, R. M., Villa, H., Perpiñá, C., y García-Palacios, A. (2000). Virtual Reality in the treatment of claustrophobic fear: A controlled, multiple baseline design. *Behavior Therapy*, 31, 583-595.
- Botella, C., Breton-López, J., Quero, S., Baños, R. M., García-Palacios, A., Zaragoza, I., y Alcañiz, M. (2011). Treating cockroach phobia using a serious game on a mobile phone and augmented reality exposure: A single case study. *Computers in Human Behavior*, 27, 217-227.
- Botella, C., Gallego, M. J., Garcia-Palacios, A., Guillen, V., Baños, R. M., Quero, S. y Alcañiz, M. (2010). An Internet-based self-help treatment for fear of public speaking: A controlled trial. *Cyberpsychology Behavior, and Social Networking*, 13, 407-421.
- Botella, C., García-Palacios, A., Baños, R.M., y Quero, S. (2007). Virtual reality and psychological treatments. *Cuaderno de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 82, 17-31.
- Botella, C., García Palacios, A, Guillén, V., Baños, R. M., Quero, S., y Alcañiz, M. (2010). An adaptative display for the treatment of diverse trauma PTSD victims. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13, 67-71.
- Botella, C., García-Palacios, A., Quero, S., y Baños, R. M. (2009). Cybertherapy: Advantages, limitations, and ethical issues. *Psychology Journal*, 7(1), 77-100.

- Botella, C., García Palacios, A., Villa, H., Baños, R. M., Quero, S., Alcañiz, M., y Riva, G. (2007). Virtual Reality Exposure in the Treatment of Panic Disorder and Agoraphobia: A Controlled Study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *14*, 164–175.
- Botella, C., Guillén, V., García-Palacios, A., Gallego, M. J., Baños, R. M. y Alcañiz, M. (2007). Telepsychology and self-help: The treatment of fear of public speaking. *Cognitive and Behavioral Practice*, *14*, 46–57.
- Botella, C., Hofmann, S. G., y Moscovitz, D. A. (2004). A self-applied Internet-based intervention for fear of public speaking. *Journal of Clinical Psychology In Session*, *60*, 1-10.
- Botella, C., Osma, J., García Palacios, A., Guillén, V., y Baños, R. M. (2008). Treatment of complicated grief using virtual reality. A case report. *Death Studies*, *32*, 674-692.
- Botella, C., Osma, J., García Palacios, A., Quero, S., y Baños, R. M. (2004). Treatment of flying phobia using virtual reality: data from a year follow-up using a multiple baseline design. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *11*, 311-323.
- Botella, C., Quero, S., Baños, R. M., García-Palacios, A., Breton-López, J., Alcañiz, M. y Fabregat, S. (2008). Telepsychology and self-help: the treatment of phobias using the internet. *Cyberpsychology & Behavior: the Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*, *11*(6), 659-64.
- Botella, C., Quero, S., Baños, R. M., Perpiñá, C, García-Palacios, A., y Riva, G. (2004). Virtual reality and psychotherapy. En G. Riva, C. Botella, P. Legeron y G. Optale (Eds.), *Cybertherapy Internet and Virtual Reality as Assessment and Rehabilitation Tools for Clinical Psychology and Neuroscience* (pp. 37-54). Amsterdam: IOSS Press.
- Botella, C., Quero, S., Lasso de la Vega, N., Baños, R. M., Guillén, V., García Palacios, A. y Castilla, D. (2006). Clinical issues in the application of virtual reality to treatment of PTSD. En M. Roy (Ed.), *Novel Approaches to the Diagnosis and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder* (pp. 183-195). Amsterdam: IOS Press.
- Botella, C., Quero, S., Serrano, B., García-Palacios, A., y Baños, R. M. (2009). Avances en los tratamientos psicológicos: La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. *Anuario de Psicología*, *40*(2), 155-170.
- Botella, C., Quero, S., Serrano, B., García-Palacios, A. y Baños, R. M. (2009). El uso de la Realidad Virtual en el tratamiento del juego patológico. En J. Del Pozo, L. Pérez y M.

- Ferreras (Eds.), *Adicciones y Nuevas tecnologías de la información y de la Comunicación. Perspectivas de su uso para la prevención y el tratamiento* (pp. 235-246). La Rioja: Consejería de Salud
- Botella, C., Serrano, B., Baños, R., y García-Palacios, A. (En prensa). Virtual reality exposure-based therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder. A review of its efficacy, the adequacy of the treatment protocol, and its acceptability. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. ISSN: 1178-2021. FI: 2.154.
- Botella, C., Villa, H., Baños, R.M., Perpiñá, C. y García-Palacios, A. (1999). The treatment of claustrophobia with virtual reality: Changes in other phobic behaviours not specifically treated. *CyberPsychology & Behaviour*, 2(2), 135-141.
- Bouchard, S., Côté, S., St-Jacques, J., Robillard, G., y Renaud, P. (2006). Effectiveness of virtual reality exposure in the treatment of arachnophobia using 3D games. *Technology and Health Care*, 14(1), 19-27.
- Bouchard, S., St-Jacques, J., Renaud, P., y Wiederhold, B.K. (2009). Side effects of immersions in virtual reality for people suffering from anxiety disorders. *Journal of CyberTherapy and Rehabilitation*, 2, 127-137.
- Bourin, M., Bougerol, T., Guitton, B., y Broutin, E. (1997). A combination of plant extracts in the treatment of outpatients with adjustment disorder with anxious mood: controlled study versus placebo. *Fundamental & Clinical Pharmacology*, 11(2), 127-132.
- Boyd, J. H., Rae, D. S., Thompson, J. W., Burns, B. J., Bourdon, K., Locke, B. Z., y Regier, D. A. (1990). Phobia: prevalence and risk factors. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*, 25, 314-323
- Brewin, C. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behavior Research and Therapy*, 39, 373-393.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., y Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- Brezinka, V. (2008). Treasure Hunt -A serious game to support psychotherapeutic treatment of children. *Ehealth Beyond the Horizon -Get It There*, 136, 71-76.

- Brickman, W. P., van der Mast, C., Sandino, G., Gunawan, L., y Emmelkamp, P. M. (2010). The therapist user interface of a virtual reality exposure therapy system in the treatment of fear of flying. *Interacting with Computers*, 22, 299-310.
- Bronisch, T. (1991). Adjustment reactions: a long-term prospective and retrospective follow-up of former patients in a crisis intervention ward. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 86-93.
- Bruffaerts, R., Sabbe, M., y Demyttenaere, K. (2004). Attenders of a university hospital psychiatric emergency service in Belgium. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(2), 146-153.
- Burns, D. D., y Auerbach, A. H. (1992). Does homework compliance enhance recovery from depression? *Psychiatric Annals*, 22, 464-469.
- Burns, D. D., y Nolen-Hoeksema, S. (1991). Coping styles, homework compliance, and the effectiveness of cognitive behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 305-311.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., y Kaemmer, B. (1989). *Manual for the restandardized Minnesota Multiphasic Personality Inventory:MMPI-2*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Cahill, S. P., Foa, E. B., Hembree, E. A., Marshall, R. D., y Nacash, N. (2006). Dissemination of exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 597-610.
- Freeman, A., y Rosenfield, B. (2002). Modifying therapeutic homework for patients with personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (5), 513-524.
- Gruber, K., Moran, P., Roth, W., y Taylor, C. (2002). Computer-assisted cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Behavior Therapy*, 32, 155-165.
- Cano, F. J., Rodríguez, L., y García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(1), 29-39.
- Carlin, A. S., Hoffman, H. G., y Weghorst, S. (1997). Virtual reality and tactile augmentation in the treatment of spider phobia: A case study. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 153-158.



- Carroll, K. M., Ball, S. A., Martino, S., Nich, C., Babuscio, T. A., Nuro, K. F., ... y Rounsaville, B. J. (2008). Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy for addiction: a randomized trial of CBT4CBT. *The American Journal of Psychiatry*, *165*(7), 881-888.
- Carta, M. G., Balestrieri, M., Murru, A., y Carolina Hardoy, M. C. (2009). Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, *5*, 1-15.
- Carver, C. S. (1997). "You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the BriefCOPE." *International Journal of Behavioral Medicine*, *4*, 92-100.
- Casey, P. (2008). Diagnosing adjustment disorder with depressive features. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *8*(8), 1203-1208.
- Casey, P. (2009). Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *CNS Drugs*, *23*, 927-938.
- Casey, P. (2014). Adjustment disorders: New developments. *Current Psychiatry Report*, *16* (6), 451-459.
- Casey, P., y Bailey, S. (2011). Adjustment disorders: the state of the art. *World Psychiatry* *10*, 11-18.
- Casey, P., y Doherty, A. (2012). Adjustment disorder: Implications for ICD-11 and DSM-5. *British Journal of Psychiatry*, *201*(2), 90-92.
- Casey, P., Dowrick, C., y Wilkinson, G. (2001). Adjustment disorders. Fault line in the psychiatric glossary. *The British Journal of Psychiatry*, *179*, 479-481.
- Casey, P., Maracy, M., Kelly, B.D., Lehtinen, V., Ayuso-Mateos, J.L., Dalgard, O.S., y Dowrick, C. (2006). Can adjustment disorder and depression disorder be distinguished? Results from ODIN. *Journal of Affective Disorders*, *92*, 291-297.
- Casey, P., Pillay, D., Wilson, L., Maercker, A., Rice, A., y Kelly, B. (2013). Pharmacological interventions for adjustment disorders in adults (Protocol). *Cochrane Library*, *6*, 1-12.
- Catalina-Romero, C., Pastrana-Jiménez, J. I., Tenas-López, M. J., Martínez-Muñoz, P., Ruiz-Moraga, M., Fernández-Labandera, C., y Calvo-Bonacho, E. (2012). Long-term sickness absence due to adjustment disorder. *Occupational Medicine*, *62*(5), 375-378.

- Cavanagh, K., Seccombe, N., y Lidbetter, N. (2011). The implementation of computerized cognitive behavioural therapies in a service user-led, third sector self-help clinic. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(4), 427-442.
- Cavanagh, K., y Shapiro, D. A. (2004). Computer treatment for common mental health problems. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 239-251.
- Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Shoham, V., Bennett Johnson, S., Pope, K.S., Crits-Christoph, P., ... y McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-18.
- Chan, C.L.W. (2001). An Eastern body–mind–spirit approach: a training manual with one second techniques. Department of Social Work and Social Administration, Hong Kong: The University of Hong Kong.
- Choi, Y. H., Jang, D. P., Ku, J. H., Shin, M. B., y Kim, S. I. (2001). Short-term treatment of acrophobia with virtual reality therapy (VRT): A case report. *CyberPsychology and Behavior*, 4, 349-354.
- Choi, Y., Vincelli, F., Riva, G., Wiederhold, B.K., Lee, J., y Park, K. (2005). Effects of group experiential cognitive therapy for the treatment of panic disorder with agoraphobia. *CyberPsychology & Behavior*, 4(8), 387-393.
- Clough, B. A., y Casey, L. M. (2011). Technological adjuncts to enhance current psychotherapy practices: a review. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 279-292.
- Coelho, C.S.M., Santos, J.A., Silverio, J.A.S., y Silva, C.F. (2006). Virtual reality and acrophobia: one year follow-up and case study. *Cyberpsychology and Behavior*, 9(3), 336-341.
- Coelho, C. M., Tichon, J., Wallis, G., Silva, C. F., y Santos, J. A. (2008). Contrasting the effectiveness and efficiency of virtual reality and real environments in the treatment of acrophobia. *Psychology Journal*, 6(2), 203-216.
- Cohen J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cornelius, L. R., Brouwer, S., Boer, M. R., Groothoff, J. W., y van der Klink, J. J. L. (2014). Development and validation of the diagnostic interview adjustment disorder (DIAD). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(2), 192-207.

- Coles, M. E., Cook, L. M., y Blake, T. R. (2007). Assessing obsessive compulsive symptoms and cognitions on the internet: Evidence for the comparability of paper and Internet administration. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2232-2240.
- Coyle, D., Doherty, G., Matthews, M., y Sharry, J. (2007). Computers in talk-based mental health interventions. *Interacting with Computers*, 19(4), 545-562.
- Coyle, D., Matthews, M., Sharry, J., Nisbet, A., y Doherty, G. (2005). Personal investigator: A therapeutic 3D game for adolescent psychotherapy. *Interactive Technology and Smart Education*, 2, 73-88.
- Crawford, J. R., y Henry, J. D. (2004). The Positive and negative affect schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 245-265.
- Crespo, M., y Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 797-830.
- Cuijpers, P., Donker, T., Johansson, R., Mohr, D. C., van Straten, A. y Andersson, G. (2011). Self-guided psychological treatment for depressive symptoms: a metaanalysis. *PLoS One*, 6, e21274.
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., y Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40 (12), 1943-1957.
- Delbende, C., Contesse, V., y Mocaer, E. (1991). The novel antidepressant, tianeptine, reduces stress evoked stimulation of the hypothalamo-pituitaradrenal axis. *European Journal of Pharmacology*, 202, 391-396.
- De Leo, D. (1989). Treatment of adjustment disorders: a comparative evaluation. *Psychological Reports*, 64, 51-54.
- Despland, J., Monod, L., y Ferrero, F. (1995). Clinical relevance of adjustment disorder in DSM-III-R and DSM-IV. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 454-460.
- De Wit, S., Cremers, L., Hirsch, D., Zulian, C., Clumeck, N., y Kormoss, N. (1999). Efficacy and safety of trazodone versus clorazepate in the Treatment of HIV positive subjects with

- adjustment disorders: a pilot study. *Journal of International Medical Research*, 27, 223-232.
- Deacon, B. J., y Farrell, N. R. (2013). Therapist barriers to the dissemination of exposure therapy. In D. McKay y E. Storch (Eds.), *Handbook of Treating Variants and Complications in Anxiety Disorders* (pp. 363-373). New York: Springer Press.
- Del Rio. E., González, A., Herrero, R., y García- Palacios. A. (2015). Pain Online Emotional Therapy (POET) aplicado en el tratamiento de pacientes con dolor lumbar (DL). *Ágora De Salut*, 2, 163-170.
- Del Rio, E., Molinari, G., González, A., Herrero, R., y Botella, C. (2012). *Terapia emocional on-line (TEO) en el tratamiento de la fibromialgia*. Comunicación presentada en I Jornades d'Investigació per als Estudiants de Psicologia. Castellón de la Plana, España.
- Detweiler, J. B., y Whisman, M. A. (1999). The role of homework assignments in cognitive therapy for depression. Potential methods for enhancing adherence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 267–282.
- Devilly, G. J., y Huther, A. (2007). Perceived distress and endorsement for cognitive or exposure based treatments following trauma. *Australian Psychologist*, 43, 1-8.
- Di Rosa. A. E., Gangemi, S., Cristani, M., Fenga, C., Saitta, S., Abenavoli, E., ...y Spatari, G. (2009). Serum levels of carbonylated and nitrosylated proteins in mobbing victims with workplace adjustment disorders. *Biological Psychology*, 82(3) 308-311.
- Difede, J., Cukor, J., Jayasinghel, N., Patt, I., Jedel, S., Spielman, L., ...y Hoffman, H. (2007). Virtual reality exposure therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder following september 11, 2001. *The Journal of clinical psychiatry*, 68, 1639-1647.
- Difede, J., y Hoffman, H. (2002). Virtual reality exposure therapy for world trade center post-traumatic stress disorder: A Case report. *Cyberpsychology and Behavior*, 5, 298-305.
- Dickerson, D. L., y Johnson, C. L. (2012). Mental health and substance abuse characteristics among a clinical sample of urban American Indian/Alaska native youths in a large California metropolitan area: a descriptive study. *Community Mental Health Journal*, 48 (1), 56-62.

- Diefenbacher, A., y Strain, J. J. (2002). Consultation-liaison psychiatry: stability and change over a 10-year-period. *General Hospital Psychiatry, 24*(4), 249-256.
- Diemer, J., Mühlberger, A., Pauli, P., y Zwanzger, P. (2014). Virtual reality exposure in anxiety disorders: Impact on psychophysiological reactivity. *The World Journal of Biological Psychiatry, 15*(6), 427-442.
- Di Nardo, P.A., Brown, T.A., y Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version (ADIS-IV)*. San Antonio: Texas.
- Dobricki, M., Komproe, I. H., de Jong, J. T., y Maercker, A. (2010). Adjustment disorders after severe life-events in four post conflict settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45*, 39-46.
- Doherty, A. M., Jabbar, F., Kelly, B. D., y Casey, P. (2014). Distinguishing between adjustment disorder and depressive episode in clinical practice: The role of personality disorder. *Journal of Affective Disorders, 168*(15), 78-85.
- Domenech, J., Baños, R., Peñalver, L., Garcia-Palacios, A., Herrero, R., Ezzedine, A., ... y Botella, C. (2013). Design considerations of a randomized clinical trial on a cognitive behavioural intervention using communication and information technologies for managing chronic low back pain. *Bmc Musculoskeletal Disorders, 14*, 1-8.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta, 26*, 325-340.
- Ehlers, A. y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319-345.
- Eichenberg, C., y Wolters, C. (2012). Virtual Realities in the Treatment of Mental Disorders: A Review of the Current State of Research. En C. Eichenberg (Eds.), *Virtual Reality in Psychological, Medical and Pedagogical Applications* (pp. 35-64). Nueva York: InTech.
- Einsle, F., Köllner, V., Dannemann, S., y Maercker, A. (2010). Development and validation of a self-report for the assessment of adjustment disorders. *Psychology, Health & Medicine, 15*(5), 584-595.
- Elliott, J. C., Carey, K. B. y Bolles, J. R. (2008). Computer-based interventions for college drinking: A qualitative review. *Addictive Behaviors, 33*(8), 994-1005

- Emmelkamp, P.M.G., Bruynzeel, M., Drost, L., y van der Mast, C.A.P.G. (2001). Virtual reality treatment in acrophobia: a comparison with exposure in vivo. *CyberPsychology & Behavior*, 4(3), 335-339.
- Emmelkamp, P.M.G., Krijn, M., Hulsbosch, A.M., de Vries, S., Schuemie, M. J., y van der Mast, C.A.P.G. (2002). Virtual reality treatment versus exposure in vivo: a comparative evaluation in acrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 509-516.
- Eonta, A. M., Christon, L. M., Hourigan, S. E., Ravindran, N., Vrana, S. R., y Southam-Gerow, M. A. (2011). Using everyday technology to enhance evidence-based treatments. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(6), 513-520.
- Essau, C. A., Conrad, J., y Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity and psychosocial impairment of specific phobia in adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 221-231.
- Eysenbach, G., y Group, C. E. (2011). CONSORT-EHEALTH: improving and standardizing evaluation reports of Web-based and mobile health interventions. *Journal of medical Internet research*, 13(4), e126.
- Evans, S. C., Reed, G. M., Roberts, M. C., Esparza, P., Watts, A. D., Correia, J. M., ... y Saxena, S. (2013). Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: results from the WHO-IUPsyS Global Survey. *International Journal of Psychology: Journal International De Psychologie*, 48 (3), 177-193.
- Fehm, L., y Kazantzis, N. (2004). Attitudes and use of homework assignments in therapy: A survey of German psychotherapists. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11, 332-343.
- Fernandez, A., Mendive, J. M., Salvador-Carulla, L., Rubio-Valera, M., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A.,... y Serrano-Blanco, A. (2012). Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services. *The British Journal of Psychiatry*, 201, 137-142.
- Ferrer, L., y Kirchner, T. (2014). Suicidal tendency in a sample of adolescent outpatients with Adjustment Disorder: Gender differences. *Comprehensive Psychiatry*, 55(6), 1342-1349.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., y Williams, J. B. (1999). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV*. Versión Clínica. Barcelona: MASSON.

- Flynn, T. M., Taylor, P., y Pollard, C. A. (1992). Use of mobile phones in the behavioral treatment of driving phobias. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23(4), 299–302.
- Foa, E.B., Davidson, J.R.T., Frances, A. (1999). The Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 60, 16.
- Foa, E. B., Feske, U., Murdock, T., Kozak, M. J., y McCarthy, P. R. (1991). Processing of threat-related information in rape victims. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 156-162.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., y Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: therapist guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Foa, E. B., y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. B., y Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape. Cognitive-behavior therapy for PTSD*. New York: Guildford Press.
- Foa, B., Steketee, G., y Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualisations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20,155-176.
- For-Wey, L., Fin-Yin, L., Bih-Ching, S. (2006). The pre-morbid personality in military students with adjustment disorder. *Military Psychology*, 18, 77-88.
- Foy, W. D., Kagan, B., McDermott, C., Leskin, G., Sippelle, C., y Paz, G. (1996). Practical parameters in the use of flooding for treating chronic PTSD. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 169-175.
- Frankel, M. (2001). Ego enhancing treatment of adjustment disorders of later life. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 34, 221-223.
- Freedman, S. A., Hoffman, H. G., García-Palacios, A., Weiss, P., Avitzour, S., y Josman, N. (2010). Prolonged Exposure and Virtual Reality–Enhanced Imaginal Exposure for PTSD following a Terrorist Bulldozer Attack: A Case Study. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(1), 95-101.
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., Strain, J., Horowitz, M., y Spiegel, D. (2011). Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 737-749.

- Frueh, B. C., Cusack, K. J., Grubaugh, A. L., Sauvageot, J. A., y Wells, C. (2006). Clinician's perspectives on cognitive-behavioural treatment for PTSD among persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, *57*, 1027-1031.
- Gamito, P., Oliveira, J., Rosa, P., Morais, D., Duarte, N., Oliveira, S., y Saraiva, T. (2010). PTSD Elderly War Veterans: A Clinical Controlled Pilot Study. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *13*(1), 43-48.
- García-Palacios, A., Botella, C., Hoffman, H., y Fabregat, S. (2007). Comparing acceptance and refusal rates of virtual reality exposure vs. in vivo exposure by patients with specific phobias. *CyberPsychology and Behavior*, *10*, 722-724.
- García-Palacios, A., Herrero, R., Belmonte, M.A., Castilla, D., Guixeres, J., Molinari, G., Baños, R. M. y Botella, C. (2014). Ecological momentary assessment for chronic pain in fibromyalgia using a smartphone: A randomized crossover study. *European Journal of Pain*, *18*(6), 862-872.
- García-Palacios, A., Hoffman, H. G., Carlin, A., Furness, T., y Botella, C. (2002). Virtual reality in the treatment of spider phobia: A controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, *9*, 983-993.
- García-Palacios, A., Hoffman, H. G., See, S. K., Tsay, A., y Botella, C. (2001). Redefining therapeutic success with virtual reality exposure therapy. *CyberPsychology and Behavior*, *4*, 341-348.
- García-Palacios, A., Lasso de la Vega, N., Botella, C., Baños, R. M., y Quero, S. (2006, Junio). *Virtual reality in the treatment of pathological gambling*. Presentado en Cybertherapy 2006, Gatineau, Canada.
- García-Palacios, A., Riera, A., Haro, G., Traver, F., González-Robles, A., Baños, R., y Botella, C. (2014, Octubre). *A transdiagnostic online program for the treatment of emotional disorders*. Comunicación presentada en el 7th Scientific Meeting of the International Society for Research on Internet Interventions (ISRII), Valencia, España.
- Gega, L., Marks, I., y Mataix-Cols, D. (2004). Computer-aided CBT self-help for anxiety and depressive disorders: experience of a London clinical and future directions. *Journal of Clinical Psychology*, *60*, 147-157.



- Gerardi, M., Rothbaum, B. O., Ressler, K., Heekin, M., y Rizzo, A. (2008). Virtual reality exposure therapy using a virtual Iraq: case report. *Journal of Traumatic Stress, 21*(2), 209-213.
- Giotakos, O., y Konstantakopoulos, G. (2002). Parenting received in childhood and early separation anxiety in male conscripts with adjustment disorder. *Military Medicine, 167*, 28-33.
- Gonzalez-Jaimes, E. I., y Turnbull-Plaza, B. (2003). Selection of psychotherapeutic treatment for adjustment disorder with depressive mood due to acute myocardial infarction. *Archives of Medical Research, 34*(4), 298-304.
- Godoy, I. D., Godoy, G. J. F., López-Chicheri, G. I., Martínez, D. A., Gutiérrez, J. S., y Vázquez, V. L. (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE). *Psicothema, 20*(1) 155-165.
- Goldston, D., Daniel, S., Melton, B., Reboussin, D., Kelly, A., y Frazier, P. (1998). Psychiatric disorders among previous suicide attempters, first time, and repeat at tempters on an adolescent inpatient psychiatry unit. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 924-932.
- Grassi, L., Mangelli, L., Fava, G. A., Grandi, S., Ottolini, F., Porcelli, P., ... y Sonino, N. (2007). Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: Some suggestions for DSM-V. *Journal of Affective Disorders, 101*, 251-254.
- Greenberg, W. M., Rosenfeld, D. N., y Ortega, E. A. (1995). Adjustment disorder as an admission diagnosis. *American Journal of Psychiatry, 152*, 459-461.
- Greist, J.H., Marks, I.M., Baer, L., Kobak, K.A., Wenzel, K.W., Hirsch, M.J., ... y Clary, C.M. (2002). Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder guided by a computer or by a clinician compared with relaxation as a control. *Journal of Clinical Psychiatry, 63*, 138-145.
- Gruber, K., Moran, P., Roth, W., y Taylor, C. (2002). Computer-assisted cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Behavior Therapy, 32*, 155-165.
- Gur, S., Hermesh, H., Laufer, N., Gogol, M., y Gross-Isseroff, R. (2005). Adjustment Disorder: A Review of Diagnostic Pitfalls. *IMAJ, 7*, 726-731.

- Hameed, U., Schwartz, T., Malhotra, K., West, R., y Bertone, F. (2005). Antidepressant treatment in the primary care office: outcomes for adjustment disorder versus major depression. *Annals of Clinical Psychiatry, 17*, 77-81.
- Heber, E., Ebert, D., Lehr, D., Nobis, S., Berking, M., y Riper, H. (2013). Efficacy and cost-effectiveness of a web-based and mobile stress-management intervention for employees: design of a randomized controlled trial. *BMC Public Health, 13*: 655. doi: 10.1186/1471-2458-13-655.
- Herrero, R. (2013). *El uso de las tecnologías de la información y la comunicación en el abordaje de la fibromialgia*. Universitat Jaume I. Castellón de la Plana.
- Herrero, V., y Cano, A. (2010). Un caso de trastorno adaptativo con ansiedad: evaluación, tratamiento y seguimiento. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud, 6*, 53-59.
- Hirai, M., y Clum, G. A. (2005). An Internet-based self-change program for traumatic event related fear, distress, and maladaptive coping. *Journal of Traumatic Stress, 18*(6), 631-636.
- Hiroe, T., Kojima, M., Yamamoto, I., Nojima, S., Kinoshita, Y., Hashimoto, N., ... y Furukawa, T. A. (2005). Gradations of clinical severity and sensitivity to change assessed with the Beck Depression Inventory-II in Japanese patients with depression. *Psychiatry Research, 135* (3), 229-235.
- Hirsch, J. A. (2012). Virtual Reality Exposure Therapy and hypnosis for flying phobia in a treatment-resistant patient: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis, 55*(2), 168-173.
- Ho, S. M., Chu, K. W., y Yiu, J. (2008). The relationship between explanatory style and posttraumatic growth after bereavement in a non-clinical sample. *Death Studies, 32*(5), 461-478.
- Hoffman, H. G., García-Palacios, A., Carlin, A., Furness T., y Botella C. (2003). Interfaces that heal: Coupling real and virtual objects to cure spider phobia. *International Journal of Human-Computer Interaction, 16*, 283-300.
- Holland, J.M., Neimeyer, R.A., Boelen, P.A., y Prigerson, H.C. (2009). The underlying structure of grief: A taxonomic investigation of prolonged and normal reactions to loss. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31*, 190- 201.

- Hollon, S., y Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety*, 27(10), 891-932.
- Horowitz, M. J. (1997). *Stress response syndromes. PTSD, grief, and adjustment disorders*. Northvale, N.J: Jason Aronson.
- Hsiao, F.H., Lai, Y.M., Chen, Y.T., Yang, T.T., Liao, S.C., Ho, R. T. H., ... y Jow, G.-M. (2014). Efficacy of psychotherapy on diurnal cortisol patterns and suicidal ideation in adjustment disorder with depressed mood. *General Hospital Psychiatry*, 36 (2), 214-219.
- Husky, M. M., Gindre, C., Mazure, C.M. Brebant, C., Nolen-Hoeksema, S., Sanacora, G., y Swendsen, J. (2010). Computerized ambulatory monitoring in mood disorders: feasibility, compliance, and reactivity. *Psychiatry Research*, 178(2), 440-442.
- Iraurgi, I. (2010). Evaluación de resultados clínicos (y III): Índices de Cambio Fiable (ICF) como estimadores del cambio clínicamente significativo. *Norte de Salud mental*, 8(36), 105-122.
- Ivarsson, D., Blom, M., Hesser, H., Carlbring, P., Enderby, P., Nordberg, R., y Andersson, G. (2014). Guided internet-delivered cognitive behavior therapy for post-traumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 1, 33-40.
- Jacobson, N. S., y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 12.
- Jäger, M., Burger, D., Becker, T., y Frasch, K. (2012). Diagnosis of adjustment disorder: reliability of its clinical use and long-term stability. *Psychopathology*, 45(5), 305-309.
- Jang, D. P., Ku, J. H., Shin, M. B., Choi, Y. H., y Kim, S. I. (2000). Objective validation of the effectiveness of virtual reality psychotherapy. *Cyberpsychology and Behavior*, 3, 369-374.
- Johansson, R., y Andersson, G. (2012). Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(7), 861-869.
- Jojic, B. R., y Leposavic, L. M. (2005). Autogenic training as a therapy for adjustment disorder in adults. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*, 133, 505-509.

- Jones, R., Yates, W. R., Williams, S., Zhou, M., y Hardman, L. (1999). Outcome for adjustment disorder with depressed mood: comparison with other mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 55, 55-61.
- Jones, R., Yates, W. R., y Zhou, M. H. (2002). Readmission rates for adjustment disorders: comparison with other mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 71, 199-203.
- Kaltenthaler, E., y Cavanagh, K. (2010). Computerised cognitive behavioural therapy and its uses. *Progress in Neurology and Psychiatry*, 14(3), 22-29.
- Katzman, J.W., y Tomori, O. (2005) Adjustment disorders. En B. J. Sadock y A. Sadock (Ed.) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (8ª Ed)* (pp 2055–2062). Philadelphia, USA: Lippincott Williams and Wilkins.
- Kazantzis, N., y Dattilio, F. M. (2010). Definitions of homework, types of homework, and ratings of the importance of homework among psychologists with cognitive behavior therapy and psychoanalytic theoretical orientations. *Journal of Clinical Psychology*, 66(7), 758-773.
- Kazantzis, N., y Deane, F. P. (1999). Psychologists' use of homework assignments in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(6), 581-585.
- Kazantzis, N., Deane, F. P., y Ronan, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 189-202.
- Kazantzis, N., Deane, F. P., Ronan, K. R., y L'Abate, L (Eds.) (2005). *Using Homework Assignments in Cognitive Behavior Therapy*. New York: Routledge.
- Kazantzis, N., Dattilio, F. M., y MacEwan, J. (2005). In pursuit of homework adherence in behavior and cognitive behavior therapy: Comment on Malouff and Schutte (2004). *The Behavior Therapist*, 28, 179-183.
- Kazantzis, N., y Lampropoulos, G. L. (2002). Using homework assignments in psychotherapy [Special Issue]. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 487–585.
- Kazantzis, N., Lampropoulos, G. K., y Deane, F. P. (2005). A national survey of practicing psychologists' use and attitudes toward homework in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 742-748.

- Kazantzis, N., y Ronan, K. R. (2006). Can between-session (homework) activities be considered a common factor in psychotherapy?. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16(2), 115-127.
- Kazdin, A. E. (2014). Evidence-based psychotherapies II: changes in models of treatment and treatment delivery. *South African Journal of Psychology*, 0081246314538733.
- Kazdin, A. E., y Blase, S. L. (2011). Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on Psychological Science*, 6(1), 21-37.
- Kendler, K. S., Myers, J., y Zisook, S. (2008). Does bereavement-related major depression differ from major depression associated with other stressful life events?. *The American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1449-1455.
- Kessler, R.C., y Ustun, T.B. (2004). The world mental health (WMH) survey initiative version of the world health organisation (WHO). Composite international diagnostic interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatry Research*, 13, 93–121.
- Kimhy D., Delespaul P., Corcoran C., Ahn H., Yale S., y Malaspina D (2006). Computerized experience sampling method (ESMc): assessing feasibility and validity among individuals with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 40(3), 231-230.
- Klein. R. (2000). Virtual reality exposure therapy in the treatment of fear of flying. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30(2), 195-207.
- Klein, B., Mitchell, J., Abbott, J., Shandley, K., Austin, D., Gilson, K., ... y Redman, T. (2010). A therapist-assisted cognitive behavior therapy internet intervention for posttraumatic stress disorder: Pre-, post- and 3-month follow-up results from an open trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 635-644.
- Klein, B., Mitchell, J., Gilson, K., Shandley, K., Austin, D., Kiropoulos, L., ... y Cannard, G. (2009). A Therapist-Assisted Internet-Based CBT Intervention for Posttraumatic Stress Disorder: Preliminary Results. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(2), 121-131.
- Klinger, E., Bouchard, S., Legeron, P., Roy, S., Lauer, F, Chemin, I., y Nugues, P. (2005). Virtual reality therapy versus cognitive behavior therapy for social phobia: A preliminary controlled study. *CyberPsychology and Behavior*, 8, 76-88.

- Knaevelsrud, C., y Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*, 7(1), 1-10.
- Knaevelsrud, C., y Maercker, A. (2010). Long-Term Effects of an Internet-Based Treatment for Posttraumatic Stress. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39, 72-77.
- Koran, L. M., Sheline, Y., Imai, K., Kelsey, T. G., Kenneth, E. F., Mathews, J., y Moore. M. (2003). Medical disorders among patients admitted to a public sector psychiatric inpatient unit. *Psychiatric Services*, 53, 1623-1625.
- Kryzhanovskaya, L., y Canterbury, R. (2001). Suicidal behavior in patients with adjustment disorders. *Crisis*, 22, 125-131.
- Kumano, H., Ida, I., Oshima, A., Takahashi, K., Yuuki, N., Amanuma, M., ...y Mikuni, M. (2007). Brain metabolic changes associated with predisposition to onset of major depressive disorder and adjustment disorder in cancer patients: a preliminary PET study. *Journal of Psychiatric Research*, 41, 591-599.
- Kuntze, M. F., Stoermer, R., Mager, R., Roessler, A., Mueller-Spahn, F., y Bullinger, A. H. (2001). Immersive virtual environments in cue exposure. *CyberPsychology and Behavior*, 4(4), 497-501.
- Kupfer, D.J. (1991). Long-term of treatment of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52 (5), 28-34.
- Lamson, R. (1994). Application: VR in psychotherapy virtual therapy of anxiety disorders. *Cyberedge*, 20.
- Lander, F., Friche, C., y Knudsen, H. (2006). Treatment of stress, sick leave and occupational stability. *Ugeskr, Laeger*, 168, 4091-4094.
- Lang, P.J. (1979). A bio-informational theory of emotinal imagery. *Psychophysiology*, 16, 495-512
- Lang, P. J. (1984). The cognitive psychophysiology of emotion: fear and anxiety. En A. H. Tuma y J.D. Maser (Eds). *Anxiety and the Anxiety Disorders*. Hillsdale, N.Y: Lawrence Erlbaum.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., van de Ven, J.P., Schrieken, B., y Emmelkamp, P. M. G. (2003). Interapy: A controlled randomized trial of the standardized treatment of

- posttraumatic stress through the internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 901-909.
- Lange, A., Schoutrop, M., Schrieken, B., y Van de Ven, J-P. (2002). Interapy: a model for therapeutic writing through the internet. In: S. J. Lepore (Eds) & J. M. Smyth. *The Writing Cure*. Ch. 12. Washington: APA Books.
- Lange, A., Schrieken, B., van den Ven, J. P., Bredeweg, B., Emmelkamp, P.M.G., van der Kolk, J., ... y Reuvers, A. (2000). "INTERAPY": The effects of a short protocolled treatment of post-traumatic stress and pathological grief through the Internet. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28(2), 103–120.
- Lange, A., van de Ven, J.P., Schrieken, B., y Emmelkamp, P. M. G. (2001). Interapy. Treatment of posttraumatic stress through the Internet: a controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32(2), 73-90.
- Laugharne, J., Van der Watt., y Janca, A. (2009). It is too early for adjusting the adjustment disorder category. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(1), 50-54.
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y Emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Desclée De Brouwer: Bilbao.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Procesos psicológicos y estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Learmonth, D., y Rai, S. (2008). Taking computerized CBT beyond primary care. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 47, 111-118.
- Learmonth, D., Trosh, J., Rai, S., Sewell, J., y Cavanagh, K. (2008). The role of computer-aided psychotherapy within an NHS CBT specialist service. *Counselling and Psychotherapy Research*, 8, 117–123.
- Lee, J. H., Ku, J., Kim, K., Kim, B., Kim, I. Y., Yang, B. H., ... y Kim, S. I. (2003). Experimental application of virtual reality for nicotine craving through cue exposure. *CyberPsychology & Behavior*, 6(3), 275-280
- Leon, A. C., Olfson, M., Portera, L., Farber, L., y Sheehan, D. V. (1997). Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 27(2), 93-105.

- Leung, A. W., y Heimberg, R. G. (1996). Homework compliance, perceptions of control, and outcome of cognitive-behavioral treatment of social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 34, 423-432.
- Lewis G., Pelosi, A.J., Araya, R., y Dunn, G. (1992). Measuring psychiatric disorders in the community: a standardised assessment for use by lay interviewers. *Psychological Medicine*, 22, 465-486.
- Liaño, V. M. (2006). *Realidad Virtual: relaciones entre emociones y sentido de presencia*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia, Valencia, España.
- Liebert, T., Archer, J., Munson, J., y York, G. (2006). An exploratory study of client perceptions of internet counseling and the therapeutic alliance. *Journal of Mental Health Counseling*, 28, 69-83.
- Lindqvist, D, Träskman-Bendz, L., y Vang, F. (2008). Suicidal Intent and the HPA-Axis characteristics of suicide attempters with major depressive disorder and adjustment disorders. *Archives of Suicide Research*, 12(3), 197-207.
- Ling, Y., Nefs, H.T., Brinkman, W.P., Qu, C., y Heynderickx, I. (2013). The relationship between individual characteristics and experienced presence. *Computers in Human Behavior*. 29, 1519-1530. doi :10.1016/j.chb.2012.12.010.
- Litz, B. T., Engel, C. C., Bryant, R. A., y Papa, A. (2007). A randomized, controlled proof-of-concept trial of an Internet-based, therapist-assisted self-management treatment for posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 164(11), 1676-1683.
- Litz, B. T., Williams, L., Wang, J., Bryant, R., y Engel, C. C. (2004). A Therapist-assisted Internet self-help program for traumatic stress. *Professional Psychology Research and Practice*, 35, 628-634.
- Lorian, C. N., Titov, N., y Grisham, J. R. (2012). Changes in risk-taking over the course of an internet-delivered cognitive behavioral therapy treatment for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 140-149.
- Lung, F.W., Lee, F.Y., y Shu, B.C. (2006). The premorbid personality in military students with adjustment disorder. *Military Psychology*, 18, 77-88.



- Mackenzie, C. S., Reynolds, K., Cairney, J., Streiner, D., y Sareen, J. (2012). Disorder-specific mental health service use for mood and anxiety disorders: Associations with age, sex, and psychiatric comorbidity. *Depression & Anxiety, 29*(3), 234–242.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van, Ommeren., Jones, L. M., ... Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (wpa), 12* (3), 198-206.
- Maercker, A., Einsle, F., y Köllner, V. (2007). Adjustment Disorders as Stress Response Syndromes: A New Diagnostic Concept and Its Exploration in a Medical Sample. *Psychopathology, 40* (3), 135-146.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Enzler, A., Krüsi, G., Hörler, E., Maier, C., y Ehlert. U. (2008). Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. *Comprehensive Psychiatry, 49*, 113-120.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Pielmaier, L., Spangenberg, L., Brähler, E., y Glaesmer, H. (2012). Adjustment disorders: prevalence in a representative nationwide survey in Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47* (11), 1745-1752.
- Magee, W., Eaton, W., Wittchen, H. U., McGonagle, K. A., y Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry, 53*, 159-168.
- Malan, D. H. (1976). *Toward a validation of dynamic psychotherapy: A replication*. New York: Plenum.
- Maltby, N, Kirsch, I., Mayers, M., y Allen, G.J. (2002). Virtual reality exposure therapy for the treatment of fear of flying: A controlled investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1112-1118.
- Manoranjitham, S. D., Rajkumar, A. P., Thangadurai, P., Prasad, J., Jayakaran, R., y Jacob, K. S. (2010). Risk factors for suicide in rural south India. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science, 196*, 26-30.
- Marco, J.H., Perpiñá, C., y Botella, C. (2013). Effectiveness of cognitive behavioral therapy supported by virtual reality in the treatment of body image in eating disorders: one year follow-up. *Psychiatry and Research, 209*(3), 619-625.

- Marco, J. H., Perpiñá, C., y Botella, C. (2014). Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios y cambio clínicamente significativo. *Anales de psicología*, 30(2), 422-430.
- Marks, I. M. (1978). Behavioral psychotherapy of adult neurosis. En S. L. Gardfield y A. E. Bergin (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp.493-598). New York: Wiley.
- Marks, I. M. (1992). Tratamiento de exposición en la agorafobia y el pánico. En E. Echeburúa (Ed.), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad* (pp. 35-55). Madrid: Pirámide
- Marks, I. M., Cavanagh, K., y Gega, L. (2007a). Computer-aided psychotherapy: revolution or bubble?. *The British Journal of Psychiatry*, 191(6), 471-473.
- Marks, I.M., Cavanagh, K., y Gega, L. (2007b). *Hands-on help: Computer-aided psychotherapy*. Hove and New York: Psychology Press.
- Marks, I. M., Kenwright, M., McDonough, M., Whittaker, M., y Mataix-Cols, D. (2004). Saving clinicians' time by delegating routine aspects of therapy to a computer: A randomized controlled trial in phobia/panic disorder. *Psychological Medicine*, 34, 9-18.
- Marks, I.M., y Mathews, A.M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267.
- Marks, I. M., Mataix-Cols, D. Kenwright, M. Cameron, R. Hirsch, S., y Gega, L. (2003). Pragmatic evaluation of computer-aided self-help for anxiety and depression. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 57-65.
- Mattick, R. P., y Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251-260.
- Mausbach, B. T., Moore, R., Roesch, S., Cardenas, V., y Patterson, T. L. (2010). The relationship between homework compliance and therapy outcomes: An updated meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 34(5), 429-438.
- McCann, R. A., Armstrong, C. M., Skopp, N. A., Edwards-Stewart, A., Smolenski, D. J., June, J. D., ... y Reger, G. M. (2014). Virtual reality exposure therapy for the treatment of

- anxiety disorders: An evaluation of research quality. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 625-631.
- McCrone, P., Marks, M., Mataix-Cols, D., Kenwright, M., y McDonough, M. (2009). Computer-aided self-exposure therapy for phobia/ panic disorder: A pilot economic evaluation. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(2), 91-99.
- McLay, R. N., McBrien, C., Wiederhold, M. D., y Wiederhold, B. K. (2010). Exposure therapy with and without virtual reality to Treat PTSD while in the combat theater: A parallel case series. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13 (1), 37-42.
- McLay, R. N., Wood, D. P., Webb-Murphy, J. A., Spira, J. L., Wiederhold, M. D., Pyne, J. M. y Wiederhold, B. K. (2011). A randomized, controlled trial of virtual reality-graded exposure therapy for post-traumatic stress disorder in active duty service members with combat-related post-traumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(4), 223-229.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon Press.
- Miyahira, S., Folen, R., Hoffman, H., García-Palacios, A., Spira, J., y Kawasaki M (2012). The effectiveness of VR exposure therapy for PTSD in returning warfighters. *Studies in Health Technology and Informatics*, 181, 128-132
- Meehan, M., Insko, B., Whitton, M., y Brooks, F. P. (2002). Physiological measures of presence in stressful virtual environments. *ACM Transactions on Graphics*, 21, 645-652.
- Melville, K. M., Casey, L. M., y Kavanagh, D. J. (2010). Dropout from Internet-based treatment for psychological disorders. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 49, 455-471.
- Meyerbröker, K., y Emmelkamp, P. M. G. (2010). Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: a systematic review of process-and-outcome studies. *Depression and Anxiety*, 27(10) 933-944.
- Meyerbroeker, K., Morina, N., Kerkhof, G. A., y Emmelkamp, P. M. (2013). Virtual reality exposure therapy does not provide any additional value in agoraphobic patients: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(3), 170-176.

- Michaliszyn, D., Marchand, A., Bouchard, S., Martel, M. O., y Poirier-Bisson, J. (2010). A randomized, controlled clinical trial of in virtual and in vivo exposure for spider phobia. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 13(6), 689-95.
- Mihelich, M.L. (2000). *Eye movement desensitization and reprocessing treatment of adjustment disorder*. University of Tulsa. Extraído el 10 de enero en [http://emdr.nku.edu/emdr3\\_subject.php?subject=Nonclinical%20Case%20Study](http://emdr.nku.edu/emdr3_subject.php?subject=Nonclinical%20Case%20Study)
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., y Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2) 160-74.
- Miclea, M., Miclea, S., Ciuca, A. M., y Budau, O. (2010). Computer-mediated psychotherapy. Present and prospects. A developer perspective. *Cognition brain behavior. An Interdisciplinary Journal*, 14(3), 185-208.
- Minsky, M. (1980). Telepresence. *Omni*, 6, 45-51.
- Mira, A. (2014). *Eficacia diferencial de un programa de intervención auto-aplicado a través de Internet para la prevención y el tratamiento de la depresión leve o moderada con apoyo y sin apoyo por parte del terapeuta*. Universitat Jaume I. Castellón de la Plana.
- Moher, D., Hopewell, S., Schulz, K. F., Montori, V., Gotzsche, P. C., Devereaux, P. J.,... y Altman, D. (2010). CONSORT 2010 Explanation and Elaboration: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(8), e1-37. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.03.004.
- Moher, D., Schulz, K. F., Altman, D. G., y Group, C. (2001). The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 91(8), 437-442.
- Moldova, R. y Daniel, D, (2014). One session treatment of cognitive and behavioral therapy and virtual reality for social and specific phobias. Preliminary results from a randomized clinical trial. *Journal of cognitive and behavioral psychotherapies*, 14, 67-83.
- Molés, M., Quero, S., Andreu, S., Botella, C., y Baños, R.M. (2011). Desarrollo de una entrevista diagnóstica para los trastornos adaptativos. *Fòrum de Recerca*, 16, 1049-1069.

- Molés, M., Quero, S., Campos, D., Nebot, S., Rachyla, I. y Botella, C. (2015, Marzo). *Acceptability of an emotional therapy system (TEO) for delivering homework in the treatment of adjustment disorders*. Poster presentado en 13th International Conference on e-Society (ES 2015). Portugal.
- Molés, M., Quero S., Nebot S, y Botella C. (2014, Julio). *A CBT program with positive psychology strategies for the treatment of adjustment disorders: Preliminary data obtained with an online emotional regulation System (TEO) to deliver homework assignments*. Póster presentado en 7th European Conference on Positive Psychology (ECP). Amsterdam.
- Molés, M., Quero, S., Nebot, S., Rachyla, I., y López, M.T. (2014, Mayo,). *Datos preliminares de validación del Inventario de Crecimiento Postraumático en población clínica española con trastornos relacionados con el estrés*. Poster presentado en el II congreso nacional de psicología positiva celebrado en Oropesa (Benicàssim).
- Molés, M., Quero S., Nebot S., Soler, C., Campos, D., y Botella, C. (2014, Octubre). *An online emotional therapy system (TEO) to deliver homework assignments in the treatment of adjustment disorders versus the traditional method*. Ponencia realizada en el 7th International Society for Research and Intervention (ISR). Valencia.
- Molés, M., Quero, S., Pérez-Ara, M.A. y Botella, C. (2013, Mayo). *Preferences and Opinion about an Emotional Therapy System (TEO) for the treatment of Adjustment Disorders*. Poster presentado en 6<sup>th</sup> International Society for Research and Intervention (ISR). Chicago. Illinois (USA).
- Mor, S, Molés, M, Rachyla, I, Quero, S. (2015, Abril). *Validación española del inventario de estrés y pérdida adaptado del inventario de duelo complicado para los trastornos adaptativos*. Póster presentado en las I Jornadas de Recerca per als estudiants de Psicologia de la Facultat de Ciències de la Salut. Universitat Jaume I. Castellón.
- Moran, C., Landero, R., y Gonzalez, M. T. (2010). COPE-28: Un análisis psicométrico de la versión en Español del brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552.
- Moorey, S., y Greer, S. (1989). *Psychological therapy for patients with cancer. A new approach*. Londres: Heinemann Medical Book.
- Motraghi, T. E., Seim, R. W., Meyer, E. C., y Morissette, S. B. (2014). Virtual Reality Exposure Therapy for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Methodological Review Using CONSORT Guidelines. *Journal of Clinical Psychology*, 70(3), 197-208.

- Mühlberger, A., Herrmann, M. J., Wiedemann, G. C., Ellgring, H., y Pauli, P. (2001). Repeated exposure of flight phobics to flights in virtual reality. *Behaviour Research and Therapy*, 39(9), 1033-1050.
- Mühlberger, A., Weik, A., Pauli, P., y Wiedemann, G. (2006). One-session virtual reality exposure treatment for fear of flying: 1-year follow-up and graduation flight accompaniment effects. *Psychotherapy Research*, 16, 26-40.
- Mühlberger, A., Wiedemann, G., y Pauli, P. (2003). Efficacy of one-session virtual reality exposure treatment for fear of flying. *Psychotherapy Research*, 13, 323-336.
- Na, K.S., Oh, S. J., Jung, H.Y., Lee, S.I., Kim, Y.K, Han, C., ... y Kim, S.G. (2012). Temperament and character of young male conscripts with adjustment disorder: a case control study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 973-977.
- Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (Eds.). (2015). *A guide to treatments that work* (4<sup>th</sup>ed.). New York: Oxford University Press.
- National Collaborating Centre for Mental Health y Royal College of Psychiatrists (2010). *Depression: The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Neimeyer, R. A. (2000). *Lessons of Loss*. Florida: Keystone Heights.
- Nelson, D. L., Castonguay, L. G., y Barwick, F. (2007). Directions for practice. In N.Kazantzis & L. L'Abate (Eds.), *Handbook of homework assignments in psychotherapy: Research, practice, & prevention*. New York: Springer.
- Nemire, K., Beil, J., y Swan, R. W. (1999). Preventing teen smoking with virtual reality. *Cyberpsychology & Behavior*, 2(1), 35-47.
- Newcorn, J., y Strain, J. (1992). Adjustment Disorder in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & adolescent Psychiatry*, 32(2), 318-326.
- Newcorn J. H., Strain J. J., y Mezzich J. E. (2000). Adjustment disorders. In: Sadock B. J, Sadock V.A, eds. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th edn. Baltimore: Lippincott-Williams & Wilkins.
- Nguyen, N., Fakra, E., Pradel, V., Jouve, E., Alquier, C., Le Guern, M. E., ... y Blin, O. (2006). Efficacy of etifoxine compared to lorazepam monotherapy in the treatment of patients

- with adjustment disorders with anxiety: a double-blind controlled study in general practice. *Human Psychopharmacology*, 21, 139-149.
- Nichols, S., y Patel, H. (2002). Health and safety implications of virtual reality: A review of empirical evidence. *Applied Ergonomy*, 33, 251-271.
- Nishith, P., Resick, P. A., y Griffin, M. G. (2002). Pattern of change in prolonged exposure and cognitive-processing therapy for female rape victims with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 880–886.
- North, M. M., North, S. M., y Coble, J. R. (1998). Virtual reality therapy: An effective treatment for the fear of public speaking. *International Journal of Virtual Reality*, 3, 2-6.
- Okamura, M., Yamawaki, S., Akechi, T., Taniguchi, K., y Uchitomi, Y. (2005). Psychiatric Disorders Following First Breast Cancer Recurrence: Prevalence, associated factors and relationship to quality of life. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 35, 302–309.
- Okamura, H., Watanabe, T., Narabayashi, M., y Uchitomi, Y. (2000). Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors. *Breast Cancer Research and Treatment*, 61, 131- 137.
- Olatunji, B. O., Deacon, B. J., y Abramowitz, J. S. (2009). The cruelest cure? Ethical issues in the implementation of exposure-based treatments. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(2), 172-180.
- Opriş, D., Pinte, S., García-Palacios, A., Botella, C., Szamosközi, S., y David, D. (2012). Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: a quantitative meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 29(2), 85-93.
- Optale, G., Munari, A., Nasta, A., Pianon, C., Baldaro Verde, J., y Viggiano, G. (1997). Multimedia and virtual reality techniques in the treatment of male erectile disorders. *International Journal of Impotence Research*, 9, 197–203.
- Optale, G., Pastore, M., Marin, S., Bordin, D., Nasta, A., y Pianon, C. (2004). Male sexual dysfunctions: immersive virtual reality and multimedia therapy. *Studies in Health Technology and Informatics*, 99, 165–178.
- Organización Mundial de la Salud (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (10ª Edición). Madrid: Meditor.

- Öst, L. G. (1989). One-session treatment for specific phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 1-7.
- Palmier-Claus, J. E., Ainsworth, J., Machin, M., Dunn, G., Rogers, A., Buchan, I., ... y Kapur, S. (2012). The feasibility and validity of ambulatory self-report of psychotic symptoms using a smartphone software application. *Bmc Psychiatry*, 12.
- Park, C. B., Choi, J. S., Park, S. M., Lee, J. Y., Jung, H. Y., Seol, J. M., ... y Kwon, J. S. (2014). Comparison of the Effectiveness of Virtual Cue Exposure Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Nicotine Dependence. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17(4), 262-267.
- Park, K. M., Ku, J., Choi, S. H., Jang, H. J., Park, J. Y., Kim, S. I., y Kim, J. J. (2011). A virtual reality application in role-plays of social skills training for schizophrenia: a randomized, controlled trial. *Psychiatry research*, 189(2), 166-172.
- Park, K. M., Ku, J., Park, I. H., Park, J. Y., Kim, S. I., y Kim, J. J. (2009). Improvement in social competence in patients with schizophrenia: a pilot study using a performance-based measure using virtual reality. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 24(8), 619–627.
- Patra, B. N., y Sarkar, S. (2013). Adjustment disorder: current diagnostic status. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(1), 4-9.
- Pelkonen, M., Marttunen, M., Henriksson, M., y Lönnqvist, J. (2005). Suicidality in adjustment disorder-clinical characteristics of adolescent outpatients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14 (3), 174-180.
- Pelkonen, M., Marttunen, M., Henriksson, M., y Lönnqvist, J. (2007). Adolescent adjustment disorder: Precipitant stressors and distress symptoms of 89 outpatients. *European Psychiatry*, 22, 288-295.
- Pelissolo, A., Zaoui, M., Aguayo, G., Yao, S. N., Roche, S., y Ecochard, R. (2012). Virtual reality exposure therapy versus cognitive behavior therapy for panic disorder with agoraphobia: A randomized comparison study. *Journal of CyberTherapy and Rehabilitation*, 5(1), 35-43.
- Peñate, W., Pitti, C.T., Bethencourt, J.M., de la Fuente, J., y García, R. (2008). The effects of a treatment base on the use of virtual reality exposure and cognitive-behavioral therapy



- applied to patients with agoraphobia. *International Journal of Clinical Psychology*, 8, 5-22.
- Pérez-Ara, M., Quero, S., Botella, C., Baños, R. M., Andreu-Mateu, S., García- Palacios, A., y Bretón López, J. (2010). Virtual Reality Interoceptive Exposure for the Treatment of Panic Disorder and Agoraphobia. En B. Wiederhold, G. Riva y S. Kim (Eds.). *Annual Review of Cybertherapy and Telemedicine* (pp. 61-64) San Diego (USA): Interactive Media Institute
- Perez-Jimenez, J.P., Gómez-Bajo. G.J., y López-Catillo, J.J. (1994). Psychiatric consultation and post-traumatic stress disorder in burned patients. *Burns*, 20, 532-536.
- Perini, S., Titov, N., y Andrews, G. (2009). Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for depression: randomized controlled trial. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(6), 571-578.
- Perle, J. G., Langsam, L. C., y Nierenberg, B. (2011). Controversy clarified: An updated review of clinical psychology and tele-health. *Clinical Psychology Review*, 31(8), 1247-1258.
- Perpiñá, C., Botella, C., Baños, R. M., Marco, J. H., Alcañiz, M., y Quero, S. (1999). Body image and virtual reality in eating disorders: Exposure by virtual reality is more effective than the classical body image treatment. *CyberPsychology and Behavior*, 3, 149-159.
- Perpiñá, C., Marco, J. H., Botella, C., y Baños, R. M. (2003). Tratamiento de las alteraciones de la imagen corporal en los trastornos alimentarios mediante Realidad Virtual: Un estudio de caso. *Psicología Conductual*, 11, 351-369.
- Pertaub, D. P., Slater, M., y Baker, C. (2002). An experiment on public speaking anxiety in response to three different types of virtual audience. *Presence: Teleoperators and virtual environments*, 11, 68-78.
- Ponizovsky, A. M., Levov, K., Schultz, Y., y Radomislensky, I. (2011). Attachment insecurity and psychological resources associated with adjustment disorders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(2), 265-276.
- Popper, K. (1995). *La responsabilidad de vivir*. Barcelona: Paidós.
- Portzky, G., Audenaert, K., y van Heeringen, K. (2005). Adjustment disorder and the course of the suicidal process in adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 87, 265-270.

- Powers, M. B., y Emmelkamp, P. M. (2008). Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 561- 569.
- Powell, S., y McCone, D. (2004). Treatment of adjustment disorder with anxiety: A September 11, 2001, Case study with a 1- year follow- up. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 331-334.
- Price, M. y Anderson, P.L. (2012). Outcome expectancy as a predictor of treatment response in cognitive behavioral therapy for public speaking fears within social anxiety disorder. *Psychotherapy*, 49(2), 173-179.
- Price, M., Anderson, P., Henrich, C.C. y Rothbaum, B.O. (2008). Greater expectations: Using hierarchical linear modeling to examine expectancy for treatment outcome as a predictor of treatment response. *Behavior Therapy*, 39(4), 398-405.
- Prigerson, H G, Horowitz, M J, Jacobs, S C, Parkes, C M, Aslan, M, Goodkin, K.,... y Maciejewski, P K. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8): e1000121. doi: 10.1371/journal.pmed.1000121.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., ... y Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65-79.
- Proudfoot, J. G. (2008). Computer-based treatment for anxiety and depression: Is it feasible? It is effective? *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 28(3), 353-363.
- Proudfoot, J., Ryden, C., Everitt, B., Shapiro, D. A., Goldberg, D., Mann, A., ... y Gray, J. A. (2004). Clinical efficacy of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 185, 46-54.
- Quero, S., Andreu-Mateu, S., Moragrega, I., Baños, R.M., Molés, M., Nebot, S. y Botella, C. (en revisión). Un Programa Cognitivo-Conductual que utiliza la Realidad Virtual para el Tratamiento de los Trastornos Adaptativos: Una Serie de casos. *Revista Argentina de Psicología Clínica*.
- Quero, S., y Botella, C. (2012). Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático. *FOCAD*, 3, 3-21.

- Quero, S., Botella, C., Andreu-Mateu, S., Baños, R.M., y Molés, M. *An Adaptive Virtual Reality System for the Treatment of Adjustment Disorder: 12-month Follow-up Efficacy data* (2013, Noviembre). Simposio realizado en 47th Annual Convention ABCT's. Nashville (EE.UU).
- Quero, S., Botella, C., Guillén, V., Molés, M., Nebot S., García-Palacios A., ... y Baños, R.M. (2012). La realidad virtual para el tratamiento de los trastornos emocionales: una revisión. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 8, 7-21.
- Quero, S., Molés, M., Botella, C., Nebot, S., y Pérez-Ara, M.A. (2014, Junio). *Preferences and Opinion about an Online Emotional Regulation System to Deliver Homework Assignments for Adjustment Disorders* Ponencia realizada en 19th Annual CyberPsychology and CyberTherapy Conference. Washington DC (USA).
- Quero, S., Molés, M., Mor, S., Baños R., y Botella, C. (2014, Noviembre). *Spanish Validation of the Complicated Grief Inventory adapted for Adjustment Disorders*. Poster presentado en ABCT's 48th Annual Convention. Philadelphia.
- Quero, S., Molés, M., Pérez, M.A., Botella, C., y Baños, R.M. (2012). An online emotional system to deliver homework assignments for treating adjustment disorders. En B.K. Wiederhold y G. Riva (Eds.), *Annual review of cybertherapy and telemedicine 2012*. (Vol. 181, pp. 273-278). Amsterdam: Interactive Media Institute e IOS Press. ISBN: 978-1-61499-120-5.
- Quero, S., Pérez-Ara, M.A., Botella, C., Herrero, R., Molés, M., Andreu-Mateu, S., y Baños, R.M. (2011). *Acceptability of an Online Emotional Therapy System to apply homework assignments in adjustment disorder: A case study*. III Workshop on Technology for Healthcare and Healthy Lifestyle, 2011. Valencia: Ciudad Politécnica de la Innovación (<http://www.tsb.upv.es/wths2011>). ISBN: 9 788469 508220.
- Quero, S., Pérez-Ara, M., Bretón-López, J., García-Palacios, A., Baños, R.M., y Botella, C. (2013). Acceptability of virtual reality interoceptive exposure component for the treatment of panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Guidance & Counselling*, 42(2), 123-137.
- Quero, S., Rachyla, I., Molés, M. y Botella, C. (2015, Octubre). *Expectativas de tratamiento como variable predictora del cambio clínico y la satisfacción con el tratamiento en*

*pacientes con trastorno adaptativo*. Comunicación presentada en IX congreso AEPCP, Valencia.

Quintana, P., Bouchard, S., Serrano, B., y Cárdenas-López, G. (2014). Efectos secundarios negativos de la inmersión con realidad virtual en poblaciones clínicas que padecen ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(3), 197-207.

Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 51-60.

Rachman, S., Radomsky, A. S., y Shafran, R. (2008). Safety behaviour: A reconsideration. *Behaviour Research and Therapy*, 46(2), 163-173.

Razavi, D., Kormoss, N., Collard, A., Farvacques, C., y Del Vaux, N. (1999). Comparative study of the efficacy and safety of trazodone versus clorazepate in the treatment of adjustment disorders in cancer patients: A pilot study. *Journal of International Medical Research*, 27, 264-272.

Ready, D. J., Gerardi, R. J., Backscheider, A. G., Mascaro, N., y Rothbaum, B. O. (2010). Comparing Virtual Reality Exposure Therapy to Present-Centered Therapy with 11 U.S. Vietnam Veterans with PTSD. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(1), 49-54.

Ready, D. J., Pollack, S., Rothbaum, B. O., y Alarcon, R. D. (2006). Virtual reality exposure for veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Aggression Maltreatment and Trauma*, 12, 199-220.

Reed, G. M., Mendonça, C. J., Esparza, P., Saxena, S., y Maj, M. (2011). The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders Classification. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (wpa)*, 10 (2), 118-131.

Reger, G. M., y Gahm, G. A. (2008). Virtual reality exposure therapy for active duty soldiers. *Journal of Clinical Psychology*, 64(8), 940-946.

Reger, G. M., Holloway, K. M., Candy, C., Rothbaum, B. O., Difede, J. A., Rizzo, A. A., y Gahm, G. A. (2011). Effectiveness of virtual reality exposure therapy for active duty soldiers in a military mental health clinic. *Journal of Traumatic Stress*, 24(1), 93-96.

Rey, B., Montesa, J., Alcañiz, M., Baños, R.M., y Botella, C. (2005). A preliminary study on the use of an adaptative display for the treatment of emotional disorders. *Psychology Journal*, 31(1), 101-112.

- Richards, D., y Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 32*(4), 329-342.
- Rizzo, A., Parsons, T. D., Lange, B., Kenny, P., Buckwalter, J. G., Rothbaum, B., ... y Reger, G. (2011). Virtual reality goes to war: a brief review of the future of military behavioral healthcare. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 18*(2), 176-187
- Riva, G. (2005). Virtual Reality in Psychotherapy: Review. *CyberPsychology and Behavior, 8*, 220-230.
- Riva, G., Bacchetta, M., Baruffi, M., Rinaldi, S., y Molinari, E. (1998). Experiential cognitive therapy: a VR based approach for the assessment and treatment of eating disorders. *Studies in Health Technology and Informatics, 58*, 120-135.
- Riva, G., Bacchetta, M., Baruffi, M., Rinaldi, S., Vincelli, F., y Molinari, E. (2000). Virtual reality-based experiential cognitive treatment of obesity and binge eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 7*, 209-219.
- Riva, G., Bacchetta, M., Cesa, G., Conti, S., Castelnuovo, G., Mantovani, F., y Molinari, E. (2006). Is severe obesity a form of addiction? Rationale, clinical approach, and controlled clinical trial. *Cyberpsychology and Behavior, 9*, 457-479.
- Riva, G., Bacchetta, M., Cesa, G., Conti, S., y Molinari, E. (2004). The use of VR in the treatment of eating disorders. *Studies in Health Technology and Informatics, 99*, 121-163.
- Rizzo, A. A., Buckwalter, J. G., Bowerly, T., Van Der Zaag, C., Humphrey, L., Neumann, U.,... y Sisemore, D. (2000). The virtual classroom: a virtual reality environment for the assessment and rehabilitation of attention deficits. *CyberPsychology & Behavior, 3*(3), 483-499.
- Rocco, A., Martocchia, A., Frugoni, P., Baldini, R., Sani, G., Di Simone, G. B., ... y Falaschi, P. (2007). Inverse correlation between morning plasma cortisol levels and MMPI psychasthenia and depression scale scores in victims of mobbing with adjustment disorders. *Neuro Endocrinology Letters, 28*(5), 610-613.
- Rochlen, A. B., Zack, J. S., y Speyer, C. (2004). Online therapy: review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of Clinical Psychology, 60*, 269-283.
- Rodgers, L., y Tennison, L. R. (2009). A preliminary assessment of adjustment disorder among first-year college students. *Archives of Psychiatric Nursing, 23*, 220-230.

- Rosen, G. M. (2004). Litigation and reported rates of posttraumatic stress disorder. *Personality and Individual Differences, 36*, 1291-1294.
- Rothbaum, B. O., Anderson, L., Zimand, E., Hodges, L. F., Lang, D., y Wilson, J. (2006). virtual reality exposure therapy and standard (in vivo) exposure therapy in the treatment of fear of flying. *Behavior Therapy, 37*, 80-90.
- Rothbaum, B. O., Hodges L. F., Alarcon, R. D., Ready, D. J., Shahar, F., Graap, K., ... y Baltzell, D. (1999). Virtual reality exposure therapy for PTSD Vietnam veterans: A case study. *Journal of Traumatic Stress, 12*, 263-271
- Rothbaum, B.O., Hodges, L., Anderson, P.L., Price, L., y Smith, S. (2002). Twelve-month follow-up of virtual reality and standard exposure therapies for the fear of flying. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(2), 428-432.
- Rothbaum, B. O, Hodges, L. F., Kooper, R., Opdyke, D., Williford, J., y North, M.M. (1995a). Virtual reality graded exposure in the treatment of acrophobia: A case report. *Behavior Therapy, 26*, 547-554.
- Rothbaum, B.O., Hodges, L., Kooper, R., Opdyke, D., Williford, J., y North, M.M. (1995b). Effectiveness of virtual graded exposure in the treatment of acrophobia. *American Journal of Psychiatry, 152*, 626-628.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L. F., Ready, D. J., Graap, K., y Alarcon, R. D. (2001).Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 617-622.
- Rothbaum, B.O., Hodges, L., Watson, B.A., Kessler, G.D., y Opdyke, D. (1996). Virtual reality exposure therapy in the treatment of fear of flying: A case report. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 477-481.
- Rothbaum, B. O., Ruef, A. M., Litz, B. T., Han, H., y Hodges, L. f. (2004). Virtual reality exposure therapy of combat-related PTSD: A case study using psychophysiological indicators of outcome. En S. Taylor (Ed), *Advances in the treatment of posttraumatic stress disorder: Cognitive-behavioral perspectives*. NY: Springer.
- Rundell, J. R. (2006). Demographics of and diagnoses in Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom personnel who were psychiatrically evacuated from the theater of operations. *General Hospital Psychiatry, 28*(4), 352-356.

- Rus-Calafell, M., Gutiérrez-Maldonado, J., Botella, C., y Baños, R. M. (2013). Virtual reality exposure and imaginal exposure in the treatment of fear of flying: a pilot study. *Behavior Modification*, 37(4), 568-590.
- Rus-Calafell, M., Gutiérrez-Maldonado, J., y Ribas-Sabaté, J. (2014). A virtual reality-integrated program for improving social skills in patients with schizophrenia: A pilot study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 45(1), 81-89.
- Ruzek, J. I., Eftekhari, A., Rosen, C. S., Crowley, J. J., Kuhn, E., Foa, E. B., ... y Karlin, B. E. (2014). Factors related to clinician attitudes toward prolonged exposure therapy for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 27(4), 423-429.
- Safir, M. P., Wallach, H. S., y Bar-Zvi, M. (2012). Virtual reality cognitive-behavior therapy for public speaking anxiety: one-year follow-up. *Behavior Modification*, 36(2), 235-46.
- Salaffi, F., Stancati, A., Procaccini, R., Cioni, F., y Grassi, W. (2005). Valutazione del ritmo circadiano del dolore e della rigidità nelle malattie reumatiche secondo la metodica EMA (Ecologic Momentary Assessment): compliance del paziente con un diario elettronico. *Reumatismo*, 57(4), 238-49.
- Samuelian, J.C., Charlot, V., y Derynckf. (1994) Adjustment disorders. An epidemiologic study. *Encephale revue de Psychiatrie Clinique biologique et thérapeutique*, 20(6), 755-765.
- Sandín, B., y Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 39-54.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., y Valiente, R. M. (1999). Escalas Panas de Afecto Positivo y Negativo: Validación Factorial y Transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.
- Sanz, J., García-Vera, M-P., Espinosa, R., Fortún, M., y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck- II (BDI-II): Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16, 121-142.
- Sanz, J., Navarro, M. E., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 29, 239-288.
- Scheel, M. J., Hanson, W. E., y Razzhavaikina, T. I. (2004). The Process of Recommending Homework in Psychotherapy: A Review of Therapist Delivery Methods, Client

- Acceptability, and Factors That Affect Compliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(1), 38-55.
- Schneider, A. J., Mataix-Cols, D., Marks, I. M., y Bachofen, M. (2005). Internet-guided self-help with or without exposure therapy for phobic and panic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 154-164.
- Schnyder, U., y Valach, L. (1997). Traumatic stress issues in psychiatric institutions in Switzerland. *European Journal of Psychiatry*, 11, 162-172.
- Schwartz, D., y Lellouch, J. (1967) Explanatory and pragmatic attitudes in therapeutical trials. *Journal Chronic Diseases*, 20, 637-648.
- Segal, R., Bhatia, M., y Drapeau, M. (2011). Therapists' perception of benefits and costs of using virtual reality treatments. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14, 29-34.
- Segal, D. L., Coolidge, F. L., Cahill, B. S., y O' Riley, A. A. (2008). Coolidge, Cahill y O' Riley Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II). Among Community-Dwelling Older Adults. *Behavior Modification*, 32, 3-20.
- Seligman, M. E. P., Schulman, P., y Tryon, A. M. (2007). Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1111-1126.
- Seligman, M. E. Steen, T. A., Park, N., y Peterson, C. (2005). Positive Psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Serrano, B., Molés, M., Quero, S., Baños, R. M., Guillén, V., y Botella, C. (2014). *Trastorno de estrés postraumático por violencia de género: Su tratamiento con realidad virtual y un sistema de terapia emocional online*. Comunicación realizada en IV Foro Internacional de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología. México D.F.
- Sharples, S., Cobb, S., Moody, A., y Wilson, J. R. (2008). Virtual reality induce symptoms and effects (VRISE): Comparison of head mounted display (HMD), desktop and projection display systems. *Displays*, 29, 58-69.
- Shear, K. M., Greeno, C., Kang, J., Ludewing, D., Frank, E., Swartz. H.A., y Hanehamp. M. (2000). Diagnosis of nonpsychotic patients in community clinics. *American Journal of Psychiatry*, 157, 581-587.



- Shear, M., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., ...y Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(2), 103-117.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98–109.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... y Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-33.
- Shelton, J. L., y Levy, R. L. (1981). *Behavioral assignments and treatment compliance: A handbook of clinical strategies*. Champaign, IL: Research Press.
- Shifman, S., Stone, A., y Hufford, (2008). Ecological momentary assessment. *Annual Review of clinical psychology*, 41(1), 1-32.
- Shiban, Y., Pauli, P., y Mühlberger, A. (2013). Effect of multiple context exposure on renewal in spider phobia. *Behaviour research and therapy*, 51(2), 68–74. doi:10.1016/j.brat.2012.10.007.
- Shima, S., Kitagawa, Y., Kitamura, T., Fuginawa, A., y Watanabe, Y. (1994). Post stroke depression. *General Hospital Psychiatry*, 16, 286-289.
- Seitz, C.A., Poyrazli, S., Harrisson, M., Flickinger, T., y Turkson, m (2014). Virtual Reality Exposure Therapy for Military Veterans with Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *The New School Psychology Bulletin*, 11 (1), 15-29.
- Semaan, W., Hergueta, T., Bloch, J., Charpak, Y., Duburcq, A., Le Guern, M. E., ...y Rouillon, F. (2001). Etude transversale de la prévalence du trouble de l'adaptation avec anxiété en médecine générale. *L'encéphale*, 27 (3), 238-244.
- Sloan, E. P., y Kirsh, S. (2008). Characteristics of obstetrical inpatients referred to a consultation-liaison psychiatry service in a tertiary-level university hospital. *Archives of Women's Mental Health*, 11, 327-333.
- Smyth, J.M., Wonderlich, S. A., Heron, K.E., Sliwinski, M. J., Crosby, R.D. Mitchell, J. E., y Engel, S.G. (2007). Daily and momentary mood and stress are associated with binge eating

- and vomiting in bulimia nervosa patients in the natural environment. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 75(4), 629-638.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., y Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A metaanalysis. *Psychological Medicine*, 37(3), 319–328.
- Spence, J., Titov, N., Dear, B., Johnston, L., Solley, K., Lorian, C., ... y Schwenke, G. (2011). Randomized controlled trial of internet delivered cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 28, 541-550.
- Spitzer, R. L., y Wakefield, J. C. (1999). DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: does it help solve the false positives problem?. *The American Journal of Psychiatry: Official Journal of the American Psychiatric Association*, 156(12), 1856-1864.
- Stein, D. J. (2015). Etifoxine versus alprazolam for the treatment of adjustment disorder with anxiety: a randomized controlled trial. *Advances in Therapy*, 32(1) 57-68.
- Steinhardt, M., y Dolbier, C. (2008). Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *Journal of American College Health*, 56(4), 445-453.
- Strickland, D. (1997). Virtual reality for the treatment of autism. En G. Riva (Ed.), *Virtual Reality in Neuro-Psycho-Physiology. Cognitive, Clinical and Methodological Issues in Assessment and Rehabilitation* (pp. 81–86). Amsterdam: IOS Press.
- Srivastava, M., Talukdar, U., y Lahan, V. (2011). Meditation for the management of adjustment disorder anxiety and depression. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 17(4), 241-245.
- Strain, J. J. (1995). Adjustment disorders. En G. O. Gabbard (Ed.), *Treatments of Psychiatric Disorders (2ª Ed.)* (pp. 1656-1665). Washington, DC: APA Press.
- Strain, J. J., y Diefenbacher, A. (2008). The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 121-130.
- Strain, J. J., y Friedman, M. J. (2011). Considering adjustment disorders as stress response syndromes for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 818-823

- Strain, J. J. Klipstein, K. G., y Newcorn, J. H. (2010). Adjustment disorders. En Hales, Yudofsky y Gabbard (Eds.). *Essentials of Psychiatry* (pp.255-269). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Strain, J. J., Smith G. C., Hammer, J. S., McKenzie D. P., Bumenfield, M., Muskin, P., ... Schleifer, M.D. (1998). Adjustment disorder: a multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *General Hospital Psychiatry, 20*, 139-149.
- Suler, J. (2001): Assessing a person's suitability for online therapy: The ISMHO clinical case study group. *Cyberpsychology and Behavior, 4*, 675-679.
- Suler, J. (2004). The online disinhibition effect. *CyberPsychology and Behavior, 3*, 321-326
- Miyahira, S., Folen, R., Hoffman, H., García-Palacios A., y Schaper, K (2010). Effectiveness of brief VR treatment for PTSD in war-fighters: A case study. *Studies in Health Technology and Informatics, 154*, 214-219.
- Sullivan, M. J., Winshenker, B., y Mikail S. (1995). Screening for major depression in the early stages of multiple sclerosis. *Canadian Journal of Neurological Science, 22*, 228-231.
- Tada, Y., Matsubara, M., Kawada, S., Ishida, M., Wada, M., Wada, T., y Onishi, H. (2012). Psychiatric disorders in cancer patients at a university hospital in Japan: descriptive analysis of 765 psychiatric referrals. *Japanese Journal of Clinical Oncology, 42(3)* 183-188.
- Taggart, C., O'Grady, J., Stevenson, M., Hand, E., Mc Clelland. R., y Kelly, C. (2006). Accuracy of diagnosis at routine psychiatric assessment in patients presenting to an accident and emergency department. *General Hospital Psychiatry, 28 (4)*, 330-335.
- Tang, S.K. (2007). Posttraumatic growth of Southeast Asian survivors with physical injuries: Six months after the 2004 Southeast Asian earthquake-tsunami. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies, 2007-1*.
- Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Trauma Stress, 9(3)*, 455-471.
- Terluin, B., Marwijk, H.W.J. van, Ader, H.J., Vet, H.C.W. de, Penninx, B.W.J.H., Hermens., ... y Stalman, W.A.B. (2006). The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry, 6*, 34.

- Titov, N. (2007). Status of computerized cognitive behavioural therapy for adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(2), 95-114.
- Titov, N. (2011). Internet-delivered psychotherapy for depression in adults. *Current Opinion in Psychiatry*, 24, 18-23.
- Titov, N., Andrews, G., Johnston, L., Robinson, E., y Spence, J. (2010). Transdiagnostic Internet treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 890-899.
- Titov, N., Andrews, G., Kemp, A., y Robinson, E. (2010). Characteristics of adults with anxiety or depression treated at an Internet clinic: Comparison with a national survey and an outpatient clinic. *PLoS ONE*, 5(5), 1-5.
- Tobal, J. J., y Cano-Vindel, A. (2002). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA)*. Madrid: TEA ediciones, S.A.
- Tobin, D.L., Holroyd, K.A., Reynolds, R.V., y Kigal, J.K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 343-361.
- Tomas, J. M., Sancho, P., y Melendez, J. C. (2013). Validación del cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE) para su uso en población mayor Española. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 21, 103-122.
- Tortella-Feliu, M., Botella, C., Llabrés, J., Bretón-López, J., Riera del Amo, A., Baños., y Gelabert, J.M. (2011). Virtual reality versus computer-aided exposure treatments for fear of flying. *Behavior Modification*, 35, 3-30.
- Trull, T.J., Solhan, M.B., Tragesser, S.L., Jahng, S., Wood, P., Piasecki, T.M., y Watson, D. (2008). Affective instability: Measuring a core feature of borderline (2008). Affective instability: Measuring a core feature of borderline personality disorder with ecological momentary assessment. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(3), 647-661.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Long, P. J., Turner, M. W., y Townsley, R. M. (1993). A composite measure to determine the functional status of treated social phobics: The Social Phobia Enactment Functioning Index. *Behavior Therapy*, 24, 265-275.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Wolf, P. L. (1994). A composite measure to determine improvement following treatment for social phobia: The Index of Social Phobia Improvement. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 471-476.

- Turner, W. A., y Casey, L. M. (2014). Outcomes associated with virtual reality in psychological interventions: where are we now?. *Clinical Psychology Review*, 34(8), 634-44.
- Tworus, R., Szymanska, S., y Ilnicki, S. (2010). A soldier suffering from PTSD. Treated by controlled stress exposition using virtual reality and behavioral training. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(1), 103-107.
- Uhlenhuth., E.H. Balter., M.. Ban., T. A., y Yang, K. (1995). International study of expert judgement on therapeutic use of benzodiazepines and other psychotherapeutic medications: III. Clinical features affecting experts' therapeutic recommendations in anxiety disorders. *Psychopharmacology Bulletin*, 31(2), 289-296.
- Vallejo, M. A., Jordán, C., Mañanés, G., Andrés, A., Comeche, M. I., y Díaz, M. I. (2007). Clinical psychology offers in the internet in Spain. *Computer in Human Behavior*, 23(5), 2133-2143.
- Van der Klink, J. L., Blonk, R. W., Schene, A. H. y van Dijk, F. J. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders. *Occupational and Environmental Medicine*.60, 429-437.
- Van Minnen, A., Hendriks, L., y Olff, M. (2010). When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Behaviour Research and Therapy* 48, 312-320.
- Vanin, J. R. (2008). Adjustment disorder with anxiety. En J. R. Vanin, J. D. Hellsley y D. James (Eds.). *Anxiety disorders: A pocket guide for primary care* (pp. 129-134). Totowa, NJ, US: Humana Press.
- Vázquez, C. (1995). Evaluación de trastornos depresivos y bipolares. En J. Roa (Ed.), *Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 163-209). Madrid: CEPE.
- Vera, B., Baquero, B., y Vecina, M. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27, 40-49.
- Vincelli, F., Anolli, L., Bouchard, S., Wiederhold, B.K., Zurloni, V., y Riva, G. (2003). Experiential cognitive therapy in the treatment of panic disorder with agoraphobia: A controlled study. *CyberPsychology & Behavior*, 6, 321-328.

- Volz, H. P., y Kiesser, M. (1997). Kava-Kava extract WS 1490 versus placebo in anxiety disorders: a randomized placebo-controlled 25-week outpatient trial. *Pharmacopsychiatry*, 30, 1-5.
- Wagner, B., Schulz, W., y Knaevelsrud, C. (2012). Efficacy of an Internet-based intervention for posttraumatic stress disorder in Iraq: A pilot study. *Psychiatry Research*, 195, 85-88.
- Wald, J. (2004). Efficacy of virtual reality exposure therapy for driving phobia: A multiple baseline across-subjects design. *Behavior Therapy*, 35, 621-635.
- Wald, J., y Taylor, S. (2003). Preliminary research on the efficacy of virtual reality exposure therapy to treat driving phobia. *CyberPsychology and Behavior*, 6, 459-465.
- Wallach, H. S., Safir, M. P., y Bar-Zvi, M. (2009). Virtual reality cognitive behavior therapy for public speaking anxiety: a randomized clinical trial. *Behavior Modification*, 33, 314-338.
- Wakefield, J. C., Schmitz, M. F., First, M. B., y Horwitz, A. V. (2007). Extending the bereavement exclusion for major depression to other losses: evidence from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 64(4), 433-440.
- Walshe, D.G., Lewis, E. J., Kim, S.I., O'Sullivan, K., y Wiederhold, B.K. (2003). Exploring the use of computer games and virtual reality in exposure therapy for fear of driving following a motor vehicle accident. *CyberPsychology & Behavior*, 6, 329-334.
- Wang, M., y Anagnostou, E. (2014). *Virtual Reality as Treatment Tool for Children with Autism. In Comprehensive Guide to Autism* (pp. 2125-2141). Springer New York.
- Ware, J. E., Kosinski, M., Bayliss, M. S., McHorney, C. A., Rogers, W. H., y Raczek, A. (1995). Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. *Medical care*, AS264-AS279.
- Watson, D., Clark, L.A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Weiss, D. S., y Marmar, Ch. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. En J. P. Wilson y T. M. Keane (Eds). *Assessing psychological trauma and PTSD*. (pp.399-411). New York: The Guilford Press.

- Wiederhold, B.K. (1999). A comparison of imaginal exposure and virtual reality exposure for the treatment of fear of flying. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 60(4), 1837.
- Wiederhold, B.K., y Bouchard, S. (2014). *Advances in virtual reality and anxiety disorders*. New York: Springer.
- Wiederhold, B.K., Gervitz, R., y Wiederhold, M.D. (1998). Fear of flying: A case report using virtual reality therapy with physiological monitoring. *CyberPsychology & Behavior*, 1, 97-103.
- Wiederhold, B. K., y Wiederhold, M. D. (2003). Three year follow-up for virtual reality exposure for fear of flying. *CyberPsychology and Behavior*, 6, 441-445.
- Wims, E., Titov, N., Andrews, G., y Choi, I. (2010). Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for panic: A randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 599-607.
- Wing, J.K., Babor, T., Brugha, T., Burke, J., Cooper, J.E., Giel, R.,... y Sartorius, N. (1990). SCAN: Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 47, 589-593.
- Woelk, H., Arnoldt, K. H., Kieser, M., y Hoerr, R. (2007). Ginkgo biloba special extract EGb 761® in generalized anxiety disorder and adjustment disorder with anxious mood: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*, 41(6), 472-480.
- Wood, D. P., Murphy, J., Center, K., McLay, R., Reeves, D., Pyne, J.,...y Wiederhold, B. K. (2007). combat-related post-traumatic stress disorder: A case report using virtual reality exposure therapy with physiological monitoring. *Cyberpsychology & Behavior*, 10(2), 309-315.
- Wood, D. P., Webb-Murphy, J., Center, K., McLay, R., Koffman, R., Johnston, S.,... y Wiederhold, B. K. (2009). Combat-related post-traumatic stress disorder: a case report using virtual reality graded exposure therapy with physiological monitoring with a female Seabee. *Military Medicine*, 174(11), 1215-22.
- Wood, D. P., Wiederhold, B. K., y Spira, J. (2010). Lessons Learned from 350 Virtual-Reality Sessions with Warriors Diagnosed with Combat-Relate Posttrumatic Stress Disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13, 3-11.

Zigmond, A. S., y Snaith, P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psiquiátrica Scandinávica*, 67(6), 361-370.

Zimmerman, M., Martinez, J. H., Dalrymple, K., Chelminski, I., y Young, D. (2013). Is the distinction between adjustment disorder with depressed mood and adjustment disorder with mixed anxious and depressed mood valid?. *Annals of Clinical Psychiatry*, 25(4), 257-265.



## ANEXOS

### ANEXO I: ENTREVISTA DIAGNÓSTICA PARA LOS TA

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| Nombre.....                    | Código/DNI .....  |
| Edad .....Fecha de nacimiento: | Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre |
| Entrevistador .....            |   |
| Diagnóstico .....              | Fecha .....   |

#### I-INFORMACIÓN INICIAL

1-En los últimos meses, ¿ha sufrido algún acontecimiento negativo/estresante en su vida?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

| TIPO DE ACONTECIMIENTO                                 | Si/<br>No | Duración en<br>meses/años |
|--|-----------|---------------------------|
| <i>RELACIONADO CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO:</i>     |           |                           |
| -ruptura, separación/divorcio                          |           |                           |
| -infidelidad de la pareja                              |           |                           |
| -conflictos/problemas con otros miembros de la familia |           |                           |
| -reconciliación  |           |                           |
| -matrimonio  |           |                           |
| -nuevo matrimonio de algún miembro de la familia       |           |                           |
| -muerte de un familiar (*1)                            |           |                           |
| -embarazo/nacimiento de un hijo                        |           |                           |
| -independización de los hijos                          |           |                           |
| -incorporación de algún miembro a la familia           |           |                           |
| -marcha de algún miembro de la familia                 |           |                           |
| -cambio de hogar                                       |           |                           |
| -problemas de salud en algún miembro de la familia     |           |                           |
| -problemas de salud propios                            |           |                           |
| -malos tratos de la pareja/padres                      |           |                           |
| -abandono  |           |                           |
| <i>RELACIONADO CON EL AMBIENTE SOCIAL:</i>             |           |                           |
| -fallecimiento de un amigo (*1)                        |           |                           |
| -pérdida de apoyo social                               |           |                           |
| -soledad prolongada                                    |           |                           |
| -problemas de vivienda                                 |           |                           |
| -cambio de lugar de residencia                         |           |                           |

|   |  |  |
|---|--|--|
| -emigración   |  |  |
| -dificultad de adaptación a una cultura nueva                   |  |  |
| -discriminación   |  |  |
| -cambio vital (p. ej. <i>jubilación, emancipación...</i> )      |  |  |
| -problemas con algún agente social: médico, asistente social... |  |  |
| <b>ÁMBITO LABORAL:</b>  |  |  |
| -desempleo  |  |  |
| -despido  |  |  |
| -jubilación   |  |  |
| -ascenso  |  |  |
| -cambio de trabajo  |  |  |
| -insatisfacción laboral   |  |  |
| -conflictos con el jefe/compañeros                              |  |  |
| -trabajo estresante   |  |  |
| -condiciones laborales difíciles                                |  |  |
| -fracasos laborales   |  |  |
| <b>ÁMBITO ACADÉMICO</b>   |  |  |
| -inicio/fin etapa   |  |  |
| -problemas con compañeros                                       |  |  |
| -cambio de colegio/instituto/facultad                           |  |  |
| -problemas con los estudios                                     |  |  |
| -fracasos académicos  |  |  |
| <b>PROBLEMAS DE ACOSO/ABUSO</b>                                 |  |  |
| -mobbing  |  |  |
| -bulling  |  |  |
| -otros  |  |  |
| <b>PROBLEMAS ECONÓMICOS</b>                                     |  |  |
| -inicio/fin de un negocio/quiebra                               |  |  |
| -problemas económicos   |  |  |
| -ganancia de gran suma de dinero                                |  |  |
| <b>PROBLEMAS CON SISTEMA LEGAL O DELINCUENCIA</b>               |  |  |
| -arresto  |  |  |
| -encarcelamiento  |  |  |
| -juicio   |  |  |
| -víctima de un acto delictivo                                   |  |  |
| <b>AMENAZA PARA LA SEGURIDAD PERSONAL</b>                       |  |  |
| -accidente  |  |  |
| -desastres/catástrofes naturales                                |  |  |
| -agresión física/sexual   |  |  |
| -enfermedad grave   |  |  |
| -amenaza o peligro para otra persona                            |  |  |

**2-** ¿Cuánto tiempo hace que el/los acontecimiento/s estresante/s tuvo/tuvieron lugar? (Indicar fecha)

Acontecimiento 1:.....  
 Acontecimiento 2:.....  
 Acontecimiento 3:.....  
 3- ¿En algún caso el estresor continúa presente en la actualidad?

Acontecimiento 1:.....  
 Acontecimiento 2:.....  
 Acontecimiento 3:.....

**4-** En la actualidad, y como consecuencia de haber experimentado dicho acontecimiento ¿tiene Ud algún tipo de síntoma emocional o comportamental que le produzca un nivel de malestar subjetivo importante en su vida? Por ejemplo, se siente ansioso, deprimido, preocupado, incapaz de seguir adelante, de hacer cosas...

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

**II-VALORACIÓN DE LOS SÍNTOMAS**

**1-**Indique cuáles de los siguientes síntomas experimenta, en relación al acontecimiento estresante y valore su gravedad utilizando la siguiente escala:

|      |   |      |   |          |   |       |   |           |
|------|---|------|---|----------|---|-------|---|-----------|
| 0    | 1 | 2    | 3 | 4        | 5 | 6     | 7 | 8         |
| Nada |   | Leve |   | Moderado |   | Grave |   | Muy grave |

**2-**Indique la frecuencia con la que experimenta los siguientes síntomas utilizando la siguiente escala (sólo de aquellos que puntúen 5 o más):

1. Nunca
2. Algún día al mes
3. Varios días al mes
4. Una vez por semana
5. Varios días a la semana
6. Todos los días

| SÍNTOMAS   | Grav<br>(0-8) | Frecuencia | ¿Cuándo<br>comenzó<br>? (*4) |
|--|---------------|------------|------------------------------|
| Tristeza   |               |            |                              |
| Rabia/enfado   |               |            |                              |
| Culpabilidad   |               |            |                              |
| Ansiedad/miedo   |               |            |                              |
| Hiperactividad   |               |            |                              |
| Confusión/incertidumbre  |               |            |                              |
| Desesperanza   |               |            |                              |
| Llanto   |               |            |                              |
| Sentimientos de inutilidad   |               |            |                              |
| Baja autoestima  |               |            |                              |
| Ideas de muerte  |               |            |                              |
| Tensión muscular   |               |            |                              |
| Problemas de sueño   |               |            |                              |
| Problemas con el apetito   |               |            |                              |
| Inquietud/nervios  |               |            |                              |
| Fatiga   |               |            |                              |
| Dificultad para concentrarse   |               |            |                              |
| Irritabilidad  |               |            |                              |
| Dificultades para relacionarse con los demás   |               |            |                              |
| Retirada o aislamiento social  |               |            |                              |
| Dificultad para aceptar lo sucedido  |               |            |                              |
| Evitación de situaciones o recuerdos relacionados con el acontecimiento                      |               |            |                              |
| Sensación de distanciamiento o extrañamiento respecto a los demás                            |               |            |                              |
| Reactividad fisiológica (sudor, temblores) ante estímulos relacionados con el acontecimiento |               |            |                              |
| Embotamiento afectivo (*2)   |               |            |                              |
| Recuerdos o sueños recurrentes e intrusivos (*2)   |               |            |                              |
| Sensaciones de revivir la experiencia (*2)   |               |            |                              |
| Preocupación constante por distintos temas (*3)  |               |            |                              |
| Otros  |               |            |                              |

(\*2) Valorar criterios TEPT (Trastorno de estrés postraumático)

(\*3) Valorar criterios TAG (Trastorno de ansiedad generalizada)

(\*4) Valorar sólo los síntomas principales (puntuación >4). Si están presentes desde el inicio del problema o con posterioridad.

Comentarios:

.....  
.....  
.....

**3- Predominio de síntomas:**

|          |    |    |    |   |   |   |   |            |
|----------|----|----|----|---|---|---|---|------------|
| Ansiosos | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Depresivos |
|----------|----|----|----|---|---|---|---|------------|

**4- ¿Cuánto tardaron en aparecer los síntomas tras el acontecimiento?**

|                  |                   |                |
|------------------|-------------------|----------------|
|                  |                   |                |
| En el primer mes | Entre 1 y 3 meses | Más de 3 meses |

**5- ¿Cuánto tiempo hace que tiene los síntomas?**

|                |                   |                   |                |
|----------------|-------------------|-------------------|----------------|
|                |                   |                   |                |
| Menos de 1 mes | Entre 1 y 3 meses | Entre 3 y 6 meses | Más de 6 meses |

**6- ¿Existe todavía presente alguna consecuencia directa de dicho acontecimiento? (P.ej: sigo sin dinero, me siguen acosando en el trabajo, estoy pendiente del juicio...)**

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Especificar:

.....  
 .....  
 .....

**7- ¿Los síntomas se han mantenido igual desde el acontecimiento negativo/estresante o han cambiado?**

|           |    |    |    |   |   |   |   |          |
|-----------|----|----|----|---|---|---|---|----------|
| Empeorado | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Mejorado |
|-----------|----|----|----|---|---|---|---|----------|

**8- ¿Ha tenido este tipo de reacción en otras ocasiones?**

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Especificar:

.....  
 .....  
 .....

**9- ¿Tenía éstos síntomas incluso antes de que el acontecimiento estresante tuviera lugar?**

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Especificar:

.....  
 .....

**10- ¿Cuándo empezó a convertirse esta situación en un problema para usted?**

Fecha:.....

Comentarios:

.....  
.....  
.....

**11-** ¿Durante los últimos 6 meses siente que ha estado continuamente preocupado o ansioso acerca de diversos temas, además de los relacionados con el acontecimiento negativo/estresante?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

**12-** ¿Consumía o ha consumido algún tipo de droga/medicamento de forma regular?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Especificar (tipo/cantidad/fechas):

.....  
.....

**13-** ¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad o condición física especial?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Especificar (tipo y duración):

.....  
.....

**III- GRAVEDAD E INTERFERENCIA**

1- ¿Qué grado de malestar/alteración le provoca su problema en estos momentos?

|      |   |      |   |          |   |       |   |           |
|------|---|------|---|----------|---|-------|---|-----------|
| 0    | 1 | 2    | 3 | 4        | 5 | 6     | 7 | 8         |
| Nada |   | Leve |   | Moderado |   | Grave |   | Muy grave |

2- En la actualidad ¿en qué grado interfiere su problema en las siguientes áreas de su vida?

2.1-TRABAJO. En su funcionamiento en el trabajo.

|      |   |      |   |          |   |       |   |           |
|------|---|------|---|----------|---|-------|---|-----------|
| 0    | 1 | 2    | 3 | 4        | 5 | 6     | 7 | 8         |
| Nada |   | Poco |   | Bastante |   | Mucho |   | Muchísimo |

2.2- VIDA SOCIAL. En su vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas).

|      |   |      |   |          |   |       |   |           |
|------|---|------|---|----------|---|-------|---|-----------|
| 0    | 1 | 2    | 3 | 4        | 5 | 6     | 7 | 8         |
| Nada |   | Poco |   | Bastante |   | Mucho |   | Muchísimo |

2.3- TIEMPO LIBRE. En sus actividades habituales en los ratos libres (salidas, excursiones, viajes, práctica deportiva...).

|      |   |      |   |          |   |       |   |           |
|------|---|------|---|----------|---|-------|---|-----------|
| 0    | 1 | 2    | 3 | 4        | 5 | 6     | 7 | 8         |
| Nada |   | Poco |   | Bastante |   | Mucho |   | Muchísimo |

2.4- RELACIÓN DE PAREJA. En su relación de pareja.

|      |   |      |   |          |   |       |   |           |
|------|---|------|---|----------|---|-------|---|-----------|
| 0    | 1 | 2    | 3 | 4        | 5 | 6     | 7 | 8         |
| Nada |   | Poco |   | Bastante |   | Mucho |   | Muchísimo |

2.5- VIDA FAMILIAR.- En sus relaciones familiares.

|      |   |      |   |          |   |       |   |           |
|------|---|------|---|----------|---|-------|---|-----------|
| 0    | 1 | 2    | 3 | 4        | 5 | 6     | 7 | 8         |
| Nada |   | Poco |   | Bastante |   | Mucho |   | Muchísimo |

2.6- ESCALA GLOBAL. En su vida normal en general.

|      |   |      |   |          |   |       |   |           |
|------|---|------|---|----------|---|-------|---|-----------|
| 0    | 1 | 2    | 3 | 4        | 5 | 6     | 7 | 8         |
| Nada |   | Poco |   | Bastante |   | Mucho |   | Muchísimo |

#### IV- INVESTIGACIÓN

**1-** ¿Existe alguna situación, persona, imagen, etc, que haga que los síntomas o el malestar relacionados con el acontecimiento negativo/estresante aumenten?

.....  
 .....  
 .....

**2-**¿Qué ha hecho hasta ahora para hacer frente al acontecimiento y sus consecuencias?

.....  
 .....  
 .....

**3-** ¿Alguna vez experimentó sentimientos similares, quizás más leves, cuando era niño? Si la respuesta es SI, especificar fechas y cómo fueron esas experiencias (situaciones, frecuencia, síntomas):

.....  
 .....  
 .....

|  |  |
|--|--|
| <b>Diagnósticos posibles:</b>  |  |
| <b>DSM-IV</b>  |  |
| -TA con estado de ánimo depresivo  |  |
| -TA con ansiedad   |  |
| -TA mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo  |  |
| -TA con trastorno del comportamiento   |  |
| -TA con alteración mixta de las emociones y el comportamiento  |  |
| -TA no especificado  |  |
| Especificar si:  |  |
| -Agudo: la alteración dura menos de 6 meses  |  |
| -Crónico: la alteración dura más de 6 meses  |  |
| Duelo: si la reacción es desmesurada en relación a lo que sería de esperar debe diagnosticarse un TA |  |



**ANEXO II: INVENTARIO DE ESTRÉS Y PERDIDA (IEP)****Nombre:****Fecha:**

POR FAVOR, marca con una cruz la respuesta que mejor describa cómo te sientes en este momento con respecto a la pérdida de la persona (p.ej., una pareja) o de la situación (p.ej., un trabajo, la salud) como resultado del acontecimiento estresante que te ha sucedido.

1. Pienso tanto en esa persona/situación que me resulta difícil hacer las cosas que normalmente hago...  
 Nunca     Raramente     A veces     A menudo     Siempre
2. Los recuerdos sobre la persona/situación me producen malestar...  
 Nunca     Raramente     A veces     A menudo     Siempre
3. Siento que no puedo aceptar la pérdida de esa persona/situación....  
 Nunca     Raramente     A veces     A menudo     Siempre
4. Siento mucha nostalgia por la persona/situación que he perdido ...  
 Nunca     Raramente     A veces     A menudo     Siempre
5. Me siento atraído por lugares y cosas asociadas a la persona/situación ...  
 Nunca     Raramente     A veces     A menudo     Siempre
6. No puedo evitar sentirme enfadado/a sobre la pérdida e esa persona/situación...  
 Nunca     Raramente     A veces     A menudo     Siempre
7. Siento incredulidad acerca de lo que ocurrió ...  
 Nunca     Raramente     A veces     A menudo     Siempre
8. Me siento aturdido respecto a lo que ocurrió ...  
 Nunca     Raramente     A veces     A menudo     Siempre
9. Desde que perdí a esa persona/situación me resulta difícil confiar en los demás ...  
 Nunca     Raramente     A veces     A menudo     Siempre
10. Desde que perdí a esa persona/situación, siento como si ya no me importase nadie más o como si me sintiera distante de aquellos que me importan ...  
 Nunca     Raramente     A veces     A menudo     Siempre

11. Siento dolores u otros síntomas que me producen malestar desde que se produjo la pérdida ...

Nunca       Raramente    A veces       A menudo    Siempre

12. Abandono ciertas situaciones para evitar las cosas que me recuerdan a la persona/situación.

Nunca       Raramente    A veces       A menudo    Siempre

13. Siento que la vida está vacía sin esa persona/situación...

Nunca       Raramente    A veces       A menudo    Siempre

14. Siento que es injusto que yo viva después de sufrir esta pérdida ...

Nunca       Raramente    A veces       A menudo    Siempre

15. Siento amargura respecto a la pérdida de la persona/situación...

Nunca       Raramente    A veces       A menudo    Siempre

16. Siento envidia de otras personas que no han sufrido una pérdida ...

Nunca       Raramente    A veces       A menudo    Siempre

17. Me siento solo/a gran parte del tiempo desde que perdí a esa persona/situación ...

Nunca       Raramente    A veces       A menudo    Siempre

**COMPRUEBA QUE HAS RELLENADO TODAS LAS AFIRMACIONES**

### **ANEXO III: CARTEL INFORMATIVO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**¿HAS SUFRIDO, O ESTÁS SUFRIENDO ALGUN ACONTECIMIENTO ADVERSO O ESTRESANTE EN TU VIDA? Por ejemplo; ruptura sentimental, desempleo, enfermedad propia o de algún familiar, *mobbing* laboral, etc.**

**¿TE SIENTES DESBORDADO EMOCIONALMENTE Y NO SABES COMO HACERLE FRENTE?**

**¿TIENES DIFICULTADES PARA FUNCIONAR COMO LO HACIAS ANTES Y NO PUEDES RECUPERARTE?**

Desde el Servicio de Asistencia Psicológica (SAP) de la Universitat Jaume I queremos informar acerca de la puesta en marcha de un nuevo proyecto de investigación en el que se aplicará un tratamiento psicológico de forma **gratuita** que ayude a la persona a superar el acontecimiento estresante y las consecuencias que éste haya tenido, o esté teniendo, en su vida.

Si te sientes identificado con lo que acabas de leer y estas interesado/a puedes ponerte en contacto:

964387651  
964387647  
molesm@uji.es

964387651  
964387647  
molesm@uji.es

964387651  
964387647  
molesm@uji.es

964387651  
964387647  
molesm@uji.es

964387651  
964387647  
molesm@uji.es

964387651  
964387647  
molesm@uji.es

964387651  
964387647  
molesm@uji.es

964387651  
964387647  
molesm@uji.es

964387651  
964387647  
molesm@uji.es

964387651  
964387647  
molesm@uji.es



## **ANEXO IV: NOTAS INFORMATIVAS PUBLICADAS EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN**

### **Investigadores de la UJI ofrecen novedosos tratamientos psicológicos basados en nuevas tecnologías para ayudar a superar acontecimientos estresantes**

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación plantean nuevas posibilidades para superar acontecimientos traumáticos y estresantes en la vida de las personas. Investigadores del Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I han puesto en marcha una investigación para evaluar el funcionamiento de un novedoso tratamiento psicológico a través de realidad virtual y terapia emocional on line, que en su primera fase han demostrado que se trata de herramientas igual de eficaces que las utilizadas tradicionalmente como lecturas y grabaciones sonoras, pero que son mejor valoradas por los pacientes. Para confirmar estos primeros resultados positivos los investigadores buscan personas voluntarias que hayan sufrido algún acontecimiento adverso o estresante en su vida y se sientan desbordados emocionalmente.

“Rupturas sentimentales, desempleos, enfermedades propias o de algún familiar, mobbing laboral, fallecimiento de un ser querido, etc., son acontecimientos a los que en ocasiones las personas no sabemos cómo hacer frente, y nos resulta difícil volver a encontrarnos bien y funcionar como lo hacíamos antes”, explica Soledad Quero, investigadora responsable del proyecto. Los voluntarios que participen en el estudio recibirán de forma gratuita un tratamiento psicológico que les ayude a superar los acontecimientos estresantes que hayan vivido.

María del Mar Molés, investigadora que está realizando la tesis doctoral en base a este proyecto, explica que las herramientas que se están utilizando son el tratamiento de realidad virtual EMMA y la Terapia Emocional On line TEO. “EMMA es un sistema adaptable de realidad virtual que permite reproducir los elementos estresantes, de forma que la persona pueda revivirlo pero contando con nuevas herramientas para aprender a hacerle frente”, explica Molés. Por su parte, TEO consiste en una terapia en línea, con actividades que la persona puede realizar desde su casa a través de Internet y que incluye también parte del material utilizado en la realidad virtual.

Por el momento el estudio, incluido en los proyectos de investigación Bancaja-UJI, se ha realizado en una muestra reducida de tres personas, demostrándose que este tipo de tratamiento basado en nuevas tecnologías “facilita el procesamiento emocional del

hecho traumático para así poder hacerle frente”, explica María del Mar Molés. En una segunda fase se tratará de confirmar la eficacia de este novedoso tratamiento a través del estudio de una muestra de 40 voluntarios.

Las personas interesadas en participar en el proyecto pueden ponerse en contacto con el Servicio de Asistencia Psicológica de la UJI a través del correo [sap@uji.es](mailto:sap@uji.es) o el teléfono 964 387 651.

### **Tratamiento psicológico dirigido a personas que hayan sufrido o estén sufriendo un acontecimiento estresante en sus vidas**

Desde el Servicio de Asistencia Psicológica (SAP) de la Universitat Jaume I se pone en marcha un Proyecto de Investigación dirigido a ayudar a aquellas personas que han sufrido algún tipo de experiencia adversa o estresante en su vida, (p.ej; ruptura sentimental, desempleo, enfermedad propia o de algún familiar, mobbing laboral, fallecimiento de un ser querido, etc) y tienen dificultades para recuperarse. Los síntomas que suelen experimentar las personas que padecen estos problemas se manifiestan en una marcada dificultad para continuar con el funcionamiento habitual que tenían antes de que se produjera el/los acontecimiento/s adverso/s, además de no saber cómo afrontar al acontecimiento estresante y sentirse desbordados a nivel emocional. En el marco del proyecto de investigación se aplicará un tratamiento psicológico de forma gratuita, que irá dirigido a ayudar a la persona a superar el acontecimiento estresante y las consecuencias que éste haya tenido, o esté teniendo, en su vida.

Las personas interesadas en participar en el proyecto pueden ponerse en contacto con el Servicio de Asistencia Psicológica de la UJI a través del correo [sap@uji.es](mailto:sap@uji.es) o el teléfono **964 387 651**.

## **ANEXO V: TABLA RESUMEN DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN**

### **PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO**

-SCREENING o entrevista de admisión: explicar condiciones del servicio

#### **EVALUACIÓN PRE-TRATAMIENTO:**

##### **1ª Sesión EVALUACIÓN (1.5 H)**

- Entrevista para los TA (Labpsitec, 2008): si cumple criterios explicar condiciones del estudio.
  - Número de síntomas
  - Interferencia/gravedad paciente
  - Escala de Inadaptación (Adaptada de Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000).
- Explicar las conductas objetivo para que traiga de casa algunas pensadas: ser capaz de afrontar las situaciones y hacer las actividades que han dejado de hacer desde que les ocurrió el acontecimiento estresante
- Cuestionarios para casa: protocolo PRE
  - Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Positive and Negative Affect Scales, Watson, Clark y Tellegen, 1988).
  - Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck Depression Inventory, Beck, Steer, y Brown, 1996; Adaptación española de Sanz et al., 2003).
  - SCID-II (First, Gibbon, Spitzer, Williams, Benjamín, 1999).

**Nota:** si el diagnóstico no estuviera claro, se realizará otra sesión para llevar a cabo entrevistas de diagnóstico diferencial

##### **-2ª Sesión EVALUACIÓN (1.5 H)**

- Recoger cuestionarios y revisarlos
- Corregir el cuestionario SCID-II y pasar la parte de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II (First et al., 1999).
- Junto con el paciente:
  - Leer y firmar la hoja de consentimiento informado.
  - Completar la Hoja de control de la medicación si procede (tipo, duración, dosis).
  - Establecer los Objetivos de terapia: Escala de emociones y Escala de malestar emocional, evitación y creencia PRE (Adaptada de Marks y Matthews, 1979).

- Escala de Interferencia/gravedad valorada por terapeuta (Adaptada de la escala del ADIS-IV de Di Nardo, Brown y Barlow, 1994).
- Tareas para casa:
  - Inventario de Estrés y Pérdida (Adaptado de Prigerson et al., 1995)
  - Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI, Posttraumatic Growth Inventory, Tedeschi y Calhoun, 1996).
  - BRIEF-COPE (Carver, 1997)

### **EVALUACIÓN POST-TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTOS (3 y 12 meses).**

Se puede llevar a cabo en una sesión de 1.5 horas y el paciente se compromete a hacer llegar los cuestionarios al terapeuta. Y también se puede distribuir en dos sesiones más cortas si el paciente se cansa o si se determina que es necesario para asegurar la recogida de los cuestionarios.

En las evaluaciones post-tratamiento y seguimientos se vuelven a pasar todos los instrumentos

### **PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL COMPONENTE DE TAREAS PARA CASA**

- Medidas de preferencias de tareas para casa:
  - Cuestionario de preferencias de tareas para casa.

**Nota:** el terapeuta pasa el Cuestionario de preferencias sobre las tareas para casa con TEO o de forma tradicional, una vez haya explicado al paciente la lógica del tratamiento en general y este componente en particular y antes de que el paciente sepa a qué condición se le ha asignado.

- Medidas de eficacia del componente de tareas para casa:
  - Pre-post tareas para casa formato tradicional
- Medidas de opinión y elección del componente de tareas para casa :
  - Cuestionario de valoración de las tareas para casa (TEO y tradicional)
  - Cuestionario de elección del componente de tareas para casa

## **ANEXO VI: HOJAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **HOJA DE CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO**

Nombre y Apellidos: .....

MANIFIESTO:

- 1- Que acepto recibir el tratamiento diseñado por el Servicio de Asistencia Psicológica (SAP) de la Universitat Jaume I para el abordaje de los Trastornos Adaptativos. Dicho tratamiento se apoya en el uso de la Realidad Virtual y ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de este problema. El componente de tareas para casa incluido en este tratamiento puede aplicarse bajo dos condiciones: en ambas se trata de recordar, repasar y practicar las técnicas aprendidas en las sesiones de terapia; ahora bien, en una condición esto se realiza mediante el uso de Internet y en la otra condición se hace de forma tradicional. Ambas condiciones han demostrado ser eficaces en estudios llevados a cabo anteriormente y acepto comprometerme con aquella condición que me sea asignada.
- 2- Que he sido informado/a suficientemente de las pruebas y tratamiento que recibiré.
- 3- Que estoy de acuerdo y acepto libre y voluntariamente recibir este tratamiento y me comprometo a seguir las prescripciones y a formalizar los cuestionarios que me indiquen, así como de llevar a cabo los seguimientos establecidos una vez concluido el tratamiento (tras un mes, tres meses, seis meses y un año del tratamiento)
- 4- Que me comprometo a avisar con 48 horas de antelación de la cancelación de una cita concertada previamente.
- 5- Que, en función de esta opción libre, anteriormente mencionada, puedo abandonar el tratamiento en el momento que quiera.  
De la misma forma, el terapeuta puede dar por finalizado el tratamiento si el solicitante no cumple un mínimo de pautas establecidas que posibilite un tratamiento adecuado.
- 6- Que, salvaguardando siempre mi derecho a la intimidad y al anonimato, acepto que los datos que se puedan derivar del tratamiento puedan ser utilizados para la divulgación científica.

El interesado/a

La Directora del servicio de Asistencia  
Psicológica de la Universitat Jaume I

Castellón,.....de.....de 20....



## HOJA DE CONSENTIMIENTO DE GRABACIÓN

Uno de los recursos del Servicio de Asistencia Psicológica (SAP) de la Universitat Jaume I es la grabación de las sesiones en vídeo y/o audio. Las grabaciones proporcionan una información muy valiosa que se utiliza:

- Como herramienta terapéutica (p.ej. en algún momento del tratamiento el terapeuta puede pedir al paciente como tarea para casa visionar/escuchar una o varias sesiones).
- Para analizar y trabajar en el proceso terapéutico de un caso concreto por parte de los distintos terapeutas que componen el SAP.
- Para la formación en cursos de postgrado (para licenciados en psicología/medicina) y congresos especializados. En este caso, cuando la grabación es en vídeo se procede a la distorsión de las imágenes y se eliminan aquellas partes que puedan dar lugar a la identificación de la persona.

(Si no está de acuerdo con alguno de los fines anteriores, por favor, indíquelo tachándolo con una cruz)

Nombre y Apellidos: .....

MANIFIESTO:

Que he sido informado suficientemente de la utilización de las grabaciones de las sesiones que se realizarán durante el tratamiento psicológico que recibiré en el SAP de la Universidad Jaume I.

Que, salvaguardando siempre mi derecho a la intimidad y el anonimato, estoy de acuerdo y acepto libre y voluntariamente la grabación en vídeo y/o audio de las sesiones de terapia.

Que, en función de esta opción libre, puedo cambiar mi opinión y pedir que no se lleve a cabo la grabación de las sesiones en el momento que quiera.

El interesado/a

La Directora del servicio de Asistencia Psicológica de la Universitat Jaume I

Castellón,.....de.....de...20....

## ANEXO VII: MEDIDA ESPECÍFICA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

### **BDI-II (Beck, Steer, y Brown, 1996)**

**Nombre:**

**Fecha:**

**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, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre 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 casa, señálela también. **Asegúrese de llenar todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

|   |   |
|---|---|
| <b>1. Tristeza</b>  | <b>6. Sentimientos de castigo</b>                             |
| 0 No me siento triste habitualmente                                       | 0 No siento que esté siendo castigado                         |
| 1 Me siento triste gran parte del tiempo                                  | 1 Siento que puedo ser castigado                              |
| 2 Me siento triste continuamente  | 2 Espero ser castigado  |
| 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo          | 3 Siento que estoy siendo castigado                           |
| <b>2. Pesimismo</b>   | <b>7. Insatisfacción con uno mismo</b>                        |
| 0 No estoy desanimado sobre mi futuro                                     | 0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo                    |
| 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes                      | 1 He perdido confianza en mí mismo                            |
| 2 No espero que las cosas mejoren   | 2 Estoy decepcionado conmigo mismo                            |
| 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán | 3 No me gusta   |
| <b>3. Sentimientos de fracaso</b>   | <b>8. Auto-Críticas</b>                                       |
| 0 No me siento fracasado  | 0 No me critico o me culpo más que antes                      |
| 1 He fracasado más de lo que debería                                      | 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser           |
| 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso                             | 2 Critico todos mis defectos                                  |
| 3 Me siento una persona totalmente fracasada                              | 3 Me culpo por todo lo malo que sucede                        |
| <b>4. Pérdida de Placer</b>   | <b>9. Pensamientos o Deseos de Suicidio</b>                   |
| 0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes                    | 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio                     |
| 1 No disfruto de las cosas tanto como antes                               | 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo |
| 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba       | 2 Me gustaría suicidarme                                      |
| 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba      | 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad                     |
| <b>5. Sentimientos de Culpa</b>   | <b>10. Llanto</b>   |
| 0 No me siento especialmente culpable                                     | 0 No lloro más de lo que solía hacerlo                        |
| 1 Me siento culpable por muchas cosas que he hecho o debería haber hecho  | 1 Lloro más de lo que solía hacerlo                           |
| 2 Me siento culpable la mayor parte del tiempo                            | 2 Lloro por cualquier cosa                                    |
| 3 Me siento culpable constantemente                                       | 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo          |

|   |   |
|---|---|
| <b>11. Agitación</b>  | <b>17. Irritabilidad</b>  |
| 0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre  | 0 No estoy más irritable de lo habitual   |
| 1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre   | 1 Estoy más irritable de lo habitual  |
| 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto   | 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual  |
| 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo               | 3 Estoy irritable continuamente   |
| <b>12. Pérdida de Interés</b>   | <b>18. Cambios en el Apetito</b>  |
| 0 No he perdido el interés por otras personas o Actividades   | 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito   |
| 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades                                       | 1a Mi apetito es algo menor de lo habitual<br>1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual      |
| 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas                                   | 2a Mi apetito es mucho menor que antes<br>2b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual         |
| 3 Me resulta difícil interesarme por algo   | 2a He perdido completamente el apetito<br>2b Tengo ganas de comer continuamente               |
| <b>13. Indecisión</b>   | <b>19. Dificultades de Concentración</b>  |
| 0 Tomo decisiones más o menos como siempre  | 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre  |
| 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de Costumbre  | 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente   |
| 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre   | 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo                               |
| 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión   | 3 No puedo concentrarme en nada   |
| <b>14. Inutilidad</b>   | <b>20. Cansancio o Fatiga</b>   |
| 0 No me siento inútil   | 0 No estoy más cansado o fatigado que de Costumbre  |
| 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser   | 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre   |
| 2 Me siento inútil en comparación con otras personas  | 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer            |
| 3 Me siento completamente inútil  | 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer |
| <b>15. Pérdida de Energía</b>   | <b>21. Pérdida de Interés en el Sexo</b>  |
| 0 Tengo tanta energía como siempre  | 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo                               |
| 1 Tengo menos energía de la que solía tener   | 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar                                    |
| 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas Cosas   | 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo Ahora  |
| 3 No tengo suficiente energía para hacer nada   | 3 He perdido completamente el interés por el sexo   |
| <b>16. Cambios en el Patrón de Sueño</b>  |   |
| 0 No he experimentado ningún cambio en mi Patrón de sueño   |   |
| 1a Duermo algo más de lo habitual<br>1b Duermo algo menos de lo habitual                                  |   |
| 2a Duermo mucho más de lo habitual<br>2b Duermo mucho menos de lo habitual                                |   |
| 3a Duermo la mayor parte del día<br>3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no Puedo volver a dormirme |   |

## **ANEXO VIII: ESCALAS PARA MEDIR OBJETIVOS DE LA TERAPIA**

Indique el grado de evitación y temor respecto a las principales situaciones o actividades que usted evita o vive con gran malestar en relación a la pérdida/acontecimiento estresante siguiendo la siguiente escala de 0 a 10.

| Situación/Conducta | Evitación | Malestar |
|--------------------|-----------|----------|
| 1.                 |           |          |
| 2.                 |           |          |
| 3.                 |           |          |
| 4.                 |           |          |

Indique el grado de evitación y temor respecto a los principales pensamientos/imágenes (intrusivos) relacionados con la pérdida/acontecimiento estresante que usted evita o vive con gran malestar siguiendo la siguiente escala de 0 a 10.

| Pensamientos/imágenes | Evitación | Malestar |
|-----------------------|-----------|----------|
| 1.                    |           |          |
| 2.                    |           |          |
| 3.                    |           |          |
| 4.                    |           |          |

Indique el grado de evitación y temor respecto a los principales sentimientos relacionados con la pérdida/acontecimiento estresante que usted siente y/o evita siguiendo la siguiente escala de 0 a 10.

| Sentimientos | Evitación | Intensidad |
|--------------|-----------|------------|
| 1.           |           |            |
| 2.           |           |            |
| 3.           |           |            |
| 4.           |           |            |

Valore el grado de creencia en los pensamientos negativos (irracionales) relacionados con la pérdida/acontecimiento estresante en la siguiente escala de 0 a 10.

| Pensamientos negativos | Creencia |
|------------------------|----------|
| 1.                     |          |
| 2.                     |          |
| 3.                     |          |
| 4.                     |          |

**ANEXO IX: MEDIDAS DE CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO, AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO**

**PTGI**

**NOMBRE:**.....

**FECHA:**.....

A veces las crisis personales suponen cambios importantes en la propia vida. Por favor, indique para cada una de las cuestiones señaladas más abajo si el cambio descrito se ha producido en su vida. No hay respuestas correctas ni incorrectas. No olvide completar todas las cuestiones. Para responder a cada cuestión debe utilizar la siguiente escala y **RODEAR** el número que se ajuste mejor a su caso:

|          |  |
|----------|--|
| <b>0</b> | No experimenté este cambio como resultado de la crisis.                        |
| <b>1</b> | Experimenté este cambio en una medida muy pequeña como resultado de la crisis. |
| <b>2</b> | Experimenté este cambio en una medida pequeña como resultado de la crisis.     |
| <b>3</b> | Experimenté este cambio en un grado medio como resultado de la crisis.         |
| <b>4</b> | Experimenté este cambio en una gran medida como resultado de la crisis.        |
| <b>5</b> | Experimenté este cambio en medida muy grande como resultado de la crisis.      |

|  | Sin cambio | Muy Pequeño | Pequeño | Medio | Grande | Muy grande |
|--|------------|-------------|---------|-------|--------|------------|
| 1. He cambiado mis prioridades sobre lo que es importante en la vida.          | 0          | 1           | 2       | 3     | 4      | 5          |
| 2. Aprecio más el valor de mi propia vida                                      | 0          | 1           | 2       | 3     | 4      | 5          |
| 3. He desarrollado nuevos intereses  | 0          | 1           | 2       | 3     | 4      | 5          |
| 4. Tengo un sentimiento más fuerte de confianza en mí mismo                    | 0          | 1           | 2       | 3     | 4      | 5          |
| 5. Tengo una mejor comprensión de algunas cuestiones espirituales              | 0          | 1           | 2       | 3     | 4      | 5          |
| 6. Veo de manera más clara que puedo contar con la gente en momentos de crisis | 0          | 1           | 2       | 3     | 4      | 5          |
| 7. He establecido un nuevo rumbo en mi vida                                    | 0          | 1           | 2       | 3     | 4      | 5          |
| 8. Tengo una mayor sensación de cercanía hacia los demás                       | 0          | 1           | 2       | 3     | 4      | 5          |
| 9. Estoy más dispuesto a expresar mis sentimientos                             | 0          | 1           | 2       | 3     | 4      | 5          |
| 10. Ahora sé mejor que puedo enfrentarme a los problemas                       | 0          | 1           | 2       | 3     | 4      | 5          |
| 11. Creo que puedo hacer cosas   | 0          | 1           | 2       | 3     | 4      | 5          |

| mejores con mi vida   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 12. Puedo aceptar mejor las cosas tal como vienen   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Puedo valorar mejor el día a día  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Han aparecido nuevas oportunidades que, de no haber pasado esto, no habrían sucedido. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Tengo más sentimientos de compasión hacia los demás                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Pongo más energía en mis relaciones personales  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Ahora intento más cambiar aquellas cosas que deben de cambiarse                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Tengo una fe religiosa más fuerte   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Descubrí que era más fuerte de lo que en realidad pensaba                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Aprendí mucho sobre lo extraordinaria que llega a ser la gente                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Acepto mejor que necesito a los demás   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## PANAS (ESCALA DE AFECTO NEGATIVO Y POSITIVO)

Watson, Clark y Tellegen, 1988; LabPsiTec 2010

Positivo=

Negativo=

A continuación se indican una serie de palabras que describen sentimientos y emociones. Lee cada una de ellas y contesta hasta qué punto sueles sentirte HABITUALMENTE de la forma que indica cada expresión.

Generalmente **me siento**:

|   | <i>NADA O<br/>CASI NADA</i> | <i>UN POCO</i> | <i>BASTANTE</i> | <i>MUCHO</i> | <i>MUCHÍSIMO</i> |
|---|-----------------------------|----------------|-----------------|--------------|------------------|
| 1. Interesado/a por las cosas                           | 1                           | 2              | 3               | 4            | 5                |
| 2. Estresado/, tenso/a                                  | 1                           | 2              | 3               | 4            | 5                |
| 3. Emocionado/a, ilusionado/a                           | 1                           | 2              | 3               | 4            | 5                |
| 4. Disgustado/a, molesto/a                              | 1                           | 2              | 3               | 4            | 5                |
| 5. Con energía, con vitalidad                           | 1                           | 2              | 3               | 4            | 5                |
| 6. Culpable   | 1                           | 2              | 3               | 4            | 5                |
| 7. Asustado/a   | 1                           | 2              | 3               | 4            | 5                |
| 8. Hostil   | 1                           | 2              | 3               | 4            | 5                |
| 9. Entusiasmado/a                                       | 1                           | 2              | 3               | 4            | 5                |
| 10. Orgullosa/a (de algo), satisfecho/a conmigo mismo/a | 1                           | 2              | 3               | 4            | 5                |
| 11. Irritable, malhumorado/a                            | 1                           | 2              | 3               | 4            | 5                |
| 12. Despejado/a, despierto/a                            | 1                           | 2              | 3               | 4            | 5                |
| 13. Avergonzado/a                                       | 1                           | 2              | 3               | 4            | 5                |
| 14. Inspirado/a   | 1                           | 2              | 3               | 4            | 5                |
| 15. Nervioso/a  | 1                           | 2              | 3               | 4            | 5                |
| 16. Decidido/a  | 1                           | 2              | 3               | 4            | 5                |
| 17. Atento/a (a las cosas), concentrado/a               | 1                           | 2              | 3               | 4            | 5                |
| 18. Intranquilo/a, inquieto/a                           | 1                           | 2              | 3               | 4            | 5                |
| 19. Activo/a  | 1                           | 2              | 3               | 4            | 5                |
| 20. Con miedo, miedoso/a                                | 1                           | 2              | 3               | 4            | 5                |

**COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA**

## BRIEF COPE (Correct order, UJI/Hans version agreed)

(Carver, 1997)

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que causan tensión o estrés en la vida. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Por favor, trate de responder a las siguientes preguntas de la manera en que, por lo general, se siente o actúa utilizando para ello el número (1, 2, 3, 4) que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a la situación. Utilice la siguiente escala para responder a cada pregunta anotando un número en el espacio que hay a la derecha de cada pregunta. Muchas gracias.

1 No lo hago nunca.

2 Lo hago algunas veces.

3 Lo hago con cierta frecuencia.

4 Lo hago con mucha frecuencia.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente                          | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.                            | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Me digo a mí mismo "esto no es real".  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Trato de lograr apoyo emocional por parte de los demás.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Renuncio a intentar ocuparme de ello.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Me niego a creer que haya sucedido.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.                                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.                                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Intento verlo desde otra perspectiva, para hacer que parezca más positivo.                          | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Me critico a mí mismo.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Intento lograr apoyo y comprensión por parte de alguien.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Renuncio a intentar hacer frente a la situación.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Busco algo positivo en lo que está sucediendo.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Bromeo sobre ello.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine, ver la televisión, leer, soñar despierto, | 1 | 2 | 3 | 4 |



---

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| dormir o ir de compras.  |   |   |   |   |
| 20. Acepto la realidad de lo que ha sucedido.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Expreso mis sentimientos negativos.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.                   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Intento conseguir ayuda o consejo por parte de otras personas acerca de qué hacer. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Aprendo a vivir con ello.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.                                     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Me echo la culpa de lo que ha sucedido.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Rezo o medito.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Me río de la situación.  | 1 | 2 | 3 | 4 |

## **ANEXO X: MEDIDA DE INTERFERENCIA Y GRAVEDAD VALORADA POR EL CLÍNICO**

### **ESCALA DE VALORACIÓN DEL CLÍNICO (Adaptación de la clinician's ratings del ADIS-IV, Di Nardo, Brown y Barlow, 1994)**

Nombre..... Código/DNI..... Edad..... Género:  Mujer  Hombre Condición:  
..... Diagnóstico..... Fecha.....  
Número de sesión: .....

**Teniendo en cuenta la información recabada en la evaluación, evaluaría la gravedad de este paciente como:**

|         |   |   |   |   |   |  |   |   |
|---------|---|---|---|---|---|--|---|---|
| AUSENTE |   | LEVE  |   | MODERADA  |   | GRAVE  |   | MUY GRAVE   |
| 0       | 1 | 2   | 3 | 4   | 5 | 6  | 7 | 8   |
| Ninguna |   | Ligeramente<br>perturbadora/<br>no realmente<br>incapacitante |   | Definitivamente<br>perturbadora/<br>incapacitante |   | Marcadamente<br>perturbadora/<br>incapacitante |   | Muy<br>gravemente<br>perturbadora/<br>incapacitante |

**Nota importante:** Para valorar esto es importante que el terapeuta tenga información sobre diagnóstico multiaxial, anamnesis y entrevista biográfica. Por lo tanto, la valoración de la gravedad del paciente se hará transcurridas unas cuantas sesiones y habiendo recabado información suficiente.

**Referencia:** Di Nardo, P.A., Brown, T.A., & Barlow, D.H. (1994). *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV: Lifetime version (ADIS-IV-L)*. New York: Graywind Publications In

**ANEXO XI: MEDIDAS DE EFICACIA DE LAS TAREAS PARA CASA EN FORMATO TRADICIONAL**

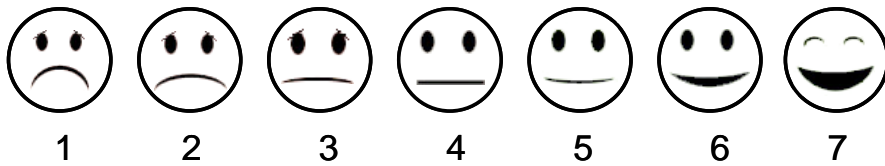
**Evaluación Pre-Post sesión tareas para casa formato tradicional**

FECHA: \_\_\_\_\_

**MEDIDAS PRE-SESIÓN**

**1) Estado de ánimo:**

¿Cómo te sientes en este momento? Marca la cara que mejor refleje cómo te sientes en este momento.



**2) Auto-eficacia**

Señala el número que mejor describa en qué medida en este momento te sientes CAPAZ de afrontar con EFICACIA el problema que has sufrido. Siendo 0 no me siento capaz en absoluto y 10 me siento totalmente capaz.



No me siento capaz en absoluto

Totalmente capaz

### ESCALA ANALÓGICO VISUAL (VAS)

A continuación encontrarás una serie de palabras que expresan una emoción. Indica en qué medida sientes cada una de estas emociones EN ESTE MOMENTO, teniendo en cuenta la siguiente escala:

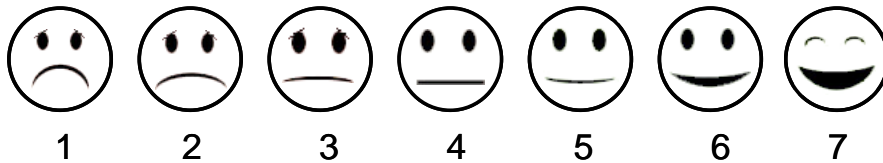
|                       |               |           |           |               |            |                 |
|-----------------------|---------------|-----------|-----------|---------------|------------|-----------------|
| 1<br>Nada en absoluto | 2<br>Muy poco | 3<br>Poco | 4<br>Algo | 5<br>Bastante | 6<br>Mucho | 7<br>Totalmente |
|-----------------------|---------------|-----------|-----------|---------------|------------|-----------------|

|                    |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Alegría            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Tristeza           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Enfado/Rabia       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Sorpresa           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Ansiedad           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Relax/Tranquilidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Vigor/energía      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

### MEDIDAS POST-SESIÓN

#### 1) Estado de ánimo:

Marca la cara que mejor refleje cómo te sientes en este momento.



En comparación a cómo te sentías antes de empezar la sesión de hoy, ¿Cómo te encuentras AHORA?

|            |      |           |       |            |       |             |
|------------|------|-----------|-------|------------|-------|-------------|
| Mucho peor | Peor | Algo peor | Igual | Algo mejor | Mejor | Mucho mejor |
|------------|------|-----------|-------|------------|-------|-------------|

**2) Autoeficacia**

Señala el número que mejor describa en qué medida en este momento te sientes CAPAZ de afrontar con EFICACIA el problema que has sufrido. Siendo 0 no me siento capaz en absoluto y 10 me siento totalmente capaz.



No me siento capaz en absoluto

Totalmente capaz

2) Si comparas tu capacidad de hacer frente con EFICACIA al problema que has sufrido antes y después de completada la sesión, ¿Cómo te sientes AHORA?

|                   |             |                  |                 |                |           |                 |
|-------------------|-------------|------------------|-----------------|----------------|-----------|-----------------|
| Mucho menos capaz | Menos capaz | Algo menos capaz | Igual capacidad | Algo más capaz | Más capaz | Mucho más capaz |
|-------------------|-------------|------------------|-----------------|----------------|-----------|-----------------|

**ESCALA ANALÓGICO VISUAL (VAS)**

A continuación encontrarás una serie de palabras que expresan una emoción. Indica en qué medida sientes cada una de estas emociones EN ESTE MOMENTO, teniendo en cuenta la siguiente escala:

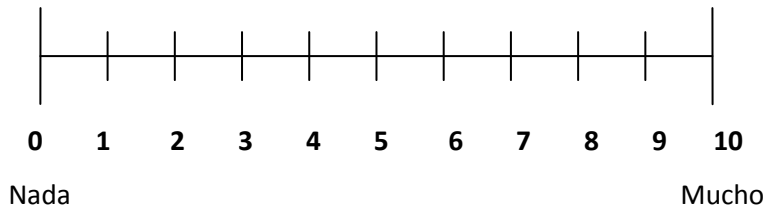
|                       |               |           |           |               |            |                 |
|-----------------------|---------------|-----------|-----------|---------------|------------|-----------------|
| 1<br>Nada en absoluto | 2<br>Muy poco | 3<br>Poco | 4<br>Algo | 5<br>Bastante | 6<br>Mucho | 7<br>Totalmente |
|-----------------------|---------------|-----------|-----------|---------------|------------|-----------------|

|                    |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Alegría            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Tristeza           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Enfado/Rabia       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Sorpresa           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Ansiedad           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Relax/Tranquilidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Vigor/ energía     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

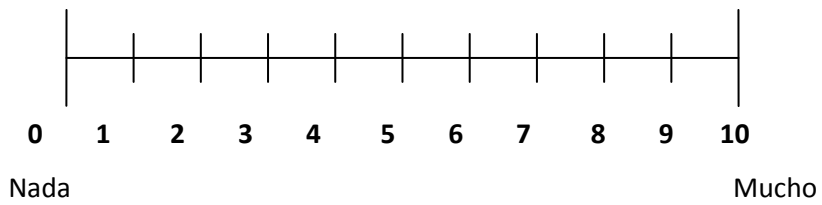
**Cuestiones Satisfacción:**

Evalúa en una escala de 0 a 10 cada una de las preguntas que se muestran a continuación.  
Siendo 0 nada y 10 mucho.

***¿En qué medida te ha gustado la actividad de hoy?***



***¿En que medida crees que la sesión de hoy te ha sido útil o beneficiosa?***



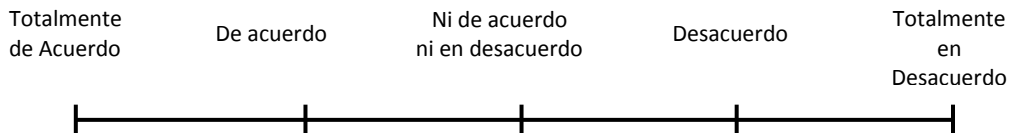
**ANEXO XII: MEDIDAS DE PREFERENCIAS, OPINIÓN Y ELECCIÓN DEL  
FORMATO DE TAREAS PARA CASA**

|              |
|--------------|
| Nombre:..... |
| Fecha: ..... |

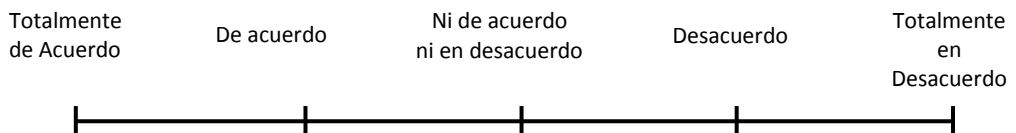
**CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE LAS TAREAS PARA CASA EN  
FORMATO TRADICIONAL (Aplicado por el clínico)**

Queremos que nos des tu opinión sobre las tareas para casa en formato tradicional que te ha prescrito tu terapeuta a lo largo del tratamiento. Nos gustaría que nos dijeras qué opinas sobre las frases que hay a continuación. Para responder señala la opción que mejor describa tu opinión.

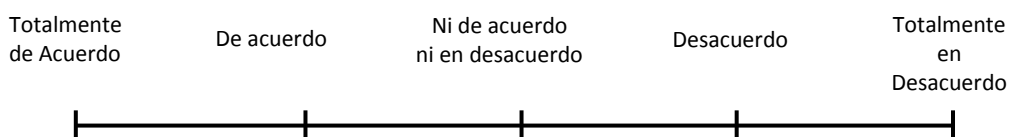
**En general creo que los materiales de lectura para practicar en casa los contenidos aprendidos en la sesión con mi terapeuta han sido muy útiles para superar mi problema**



**Creo que escuchar el audio con la grabación de la sesión realizada con mi terapeuta me ha ayudado a procesar el acontecimiento negativo que he sufrido**



**Creo que otras personas con problemas similares al mío deberían utilizar materiales de lectura para realizar las tareas para casa**

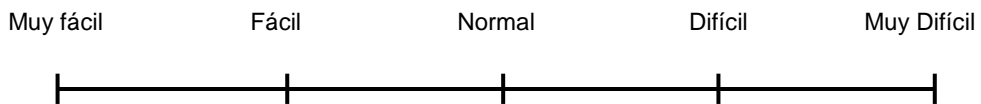


**CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DEL SISTEMA TEO**  
**(Aplicado por el clínico)**

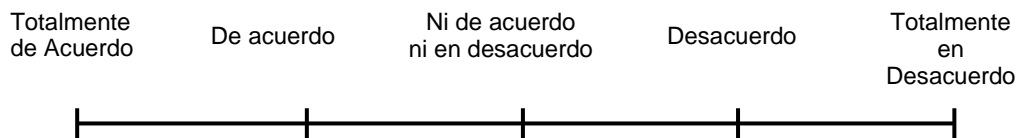
Nombre:.....  
Fecha: .....

Queremos que nos des tu opinión sobre el sistema TEO que has estado utilizando para realizar las tareas para casa que te ha prescrito tu terapeuta a lo largo del tratamiento. Nos gustaría que nos dijeras qué opinas sobre las frases que hay a continuación. Para responder señala la opción que mejor describa tu opinión.

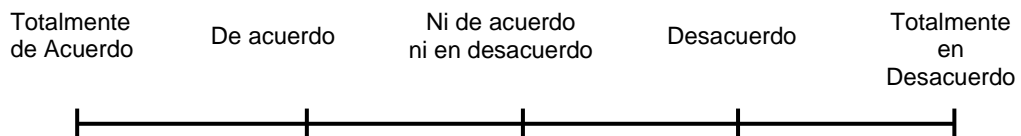
**Usar el sistema TEO es**



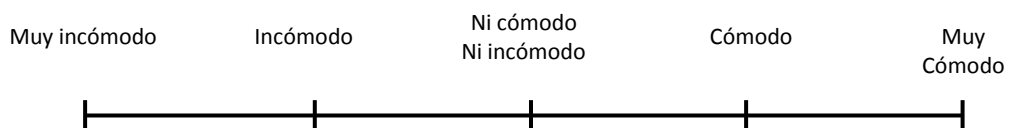
**Pienso que la mayoría de las personas podrían aprender muy rápidamente a utilizar el sistema TEO**



**Me ha resultado fácil seguir las instrucciones de TEO para llevar a cabo las tareas encomendadas**

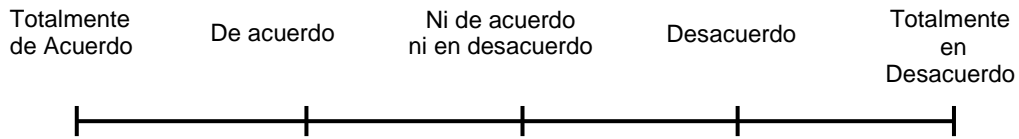


**Tener disponible el sistema TEO para realizar las tareas en el ordenador de mi casa me ha resultado**

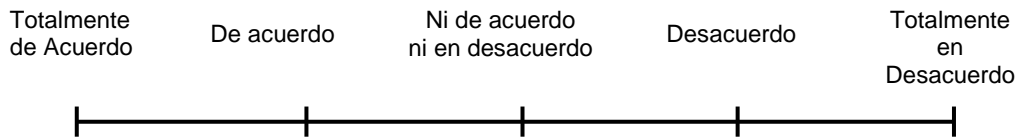




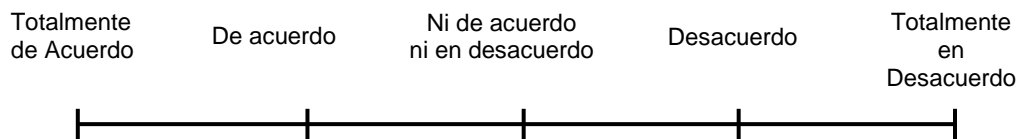
**En general creo que practicar en casa los contenidos aprendidos en sesión con mi terapeuta con el sistema TEO ha sido muy útil para superar mi problema**



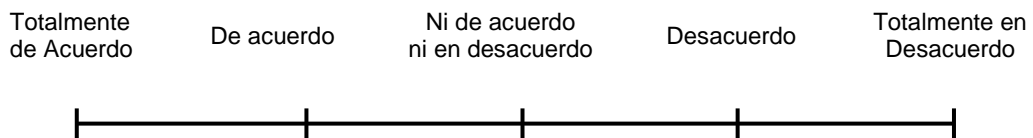
**Poder acceder a los símbolos y los paisajes del sistema EMMA trabajados en las sesiones con mi terapeuta en mi casa a través del sistema TEO me ha ayudado a procesar el acontecimiento negativo que he sufrido**



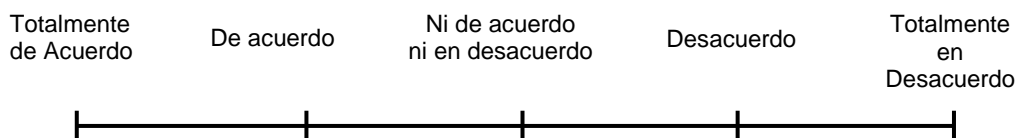
**Creo que otras personas con problemas similares al mío deberían utilizar el sistema TEO para realizar las tareas para casa**



**Creo que el sistema TEO proporciona un modo atractivo de realizar las tareas para casa**



**Compraría la licencia para acceder al programa TEO para ayudarme en mi problema**



## Cuestionario de Preferencias de las tareas para casa

### EL TRATAMIENTO DE LOS TA

El tratamiento diseñado por el Servicio de Asistencia Psicológica (SAP) de la Universitat Jaume I para el abordaje de los Trastornos Adaptativos está dirigido a lograr la superación del acontecimiento estresante que cada persona ha vivido y de las consecuencias que éste ha tenido en su vida, al tiempo que se intentan extraer de la experiencia importantes **aprendizajes** que resultarán muy útiles en el futuro.

Para ello se ofrece información que permite comprender a la persona las razones por las que se han producido los síntomas y se le enseñan técnicas y estrategias psicológicas que le ayudaran a afrontar y superar el problema. Las principales técnicas que se utilizan son: la **elaboración y asimilación** de los recuerdos, pensamientos y sentimientos asociados al suceso; la **exposición** tanto a las situaciones, como a los pensamientos, recuerdos y emociones asociados a ellas; y la **aceptación** de lo ocurrido, mediante la toma de conciencia de las experiencias internas y externas que aparezcan sin suprimirlas ni juzgarlas. Por otra parte, también se trabaja en la recuperación y experimentación de **emociones positivas**, muy beneficiosas para la recuperación. Finalmente, un componente terapéutico fundamental son las **tareas para casa** que se prescriben al finalizar cada una de las sesiones terapéuticas, cuyo contenido se centra en lo trabajado en sesión. Se trata de que durante el tiempo entre sesiones se recuerden y repasen los contenidos presentados por tu terapeuta y se practiquen las estrategias psicológicas aprendidas y que te ayudan a superar tu problema. La realización de estas tareas es esencial ya que te ayudarán a afianzar tus aprendizajes y, en consecuencia, la mejoría será más rápida.

El componente de tareas para casa puede aplicarse bajo **dos** condiciones **diferentes**: en ambas se trata de recordar, repasar y practicar las técnicas aprendidas en sesión con tu terapeuta; ahora bien, en una condición esto se realiza mediante el uso de Internet y en la otra condición se hace de forma tradicional. Ambas condiciones han demostrado ser eficaces, pero el tipo de tareas a realizar en ambos casos es distinto. A continuación, encontrarás una descripción de las dos formas de aplicar las tareas para casa. Por favor, lee atentamente la descripción de cada una de ellas y conteste a las preguntas que se presentan a continuación.

#### **1. Tareas para casa mediante el sistema TEO**

En esta condición se aplicarán las tareas para casa mediante el uso del sistema denominado TEO. TEO es un sistema basado en tecnología Web que permite presentar material terapéutico a través de Internet. Mediante este sistema podrás acceder desde el ordenador de tu casa a materiales multimedia (vídeos, músicas, símbolos 2-D, textos) de los contenidos que se han trabajado previamente en las sesiones de terapia.

## **2. Tareas para casa de forma tradicional**

En esta condición la aplicación de tareas para casa se realiza de forma tradicional. Mediante esta forma dispondrás en tu casa de los contenidos que se han trabajado previamente en las sesiones de terapia a través de lecturas, tareas escritas entre sesiones y grabaciones de audio.

**Por favor, después de haber leído esta breve explicación sobre las diferentes alternativas de aplicación de las tareas para casa que se pueden utilizar en este trabajo, contesta a las siguientes preguntas:**

**1. Si pudiera elegir entre los DOS tipos de tareas para casa, ¿cuál elegirías? Rodea con un círculo la alternativa elegida:**

- a) Tareas para casa utilizando Internet (el sistema TEO).
- b) Tareas para casa de forma tradicional.

**2. ¿Cuál de estas 2 formas de aplicar las tareas para casa, consideras que puede ser más eficaz para ayudarte a superar tu problema? Rodea con un círculo la alternativa elegida:**

- a) Tareas para casa utilizando Internet (sistema TEO).
- b) Tareas para casa de forma tradicional.

**3. ¿Cuál de estas 2 formas de aplicar las tareas para casa, consideras que puede ser más aversiva? Rodea con un círculo la alternativa elegida:**

- a) Tareas para casa utilizando Internet (sistema TEO).
- b) Tareas para casa de forma tradicional.

**4. ¿Cuál de estas 2 formas de aplicar las tareas para casa, recomendarías a un amigo que tuviera el mismo problema? Rodea con un círculo la alternativa elegida:**

- a) Tareas para casa utilizando Internet (sistema TEO).
- b) Tareas para casa de forma tradicional.

**Si en la primera pregunta sobre la preferencia de elección entre las dos formas de aplicar las tareas para casa has contestado:**

- (a) “Tareas para casa utilizando Internet”, rodea la/s razones por las que la elegirías.**  
- Comparado con “**las tareas para casa de forma tradicional**”, la condición que utiliza Internet:
- a)** Me parece más atractiva.
  - b)** Me parece más útil y/o eficaz.
  - c)** Creo que aporta opciones tecnológicas (vídeos, músicas, símbolos, ...) que me podrían hacer avanzar más en el proceso de terapia.
  - d)** Otras razones: Especificar \_\_\_\_\_

**Si has contestado:**

- (b) “Tareas para casa de forma tradicional”, rodea la/s razón/es por la/s que la elegirías.**  
- Comparado con “**las tareas para casa utilizando Internet**”, la condición que aplica las tareas para casa de forma tradicional:
- a)** Me parece más atractiva.
  - b)** Me parece más útil y/o eficaz.
  - c)** Creo que aporta un trabajo de lectura y escritura que me podrían hacer avanzar más en el proceso de terapia.
  - d)** Otras razones: Especificar \_\_\_\_\_

## Cuestionario de elección de tareas para casa

### TAREAS PARA CASA EN EL TRATAMIENTO DE LOS TA

El tratamiento diseñado por el Servicio de Asistencia Psicológica (SAP) para el abordaje de los Trastornos Adaptativos que has recibido se ha dirigido a lograr la superación del acontecimiento estresante que has vivido y de las consecuencias que éste ha tenido en tu vida, al tiempo que has intentado extraer de la experiencia importantes **aprendizajes** que te pueden resultar muy útiles en el futuro.

Para conseguir esto, a lo largo de todo el tratamiento se han trabajado diferentes estrategias y técnicas. Un componente terapéutico fundamental ha sido las **tareas para casa** que se prescribían al finalizar cada una de las sesiones terapéuticas. El objetivo era que durante el tiempo entre sesiones recordases y repasases los contenidos presentados por tu terapeuta, además de practicar las estrategias psicológicas que ibas aprendiendo y que te podían ayudar a superar tu problema

Al empezar el tratamiento, tu terapeuta te explicó las dos formas o condiciones diferentes con las que se pueden realizar las tareas para casa. Ambas han demostrado ser eficaces, pero como recordarás, el tipo de tareas a realizar en ambos casos era distinto. En una condición se utilizaba el sistema **TEO**, en el que a través de Internet se accedía a materiales multimedia (vídeos, músicas, símbolos, textos) de los contenidos trabajados previamente en sesión, y en la condición **tradicional**, se utilizaban materiales de lectura, tareas escritas y audios de parte de las sesiones de terapia, para trabajar esos mismos aspectos.

En tu caso, al empezar el tratamiento realizaste las tareas para casa en uno de los dos formatos existentes (TEO o tradicional). A continuación te vamos a mostrar la **otra forma** en que se pueden realizar las tareas para casa.

**Por favor, después de haber leído esta breve explicación sobre las diferentes alternativas de aplicación de las tareas para casa que se han utilizado en este trabajo, conteste a la siguiente pregunta:**

**1. Si hubieras podido elegir entre las DOS formas de practicar las tareas para casa, ¿cuál habrías elegido? Rodea con un círculo la alternativa elegida:**

- a) Tareas para casa utilizando Internet (el sistema TEO).
- b) Tareas para casa de forma tradicional.

## **ANEXO XIII: CONTENIDO ESPECÍFICO DEL CORREO ELECTRÓNICO DE ACCESO AL SISTEMA TEO**

Bienvenido/a a TEO (Terapia Emocional Online).

Este programa ha sido diseñado para promover tu bienestar. Aprenderás estrategias que te ayudarán a afrontar mejor tus problemas psicológicos o de salud.

Tu terapeuta te enviará sesiones, con las que podrás trabajar desde casa a tu propio ritmo.

Tus datos de acceso son:

<https://www.teo.uji.es>

Usuario: id3409

Contraseña: 764901

Cualquier duda al respecto, puedes dirigirte a tu terapeuta.

Si deseas saber más de nuestros programas de tratamiento visita nuestra página <http://www.labpsitec.es>

---

## **ANEXO XIV: MANUALES DE LECTURA DE LAS TAREAS PARA CASA EN FORMATO TRADICIONAL**

### **Material tareas para casa Sesión 1: Condición Tradicional**

#### **BASE LÓGICA DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO (Paciente)**

El tratamiento que vas a comenzar está dirigido a que logres superar el acontecimiento estresante y las consecuencias que éste ha tenido en tu vida. Es más, esperamos que a raíz de lo que te ha sucedido y después de pasar por este programa de tratamiento logres aprender y extraer importantes conclusiones que puedan serte muy útiles en el futuro. En este tratamiento utilizaremos una nueva herramienta: la Realidad Virtual. Vamos a hacer las mismas cosas que se hacen en una terapia tradicional, pero con la ayuda de la tecnología.

El programa comienza con la “evaluación” donde se recoge la información acerca del acontecimiento y de las consecuencias del mismo. Al principio te puede resultar difícil hablar de ello, pero esta información es muy importante para llevar a cabo el tratamiento.

*El próximo día, trabajaremos en lo que llamamos la **elaboración y asimilación del acontecimiento estresante y el aprendizaje que podemos obtener del mismo**. Para poder reconstruir el significado del acontecimiento estresante vamos a utilizar una nueva tecnología: la Realidad Virtual. El escenario al que llamamos el Mundo de EMMA nos ayudará a simbolizar tus recuerdos, tus vivencias y tus sentimientos. Vamos a hacer las mismas cosas que se hacen en terapia tradicional, pero con la ayuda que nos pueden proporcionar las nuevas tecnologías como la RV.*

Después veremos cuáles son algunas reacciones que experimentan algunas personas que han tenido que afrontar acontecimientos estresantes como el que tú has vivido. Algunas personas desarrollan síntomas emocionales (nerviosismo, inquietud, estado de ánimo depresivo, llanto, etc.) que les perturban y que hacen que experimenten dificultades o incluso se sientan incapaces de afrontar tareas cotidianas que antes hacían con normalidad. El simple hecho de afrontar o de recordar lo sucedido les produce malestar, tienen dificultades para afrontar los problemas derivados del acontecimiento estresante y, por ello, pueden evitar todo lo relacionado con el acontecimiento. Sin embargo, esto no soluciona el problema sino que ayuda a mantenerlo. Nuestro objetivo es que puedas **comprender por qué se han producido todos estos síntomas emocionales y que aprendas las técnicas y herramientas psicológicas que te ayudarán a superar las emociones negativas que actualmente te están perturbando**.

Vamos a pedirte que analices te acerques al acontecimiento estresante (volver a pensar, analizar, a recordar, etc.) para una tarea muy especial: Vamos a pedirte que escribas una parte de un libro, que llamaremos “El libro de la vida”. La tecnología nos va a permitir escribir ese libro. Contarás con el apoyo del entorno el “Mundo de EMMA” para ayudarte a procesar y elaborar los recuerdos, otros pensamientos y sentimientos asociados al suceso estresante. Asimismo, trabajaremos lo que denominamos la “Exposición”. El objetivo es que puedas enfrentarte a las situaciones, pensamientos, recuerdos, emociones y a los lugares que en estos momentos no te sientes con fuerzas de afrontar. Por último, otras técnicas que vamos a utilizar son procedimientos de aceptación. Muchas veces, adaptarse a nuevas situaciones supone dolor y nos cuesta aceptar que lo que ha ocurrido o está ocurriendo es real. Nos decimos a nosotros mismos, “no puede ser”, nos negamos a aceptar lo ocurrido. El objetivo de estas técnicas es que seas consciente de tus experiencias internas y externas, y que te permitas experimentarlas sin suprimirlas y sin juzgarlas. También te ayudaremos a empezar a experimentar emociones positivas, son muy beneficiosas para tu recuperación.

De forma complementaria a las sesiones de terapia, prepararemos determinadas tareas para casa. Estas tareas tienen como objetivo reforzar lo trabajado durante la sesión, es muy importante que dediques tiempo entre sesiones a realizarlas. Este programa tiene una duración aproximada de unas 6 semanas. Cada sesión tendrá una duración aproximada de 90 minutos. En el caso de que fuera necesario podríamos ampliar la intervención a 9 semanas.

## **EL IMPACTO DE LOS ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES (Paciente)**

El hecho de vivir una situación estresante y no poder/saber hacer frente a la misma y superarla suele dar lugar a malestar emocional. Sin embargo, como ya viste en terapia con el terapeuta, la vida supone, problemas, sucesos estresantes, adversidades, cambios, etc. De hecho, la vida va cambiando a bastante velocidad y es importante aprender a adaptarse al cambio, a afrontar y superar las nuevas situaciones según se van produciendo. Por ejemplo, muchas relaciones de pareja se terminan. A veces, surgen dificultades importantes en el trabajo que no sabemos muy bien como afrontar. Otras veces, cuesta adaptarnos a un cambio de colegio, de trabajo o de casa, etc. En ocasiones, surgen cambios en la vida que aparentemente parecen sencillos de manejar y pueden llegar a convertirse en algo muy estresante para la persona, como por ejemplo, casarse, ser padre o madre, o jubilarse. Incluso, hay momentos en la vida en que es posible sentirse completamente desbordado por los acontecimientos: las cosas se han complicado demasiado y demasiado rápidamente, la vida cotidiana es demasiado difícil.

Sin embargo, aunque no nos damos cuenta, podemos aprender y, de hecho, aprendemos mucho de estas situaciones difíciles o complicadas. Estas situaciones nos dan la oportunidad de hacernos más fuertes. En realidad, se aprende mucho más de



las cosas que no nos salen tal y como esperábamos. La verdad es que si algo sale bien ni siquiera nos paramos a analizar por qué han salido bien. Cuando fallamos en algo, en realidad, “no son errores lo que cometemos, son aprendizajes, son lecciones importantes que vamos adquiriendo”. Es importante llegar a comprender, aceptar y asimilar que las dificultades, el dolor y los problemas forman parte de la vida, y nos proporcionan una magnífica oportunidad para superarnos y crecer como personas. Como también viste en terapia, Sí es posible aprender a afrontar las situaciones difíciles, las situaciones estresantes. Tener estos conocimientos, resulta de gran ayuda para aprender a afrontar los problemas desde otra perspectiva, desde la sabiduría.

### **Reacciones a los acontecimientos estresantes**

Las personas, ante acontecimientos estresantes, pueden responder con emociones negativas como miedo, ansiedad, depresión o con conductas alteradas. La *tristeza* es el sentimiento más común. Puede manifestarse como estado de ánimo bajo, tristeza, pena o desesperanza. Es posible llorar con mayor frecuencia e incluso en algunos casos, perder el interés por las personas o por las actividades con las que antes se disfrutaba. En los casos en los que se sufre una pérdida importante, la persona puede sentir añoranza y experimentar el deseo de que las cosas vuelvan a estar tal y como estaban antes. Otras veces, es probable que tras el acontecimiento la persona sienta *enfado o rabia* con los que le rodean, e incluso hacia ella misma. Asimismo, puede aparecer la sensación de irritabilidad y, en ocasiones, la persona puede incluso llegar a sentirse culpable y preguntarse en qué se ha equivocado, o qué podía haber hecho.

Algunas personas responden al acontecimiento estresante con *sensaciones de ansiedad*. Estas sensaciones pueden provenir de diferentes inseguridades o miedos, como por ejemplo, el miedo a no poder hacer frente a la situación, o la inquietud por el futuro, por lo impredecible, por lo que va a ocurrir. En ocasiones, las personas que han sufrido un acontecimiento estresante pueden ponerse nerviosas simplemente al recordarlo; sin embargo, algunas veces la ansiedad puede aparecer sin motivo aparente, como llovida del cielo. Los disparadores o señales que pueden causar la ansiedad pueden incluir lugares, horas del día, o cualquier circunstancia que recuerde a esa persona el acontecimiento estresante.

También es posible que las personas que experimentan alguna de estas reacciones emocionales tengan dificultades para relacionarse con los demás. Es frecuente tener la sensación de que los demás no pueden comprender cómo se siente la persona. Del mismo modo, la persona también puede tener dificultades para implicarse en las necesidades de los demás y, de esta forma, aumenta el sentimiento de estar de alguna forma “marginado/a”. En algunos momentos, incluso se puede experimentar una sensación de impotencia por no haber podido evitar el acontecimiento. Esto hace que el resto de cosas parezcan perder su importancia.

Algunos pensamientos frecuentes después de experimentar un acontecimiento estresante son, problemas para *aceptar* lo que ha sucedido (“Me resulta imposible

creer lo que está pasando, que ya nada volverá a ser como antes”), se puede sentir confusión, o tener dificultades para concentrarse y olvidarse de las cosas. O también experimentar un sentido del futuro alterado, incertidumbre, desesperanza, (“Los planes que tenía para el futuro no van a salir bien”). Por otro lado, también es posible que las personas tiendan a evitar situaciones que les recuerdan al acontecimiento, o visitar ciertos lugares. En algunos casos, se puede observar hiperactividad, o llanto frecuente o suspiros (suele ser correlato de ahogos), e incluso, problemas con el sueño y con el apetito.

Por último, también se puede producir la retirada social y el aislamiento. Por un lado, la persona puede no sentirse con fuerzas para estar con los demás, y por otro, el impacto negativo que puede tener su sufrimiento o su malestar en los demás (es decir, expresar con mucha intensidad y duración el malestar emocional o el dolor puede llevar a la pérdida de apoyo social). Asimismo, pueden llegar a alterarse los roles familiares o se pueden tener dificultades para establecer nuevas relaciones.

### **MODELO COGNITIVO SOBRE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS PRIMERA PARTE (Paciente)**

Como puedes ver en la figura, cuando se produce un acontecimiento estresante, esto es cuando aparece un problema, una persona se puede sentir enormemente amenazada. Puede pensar: “¿Por qué me tiene que pasar esto a mí?. ¡Qué horror!. No puedo afrontar esto, es demasiado para mí. Estoy desbordado/a, no hay nada que hacer.”. A partir de una reacción de este tipo, es comprensible que aparezca sintomatología clínica (depresión, ansiedad, inhibición comportamental, etc.). Dicha sintomatología, además, contribuye a que la persona esté menos preparada para afrontar el problema de forma eficaz.

Por tanto, o no se pondrán en marcha determinados recursos de afrontamiento o estos no serán muy adecuados. Todo ello hace que disminuya la sensación de auto-eficacia personal y que la persona tenga una menor capacidad de hacer frente a los retos a los que nos enfrenta la vida. Esto, a su vez, hará que siga percibiendo el problema como algo horroroso, como algo enormemente amenazante, ante lo que está inerme. Así se consolidará un círculo vicioso de desesperanza, derrotismo e ineficacia personal.

Modelo Cognitivo Trastornos Adaptativos (I).



Figura 1: Modelo Trastornos Adaptativos (I)

## LA BASE LÓGICA DE EMMA Y DEL LIBRO DE LA VIDA (Paciente)

*¿Quién es y para qué sirve El Mundo de EMMA?*

- El Mundo de EMMA es un sistema de Realidad Virtual que ha sido creado para ayudarte.
- El Mundo de EMMA te va a ayudar a expresar lo que sientes.
- El Mundo de EMMA va a escuchar todo lo que TÚ le cuentes e intentará reflejar tus emociones.
- El Mundo de EMMA te acompañará a lo largo de toda la sesión y a lo largo de todo el proceso de tratamiento.
- El recuerdo de El Mundo de EMMA te podrá ayudar en el futuro.

*¿Qué es el Libro de la Vida y para qué sirve?*

- El Libro de la Vida ha sido pensado para que puedas reflejar en él tus recuerdos y tus sentimientos.
- El Libro de la Vida se escribe con imágenes, objetos y otros elementos que encontrarás en entorno virtual.
- El Libro de la Vida te va a ayudar a tomar perspectiva sobre tu propia vida, a aceptar lo que la vida depare.
- El Libro de la Vida te ayudará a vivir de forma más plena tu vida.

## Material tareas para casa Sesión 2: Condición Tradicional

---

### HOJA DE ENTRENAMIENTO EN RESPIRACIÓN

#### Objetivos:

- Disminuir la velocidad de la respiración
- Disminuir la cantidad de oxígeno en sangre
- Con práctica, disminuir la ansiedad

#### Instrucciones para la respiración:

1. Toma el aire de forma normal por la nariz, manteniendo la boca cerrada.
2. Exhala el aire lentamente, con la boca cerrada.
3. Al exhalar, pronuncia la palabra “calma” o “relax” muy lentamente – por ejemplo, “c-a-a-a-l-l-m-m-m-a-a-a” o “r-e-e-e-l-l-a-a-x.”
4. Cuenta lentamente hasta cuatro y entonces vuelve a tomar aire.
5. Practica este ejercicio varias veces al día, realizando de 10 a 15 respiraciones cada vez.

---

### MANUAL DE EXPOSICIÓN

#### Enfrentando las situaciones, actividades, pensamientos y recuerdos asociados al acontecimiento.

Después de vivir un acontecimiento estresante es normal que las personas atraviesen por un periodo en el que no se sientan bien. Estas emociones van remitiendo conforme va pasando el tiempo. Sin embargo, algunas personas desarrollan un sentimiento de angustia o excesivo malestar ante determinadas situaciones. El malestar puede llevar a que la persona reaccione escapando o huyendo de todo aquello que le recuerde el dolor sufrido. El escape o evitación no solo se relaciona con situaciones, cosas o personas que recuerden al acontecimiento como por ejemplo, lugares concretos, vestimenta, fotos, sino también con aspectos internos y privados de la persona, como pensamientos y recuerdos. Evitar dichas situaciones da lugar a que la persona se sienta aliviada, sin embargo, esta estrategia de evitación de situaciones dolorosas funciona a corto plazo, pero a largo plazo, prolonga las emociones negativas generadas por el acontecimiento (irritabilidad, rumiaciones,

sentimientos de culpa, falta de concentración, pensamientos negativos, insomnio, etc.) e impide que se supere el dolor.

Como elemento importante de tratamiento atenderemos a las situaciones, actividades o pensamientos ante las que experimentas emociones negativas y a la dificultad que tienes para enfrentarte a ellas, las cuales están directamente relacionadas con el suceso que has vivido.

Una herramienta que ha resultado muy efectiva para vencer los temores y superar el malestar emocional después de vivir un acontecimiento estresante es la técnica de exposición. Esta técnica consiste en enfrentarse, poco a poco, a las situaciones (cosas o personas), actividades o pensamientos que provocan malestar emocional. Para ello, vamos a elaborar una lista de situaciones y/ o pensamientos y los graduaremos dependiendo de la intensidad de las emociones negativas (ansiedad, tristeza, ira...) que te provocan. Utilizaremos la escala de USEs para establecer el grado de emoción, el 0 correspondería a una situación neutra y el 10 a una situación que genere una elevado malestar emocional. Construiremos lo que llamamos *jerarquía de exposición*. Una vez establecidas las situaciones comenzarás gradualmente a exponerte a aquellas en las que has obtenido menores puntuaciones e irás ascendiendo en la jerarquía hasta conseguir procesar y vencer las emociones negativas que provocan todas y cada una de ellas.

Seguramente te preguntarás, ¿Por qué es efectiva la exposición para reducir las emociones negativas que te provocan determinadas situaciones?

- La exposición permite que aparezca y actúe el mecanismo de habituación inherente a todos los seres humanos. La habituación, es un fenómeno natural por el cual, cuando permaneces tiempo suficiente en una situación ésta se hace cada vez más natural y tolerable para la persona. Un ejemplo de este fenómeno lo encontramos en el olfato: ¿Cuánto tiempo puedes apreciar el aroma de tu perfume? (a medida que avanza el tiempo tu organismo se habitúa o acostumbra al aroma dejando de percibirlo), en las sensaciones térmicas: ¿Cuánto tiempo tienes la sensación de frío o calor al entrar al agua para darte un baño? (a medida que avanza el tiempo tu organismo se habitúa o acostumbra a la temperatura del agua dejando de sentir el frío o el calor previo), en la vista: ¿Cuánto tiempo permaneces sin ver absolutamente nada cuando apagan las luces de una habitación en penumbra? (a medida que avanza el tiempo nuestra vista se acostumbra a la poca luz y podemos llegar a ver algunas cosas de la habitación). Del mismo modo que en los ejemplos anteriores, al permanecer tiempo suficiente en la situación que te provoca emociones negativas, comprobarás con tu propia experiencia que los niveles de emoción disminuyen debido a la habituación y así la situación vuelve a ser tolerable.
- Según el punto anterior, vemos como la exposición permite comprobar que las emociones negativas no disminuyen únicamente si la persona escapa de la situación sino que también disminuye si la persona se enfrenta a ella.

- Del mismo modo, podrás desconfirmar la creencia de que las emociones negativas asociadas a determinadas situaciones permanecerán para siempre. Este pensamiento es común en muchas personas que han vivido pérdidas dolorosas. Ante la sensación de que “nunca acabará el malestar, o nunca podré afrontar con normalidad esta situación”, la exposición consigue desmentir dichos pensamientos pudiendo realizar poco a poco progresos importantes.
- Mediante la exposición repetida al acontecimiento que ha provocado malestar emocional, puedes comprobar que las consecuencias negativas que esperabas no suceden. En muchas ocasiones, la propia evitación de la situación hace que se generen pensamientos catastróficos de lo que ocurrirá en el caso de que te enfrentes a la situación. Estos pensamientos son irracionales y carecen de lógica. En la medida en que te expongas a la situación comprobarás con tu propia experiencia que lo que tanto temes que ocurra no ocurre realmente.
- Finalmente, la exposición progresiva y controlada produce un sentimiento de autocontrol y competencia muy importante y, de esta forma, la persona recobra la confianza en sí misma y vence las limitaciones en su vida cotidiana.

Como hemos comentado anteriormente, la evitación no sólo se realiza ante situaciones concretas, sino que también existe evitación de pensamientos y recuerdos. Se realizarán por tanto, exposiciones a las situaciones u objetos reales que la persona evita y a los pensamientos, recuerdos dolorosos e incluso pesadillas que la persona quiere evitar.

Por otro lado, también son importantes lo que llamamos las conductas de seguridad. Estas conductas las realiza la persona cuando se expone a situaciones que le generan malestar emocional pero intenta protegerse de algún modo de acontecimientos dolorosos. Conductas de seguridad típicas serían: ir a la situación pero sólo si va acompañado, llevar objetos personales que le den seguridad, guardar fotos, recuerdos o ropa, etc. Las conductas de seguridad son “falsas muletas” que nos ayudan a seguir nuestro camino, nuestro trabajo consistirá en ir dejando progresivamente estas “falsas muletas” que nos dan protección para poder andar libremente confiando en nosotros mismos.

Como conclusión, vemos como las consecuencias negativas producidas por el acontecimiento pueden disminuir y desaparecer si te enfrentas a estas situaciones. El modo de llevarlo a cabo será mediante la técnica de la exposición. Una técnica eficaz y segura que te permitirá reducir las emociones negativas, mejorar tu estado de ánimo y volver a disfrutar de la vida con normalidad. A lo largo del proceso de exposición a las situaciones, objetos y pensamientos que te provocan malestar emocional, vas a estar

apoyado/a y protegido/a por tu terapeuta que trabajará a tu ritmo y seguirá tu evolución.

## **RECONSTRUCCIÓN DEL SIGNIFICADO DEL ACONTECIMIENTO EN EL MUNDO DE EMMA**

### **Elaborando y asimilando el acontecimiento**

La "Elaboración y asimilación del acontecimiento en el Mundo de EMMA" es un procedimiento a través del cual te vamos a intentar ayudar. Para comenzar a trabajar la reconstrucción del significado del suceso vamos a utilizar una nueva herramienta, la realidad virtual. Hemos diseñado un contexto especial, lo llamamos El Mundo de EMMA. Es un ambiente de realidad virtual tridimensional que nos va a permitir representar el acontecimiento estresante, el problema, la pérdida que has experimentado y las emociones negativas (y positivas) asociadas al mismo. El Mundo de EMMA es un lugar que va a reflejar tus sentimientos y cómo éstos van a cambiar a medida que tú elabores, proceses y vayas superando el suceso. Dentro de El Mundo de EMMA vamos a trabajar con otra herramienta importante, El Libro de la Vida. El propósito de El Libro de la Vida es ayudarte a recordar y elaborar los acontecimientos más importantes que te han sucedido en relación al acontecimiento estresante, el problema, la pérdida.... Para escribir este libro vamos a manejar símbolos. El objetivo más importante de El Libro de la Vida es que puedas recuperar tus recuerdos, tus pensamientos, tus sentimientos, tus emociones relacionados con el acontecimiento. Que una vez recuperados, los puedas aceptar y "ordenar"; y que, más tarde, una vez hecho todo este trabajo de elaboración y aceptación emocional, puedas no sólo guardarlos en tu memoria, sino también puedas aprender de ellos y utilizar estas lecciones de vida en un futuro. De hecho, son parte de tu vida, trazos muy importantes de tu vida y forman parte de ti. Realmente, son un tesoro.

Aunque en un momento de tu vida este acontecimiento ha supuesto malestar emocional, dolor y sufrimiento, ahora puede ayudarte a crecer, ahora pueden ayudarte a orientar de otra forma más útil tu vida. A lo largo de nuestras vidas vamos a sufrir muchos acontecimientos estresantes que no vamos a poder evitar. Si afrontamos de manera directa los desafíos que plantea la vida, aceptando con serenidad las cosas que no podemos cambiar y teniendo el valor de cambiar las que podemos, podremos elaborar y reconstruir el significado de estos acontecimientos. Podemos aprender de ellos.

Con el fin de que este proceso te resulte más fácil hemos incorporado una serie de técnicas de aceptación y toma de conciencia centradas en la elaboración y asimilación del acontecimiento. Se trata de recordar y elaborar el suceso estresante con plena conciencia. Tomar plena conciencia es el primer paso para la aceptación. Esto significa dirigir la atención (observar), ponerle palabras (describir) y participar de la experiencia de recordar el suceso. Para conseguirlo intentaremos, en principio, dejar que tus

emociones, pensamientos y otras experiencias fluyan sin juzgarlos, sin reprimirlos. Lo haremos poco a poco y yo estaré ahí para ayudarte. Es éste el primer paso para la aceptación.

A continuación te presentamos algunas analogías que pueden serte útiles para entender este punto:

### **Analogía 1**

“El acontecimiento es como una tormenta que ha invadido el cielo de una densa oscuridad, desprendiendo de sus nubes una fría lluvia, que tiñe el paisaje de gris y que hace difícil ver el camino. Tan solo los rayos parecen poder iluminar ese oscuro lugar.”

### **Analogía 2**

“Si tuviera que describir el malestar emocional y/o el dolor que ha supuesto el suceso, si tuviera que representarlo de alguna forma simbólica, diría que es como un peso enorme, como una piedra o una roca muy grande. En ocasiones me veo debajo de ella, como si la tuviera encima, sin embargo, en otras ocasiones, es como si tuviera un hueco en la base y yo estuviera agachada dentro. Siento una especie de protección, es algo que me separa del mundo y me deja estar a solas conmigo mismo/a. Creo que no quiero que me saquen de aquí. Es como si la piedra me estuviera protegiendo”.

### **Analogía 3**

“Desde que sucedió me he sentido triste y desolado. Si tuviera que elegir un símbolo sería un pozo. Un pozo profundo y oscuro con paredes de piedra rugosa y húmeda. Apenas puede verse un rayo de luz. En ocasiones me veo con el agua al cuello, en otras, intentando escalar sus paredes. Tengo la sensación de resbalar continuamente, por mucho que intente salir no puedo hacerlo. Quizá en esta ocasión, aunque dentro del pozo, pueda ponerme en pie y comenzar a reponerme para escalar hábilmente hasta el exterior. Estoy seguro que allí fuera hay luz”.

En definitiva, con la reconstrucción del significado del acontecimiento pretendemos que seas capaz de procesarlo y que incorpores esta experiencia al resto de tus experiencias vitales. Se trata de conseguir la aceptación de lo que ocurrió para que puedas continuar con tu vida.

### ***Algunos conceptos importantes:***

1. **Reconstrucción del significado del acontecimiento:** La asimilación y elaboración del significado del acontecimiento implica enfrentarse a los pensamientos, sentimientos y recuerdos dolorosos asociados a ella. Esto ayuda a organizar los recuerdos y procesar el acontecimiento estresante. Aprenderás que el reconocimiento y aceptación del suceso y sus



implicaciones, permitirá que elabores y asimiles lo sucedido, construyendo un nuevo significado del acontecimiento. Este nuevo significado conllevará aprendizaje y crecimiento en tu vida.

2. **Habitación:** Elaborar repetidamente la experiencia del acontecimiento durante un período largo de tiempo hace que el malestar emocional disminuya poco a poco y que tus recuerdos y pensamientos sobre el sean menos dolorosos.
  
3. **Incrementar la sensación de dominio:** La elaboración y asimilación del acontecimiento potencia tu sensación de autocontrol y eficacia personal. Te irás sintiendo progresivamente mejor contigo mismo a medida que dejes de evitar y comiences afrontar los pensamientos, sentimientos y recuerdos dolorosos asociados al acontecimiento.
  
4. **Toma de conciencia:** El tomar plena conciencia (observar, describir y participar) del recuerdo del acontecimiento es el primer paso para poder digerir e incorporar el suceso a las demás experiencias vitales, es el primer paso para la **aceptación**. Tomar conciencia facilita el procesamiento emocional y la habitación, así como la sensación de eficacia personal para afrontar el recuerdo del suceso.

## Material tareas para casa Sesión 3: Condición Tradicional

### LOS PROBLEMAS: I LA PERSPECTIVA DE UN FILÓSOFO ANTE LOS PROBLEMAS (Paciente)

Es importante comprender el papel crucial que desempeñan los problemas en nuestras vidas. Muchas personas se asombrarían si alguien les comentase que, no sólo no le importa, sino que, muchas veces, se **alegra** de tener problemas. Esto ocurre porque la mayoría de las personas desea “no tener problemas”. Frente a esta postura de “necesidad absoluta de ausencia de dificultades” (algo totalmente imposible), puede ser útil recordar las enseñanzas de un filósofo central del siglo XX, Karl Popper. Este pensador hablaba acerca de la utilidad de los “problemas” e indicaba la conveniencia de adoptar una sana actitud de aceptación de las dificultades. Esta actitud supone entender que los problemas son necesarios, **que vivir es solucionar problemas**, que no puede existir vida sin problemas y sin capacidad para solucionar problemas. Los muertos son las únicas personas que no tienen problemas.



Figura 2. “Sin problemas”

La ciencia ha podido avanzar, hasta lograr los progresos que hoy en día nos permiten vivir cómodamente (como hablar por teléfono, ir a en avión, disponer de edificios que nos protegen, calefacción, fármacos, conocimientos y dispositivos para curar enfermedades, etc.), gracias a que ha sabido reconocer y solucionar infinidad de

problemas. Karl Popper (1995) decía que lo que ha hecho progresar, tanto a los **seres humanos** como a la **ciencia**, ha sido seguir el siguiente esquema (algo que es característico de todas las teorías científicas):

- a) El reconocimiento de un problema.
- b) La elaboración de teorías a modo de prueba para solucionar ese problema.
- c) La eliminación de las teorías que no sirven.
- a) La creación de nuevos problemas, que surgen de la discusión de las teorías que hemos elaborado.

En suma, el reconocimiento de los problemas y la búsqueda constante de soluciones, asumiendo siempre una actitud crítica, es lo que ha permitido a la ciencia llegar a ser lo que es. Como se ve en el esquema anterior, el progreso científico es un progreso sin fin. **La ciencia es una tarea siempre inacabada**. La solución de un problema **siempre implica la generación de otros problemas**, cada vez **más interesantes**, cada vez **más complejos**, cada vez **más útiles** en nuestro progreso.

Si trasladamos estas enseñanzas a nuestra vida diaria, se pone de manifiesto que:

- a) Vivir es solucionar problemas, no podemos dejar de tener problemas.
- b) Al vivir, esto es, al intentar solucionar nuestros problemas, tenemos dificultades y cometemos errores, no podemos dejar de cometerlos.
- c) Qué pasa si comenzamos a adoptar una actitud de aceptación hacia nuestros problemas, y nuestros errores y dificultades al intentar solucionarlos, y llegamos a obtener el máximo rendimiento de ellos, pues como ocurre en la ciencia, los problemas y los errores es lo que de verdad nos hace aprender y progresar.

De la misma forma, esta perspectiva implica también aceptar que la vida es un proceso sin fin: **La vida es una tarea siempre inacabada. Sólo dejaremos de tener problemas cuando estemos muertos**. La verdad, es que si no tuviéramos problemas dejaríamos de ser seres humanos (o seres vivos). Como tales, **nacemos** y **morimos** y, a lo largo de nuestro tiempo de vida, estamos en un **proceso de cambio sin fin**. Podemos desesperarnos, abatirnos y deprimirnos, o podemos adoptar una actitud “filosófica”, como la de Popper, de aceptación y de progreso: sabemos que no podemos dejar de tener problemas (e incluso nos alegramos de tenerlos, pues son ellos los que nos hacen progresar), igual que sabemos que no podemos dejar de morir.

En resumen, conviene tener presente que los problemas nos pueden ayudar a mejorar y a progresar infinitamente. Por tanto, ¿podemos decidir adoptar una actitud nueva?. ¿Es posible adoptar una perspectiva que se puede resumir en la frase: **“Viviendo y aprendiendo”** (proceso característico de cualquier ser vivo); o la máxima de Karl Popper, **“El futuro está abierto, el optimismo es un deber”**.

## Material tareas para casa Sesión 4: Condición Tradicional

### LOS PROBLEMAS II: LA MARAVILLA DE LOS PROBLEMAS (Paciente)

#### Vivir es solucionar problemas

Ya hemos visto que los problemas forman parte del vivir cotidiano de todo el mundo. Sabemos que no es posible tener una vida sin problemas. El dolor y los problemas forman parte de la vida, del mismo modo que existe la lluvia y el viento, el invierno o el verano, el sol y la sombra, etc. También sabemos que los problemas requieren soluciones, y éstas, a su vez, generan nuevos problemas. Por tanto, podemos llamarlos problemas, o podemos llamarlos de otras muchas formas, como por ejemplo, **prueba**, **reto**, etc. Un término bastante adecuado puede ser “**circunstancias**”. Porque en realidad son sólo eso, circunstancias. Cuando esas circunstancias son agradables se desea que duren siempre y; sin embargo, cuando éstas duelen o no gustan, inmediatamente se rechazan y se desea cambiarlas.

Vamos a tener que lidiar siempre con los problemas, con nuestras circunstancias vitales. Unos costarán más de resolver, otros costarán menos, e incluso otros, serán irresolubles (p.ej., la muerte). Unos requerirán más tiempo o recursos para solucionarse, otros se resolverán casi sin darnos cuenta. Ahora bien, en ocasiones, algunas situaciones problemáticas parecen desbordarnos y, por más que pensemos en cómo solucionarlas, nos resulta complicado hacerles frente. Podemos preguntarnos, ¿por qué unas personas parecen poder hacer frente a cualquier tipo de circunstancia, pueden superarlo todo y otras se vienen abajo mucho más fácilmente? ¿qué es lo que marca la diferencia?.

Parece que algo importante que marca la diferencia radica en percibir el problema como un **freno** que no me permite conseguir algo, o empezar a afrontar el problema como un **valioso momento** para aprender. Como una tarea de **entrenamiento**, como un **trampolín** que me va a permitir acceder a nuevas cosas, a nuevas experiencias y a nuevos problemas. Como algo que me va a ayudar a convertirme en un ser humano más y más completo, más desarrollado, más sabio. Si asumimos que los problemas nos acompañarán siempre, que son signos de vida, el día que no los tengamos, mal asunto. Ese día tendremos que empezar a desconfiar. Algo está yendo mal. Se trata, por tanto, de aprender a afrontar los problemas como retos enriquecedores, porque estos retos me van a permitir acceder a retos mayores y a mi superación como ser humano. En definitiva, es bueno y es sensato que aprendamos a considerar útiles los problemas, que aprendamos a valorar y a amar nuestros problemas: **ellos nos han permitido ser lo que somos y nos van a resultar imprescindibles para convertirnos en la persona que queremos ser.**



Figura 1: La evolución y la resolución de problemas

### Los problemas signo de vida

A lo largo de tu vida, habrás comprobado que han ido apareciendo problemas cada vez más difíciles, es parte del proceso de crecimiento. Para solucionar estos problemas habrás tenido que enfrentarte con éxito a otros mucho más sencillos. Ahora puede que te sonrías al recordar los problemas que tenías cuando eras niño: los deberes, el colegio, etc. ¿Qué pasaría si empezáramos a tener un poco más de perspectiva, si pudiéramos mantener una mente abierta?. Entonces nos daríamos cuenta de que los problemas son una ocasión de la que nos podemos beneficiar. ¿Verdad que hoy haces cosas con confianza y sin el esfuerzo que requerían anteriormente? Eso quiere decir que después de algún tiempo de práctica y entrenamiento lo has dominado (ej., conducir), que vas aprendiendo, desarrollándote y progresando como persona.



Figura 2: El aprendizaje de múltiples habilidades

Ahora comprenderás con mayor claridad que **si el objetivo es “dejar de tener problemas”, no lo vamos a poder alcanzar. Nos daremos una y otra vez con el mismo muro y vamos a fracasar siempre**, vamos a fracasar siempre. Sin embargo, si el objetivo es aprender a ir afrontando problemas cada vez mayores y más difíciles,

estamos progresando y desarrollándonos como seres humanos. *“La buena vida, la vida plena no es la ausencia de problemas, sino la capacidad, la fuerza, la valentía y la alegría de hacerles frente, superarlos y/o aceptarlos” (C. Botella).*

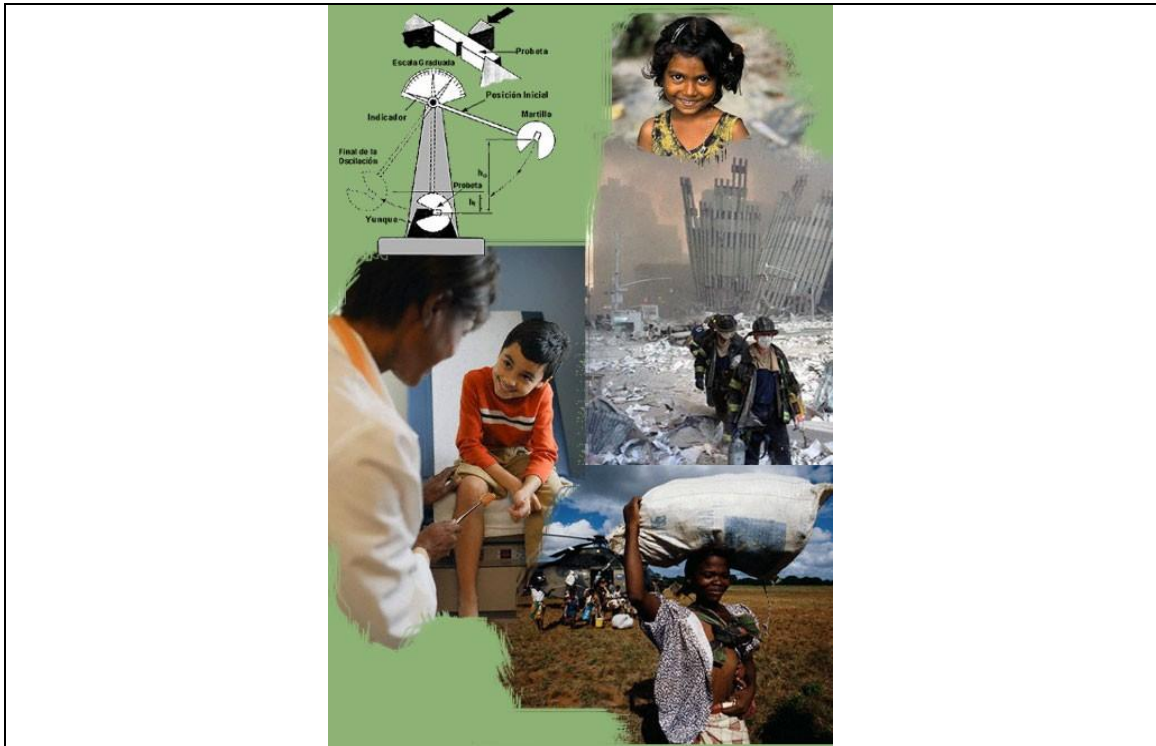
Si con una mayor perspectiva aceptamos los problemas como algo normal, como dificultades y obstáculos que nos harán más fuertes, más sabios, los estamos dotando de un **significado positivo** que nos va a ayudar enormemente. Sin darnos cuenta, al hacerlo **cambia nuestro estado de ánimo, cambian nuestros pensamientos, tenemos más fuerza y más ideas para afrontarlos y, finalmente, también cambian los resultados.**

**Mis mejores virtudes.**

**Virtud** significa poder, fuerza para producir o causar efectos. Las fuerzas más poderosas con las que puedes contar para superar tus problemas las llamamos: *“Mis mejores virtudes”*. A continuación se enumeran algunas virtudes que son de gran utilidad. Cada uno de nosotros muestra virtudes distintas. Comprueba si en el listado hay virtudes que podrías fomentar.

- **Adoptar una perspectiva sabia:** Acepta los problemas y acéptate a ti mismo. A partir de esa aceptación vas a poder progresar.
- **Creatividad y originalidad para ver y afrontar los problemas:** Piensa en nuevas formas para hacer las cosas.
- **Curiosidad e interés en el mundo:** Intenta descubrir el mundo o parte del mundo cada día. Conviértete en un explorador y un descubridor de todo lo que te rodea.
- **Esperanza y optimismo en el futuro:** Confía en el futuro. La vida cada día nos depara cosas nuevas. Realmente, cada día es un nuevo día.
- **Sentido del humor:** Aprende a reírte de las cosas. Aprende a reírte de ti mismo.
- **Trabajo, diligencia y perseverancia.** Plantéate a dónde quieres ir, qué quieres lograr, qué quieres hacer en tu vida y empieza a trabajar desde hoy para ello

|   |  |
|---|--|
|  |  |
| <p><b>El buen humor</b></p>   | <p><b>Trabajo, diligencia y perseverancia</b></p>                                    |



Esperanza y optimismo en el futuro



Creatividad y originalidad para ver y afrontar los problemas





|                                      |   |   |  |
|--------------------------------------|---|---|--|
| ¡Mi papá todos los días lo mismo!... | “Buen día-Hasta luego”<br>“Hola, puf, que cansancio! ¿Está la cena?<br>¡AAAH!...¡Hasta mañana | Y mi mamá: ¡No rayes el parquet!<br>¿Otra vez con los zapatos en el sillón? ¡No destruyes la ropa!<br>¡A ver esas orejas! | Francamente, no sé qué haría yo sin mi |
|--------------------------------------|---|---|--|

Figura 3: Mis Mejores Virtudes

Qué te parece si comienzas a entrenarte en crear y potenciar alguna(s) de estas virtudes. Te van a resultar de gran utilidad. Además acuérdate de que: **“En el camino de tu vida vas a encontrarte con muchos y valiosos problemas que resolver”**. Incluso el peor problema lo puedes convertir en tu mejor aliado, en un buen maestro.



## **Los Problemas II: Ejercicio de Psicología Positiva**

**a. Busca con mucho interés y anota aspectos positivos del acontecimiento estresante.**

- *¿Has aprendido algo?*
- *¿Ha tenido algún beneficio para ti ahora o puede tenerlo en el futuro?*
- *¿Ha influido en alguna forma en tu sistema de valores?,*
- *¿Ha influido en alguna forma en tus relaciones interpersonales?*
- *¿Ha influido en la forma en que juzgas a otros?,*
- *¿Ha influido en la forma en que comprendes a otros?*
- *¿Eres mejor en algún sentido después de haber vivido este acontecimiento?*
- *¿Ha influido en la forma en que vives la vida?*

**b. Comprueba si han aparecido determinadas emociones positivas mientras se analiza el acontecimiento estresante (en terapia y posteriormente durante la semana) y entrénate en potenciar la vivencia y la experiencia de tales emociones en relación al acontecimiento.**

- *Interés*
- *Esperanza*
- *Gratitud*
- *Orgullo*
- *Optimismo*
- *Amor*
- *Otras emociones?*

**c. Los planes de futuro**

- Empieza a elaborar la visión de la persona que quieres ser en el futuro.
- Empieza a trabajar HOY para llegar a ser la clase de persona que quieres ser en el futuro

## Material tareas para casa Sesión 5: Condición Tradicional

### MODELO COGNITIVO SOBRE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS SEGUNDA PARTE (Paciente)

Como puedes ver en la figura es posible utilizar todo lo que has aprendido hasta ahora en terapia para dar un importante giro a su vida. Ahora ya estás preparado para comprobar que, dependiendo de cómo enfoques las situaciones estresantes, las dificultades, los problemas... vas a obtener unos resultados u otros. Puedes seguir como hasta ahora: enfadándote con la vida, desesperándote, abrumándote, deprimiéndote y poniéndote ansioso.... O, por el contrario, puedes adoptar la nueva actitud que te proponemos. La nueva actitud que supone considerar los problemas como algo consustancial con la vida, como una oportunidad para aprender y crecer. Cada situación problemática y difícil será una oportunidad para practicar y para aprender, para lograr adquirir más y mejores recursos de afrontamiento, más y más habilidades para vivir la vida. Estos nuevos recursos te van a ayudar a percibir esas situaciones difíciles, esos problemas como la experimentación de nuevas vivencias. De hecho, a partir de ellas estás aprendiendo a vivir plenamente. Con esta nueva actitud y estos nuevos recursos estás mucho mejor preparado para hacer frente a los retos cotidianos que, sin duda, te seguirá presentando la vida. Haciéndolo, además, potenciarás tu propio crecimiento psicológico, lograrás establecer en ti mismo(a) una mayor sensación de auto-eficacia personal y estarás empezando a entrar en el camino de la sabiduría.

Modelo Cognitivo Trastornos Adaptativos (II).

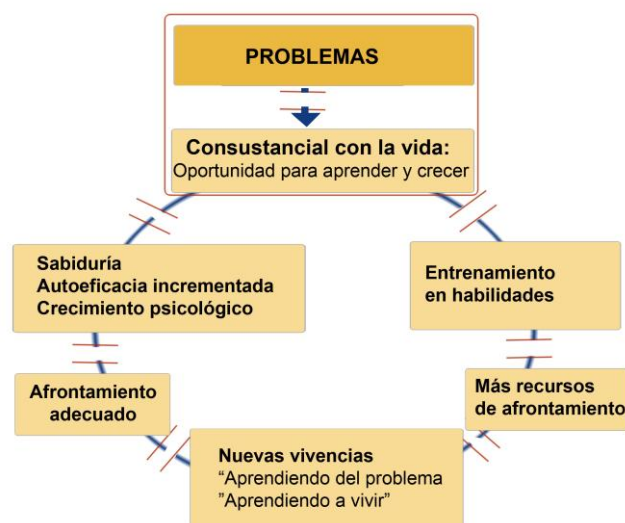


Figura 1: Modelo Cognitivo sobre los Trastornos Adaptativos (Segunda parte)

Una vez visto el modelo, reflexiona sobre esta pequeña y maravillosa flor que aparece en la figura 2. La flor sobrevive hermosísima en un medio tan inhóspito como lavas volcánicas. Es un ejemplo increíble de capacidad de supervivencia y de hacer frente a las dificultades. La pequeña flor trabaja y logra, tanto la continuación de su propia vida como de la vida en general.



Figura 2: La capacidad de mantener la vida en lavas volcánicas

### **LA CARTA DE PROYECCIÓN HACIA EL FUTURO (Paciente)**

Dedique un tiempo a imaginarse a ti mismo/a dentro de 10 años (qué piensa que estará haciendo, dónde vivirá, cuál será su trabajo, qué personas habrá en su vida, qué cosas serán importantes para usted). Haga este ejercicio durante 10 minutos unos 2 o 3 días. Después, tendrá que escribirse una carta a si mismo(a) desde el futuro. La carta la escribirá en segunda persona, como si le escribiese una carta a un amigo íntimo o a una persona muy querida.

## Material tareas para casa Sesión 6: Condición Tradicional

### HEURÍSTICOS: (Manual para el paciente)

#### Esperanza y optimismo en el futuro

- “Soltar amarras a ver qué pasa, a funcionar con naturalidad. Expectante ante mis circunstancias. Expectante ante mi futuro”.
- “Recibe al sol naciente”. Proverbio chino.
- “Mirar al futuro con optimismo, disfrutar, vivir el momento, vivir el ahora.”
- “Si supiera que el mundo se acaba mañana, hoy todavía plantaría un árbol”. Martín L. King.
- “No llores porque ya se terminó, sonríe porque sucedió”. Anónimo.

#### Curiosidad e interés en el mundo

- “Lo admirable no es que existan las estrellas, sino que el hombre se haya podido dar cuenta de su existencia”. Anatole France.
- “El Mundo está en las manos de aquellos que tienen el coraje de soñar y correr el riesgo de vivir sus sueños”. Paulo Coelho”:

#### Creatividad y originalidad para ver y afrontar los problemas

- “Todo es creado dos veces, primero en la mente y después en la realidad”. Proverbio chino.
- “Para seguir haciendo frente a la vida hay que aprendamos a doblegarnos ante las adversidades como la espiga”.
- “No abandonar el movimiento para buscar la tranquilidad. Buscar la tranquilidad en el movimiento”. Proverbio chino.
- “Quien no conoce la locura, no puede ser sabio”. Proverbio chino.
- “El que vive sin locura, no es tan sabio como cree”. Proverbio chino.

### **Trabajo, diligencia y perseverancia**

- “Un viaje de mil pasos empieza con un paso”. Laozi.
- “Es mejor encender una vela, que maldecir la oscuridad”. Proverbio chino.
- “No temáis ser lentos, temed estar parados”. Proverbio chino.
- “Valentía no es ausencia de miedo, sino la superación del mismo”,
- “Para superar los miedos, simplemente tienes que enfrentarte a ellos.”

### **Sentido del humor**

- “La cólera envejece, la risa rejuvenece”. Proverbio chino.
- “Bienaventurados los que se rían de sí mismos porque la felicidad les durará toda su vida”. Anónimo.
- “La alegría está en todo, hay que saber encontrarla”. Proverbio chino.
- “Muchas personas se pierden las pequeñas alegrías mientras aguardan la gran felicidad”.
- “El mundo está lleno de pequeñas alegrías, el arte consiste en saber distinguirlas”.
- “El secreto de la felicidad no está en hacer siempre lo que se quiere sino en querer siempre lo que se hace”.

### **Adoptar una perspectiva sabia**

- “Actuar para que ocurra lo mejor, prepararse para lo peor y aceptar lo que venga”. Proverbio chino.
- “El fracaso es la base del éxito”. Proverbio chino.
- “No existen los errores, solo las lecciones”. Proverbio chino.
- “El que quiere cambiar, esta cerca de cambiar”. Proverbio chino.
- “No se qué pasará y no necesito ni quiero saberlo”.
- “Aceptar y no querer controlar”.
- “Aceptar con tranquilidad. Aceptar lo que venga”.

### **Crecer con el cambio**

- “La mayoría de la gente, vive en un círculo muy restringido de sus posibilidades. Todos nosotros tenemos reservas de vida de las que ni siquiera soñamos”. William James.

- “Las fronteras de la vida son sólo creaciones del yo”.

### **Altruismo**

- “No hay nada noble en ser superior a otra persona, la verdadera nobleza radica en ser superior a tu antiguo yo”.

- “Cuanto más da el sabio, más recibe”. Proverbio chino.

- “Dedica tu vida a la humanidad y no utilices a la humanidad para vivir”. Proverbio chino.